

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI
LATIHAN RANGE OF MOTION CYLINDRICAL GRIP TERHADAP
PENINGKATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS
DI RUANG NEUROLOGI RSUD JAYAPURA TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
memperoleh gelar Ners**



Disusun Oleh :

Nama : Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S.Tr.Kep
NIM : PO7120920015
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIKINDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS

2021

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI
LATIHAN RANGE OF MOTION CYLINDRICAL GRIP TERHADAP
PENINGKATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS
DI RUANG NEUROLOGI RSUD JAYAPURA TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
memperoleh gelar Ners**



Disusun Oleh :

Nama : Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S.Tr.Kep
NIM : PO7120920015
Peminatan : Keperawatan Medikal Bedah

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIKINDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

2021

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, disusun berdasarkan pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Profesi Ners, Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat pernyataan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan atau sanksi sesuai ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku.

Jayapura, 13 Desember 2021

Pembuat Pernyataan

Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S.Tr.Kep

PO.71.20.9.20.015

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa
Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul:

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI
LATIHAN RANGE OF MOTION CYLINDRICAL GRIP TERHADAP
PENINGKATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS
DI RUANG NEUROLOGI RSUD JAYAPURA TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S.Tr.Kep
NIM : PO7120920015

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan
Telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing,



Santalia Banne Tondok, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP 1987040220101222002

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI LATIHAN RANGE OF MOTION
CYLINDRICAL GRIP TERHADAP PENINGKATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS
DI RUANG NEUROLOGI RSUD JAYAPURA TAHUN 2021**

Diajukan oleh :

Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S.Tr.Kep
PO7120920015

Telah dipertahankan didepan Dewan penguji sidang
Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura dan di nyatakan **LULUS**

Jayapura, 13 Desember 2021

Ketua Penguji : Rohmani, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB (.....)

Ketua Pembimbing : Santalia Banne Tondok, S.Kep.,Ns.,M.Kep (.....)

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Studi Ners

Dr. Nouvy Helda W. S.Kep., Ns., MPH

NIP 197411021997032004

Blestina Maryorita, S.Kep, Ns,M.Si,M.SN

NIP 198009182001121004

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

*“Jika Kamu Tidak Sanggup Menahan Lelahnya Belajar, Maka
Kamu Harus Menahan Perihnya Kebodohan”*

(Imam Syafi’i)

Persembahan:

Ucapan syukur dan terima kasih penulis persembahkan untuk :

1. Allah Subhanallahu wa Ta’ala karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya berupa kesehatan, kesempatan serta kesabaran yang luar biasa sehingga penulis bias menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Kedua orang tua yang tercinta yang selama ini memberikan do’a, dukungan dan kasih sayang kepada penulis. Terima kasih Bapak dan Ibu, untaian cinta dan do’a tak henti-hentinya saya panjatkan.
3. Teman-teman seperjuangan Ners tahun 2020 yang berada dalam satu naungan almamater yang senantiasa memberikan dukungan, semangat serta saling memotivasi satu sama lain.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat, karunia dan nikmat yang tak pernah putus yang selalu kita nikmati sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang berjudul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Inovasi Latihan Range Of Motion Cylindrical Grip terhadap Peningkatan Otot Ekstremitas Atas di Ruang Neurologi RSUD Jayapura tahun 2021” ini dengan tepat waktu.

Tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini selain untuk melengkapi tugas pada akhir Stase Tahap pendidikan Profesi, juga merupakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk dapat menyelesaikan Tahap Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

Di dalam pengerjaan maupun penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak yang sangat membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu, di sini penulis sampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada:

1. Dr. Arwam Hermanus Markus Zeth, SE., M.Kes., D.Min selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
2. Dr. Nouvy Helda W. S.Kep., Ns., MPH selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura beserta jajarannya yang telah memberikan izin bagi peneliti untuk melakukan penelitian dan menyelesaikan tugas akhir Karya Ilmiah Akhir Ners.
3. Blestina Maryorita, S,Kep, Ns, M.Si,M.SN selaku Ketua Program Pendidikan Profesi Ners yang telah banyak membantu, memfasilitasi, maupun mengarahkan segala pikiran untuk mengarahkan kami selama praktik klinik pada Tahap Pendidikan Profesi hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Santalia Banne Tondok,S. Kep.Ns.,M.Kep selaku Pembimbing yang telah banyak membantu maupun membimbing kami dengan penuh kesabaran selama penyusunan hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Sahabat dan rekan pejuang Ners Angkatan ke-2 tercinta yang telah kompak dalam memberi dukungan dan saling memotivasi satu dan yang lain.
6. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi Ilmu Keperawatan khususnya dan Kedokteran Medis umumnya.

Jayapura, Agustus 2021

Penulis,

Eka Putri N.W. Iriyanti, S.Tr.Kep
NIM PO7120920015

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR

Sebagai civitas akademik Program Studi Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S.Tr.Kep
NIM : PO.71.20.9.20.015
Program Studi : Profesi Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Program Studi Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI LATIHAN RANGE OF MOTION
CYLINDRICAL GRIP TERHADAP
PENINGKATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS
DI RUANG NEUROLOGI RSUD JAYAPURA TAHUN 2021

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Noneksklusif ini Program Studi Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat yang sebenarnya.

Dibuat di Jayapura
Pada tanggal : 13 Desember 2021

Yang menyatakan,

Eka Putri Nur W Iriyanti, S. Tr.Kep
NIM PO.71.20.9.20.015

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI LATIHAN RANGE OF
MOTION CYLINDRICAL GRIP TERHADAP
PENINGKATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS
DI RUANG NEUROLOGI RSUD JAYAPURA TAHUN 2021**

Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S. Tr.Kep

ABSTRAK

Stroke adalah serangan pada jaringan otak yang terjadi secara mendadak berdampak pada kelumpuhan atau cacat menetap pada bagian tubuh ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebri). Penyakit stroke yaitu penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit kanker dan jantung koroner yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak. Akibat yang ditimbulkan oleh penyakit ini yaitu kelemahan yang menyerang jari-jari tangan. Kelemahan pada pasien stroke dapat dipulihkan dengan fisioterapi. Fisioterapi yang bisa untuk memulihkan kekuatan otot dengan pemberian *Range Of Motion*. ROM *Cylindrical Grip* merupakan salah satu bentuk dari latihan ROM. Latihan ini dilakukam dengan cara menggenggam sebuah benda yang bentuknya silindris yang berfungsi menggerakkan jari-jari tangan menggenggam sempurna. Tujuan dari karya ilmiah ini adalah menganalisis intervensi ROM *Cylindrical Grip* dengan melihat peningkatan kekuatan otot ektremitas atas pada penderita stroke non hemoragik. Metode penulisan ini adalah studi kasus dengan quasy eksperimen. Intervensi *Cylindrical Grip* ini diberikan pada klien dengan stroke non hemoragik yang mengalami masalah hambatan mobilitas fisik untuk perubahan skala kekuatan otot. Intervensi diberikan sebanyak 2 kali sehari dalam waktu 3 hari pemberian. Sehingga perlu disana peran serta tenaga kesehatan khususnya perawat untuk memberikan intervensi lebih intensif sehingga mendapatkan hasil lebih optimal lagi untuk waktu pemberiannya. Karya ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi perawat untuk menjadikan latihan fisik rentang gerak sendi sebagai salah satu intervensi keperawatan mandiri di RSUD Jayapura dan intervensi dalam pelaksanaan stroke.

Kata Kunci: Stroke, *Range Of Motion Cylindrical Grip*, Hambatan mobilitas fisik

**ANALYSIS OF NURSING CLINIC PRACTICES IN NON-HEMORAGIC STROKE
PATIENTS WITH RANGE OF MOTION CYLINDRICAL GRIP EXERCISE
INTERVENTIONS UPPER EXTREMITY MUSCLE ENHANCEMENT
IN THE NEUROLOGY ROOM OF JAYAPURA HOSPITAL IN 2021**

Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti, S. Tr.Kep

ABSTRACT

Stroke is an attack on brain tissue that occurs suddenly resulting in paralysis or permanent disability in a part of the body marked by death of brain tissue (cerebral infarction). Stroke is the third leading cause of death in the world after cancer and coronary heart disease caused by sudden interruptions in blood flow. The result of this disease is weakness that attacks the fingers. Weakness in stroke patients can be reversed with physiotherapy. Physiotherapy that can restore muscle strength by giving Range Of Motion. ROM Cylindrical Grip is a form of ROM exercise. This exercise is done by grasping a cylindrical object that functions to move the fingers to grip perfectly. The purpose of this scientific work is to analyze the Cylindrical Grip ROM intervention by looking at the increase in upper extremity muscle strength in patients with non-hemorrhagic stroke. This writing method is a case study with a quasi-experimental method. This Cylindrical Grip intervention is given to clients with non-hemorrhagic stroke who have problems with physical mobility barriers to changes in muscle strength scales. The intervention was given 2 times a day within 3 days of administration. So it is necessary to have the participation of health workers, especially nurses, to provide more intensive interventions so as to get more optimal results for the time of administration. This scientific work can be input for nurses to make joint range of motion physical exercise one of the independent nursing interventions in Jayapura Hospital and intervention in the implementation of stroke.

Keywords: Stroke, Range Of Motion Cylindrical Grip, Physical Mobility Barriers

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas	ii
Halaman Persetujuan KIAN.....	iii
Halaman Pengesahan KIAN	iv
Motto dan Persembahan.....	v
Kata Pengantar	vi
Halaman Pernyataan Pesetujuan Publikasi Tugas Akhir	viii
Abstrak.....	ix
Abstract.....	x
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB I Pendahuluan	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian	4
C. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Teori Stroke Non Hemoragik	6
B. Konsep Teori Range of Motion	17
C. Konsep Teori Cylindrical grip	22
D. Konsep Asuhan Keperawatan SNH	23
BAB III TINJAUAN KASUS	43
A. Pengkajian.....	43
B. Diagnosa Keperawatan	59
C. Intervensi Keperawatan	60
D. Implementasi dan Evaluasi	64
E. Catatan Perkembangan	73
BAB IV ANALISA SITUASI	82
A. Analisa Kasus Pada Pasien Kelolaan.....	82
B. Analisa salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait.....	86

C. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan	89
BAB V PENUTUP	91
A. Kesimpulan.....	91
B. Saran.....	91
Daftar Pustaka.....	93
<i>Lampiran</i>	96

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1	Penilaian Kekuatan Otot
Tabel 2	ROM Ekstremitas Atas
Tabel 3	<i>Scale Coma Glasgow</i>
Tabel 4	Skala peringkat kekuatan otot
Tabel 5	Intervensi Keperawatan Teoritis
Tabel 6	Kemampuan perawatan diri
Tabel 7	Hasil pemeriksaan laboratorium
Tabel 8	Klasifikasi data
Tabel 9	Analisa data
Tabel 10	Intervensi keperawatan kasus
Tabel 11	Hasil Implementasi dan Evaluasi
Tabel 12	Catatan perkembangan

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Anatomi Otak	7

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran 1	Skala NHSS	96
Lampiran 2	Standar Operasional Prosedur ROM Cylindrical Grip	98
Lampiran 3	Logbook Penelitian KIAN	104

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah serangan pada jaringan otak yang terjadi secara mendadak berdampak pada kelumpuhan atau cacat menetap pada bagian tubuh ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebri) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Muttaqin, 2008). Stroke juga menjadi penyebab kematian nomor dua di dunia setelah penyakit jantung dan penyebab kecacatan menetap nomor satu di seluruh dunia. Di Indonesia sendiri stroke merupakan salah satu penyebab kematian utama dan penyebab utama kecacatan neurologis (Octaviani & Abi Muhlisin, 2017).

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke non hemoragik dan hemoragik. Stroke non hemoragik terjadi karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak yang menyebabkan suplai darah ke jaringan otak berkurang. Sedangkan stroke hemoragik terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah otak baik di subarakhnoid, intraserebral maupun karena aneurisma (Tarwoto, Wartonah, & Suryati, 2007).

Prevalensi stroke di Amerika Serikat setiap tahun 700.000 orang dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian. Prevalensi stroke di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Penderita stroke di Amerika Serikat berusia antara 55-64 tahun sebanyak 11% mengalami infark serebral silent, prevalensinya meningkat sampai 40% pada usia 80 tahun dan 43% pada usia 85 tahun (Hanum, Lubis, & Rasmaliah, 2018).

Menurut WHO, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia sudah terjangkit stroke tahun 2011. Dari jumlah tersebut 5,5 juta jiwa telah meninggal dunia. Diperkirakan jumlah stroke non hemoragik terjadi 85% dari jumlah stroke yang ada. Penyakit darah tinggi atau hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. Di Indonesia stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan kanker. Prevalensi stroke mencapai

8,3 per1000 penduduk, 60,7 persennya disebabkan oleh stroke non hemoragik. Sebanyak 28,5% penderita meninggal dunia dan sisanya mengalami kelumpuhan total atau sebagian. Hanya 15% saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke atau kecacatan (Nasution, 2007).

Berdasarkan hasil Riskesdas menurut Depkes RI (2011), prevalensi penyakit stroke di Papua meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun ke atas (70,46%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,7%. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak perempuan (5%) dibandingkan dengan laki-laki (3,3%). Berdasarkan pendidikan tamatan SD sebanyak 6,97%. Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (7,36%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (2,82%).

Serangan stroke dapat menyebabkan kelemahan dan kelumpuhan pada salah satu atau bahkan kedua sisi bagian tubuh pasien. Kelemahan ini bisa menimbulkan kesulitan saat berjalan dan beraktivitas. Hal ini mengharuskan pasien immobilisasi. Padahal dengan immobilisasi tersebut, pasien akan kehilangan kekuatan otot rata-rata 3% sehari (atrofi disuse) (Kozier, 2010).

Penderita stroke yang mengalami kelemahan otot atau Hemiparesis dan tidak segera mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi, salah satunya adalah kontraktur yang menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan mobilisasi, gangguan aktivitas sehari-hari dan cacat yang tidak dapat disembuhkan (Asmadi, 2008). Sehingga diperlukan intervensi untuk meningkatkan kekuatan otot. Salah satu intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah hemiparese pada ekstremitas atas pasien stroke adalah dengan melakukan latihan ROM baik aktif maupun pasif (Bakara & Warsito, 2016).

Latihan *Range of Motion* atau biasa dikenal dengan rentang gerak, Rentang gerak adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot secara aktif. Latihan ini dilakukan untuk memperbaiki tingkat kesempurnaan, kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan

tonus otot. Rom aktif adalah latihan gerak yang dilakukan pasien secara mandiri. Salah satu bentuk dari latihan *Range of Motion* tersebut yaitu latihan fungsional tangan (*Power Grip*), *Power Grip* terdiri dari *Cylindrical Grip* (Irfan, 2010).

Cylindrical Grip merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk silindris dalam *Cylindrical Grip*, jari-jari dilipat dengan ibu jari yang tertekuk diatas telunjuk dari jari tengah. Hal ini melibatkan fungsi, terutama fungsi dari fleksor digitorum profundus. Sublimis fleksor digitorum dan otot interoseus membantu ketika kekuatan yang diperlukan lebih besar (Irawati, Sekarsari, & Marsita, 2017).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Irawati et al. (2017) Latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* menyatakan adanya pengaruh efektifitas terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas, hal ini juga didukung oleh penelitian Wahyuningsih (2013) menyatakan latihan ROM *Cylindrical Grip* mendapatkan hasil yang signifikan dalam peningkatan kekuatan otot. Dalam penelitian yang sama dilakukan oleh Mardati, Setyawan, and Kusuma (2014), menyatakan bahwa latihan ROM *Cylindrical Grip* memiliki dampak signifikan dalam peningkatan kekuatan otot secara rutin. Selain benda yang berbentuk silinder mudah ditemukan di kehidupan sehari-hari yaitu dapat berupa tissu gulung, botol kecil, gelas kecil, benda berbentuk silinder, sehingga penerapan dapat mudah dilakukan oleh klien dimana saja dan kapan saja, karena benda untuk latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* mudah ditemukan dan pengaplikasian yang sederhana.

Menurut Harsono (1996) dalam (Wahyuni and Muflihatin (2017)) mengemukakan bahwa program mobilisasi segera dijalankan oleh tim, biasanya aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan kecuali pada perdarahan. Tindakan mobilisasi pada perdarahan subaraknoid dimulai 2- 3 minggu sesudah serangan. Mobilisasi dini meliputi pemberian posisi sebagai bentuk latihan rehabilitasi yang efektif dan latihan *Range of Motion*

(ROM) digunakan untuk mencegah kecacatan pada pasien stroke. Menurut Kozier (1995) dalam Puspawati (2012) menyatakan bahwa ROM menggambarkan gerakan yang sistematis dengan menampilkan rangkaian latihan 2x -3x sehari. Pemberian 2x latihan ROM setiap hari pada pasien stroke iskemik lebih meningkatkan kekuatan otot daripada 1x/hari.

Berdasarkan dari hasil studi pendahuluan, maka peneliti ingin melakukan intervensi lebih intensif terhadap pasien dengan *Stroke Non Hemoragic* (SNH) dengan latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas di ruang Neurologi RSUD Jayapura.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan intervensi inovasi latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Neurologi RSUD Jayapura.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik yang sedang menjalankan perawatan di Ruang Neurologi RSUD Jayapura
- b. Mengidentifikasi intervensi inovasi latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* untuk meningkatkan kekuatan otot yang diterapkan pada pasien kelolaan dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik yang sedang menjalani perawatan di Ruang Neurologi RSUD Jayapura.
- c. Mengidentifikasi intervensi inovasi latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik yang sedang menjalankan perawatan.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Pasien

Pasien dapat menerima asuhan keperawatan yang menyeluruh, yang salah satunya adalah terapi Latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* untuk meningkatkan kekuatan otot eksremitas atas, selama berada diruang Neurologi RSUD Jayapura.

b. Bagi Perawat

Dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan terutama mengenai Latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* untuk meningkatkan kekuatan otot eksremitas atas, dalam memberikan informasi mengenai pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan kelemahan otot ektremitas atas.

2. Aspek Keilmuan

a. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti masa perkuliahan dan sebagai tambahan pengalaman untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragic dengan kelemahan otot ektremitas

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya tindakan dalam pelaksanaan terapi non farmakologi yaitu Terapi “ pemberian latihan *Range Of Motion Cylindrical Grip* terhadap peningkatan kekuatan otot ektremitas atas”

c. Bagi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam memperkaya bahan pustaka yang berguna bagi pembaca secara keseluruhan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke Non Hemoragik

1. Definisi

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Pranoto, 2017).

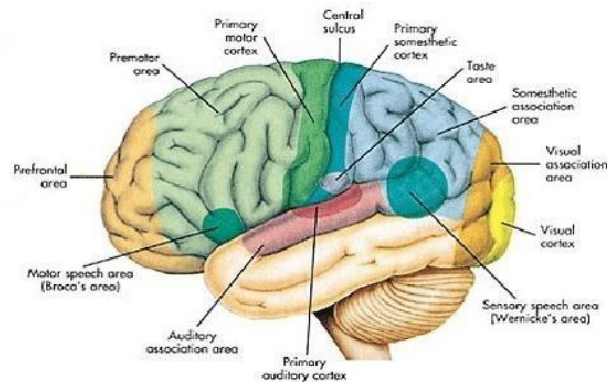
Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun, umumnya laki-laki sedikit lebih sering terkena daripada perempuan (Rasyid, 2007). Menurut Corwin (2009), Stroke Non Hemoragik adalah terjadinya penyumbatan arteri akibat thrombus (bekuan darah di arteri serebri) atau embolus (bekuan darah yang berjalan ke otak dari tempat lain di tubuh).

Sedangkan menurut Muttaqin (2008) Stroke Non Hemoragik adalah infark atau kematian jaringan yang serangannya terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis (mental) yang disebabkan karena thrombosis maupun emboli padapembuluh darah di otak. Stroke Non Hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti, 80% stroke adalah stroke iskemik.

2. Anatomi Fisiologi Otak

Anatomi fisiologi otak menurut Muttaqin (2008) yaitu:

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat pengontrol semua alat tubuh yang terdiri atas serebrum, cerebellum, dan batang otak.



Gambar 1. Anatomi Otak

a. Serebrum

Merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Pada otak besar ditemukan empat lobus: lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipital.

b. Cerebellum

Terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata.

c. Batang Otak

1) Diensefalon, merupakan bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebelum dengan mesensefalon. Fungsi diensefalon adalah untuk mengecilkan pembuluh darah, membantu proses persarafan, mengontrol kegiatan reflek, dan membantu kerja jantung.

2) Mesensefalon, atap dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas. Pons varoli, merupakan penghubung mesensefalon, pons varoli dan serebelum.

3) Medulla oblongata merupakan bagian otak paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Selain itu masih ada lagi beberapa bagian dalam menjalankan fungsi otak antara lain :

a) Meningen

Adalah selaput yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang, melindungi struktur saraf halus yang membawa pembuluh darah dan cairan sekresi (cairan serebrospinalis), memperkecil benturan atau getaran yang terdiri dari tiga lapisan :

- a. Durameter: selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat
- b. Arakhroid: merupakan selaput halus yang memisahkan durameter dengan piameter membentuk sebuah kantong atau balon berisicairan otak yang meliputi seluruh susunan saraf sentral
- c. Piameter: merupakan selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak

b) Sistem Ventrikel

Terdiri dari beberapa rongga dalam otak yang berhubungan dengan satu sama lainnya ke dalam rongga itu, menghasilkan cairan serebrospinal.

c) Cairan Serebrospinal

Adalah hasil sekresi pleksus koroid. Cairan ini bersifat alkali bening mirip plasma. Cairan ini salurkan oleh pleksus koroid ke dalam ventrikel yang ada dalam otak, kemudian cairan masuk ke dalam kanalis sumsum tulang belakang dan ke dalam ruang subaraknoid melalui ventrikularis.

4) Medula Spinalis

Merupakan bagian susunan saraf pusat yang terletak di dalam kanalis vertebralis beserta ganglion radiks posterior yang terdapat pada setiap foramen intervertebralis terletak berpasangan kiri dan kanan. Dalam medulla spinalis keluar 31 pasang saraf, terdiri dari: servikal 8 pasang, torakal 12 pasang, lumbal 5 pasang, sakral 5 pasang dan koksigial 1 pasang.

5) Saraf Perifer

Saraf perifer terdiri dari saraf somatik dan saraf otonom. Saraf somatik adalah susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang. Sedangkan saraf otonom adalah saraf - saraf yang bekerjanya tidak dapat disadari dan bekerja secara otomatis.

3. Klasifikasi Stroke

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

a. Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke Non Hemoragik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke Non Hemoragik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan penimbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri), atau pembuluh darah kecil (Festy, 2012).

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

1) Stroke Trombolitik

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

2) Stroke Embolik

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

b. Stroke Hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada

area otak tertentu. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau 17 saat aktif, namun bisa terjadi saat istirahat. Kesadaran klien biasanya menurun. Perdarahan otak dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Perdarahan Intracranial

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

2) Perdarahan Subarachnoid

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang - cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub struktur mengakibatkan nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, merenggangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat.

3) Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan pendarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Pendarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral.

4) Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain).

4. Etiologi Stroke Non Hemoragik

Penyebab stroke non hemoragik menurut Muttaqin (2008) yaitu :

- a. Trombosis (Bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak)
- b. Trombus yang lepas dan menyangkut di pembuluh darah yang lebih distal disebut embolus.
- c. Embolisme Cerebral (Bekuan darah atau material lain)

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

- d. Hemoragik Cerebral (Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perlahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak)

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

- e. Iskemia (Penurunan aliran darah ke area otak)

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

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke menurut Price (2005) adalah :

a. Defisit Lapang Penglihatan

- 1) Homonomus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan).

Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

- 2) Kesulitan penglihatan perifer

Kesulitan penglihatan pada malam hari, tidak menyadari obyek ataubatas obyek

- 3) Diplopia

Penglihatan ganda

b. Defisit Motorik

- 1) Hemiparese

Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama. Paralisiswajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).

- 2) Ataksia

Berjalan tidak mantap, tegak, Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas

- 3) Disartria

Kesulitan membentuk dalam kata

- 4) Disafagia

Kesulitan dalam menelan

c. Defisit Verbal

- 1) Afasia Ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkinmampu bicara dalam respon kata tunggal

- 2) Afasia Reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal

3) Afasia Global

Kombinasi baik afasia ekspresif dan afasia reseptif

d. Defisit Kognitif

Pada penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, perubahan penilaian.

e. Defisit Emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, perasaan isolasi.

6. Patofisiologi

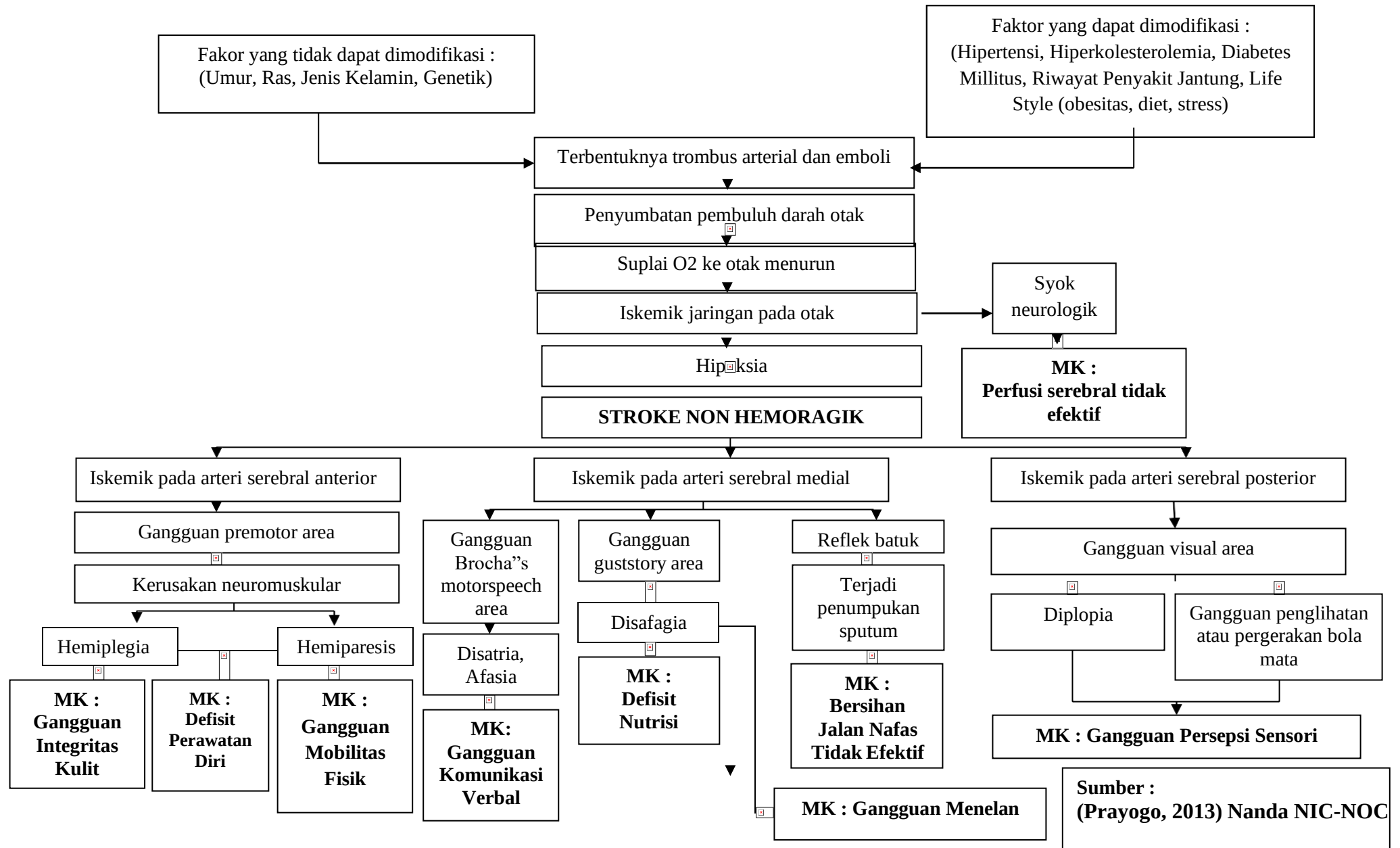
Stroke Non Hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak yang secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Pranoto, 2017).

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Chang, 2012).

Ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh trombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark. Dan kemudian akan mengganggu sistem persarafan

yang ada di tubuh seperti: penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas, defisit perawatan diri karena tidak bisa menggerakkan tubuh untuk merawat diri sendiri, pasien tidak mampu untuk makan sehingga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami disfungsi kandung kemih dan saluran pencernaan lalu akan mengalami gangguan eliminasi. Karena ada penurunan kontrol volunter maka kemampuan batuk juga akan berkurang dan mengakibatkan penumpukan sekret sehingga pasien akan mengalami gangguan jalan nafas dan pasien kemungkinan tidak mampu menggerakkan otot - otot untuk bicara sehingga pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa disfungsi bahasa dan komunikasi.

7. Pathway



8. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan medis menurut Muttaqin (2008) yaitu:

a. Penatalaksanaan Medis

1) Menurunkan kerusakan iskemik serebral

Tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan oksigen, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol atau memperbaiki disritmia serta tekanan darah.

2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

Dengan meninggikan kepala 15-30 derajat menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.

3) Pengobatan

a) Anti Koagulan : Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut

b) Obat Anti Trombotik : Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik atau embolik

c) Diuretika : Untuk menurunkan edema serebral

4) Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Posisi kepala dan badan 15-30 derajat. Posisi miring apabila muntah dan boleh mulai mobilisasi bertahap jika hemodinamika stabil.

2) Bebaskan jalan nafas dan pertahankan ventilasi yang adekuat.

3) Tanda-tanda vital usahakan stabil

4) Anjurkan Bedrest

5) Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

6) Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau cairan suction yang berlebih

9. Pemerisaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang pada Stroke Non Hemoragik menurut Muttaqin (2008) yaitu:

- a. Angiografi Serebral: Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri
- b. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT): Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke(sebelum nampak oleh pemindaian CT-Scan)
- 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 : Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infrak akibat dari hemoragik.
- e. EEG: Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya implus listrik dalam jaringan otak.
- f. Pemeriksaan Laboratorium : Darah rutin, gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, AGD, biokimia darah, elektrolit.

B. Konsep Teori Range Of Motion

1. Definisi

Range of motion (ROM) adalah gerakan dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan (Suratun, 2008). Latihan *range of motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2008).

2. Manfaat *Range of Motion* (ROM)

Menurut Potter and Perry (2008) manfaat dari ROM adalah :

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

3. Klasifikasi *Range of Motion* (ROM)

Menurut Carpenito (2000) latihan ROM dibedakan menjadi 4 jenis yaitu :

- a. ROM Aktif
ROM Aktif adalah kontraksi otot secara aktif melawan gaya gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi lurus.
- b. ROM Pasif
ROM Pasif yaitu gerakan otot klien yang dilakukan oleh orang lain dengan bantuan oleh klien.
- c. ROM Aktif-Asitif
ROM Aktif-Asitif yaitu kontraksi otot secara aktif dengan bantuan gaya dari luar seperti terapis, alat mekanis atau ekstremitas yang sedang tidak dilatih.
- d. ROM Aktif Resestif
ROM Aktif Resestif adalah kontraksi otot secara aktif melawan tahanan yang diberikan, misalnya beban.

4. Indikasi *Range of Motion* ROM

Menurut Potter & Perry (2005) indikasi ROM adalah :

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

- 2) Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan A- AROM (*Active-Assistive ROM*, adalah jenis ROM Aktif yang mana bantuan diberikan melalui gaya dari luar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).
 - 3) ROM Aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobik.
 - 4) ROM Aktif digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.
- b. Indikasi ROM Pasif
- 1) Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergerakan aktif akan menghambat proses penyembuhan.
 - 2) Ketika pasien tidak dapat atau tidak diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total.

5. Kontraindikasi ROM

Kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan ROM menurut Carpenito (2009) yaitu:

- a. Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera
 - 1) Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan.
 - 2) Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan.
- b. ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan
 - 1) PROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan AROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisasi venous stasis dan pembentukan trombus.

- 2) Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronaria, dan lain-lain, AROM pada ekstremitas atas masih dapat diberikan dalam pengawasan yang ketat.

6. Kekuatan Otot

Tabel 1. Penilaian kekuatan otot

Nilai Kekuatan (Tonus) Otot	Keterangan
0 (0%)	3. Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali.
1(10)%	4. Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan anggota gerak sama sekali.
2 (25%)	5. Dapat menggerakkan anggota gerak, tetapi tidak kuat menahan berat dan tidak dapat melawan tekanan pemeriksa.
3(50%)	6. Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat, tetapi dapat menggerakkan anggota badan untuk melawan tekanan pemeriksa.
4(75%)	7. Dapat menggerakkan anggota sendi dengan aktif untuk menahan berat dan melawan tekanan simultan.
5(100%)	8. Normal (Uliyah, 2008).

7. Gerakan ROM ekstremitas atas

Tabel 2. Range Of Motion Ekstremitas Atas

Bagian Tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
Pergelangan tangan	Fleksi	Menggerakkan telapak tangan ke Sisi 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°
	Hiperekstensi	Membawa permukaan tangan dorsal mungkin,	rentang 89-90°
	Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari,	rentang 30°
	Adduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari	rentang 30-50°
Jari-jari tangan	Fleksi	Membuat genggaman	rentang 90°
	Ekstensi	Meluruskan jari-jari tangan	rentang 90°
	Hiperekstensi	Menggerakkan jari-jari tangan ke belakang 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	Mengerakan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan,	rentang 90°
	Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan	rentang 90°
	Abduksi	Menjauhkan ibu jari ke samping	rentang 30°
	Adduksi	Mengerakan ibu jari ke depan tangan,	rentang 30°
	Oposisi	Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama.	-

C. Konsep Teori Cylindrical Grip

1. Definisi Cylindrical grip

Fungsi tangan (*prehension*) begitu penting dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan merupakan bagian yang paling aktif maka lesi pada bagian otak yang mengakibatkan kelemahan akan sangat menghambat dan mengganggu kemampuan dan aktivitas sehari-hari seseorang. Tangan juga merupakan organ panca indera dengan daya guna yang sangat khusus. *Prehension* dapat didefinisikan sebagai semua fungsi yang dilakukan ketika menggerakkan sebuah objek yang digenggam oleh tangan. Beberapa bentuk dari fungsional tangan antara lain power grip yang merupakan bagian dari fungsional tangan yang dominan terdiri dari cylindrical grip, spherical grip, hook grip lateral prehension grip (Irfan, 2010).

Cylindrical grip adalah latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam. Latihan ini dilakukan melakukan 3 tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam. Latihan ini adalah latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk silindris pada telapak tangan (Irfan, 2010).

2. Teknik Pemberian Cylindrical Grip

Prosedur pemberian teknik *cylindrical grip* menurut Irfan (2010) sebagai berikut :

- a. Berikan benda berbentuk silindris (tissue gulung).
- b. Lakukan koreksi pada jari-jari agar menggenggam sempurna.
- c. Posisi *wrist joint* 45^0
- d. Berikan instruksi untuk menggenggam (menggenggam kuat) selama 5 menit kemudian rileks.
- e. Lakukan pengulangan sebanyak 7 kali.

3. Manfaat pemberian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2013) yang berjudul “Pengaruh *Range of Motion* Aktif (*cylindrical grip*) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik” pada latihan *cylindrical grip* diharapkan agar terjadi peningkatan mobilitas pada daerah pergelangan tangan (*wrist joint*) serta stabilitas pada daerah punggung tangan (*metacarpophalangeal joint*) dan jari-jari (*phalangs*). Pemberian latihan ROM Aktif *Cylindrical grip* dapat membantu mengembangkan cara untuk mengimbangi paralisis melalui penggunaan otot yang masih mempunyai fungsi normal, membantu mempertahankan, membentuk adanya kekuatan, dan mengontrol bekas yang dipengaruhi pada otot dan membantu mempertahankan ROM dalam mempengaruhi anggota badan dalam mencegah otot dari pemendekan (kontraktur) dan terjadi kecacatan. Pasien dengan stroke non hemoragik diberikan terapi *cylindrical grip* karena dengan latihan gerak maka otot pun akan bermobilisasi. Mobilisasi otot dapat mencegah kekakuan otot, melancarkan sirkulasi darah, dan meningkatkan masa otot. Apabila terapi *cylindrical grip* dilakukan secara teratur maka membantu proses perkembangan motorik tangan.

4. Hasil jurnal penelitian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih, dkk (2013) yang berjudul “Pengaruh *Range of Motion* Aktif (*cylindrical grip*) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik” terdapat perbedaan kekuatan otot sebelum dan sesudah diberikan intervensi ROM aktif *cylindrical grip* dengan p value 0,001 ($<0,05$) dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ROM aktif *cylindrical grip* efektif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Adapun Fokus pengkajian pada klien dengan stroke iskemik menurut Muttaqin (2008) yaitu:

a. Identitas Klien

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

b. Keluhan Utama

Adapun keluhan utama yang sering dijumpai yaitunya klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, biasanya klien mengalami bicara pelo, biasanya klien kesulitan dalam berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keadaan ini berlangsung secara mendadak baik sedang melakukan aktivitas ataupun tidak sedang melakukan aktivitas. Gejala yang muncul seperti mual, nyeri kepala, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adapun riwayat kesehatan dahulu yaitunya memiliki riwayat hipertensi, riwayat DM, memiliki penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat kotrasepsi oral yang lama, riwayat penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi, adanya riwayat DM, dan adanya riwayat anggota keluarga yang menderita stroke.

f. Riwayat Psikososial

Adanya keadaan dimana pada kondisi ini memerlukan biaya untuk pengobatan secara komprehensif, sehingga memerlukan biaya untuk pemeriksaan dan pengobatan serta perawatan yang sangat mahal dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien dan keluarga.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Tingkat Kesadaran

Menurut Gonce (2002) tingkat kesadaran merupakan parameter utama yang sangat penting pada penderita stroke. Perlu dikaji secara teliti dan secara komprehensif untuk mengetahui tingkat kesadaran dari klien dengan stroke. Jenis tingkatan kesadaran terbagi atas:

Metoda Tingkat Responsivitas

- a) Composmentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik
- b) Apatis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya
- c) Derilium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta
- d) Somnolen : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.
- e) Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- f) Semi-Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik
- g) Coma : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri.

Berikut tingkat kesadaran berdasarkan skala nilai dari skor

yang didapat dari penilaian GCS klien :

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

Skala Koma Glasgow

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

Tabel 3 Skala Koma Glasgow

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

2) Gerakan, Kekuatan dan Koordinasi

Tanda dari terjadinya gangguan neurologis yaitu terjadinya kelemahan otot yang menjadi tanda penting dalam stroke. Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan oleh perawat dengan menilai ekstremitas dengan memberikan tahanan bagi otot dan juga perawat bisa menggunakan gaya gravitasi.

Tabel 4. Skala peringkat untuk kekuatan otot

0	Tidak tampak ada kontraksi otot
1	Adanya tanda-tanda dari kontraksi
2	Dapat bergerak tapi tak mampu menahan gaya gravitasi
3	Bergerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa
4	Bergerak dengan lemah terhadap tahanan dari otot pemeriksa
5	Kekuatan dan regangan yang normal

3) Reflek

Respon motorik terjadi akibat adanya reflek yang terjadi melalui stimulasi sensori. Kontrol serebri dan kesadaran tidak dibutuhkan untuk terjadinya reflek. Respon abnormal (babinski) adalah ibu jari dorso fleksi atau gerakan ke atas ibu jari dengan atau tanpa melibatkan jari-jari kaki yang lain.

4) Perubahan Pupil

Pupil harus dapat dinilai ukuran dan bentuknya (sebaiknya dibuat dalam millimeter). Suruh pasien berfokus pada titik yang jauh dalam ruangan. Pemeriksa harus meletakkan ujung jari dari salah satu tangannya sejajar dengan hidung pasien. Arahkan cahaya yang terang ke dalam salah satu mata dan perhatikan adanya konstiksi pupil yang cepat (respon langsung). Perhatikan bahwa pupil yang lain juga harus ikut konstiksi (respon konsensual). Anisokor (pupil yang tidak sama) dapat normal pada populasi yang presentasinya kecil atau mungkin menjadi indikasi adanya disfungsi neural.

5) Tanda-tanda Vital

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

6) Saraf Kranial

I. Olfaktorius : saraf cranial I berisi serabut sensorik untuk indera penghidu. Mata pasien terpejam dan letakkan bahan-bahan

aromatic dekat hidung untuk diidentifikasi.

- II. Optikus : Akuitas visual kasar dinilai dengan menyuruh pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasiensakit harus diperhatikan.
- III. Okulomotoris : Menggerakkan sebagian besar otot mata
- IV. Troklear : Menggerakkan beberapa otot mata
- V. Trigeminal : Saraf trigeminal mempunyai 3 bagian: optalmikus, maksilaris, dan madibularis. Bagian sensori dari saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motorik mengontrol otot mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan menilai reflak kornea; jika itu baik pasien akan berkedip ketika kornea diusap kapas secara halus. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.
- VI. Abdusen : Saraf cranial ini dinilai secara bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot ekstraokular. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerakan jari pemeriksa ke segala arah.
- VII. Fasial : Bagian sensori saraf ini berkenaan dengan pengecapan pada dua pertiga anterior lidah. Bagian motorik dari saraf ini mengontrol otot ekspresi wajah. Tipe yang paling umum dari paralisis fasial perifer adalah bell's palsy.
- VIII. Akustikus : Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang koklearis dan vestibular, yang secara berurutan mengontrol pendengaran dan keseimbangan. Saraf koklearis diperiksa dengan konduksi tulang dan udara. Saraf vestibular mungkin tidak diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada, terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.
- IX. Glosofaringeal : Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam
- X. Vagus : Saraf cranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf

Glosfaringeus mempersarafi serabut sensori pada sepertiga lidah bagian posterior juga uvula dan langit-langit lunak. Saraf vagus mempersarafi laring, faring dan langit-langit lunak serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru-paru dan usus halus. Ketidak mampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan menelan dan suara serak dapat merupakan pertanda adanya kerusakan saraf ini.

- XI. Asesoris spinal : Saraf ini mengontrol otot-otot sternokliedomostoid dan otot trapesius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan menyuruh pasien mengangkat bahu atau memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, bisa juga di bagian kaki dan tangan.
- XII. Hipoglossus : Saraf ini mengontrol gerakan lidah. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien menjulurkan lidah. Nilai adanya deviasi garis tengah, tremor dan atrofi. Jika ada deviasi sekunder terhadap kerusakan saraf, maka akan mengarah pada sisi yang terjadi lesi.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi serebral tidak efektif b/d infrak pada jaringan otak
- b. Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler
- d. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan
- e. Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan
- f. Gangguan persepsi sensori b/d hipoksia serebral
- g. Gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas
- h. Gangguan menelan b/d gangguan saraf kranialis
- i. Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler dan kelemahan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 5
Intervensi Keperawatan Teoritis

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	Perfusi serebeal tidak efektif b/d infrak pada jaringan otak	Tujuan : Keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak Kritreria Hasil : - Tingkat kesadaran meningkat - Kognitif meningkat - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Kecemasan menurun - Agitasi menurun - Demam menurun - Tekanan intrakranial menurun - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik - Refleks saraf membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial ➤ Definisi Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial ➤ Tindakan Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (misal : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang 8. Hindari penggunaan PEEP 9. Hindari pemberian cairan IV hipotonik

			- Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian sedasi dan ati konvulsan, jika perlu - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2	Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral	Tujuan : Kemampuan menerima, memproses, mengirim atau menggunakan sistem simbol Kriteria Hasil : - Kemampuan berbicara meningkat - Kemampuan mendengar meningkat - Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat - Kontak mata meningkat - Afasia, Disfasia, Apraksia, Disleksia, Disatria, Afonia, Dislalia menurun - Pelow dan gagap menurun - Respon perilaku membaik - Pemahaman komunikasi membaik	Promosi Komunikasi : Defisit Bicara ➤ Definisi Menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara ➤ Tindakan Observasi : 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal : memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (misal : menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer)

			- Sesuaikan gya komunikasi dengan kebutuhan (misal: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari tekanan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) - Berikan terapi vokal - Modifikasi lingkungan untuk memaksimalkan banyuan - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Berikan dukungan psikologis - Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi : - Ajarkan bicara perlahan - Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi : - Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
3	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler	Tujuan : Kemampuan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	Teknik latihan penguatan sendi ➤ Definisi Menggunakan teknik gerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau mengembalikan dan meningkatkan fleksibilitas sendi ➤ Tindakan

		Kriteria Hasil : - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak ROM meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan tidak terkoordinasi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun	Observasi : 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan atau aktivitas Terapeutik : 3. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan 4. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 5. Pasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif 6. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, kelelahan, dan mobilitas sendi 7. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama Edukasi : 8. Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama 9. Anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai) atau di kursi, sesuai toleransi 10. Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis 11. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan 12. Anjurkan ambulasi, sesuai toleransi
--	--	---	---

			Kolaborasi : - Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
4	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d sekresi yang tertahan	Tujuan : Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten Kriteria Hasil : - Produksi sputum menurun - Wheezing menurun - Dispnea menurun - Ortopnea menurun - Sulit bicara menurun - Sianosis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nafas membaik - Pola nafas membaik	Manajemen Jalan Nafas ➤ Definisi Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas ➤ Tindakan Observasi : - Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan (ronchi, gurling, mengi, wheezing) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik : - Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) - Posisikan semi fowler atau fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Berikan oksigen jika perlu Edukasi : - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontra indikasi

			Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran jika perlu
5	Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan	Tujuan : Ketidakadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Kriteria Hasil : - Porsi makan yang dihabiskan - Kekuatan otot pengunyah meningkat - Kekuatan otot menelan meningkat - Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat - Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat - Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat - Penyajian dan penyimpanan makanan yang aman - Nyeri abdomen menurun - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik - Membrane mukosa membaik	Manajemen Nutrisi ➤ Definisi Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang ➤ Tindakan Observasi : - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan protein

			- Berikan suplemen makanan, jika perlu - Hentikan pemberian makanan melalui selang naso gastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi : - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
6	Gangguan persepsi sensorial b/d hipoksia serebral	Tujuan : Persepsi realitas terhadap stimulus baik internal maupun eksternal Kriteria Hasil : - Verbalisasi mendengar bisikan meningkat - Verbalisasi melihat bayangan meningkat - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra peraba meningkat - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman meningkat - Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra peraba meningkat	Manajemen Halusinasi ➤ Definisi Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan keamanan, kenyamanan dan orientasi realita ➤ Tindakan Observasi : - Monitor perilaku yang mengindikasikan halusinasi - Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan - Monitor isi halusinasi Terapeutik : - Pertahankan lingkungan yang aman - Lakukan latihan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku, pembatasan wilayah,

		- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan meningkat - Distorsi sensori menurun - Perilaku halusinasi menurun - Tidak menarik diri - Tidak melamun - Tidak curiga - Tidak mondar-mandir	pengekangan fisik dan seklusi - Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi - Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi Edukasi : - Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi - Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi - Anjurkan melakukan distraksi - Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
7	Gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas	Tujuan : Keutuhan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan ligamen) Kriteria Hasil :	Perawatan Integritas Kulit ➤ Definisi Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembapan dan mencegah perkembangan mikroorganisme ➤ Tindakan Observasi : - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

		- Elastisitas meningkat - Hidrasi menurun - Perfusi jaringan menurun - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma menurun - Pigmentasi abnormal menurun - Nekrosis menurun - Abrasi kornea menurun - Suhu kulit membaik - Sensasi, tekstur, dan pertumbuhan rambut membaik	Terapeutik : - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu - Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan atau alami dan hipoalergik pada kulit sensitif - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi : - Anjurkan menggunakan pelembab - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim - Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah - Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
8	Gangguan menelan b/d gangguan saraf kranialis	Tujuan : Jalan makanan dari mulut sampai abdomen adekuat	Dukungan perawatan diri : makan dan minum ➤ Definisi Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan dan minum

		Kriteria Hasil : - Mempertahankan makanan dimulut - Reflek menelan meningkat - Kemampuan mengosongkan mulut meningkat - Kemampuan mengunyah meningkat - Usaha menelan meningkat - Pembentukan bolus meningkat - Frekuensi tersedak menurun - Batuk, muntah, refluks lambung, gelisah, regungitasi menurun - Produksi saliva membaik - Penerimaan makanan membaik - Kualitas suara membaik	➤ Tindakan Observasi : - Identifikasi diet yang dianjurkan - Monitor kemampuan menelan - Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik : - Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan - Atur posisi yang nyaman untuk makan dan minum - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Letakkan makanan disisi mata yang sehat - Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan - Sediakan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan - Sediakan makanan dan minuman yang disukai - Berikan bantuan saat makan dan minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu - Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia Edukasi : - Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian obat (analgesik dan anti emetik) sesuai indikasi
--	--	---	---

9	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler dan kelemahan	Tujuan : Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri Kriteria Hasil : - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan ke toileting (BAB/BAK) - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri - Minat melakukan perawatan diri - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat	Perawatan diri ➤ Definisi Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri ➤ Tindakan Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik : 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (misal: parfum, sikat gigi, sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
---	---	--	---

4. Implementasi

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *Nursing Orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Tahap 1 : persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawat adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan independen, dependen dan interpenden.

c. Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diakui oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

5. Evaluasi

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

a. Proses asuhan keperawatan (berdasarkan kriteria atau rencana yang telah disusun).

b. Hasil tindakan keperawatan, berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah dirumuskan dalam rencana evaluasi.

Terdapat 3 kemungkinan hasil evaluasi yaitu, tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dan tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan

perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus di dokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Nama : Eka Putri Nur Wahyuningsih Iriyanti

NIM : 71.20.9.20.015

Ruang : Neurologi

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. Y

Umur : 55 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat: : Argapura

Agama : Kristen Protestan

Suku bangsa : Kayu pulo

Pekerjaan : PNS

Status perkawinan : belum kawin

Tanggal Pengkajian : 05 Juli 2021

Diagnosis Medis : Stroke Non Hemoragik + Hemiparesis Dextra

2. Status Kesehatan Saat Ini

a. Alasan Masuk

Pasien masuk RS pada tanggal 03 juli 2021 jam 10.00 WIT melalui IGD RSUD Jayapura, keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak bagian kanan, pusing, mulut pelo. Saat di rumah pasien hanya mengeluh sakit kepala.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 05 juli 2021 pukul 09.00 WIT di ruangan Neurologi dengan keluhan keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan kebutuhan pasien sepenuhnya dibantu oleh keluarga. Keluarga mengatakan pasien susah membuka mulut, bicara tidak jelas dan mulut pasien pelo, mengeluh sakit kepala dan pasien tampak

gelisah. Keluarga mengatakan pasien hanya dibersihkan (dilap) 1x sehari. Pasien tampak banyak tidur, berdasarkan pengkajian ADL Barthel Indeks disimpulkan pasien mengalami tingkat ketergantungan skor 2 yaitu dibantu orang lain.

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien sudah lama memiliki penyakit hipertensi, kurang lebih 7 tahun yang lalu dan pasien memiliki riwayat operasi katarak.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan ayah kandung pasien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

e. Faktor pencetus

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien tampak sering banyak diam seperti sedang banyak pikiran dan tampak tertekan.

f. Timbulnya keluhan dan factor pemberat

Keluhan yang dirasakan Ny.Y terjadi secara mendadak dan diperberat ketika Ny. Y sering kelelahan.

g. Riwayat alergi (obat dan makanan)

Ny. Y tidak memiliki riwayat alergi pada makanan ataupun obat-obatan.

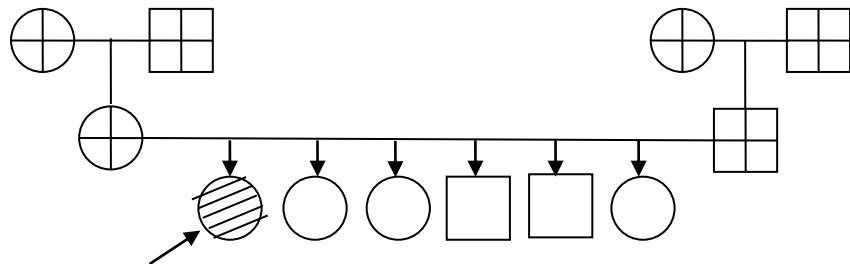
h. Obat-obatan yang pernah dikonsumsi

Obat-obatan yang dikonsumsi obat amlodipin

i. Kebiasaan

Keluarga mengatakan pasien mudah stress dan selalu menjadikan hal-hal kecil yang terjadi dalam keluarga sebagai beban pikiran dan pasien suka mengonsumsi makanan yang mengandung minyak dan santan.

3. Genogram



Keterangan :

- : perempuan
- : laki-laki
- : garis perkawinan
- ↗ : pasien
- ⊕ : meninggal

4. Pengkajian pola kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan-Manajemen Kesehatan

Keluarga pasien mengatakan pasien memang memiliki riwayat penyakit hipertensi tetapi pasien tidak rutin meminum obat, pasien juga jarang memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan.

b. Pola Metabolik-Nutrisi

1) Sebelum sakit : pasien makan 3 x sehari dengan porsi cukup dan jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, lauk pauk. Nafsu makan pasien baik. Pasien minum sekitar $\pm$ 7-8 gelas/ hari dan jenis minuman air putih, teh.

2) Saat sakit : pasien makan dengan frekuensi 3x sehari, jenis makanan bubur, sayur, lauk pauk, buah, pasien diet rendah garam, nafsu makan pasien baik. Minum $\pm$ 7-8 gelas/hari, jenis air putih

c. Pola Eliminasi

1) Sebelum sakit : BAB 1x sehari dilakukan pada pagi hari dengan konsistensi lembek warna kuning, tidak ada masalah dalam BAB.

BAK $\pm$ 4-5 kali sehari dengan warna kuning jernih, bau yang khas (amoniak).

- 2) Saat sakit : BAB 1x sehari setiap pagi, konsistensi lembek warna kecoklatan. BAK di pampers, warna kuning.

d. Pola Aktivitas Dan Latihan

1) Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien hanya menghabiskan waktu di rumah saat libur dan terkadang di gereja, jika hari kerja pasien bekerja.

2) Saat Sakit

Pasien melakukan bedrest, pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan masih lemah. Aktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga dalam melakukan aktivitas mandi, berpakaian, makan. Pasien setiap pagi hanya di lap-lap badan saja. Semua aktivitas dilakukan semuanya di atas tempat tidur. Pasien tidak mampu melakukan mobilisasi (mika/miki) sendiri.

Tabel 6. Kemampuan perawatan diri

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
- Makan / minum			√		
- Mandi			√		
- Toileting			√		
- Berpakaian			√		
- Mobilisasi ditempat tidur			√		
- Berpindah			√		
- Ambulasi ROM			√		

Keterangan :

0 : mandiri

1 : dibantu alat

2 : dibantu orang lain

3 : dibantu orang lain dan alat

4 : tergantung total

e. Pola Istirahat dan Tidur

- 1) Sebelum sakit : Istirahat siang 1-3 jam dan Istirahat malam 9 jam.
Pasien terkadang susah tidur karena sakit kepala yang mendadak.
- 2) Saat sakit : Istirahat siang 2-3 jam dan Istirahat malam 6-8 jam.

f. Pola Persepsi-Kognitif

1) Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan klien mampu berkomunikasi dengan baik dan mengerti apa yang dibicarakan, berespon dan berorientasi dengan baik dengan orang-orang sekitar pasien.

2) Saat Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berbicara dengan jelas, hanya terdengar seperti ucapan yang tetapi tidak jelas. Pasien terlihat banyak diam dan ketika diajak bicara pasien mampu menjawab sedikit demi sedikit

g. Pola Konsep diri-persepsi diri

1) Gambaran diri

Pasien mengatakan pasien senang dengan semua anggota tubuhnya. (dengan berbicara tetapi kurang jelas dan sesekali hanya menganguk saja dan berkata ya)

2) Identitas diri

Pasien sebelum sakit pasien selalu bersyukur atas dirinya dan bangga pada dirinya (dengan berbicara kurang jelas dan sesekali menganguk saja dan berkata ya)

3) Peran diri

Saat ini peran pasien sebagai kakak dari adik-adiknya, pasien belum menikah

4) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat pulang (dengan berbicara namun kurang dan sesekali menganguk saja dan berkata ya)

5) Harga diri

Pasien merasa sudah melakukan hal yg baik untuk dirinya (dengan berbicara namun kurang dan sesekali menganguk saja dan berkata ya).

h. Pola Hubungan-Peran

1) Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga serta adik-adiknya baik-baik saja dan tidak merasa dikucilkan dari keluarga serta tetangga sekitar.

2) Saat Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien berhubungan dengan baik dengan keluarga dan masyarakat disekitar. Banyak teman dan kerabat yang menjenguk dan mendoakan agar cepat sembuh.

i. Pola Reproduksi-Seksualitas

Pasien adalah anak perempuan pertama dan memiliki 5 adik kandung. Status perkawinan pasien belum kawin.

j. Pola Toleransi Terhadap Stress-Koping.

1) Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien mudah stress dan selalu menjadikan hal-hal kecil yang terjadi dalam keluarga sebagai beban pikiran.

2) Saat Sakit

Keluarga pasien selalu memberikan dukungan kepada klien agar mengurangi stres. Pada saat sakit pasien tidak bisa berpendapat mengenai toleransi terhadap stress serta koping.

k. Pola Keyakinan-Nilai

1) Sebelum Sakit

Pasien beragama Kristen protestan dan sering mengikuti kegiatan di gereja serta melakukan ibadah.

2) Saat Sakit

Pasien tampak hanya beraktivitas di tempat tidur.

5. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

- a. Keadaan umum : pasien tampak lemah
- b. Kesadaran : composmentis
- c. Tanda-tanda vital
 - Tekanan Darah : 160/100mmHg
 - Nadi : 85x/m
 - Respirasi : 20x/m
 - Suhu badan : 36,5°C
 - SpO2 : 98%
- d. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)
 - 1) Kepala
 - Inspeksi : Bentuk mesocephal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat benjolan, warna rambut hitam bercampur uban, distribusi rambut merata, tidak ada ketombe.
 - 2) Mata
 - Inspeksi : Mata kiri kanan simetris, pupil bereaksi terhadap cahaya +/+, sklera tidak ikterik, tidak ada oedem pada palpebral tidak ada udem pada palpebral konjungtiva tidak anemis
 - Palpasi : Tidak terdapat massa , tidak ada nyeri tekan dan tidak terdapat pembengkakan pada kelopak mata.
 - 3) Telinga
 - Inspeksi : Bentuk telinga simetris kanan/kiri, tidak terdapat adanya serumen maupun alat bantu pendengaran, telinga tampak bersih dan fungsi pendengaran baik.
 - Palpasi : Tidak ditemukan adanya massa maupun benjolan, tidak ada nyeri tekan.
 - 4) Hidung
 - Inspeksi : bentuk simetris kanan/kiri, tidak terdapat secret, pernafasan cuping hidung tidak ada, fungsi penciuman baik
 - 5) Mulut
 - Inspeksi : mulut mencong ke kiri, mukosa bibir tampak

kering, tidak terdapat lesi maupun sariawan, dapat menelan dengan baik, gigi dan lidah tampak bersih.

6) Telinga

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak terdapat lesi

Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

7) Dada

Inspeksi : Bentuk dada normal, gerakan simetris, postur normal, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdapat lesi, tidak ada pembengkakan atau penonjolan, ictus cordis tidak terlihat.

Palpasi : Tidak teraba ictus cordis di ICS-5.

Perkusi : Suara sonor pada lapang paru.

Auskultasi : Suara napas vesikuler, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak ada mur-mur, tidak ada gallop.

8) Abdomen

Inspeksi : simetris kiri dan kanan, tidak ikterik, tidak ada distensi, tidak ada luka.

Auskultasi : bising usus 12x/ menit.

Palpasi : tidak teraba penonjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

Perkusi : bunyi tympani

9) Ekstremitas

Atas : Tidak terdapat lesi, Ny. Y terpasang IVFD NaCl 0,9% pada tangan sebelah kiri. Akral teraba hangat, CRT < 3 detik. Terdapat hemiparesis pada ekstremitas kanan.

Kekuatan Otot 3333/5555.

Bawah : tidak terdapat lesi, tidak terdapat edema akral teraba hangat, CRT < 3 detik. Terdapat hemiparesis pada ekstremitas kanan. Kekuatan Otot 3333/5555.

10) Genetalia

Tidak terpasang kateter, pasien menggunakan pampers, tidak ada oedem, tidak ada luka, tidak ada hemoroid pada anus.

11) Integumen

Inspeksi : Kulit N y . Y berwarna sawo matang, kulit tampak bersih, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak ada lesi, tidak terdapat kelainan pada kulit.

Palpasi : Akral teraba hangat, tidak terdapat edema.

j. Pemeriksaan saraf kranial

4. Saraf Kranial I (Olfaktorius)

Pasien dapat membedakan 2 bau yang berbeda (minyak kayu putih dan jeruk) pada kedua lubang hidung.

5. Saraf Kranial II (Optikus)

Pasien mampu melihat objek (pulpen dan tissu) yang di dekatnya dengan jelas berjarak 50cm.

3) Saraf Kranial III (okulomotoris)

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan samping kanan kiri.

4) Saraf kranial IV (Trochlearis)

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan samping kanan kiri.

5) Saraf Kranial V (Trigeminus)

Reflek kornea +/+, dapat merasakan sentuhan di wajah, mampu mengunyah, klien mampu berkedip dan menelan dengan baik

6) Saraf Kranial VI (Abdusen)

Pasien mampu melirik ke kanan dan ke kiri.

7) Saraf Kranial VII (fasialis)

Pasien dapat mengerutkan alis, mengangkat dahi, memejamkan mata, pasien tidak mampu menggembungkan salah satu pipi yaitu pipi kiri, pasien tidak mampu tersenyum maksimal saat diberi perintah untuk senyum

8) Saraf Kranialis VIII (Vestibulokoklearis)

Pasien dapat mendengarkan suara tepukan dengan nyaring, namun tidak mendengar ketika dilakukan dengan suara halus pada kedua

telinga. Stapping, rinne, dan weber tidak dilakukan.

9) Saraf kranialis IX (Glossofaringeus)

Pasien mampu menelan, klien tidak mampu bersiul, klien tidak mampu menggembungkan salah satu pipi yaitu pipi kiri.

10) Saraf kranialis X (Vagus)

Pasien saat berbicara tidak jelas, artikulasi yang diucapkan masih tidak jelas/ pelo.

11) Saraf kranialis XI (Accesorius)

Pasien mampu menoleh kearah kiri dan kanan, pasien mampu menganggukkan kepala

12) Syaraf kranial XII (Hipoglosus)

Lidah tampak miring sedikit kearah kiri, klien mampu mendorong pipi dengan lidah, artikulasi klien saat berbicara tidak jelas/pelo

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Hematologi Rutin			
Kadar Hemoglobin	12,5	g/dL	11,0-14,7
Hitung Hematokrit	38,7	%	35,2-46,7
Hitung jumlah leukosit	H 8,57	$10^3/uL$	3,37-8,38
Hitung jumlah trombosit	344	$10^3/uL$	140-400
Hitung jumlah eritrosit	5,41	$10^6/uL$	3,69-5,46
Hitung Jumlah Leukosit (Diff)			
Sel basophil	L 0,2	%	0,3-1,4
Sel eosinophil	0,8	%	0,6-5,4
Sel neutrophil	H 70,7	%	39,8-70,9
Sel limfosit	L 21,5	%	23,1-49,9

Sel monosit	6,8	%	4,3-10,0
Malaria (DDR)	Negative		
Kimia Darah			
Glukosa darah sewaktu	115	mg/dL	<=140
BUN	L 58	mg/dL	7-18
Creatinin	0,68	mg/dL	<=0,95
Na, K, Cl			
Kalium darah	L 3,04	mEq/L	3,50-5,30
Natrium darah	138,50	mEq/L	135-148
Cl darah	102,50	mEq/L	98-106
Calcium Ion	1,19	mEq/L	1,15-1,35

b. Ro. Foto

Hasil : cardiomegali dn HHD

c. Pemeriksaan CT-Scan kepala tanpa kontras potongan axial

- 1) Tampak lesi hipodens pada lobus Frontalis Hemifer Cerebri Kiri
- 2) Tidak tampak midline shift
- 3) Sulci dan gyri normal
- 4) Sistem ventrikel lateralis kiri sedikit dilatasi, sistem ventrikel lainnya normal
- 5) Kalsifikasi pada ganglia basalis, pineal body dan piexus choroideus
- 6) Tampak perselubungan pada sinus maxilaris kiri , sinus paranasalis lainnya dan air cell mastoid normal
- 7) Tulang-tulang intak

Kesan : Infark cerebri lobus frontalis kiri dan Sinusitis maxilaris kiri

7. Terapi obat yang diberikan

- a. IVFD NaCl 0,9% + Neurobion 1 amp + Citicoline 500mg/12 jam
- b. Ranitidine 2x1amp/IV
- c. Diltiazem 1x30mg/po
- d. Valsartan 1x160mg/po

- e. Amlodipin 1x10mg
- f. Manitol (IVFD) drip 200-150-150
- g. Kalnex 2x1amp
- h. Aspark 2x1 tab/po

8. Klasifikasi Data

Tabel 8 Klasifikasi data

Data Objektif	Data Subjektif
- Pasien mengeluh sakit kepala - Keluarga pasien mengatakan anggota tubuh klien sebelah kanan masih lemah. - Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas dilakukan diatas tempat tidur - Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien selalu di bantu oleh perawat dan keluarga dalam melakukan aktivitas mandi, berpakaian, makan	- Keadaan umum : lemah - Kesadaran : composmentis - Tanda-tanda vital : Tekanan Darah: 160/100mmHg Nadi : 85x/m Respirasi : 20x/m Suhu badan: 36,5°C SpO2 : 98% - Pupil isokor, reflek cahaya +/- - Skala NHSS skor 7 (deficit neurologi sedang) - Skala Barthel Index skor 9 (ketergantungan sedang dalam memenuhi ADL) - Skala Jatuh memiliki skor 60 yaitu pasien berisiko jatuh tinggi - Pasien tampak bedrest - Aktivitas pasien tampak dibantu oleh perawat dan keluarga - Bibir pasien tampak mencong ke kiri - Pasien tampak bisa berbicara namun tidak jelas /pelo

	• Disatria ringan • Artikulasi yang diucapkan masih tidak jelas • Kekuatan otot 3 5 3 5 • hasil CT Scan : Cerebri lobus frontalis kiri
--	--

9. Analisa Data

Tabel 9 Analisa data

Data	Etiologi	Masalah
DS: • Pasien mengatakan pusing DO : • Keadaan umum : lemah • Kesadaran : composmentis • Tanda-tanda vital : Tekanan Darah: 160/100mmHg Nadi : 85x/m Respirasi : 20x/m Suhu badan: 36,5°C SpO2 : 98% • Pupil isokor, reflek cahaya +/+ • Skala NIHSS skor 7	Hipertensi ↓ Terbentuknya thrombus arterial dan emboli ↓ Suplai O2 ke otak menurun ↓ Iskemik jaringan pada otak ↓ Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

(deficit neurologi sedang) • Saraf kranial X : Pasien saat berbicara tidak jelas, artikulasi yang diucapkan masih tidak jelas/ pelo • Saraf kranial XII : Lidah tampak miring sedikit kearah kiri, klien mampu mendorong pipi dengan lidah, artikulasi klien saat berbicara tidak jelas/pelo • Hasil CT scan: cerebri lobus frontalis kiri		
DS : • Keluarga pasien mengatakan anggota tubuh klien sebelah kanan masih lemah. • Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien selalu di bantu oleh perawat dan keluarga dalam melakukan aktivitas mandi, berpakaian, makan	Iskemik pada arteri serebral anterior ↓ Gangguan premotor area ↓ Kerusakan neuromuskular ↓ Hemiparesis ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

DO : • Pasien tampak bedrest • Ada kesulitan pergerakan • Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat • Skala Barthel Index skor 9 (ketergantungan sedang dalam memenuhi ADL) • kekuatan otot : 3 5 3 5		
DS : - DO: • Bibir pasien tampak mencong ke kiri • Pasien tampak bisa berbicara namun tidak jelas/ pelo. • Pasien terlihat banyak diam dan ketika diajak bicara pasien mengerti dan kooperatif • Disatria ringan • Artikulasi yang diucapkan masih tidak jelas	TIK meningkat ↓ Iskemik pada arteri serebral medial ↓ Gangguan brocha's motorspeech area ↓ Disatria, afasia	Gangguan komunikasi verbal

DS : • Keluarga mengatakan klien hanya dibersihkan (dilap) 1x sehari • Keluarga mengatakan selama di rumah sakit klien belum pernah keramas • Keluarga mengatakan kebutuhan klien dibantu oleh keluarga DO : • Penilaian ADL berdasarkan Indeks Barthel didapatkan klien mengalami tingkat ketergantungan dengan skor 2 • Klien bedrest total • Klien tampak lemah • Semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga • Mulut klien kurang	Iskemik pada arteri serebral anterior ↓ Gangguan premotor area ↓ Kerusakan neuromuskular ↓ Hemiparesis ↓ Defisit Perawatan Diri	Defisit perawatan diri

bersih		
• Klien terpasang IVFD pada tangan kiri		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi jaringan cerebral tidak efektif b/d infrak pada jaringan otak
2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular
3. Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan fisiologis
4. Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuscular dan kelemahan

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 10
Intervensi Keperawatan Kasus

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d infrak pada jaringan otak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak dengan kriteria hasil : - Tingkat kesadaran meningkat - Kognitif meningkat - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Kecemasan menurun - Agitasi menurun - Demam menurun - Tekanan intrakranial menurun - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolik membaik - Refleks saraf membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial ➤ Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (misal : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor intake dan output cairan ➤ Terapeutik : 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang 8. Hindari penggunaan PEEP 9. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 10. Pertahankan suhu tubuh normal ➤ Kolaborasi : 11. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 13. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dengan kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak ROM meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan tidak terkoordinasi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun	➤ Observasi : 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan atau aktivitas ➤ Terapeutik : 3. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan 4. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 5. Pasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif 6. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, kelelahan, dan mobilitas sendi 7. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama ➤ Edukasi : 8. Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama 9. Anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai) atau di kursi, sesuai toleransi 10. Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis 11. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan 12. Anjurkan ambulasi, sesuai toleransi ➤ Kolaborasi : 13. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan
----	---	---	---

3.	Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan menerima, memproses, mengirim atau menggunakan sistem simbol dengan kriteria hasil : - Kemampuan berbicara meningkat - Kemampuan mendengar meningkat - Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat - Kontak mata meningkat - Afasia, Disfasia, Apraksia, Disleksia, Disatria, Afonia, Dislalia menurun - Pelow dan gagap menurun - Respon perilaku membaik - Pemahaman komunikasi membaik	➤ Observasi : 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal : memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi ➤ Terapeutik : 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (misal : menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari tekanan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk memaksimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis 10. Gunakan juru bicara, jika perlu ➤ Edukasi : 11. Ajarkan bicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara ➤ Kolaborasi : 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
----	--	--	---

4.	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuscular dan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan kemampuan pasien atau keluarga pasien melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan ke toileting (BAB/BAK) - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri - Minat melakukan perawatan diri - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulutmeningkat	➤ Observasi : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan ➤ Terapeutik : 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal : suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (misal: parfum, sikat gigi, sabun mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri ➤ Edukasi : 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
----	---	--	--

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 11
Hasil Implementasi dan Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl/Tahun/Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infrak pada jaringan otak	Selasa, 06/07/2021 Jam : 09.00	Observasi : 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misal : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK (misal : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun): ➤ TD : 170/80 mmHg, nadi tidak melebar, tidak ada bradikardi, pola nafas reguler, kesadaran composmentis 3. Memonitor status pernafasan ➤ Respirasi 22x/m Terapeutik : 4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ➤ Lingkungan aman dan nyaman 5. Memberikan posisi semi fowler ➤ Memposisikan klien	13.30	S : - Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh sakit kepala - Keluarga pasien mengatakan pasien kadang merasa gelisah O : - GCS 15 (afasia) E ₄ V _(a) M ₆ - Pupil Isokor, konjungtiva tidak anemis - Reflek pupil +/- - Pasien mengalami kaku kuduk - Pasien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelah kanan - TTV TD : 170/80 mmHg N : 85 x/m RR : 22 x/m S : 36,5 °C - Pasien tampak tidak bisa membuka mulut pada saat diperintahkan	

			dengan posisi semi fowler 6. Mencegah terjadinya kejang 7. Mempertahankan suhu tubuh normal ➤ Suhu badan : 36,5°C Kolaborasi : 8. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat ➤ IVFD NaCl 0,9% + Neurobion 1 amp + Citicoline 500mg/12 jam ➤ Diltiazem 1x30mg/po ➤ Valsartan 1x160mg/po ➤ Amlodipin 1x10mg		- Mulut pasien mengalami pelo - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak posisi semifowler A : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Monitor respon neurologis pasien (GCS, reflek pupil, kakukuduk, kelemahan) - Pantau TTV pasien dan SpO2 - Pantau tingkat kesadaran klien - Pantau tanda-tanda peningkatan TIK - Catat respon klien terhadap stimulus	
--	--	--	--	--	---	--

2	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler	Selasa, 06/07/2021 Jam : 09.00	Observasi : 1. Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan geraksendi ➤ Klien mengalami hemiparesis pada anggota gerak bagian kanan 2. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerak atau aktivitas ➤ Tidak tampak rasa ketidaknyamanan pada klien Terapeutik : 3. Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan ➤Menanyakan adanya nyeri pada klien 4. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif ➤ Memberikan posisi yang nyaman 5. Memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif ➤ Membuat jadwal rentang gerak bersama klien dan keluarga 6. Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasasakit, kelelahan, dan mobilitas sendi	S : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan - Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas masih tergantung dengan keluarga - Keluarga pasien mengatakan mengetahui cara berpindahdan ROM yang telah diajarkan O : - Kekuatan otot 3 5 3 5 - Indeks ADL Barthel (dibantu orang lain = 2) - Pasien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelah kanan - Keluarga pasien tampak mengerti dengan cara ambulasi dan ROM yang telah diajarkan - Pasien bedrest total - Semua aktifitas pasien tampak dibantu keluarga
---	---	-----------------------------------	---	---

			➤ Melakukan ROM aktif dan pasif bersama keluarga 7. Mengajarkan ROM <i>Cylindrical Grip</i> (libatkan keluarga) ➤ Keluarga memahami dan melakukan apa yang diajarkan oleh perawat 8. Memberikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama ➤ Memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga Edukasi : 9. Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama ➤ Menjelaskan tujuan dan rencana tindakan ROM yang akan dilakukan 10. Menganjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis ➤ Menganjurkan klien dan keluarga melakukan ROM secara teratur 11. Menganjurkan ambulasi, sesuai toleransi ➤ Menjeaskan dan menganjurkan cara		- Posisi pasien diubah setiap 2 jam A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi - Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM - Anjurkan lakukan ROM cylindrical grip (libatkan keluarga) - Berikan penguatan dan motivasi - Ubah posisi klien minimal 2 jam sekali	
--	--	--	---	--	--	--

			berpindah kepada klien dan keluarga sesuai kemampuan Kolaborasi : 12. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan			
--	--	--	--	--	--	--

3	Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan fisiologis	Selasa, 06/07/2021 Jam : 09.00	Observasi: 1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas dan volume ➤ Klien berbicara tidak jelas 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal : memori, pendengaran) ➤ Pendengaran klien baik, memori jangka pendek klien baik 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara ➤ Menanyakan kepada klien dan keluarga tentang apa yang dirasakan saat ini 4. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi ➤ Klien tampak memegang tangan perawat ketika diajak berkomunikasi Terapeutik : 5. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan ➤ Berdiri di depan klien ketika berbicara, mendengarkan dengan seksama, berbicara dengan perlahan 6. Memodifikasi lingkungan untuk memaksimalkan	S : - Keluarga pasien mengatakan mulut pasien mengalami pelo - Keluarga pasien mengatakan pasien susah untuk membuka mulut - Keluarga pasien mengatakan pasien bisa menjawab pertanyaan tetapi kurang jelas - Keluarga pasien mengatakan pasien tampak menggerakkan bola mata pada saat dipanggil namanya O : - Pasien masih tampak kesulitan membuka mulut pada saat di suruh untuk membuka mulutnya - Mulut pasien mengalami pelo - Pada saat dipanggil namanya pasien tampak menggerakkan bola matanya ke sumber suara - Mengucapkan kalimat simple yaitu dengan memanggil nama pasien - Keluarga tampak mengajak pasien untuk berkomunikasi A :	
---	---	--------------------------------------	--	--	--

			bantuan ➤ Mengikutsertakan keluarga dalam latihan 7. Mengulangi apa yang disampaikan pasien ➤ Mengulang kembali apa yang diucapkan oleh klien 8. Berikan dukungan psikologis ➤ Memberikan semangat dan motivasi kepada klien dan keluarga Edukasi : 9. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Mengajarkan bicara pelan Kolaborasi : 10. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis, jika perlu		Hambatan komunikasi verbal belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Berbicara dengan pasien dengan lambat dan perlahan agar pasien dapat mengerti pembicaraan - Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan - Anjurkan pada keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi	
--	--	--	--	--	--	--

4	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler dan kelemahan	Selasa, 06/07/2021 Jam : 09.00	Observasi : 1. Memonitor tingkat kemandirian ➤ Klien memiliki tingkat ketergantungan total Terapeutik : 1. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 2. Menyediakan lingkungan yang terapeutik ➤ Menyediakan lingkungan yang hangat dan rileks 3. Menyiapkan keperluan pribadi ➤ Sikat gigi, sabun mandi, wash lap, dan sampho 4. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri ➤ Pagi hari dan sore hari Edukasi : 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	S : - Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien masih dibantu keluarga - Keluarga klien mengatakan gigi klien sudah dibersihkan - Keluarga klien mengatakan klien sudah selesai dimandikan - Keluarga klien mengatakan klien tampak sudah bersih O : - Klien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri - Melakukan personal hygiene dan oral hygiene - Membantu klien dalam berhias dan berpakaian - Memberikan semangat kepada klien Klien tampak bersih dan rapi A : - Defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri - Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk	
---	--	--------------------------------------	---	--	--

					kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makanan - Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care - Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki	
--	--	--	--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari : Rabu
Tanggal : 07/07/ 2021

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tgl/Tahun/ Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d infrak pada jaringan otak	Rabu, 07/07/2021 Jam : 08.00	Observasi : 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misal : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK (misal : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun): ➤ TD : 150/90mmHg, nadi tidak melebar, tidak ada bradikardi, pola nafas reguler, KES : Compos Mentis) 3. Memonitor status pernafasan ➤ Respirasi 20 x/m Terapeutik : 4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ➤ Lingkungan aman dan nyaman	13.30	S : - Keluarga pasien mengatakan sakit kepala pasien sedikit berkurang - Keluarga mengatakan pasien tampak lebih tenang O : - GCS 15 (afasia) E ₄ V _(a) M ₆ - Pupil Isokor, konjuntiva tidak anemis - Reflek pupil +/- - Pasien masih mengalamikaku kuduk - Pasien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelah kanan - Suplai oksigen 99 % - TTV TD : 150/90 mmHg N : 79 x/m RR : 20 x/m S : 36,5 °C - Pasien tampak tidak bisa membuka mulut pada saat	

			5. Memberikan posisi semi fowler ➤ Memposisikan klien dengan posisi semo fowler 6. Mencegah terjadinya kejang ➤ Mencegah terjadinya kejang 7. Mempertahankan suhu tubuh normal ➤ Suhu : 36,6°C Kolaborasi : 8. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat ➤ IVFD NaCl 0,9% + Neurobion 1 amp + Citicoline 500mg/12 jam ➤ Diltiazem 1x30mg/po ➤ Valsartan 1x160mg/po ➤ Amlodipin 1x10mg		diperintahkan - Mulut pasien mengalami pelo - Pasien tampak sedikit tenang A : - Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Monitor respon neurologis klien (GCS, reflek pupil, kaku kuduk, kelemahan) - Pantau TTV klien dan saturasi O₂ - Pantau tingkat kesadaran klien - Pantau tanda-tanda peningkatan TIK : sakit kepala - Pantau pergerakan motorik - Catat respon klien terhadap stimulus	
--	--	--	---	--	--	--

2	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler	Rabu, 07/07/2021 Jam : 09.00	Observasi : 1. Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi ➤ Klien mengalami hemiparesis pada anggota gerak bagian kanan 2. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerak atau aktivitas ➤ Tidak tampak rasa ketidaknyamanan pada klien Terapeutik : 3. Melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan ➤Menanyakan adanya nyeri pada klien 4. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif ➤ Memberikan posisi yang nyaman 5. Memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif ➤ Membuat jadwal rentang gerak bersama klien dan keluarga 6. Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa	S : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan - Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas masih tergantung dengan keluarga - Keluarga pasien mengatakan mengetahui cara berpindah dan ROM yang telah diajarkan O : - Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> - Indeks ADL Barthel (dibantu orang lain = 2) - Pasien mengalami hemiparesis pada anggota tubuh sebelah kanan - Keluarga pasien tampak mengerti dengan cara ambulasi dan ROM yang telah diajarkan - Pasien bedrest total - Semua aktifitas pasien tampak dibantu keluarga - Posisi pasien diubah setiap 2	3	5			3	5
3	5									
3	5									

			sakit, kelelahan, dan mobilitas sendi ➤ Melakukan ROM aktif dan pasif bersama keluarga 7. Mengajarkan ROM <i>Cylindrical Grip</i> (libatkankeluarga) ➤ Keluarga memahami dan melakukan apa yang diajarkan oleh perawat 8. Memberikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama ➤ Memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga Edukasi : 9. Menjelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama ➤ Menjelaskan tujuan dan rencana tindakan ROM yang akan dilakukan 10. Menganjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis ➤ Menganjurkan klien dan keluarga melakukan ROM secara teratur 11. Menganjurkan ambulasi, sesuai toleransi ➤ Menjeaskan dan		jam A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Dampingi dan bantu klien dalam mobilisasi - Pertahankan teknik berpindah/ambulasi dan ROM - Anjurkan lakukan ROM cylindrical grip (libatkan keluarga) - Berikan penguatan dan motivasi - Ubah posisi klien minimal 2 jam sekali	
--	--	--	---	--	---	--

			menganjurkan cara berpindah kepada klien dan keluarga sesuai kemampuan Kolaborasi : 12. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan			
--	--	--	--	--	--	--

3	Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan fisiologis	Rabu, 07/07/2021 Jam : 09.00	Observasi: 1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas dan volume ➤ Klien berbicara tidak jelas 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal : memori, pendengaran) ➤ Pendengaran klien baik, memori jangka pendek klien baik 3. Memonitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara ➤ Menanyakan kepada klien dan keluarga tentang apa yang dirasakan saat ini 4. Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi ➤ Klien tampak memegang tangan perawat ketika diajak berkomunikasi Terapeutik : 5. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan ➤ Berdiri di depan klien ketika berbicara, mendengarkan dengan seksama, berbicara dengan perlahan 6. Memodifikasi lingkungan untuk memaksimalkan	S : - Keluarga pasien mengatakan mulut pasien mengalami pelo - Keluarga pasien mengatakan pasien susah untuk membuka mulut - Keluarga pasien mengatakan pasien bisa menjawab pertanyaan tetapi kurang jelas - Keluarga pasien mengatakan pasien tampak menggerakkan bola mata pada saat dipanggil namanya O : - Pasien masih tampak kesulitan membuka mulut pada saat di suruh untuk membuka mulutnya - Mulut pasien mengalami pelo - Pada saat dipanggil namanya pasien tampak menggerakkan bola matanya ke sumber suara - Mengucapkan kalimat simple yaitu dengan memanggil nama pasien - Keluarga tampak mengajak pasien untuk berkomunikasi A : Hambatan komunikasi verbal belum teratasi	
---	--	------------------------------------	--	---	--

			bantuan ➤ Mengikutsertakan keluarga dalam latihan 7. Mengulangi apa yang disampaikan pasien ➤ Mengulang kembali apa yang diucapkan oleh klien 8. Berikan dukungan psikologis ➤ Memberikan semangat dan motivasi kepada klien dan keluarga Edukasi : 9. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara Mengajarkan bicara pelan Kolaborasi : 10. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis, jika perlu		P : Intervensi dilanjutkan - Berbicara dengan pasien dengan lambat dan perlahan agar pasien dapat mengerti pembicaraan - Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan - Anjurkan pada keluarga secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi	
--	--	--	--	--	---	--

4	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler dan kelemahan	Rabu, 07/07/2021 Jam : 09.00	Observasi : 1. Memonitor tingkat kemandirian ➤ Klien memiliki tingkat ketergantungan total Terapeutik : 2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik ➤ Menyediakan lingkungan yang hangat dan rileks 4. Menyiapkan keperluan pribadi ➤ Sikat gigi, sabun mandi, wash lap, dan sampoh 5. Menjadwalkan rutinitas perawatan diri ➤ Pagi hari dan sore hari Edukasi : 6. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	S : - Keluarga klien mengatakan semua aktivitas klien masih dibantu keluarga - Keluarga klien mengatakan gigi klien sudah dibersihkan - Keluarga klien mengatakan klien sudah selesai dimandikan - Keluarga klien mengatakan klien tampak sudah bersih O : - Klien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri - Melakukan personal hygiene dan oral hygiene - Membantu klien dalam berhias dan berpakaian - Memberikan semangat kepada klien Klien tampak bersih dan rapi A : - Defisit perawatan diri teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan - Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri - Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan
---	---	------------------------------------	---	--

					makanan - Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care - Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki	
--	--	--	--	--	--	--

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Analisa Kasus Sesuai Dengan Kelolaan

Asuhan keperawatan pada klien Ny. Y dengan Stroke Non Hemoragik dilakukan sejak tanggal 05 – 08 Juli 2021, klien masuk rumah sakit tanggal 03 Juli dari IGD sebelumnya. Pengkajian keperawatan dilakukan diruangan Neurologi pada tanggal 05 November 2018. Keluhan utama klien mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan, sakit kepala dan mulut pelo.

Masalah keperawatan yang pertama yaitu perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan Infrak pada jaringan otak. Dari hasil pengkajian didapatkan klien memiliki hipertensi sudah 7 tahun terakhir dialami klien, serta ayah dari klien juga menderita hipertensi. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil melebihi batas normal yaitu 160/100 mmHg. Hipertensi merupakan faktor resiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun tersumbatnya pembuluh darah di otak. Bila tekanan sistolik diatas 130 mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 90 mmHg, maka dapat berpotensi menimbulkan serangan CVD, terlebih bila telah berjalan selama bertahun-tahun. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu darah ekstrasvasal akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intrakranial yang meningkat, sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel sel otak akan mengalami kematian (Rosjidi, 2008).

Masalah keperawatan kedua adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kelemahan. Keluhan utama yang dialami klien yaitu mengalami kelemahan anggota badan sebelah kanan. Dimana kekuatan otot ekstemitas atas 3/5 dan ekstermitas bawah 3/5. Kelemahan ini mengakibatkan klien mengalami hambatan mobilitas fisik. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau ekstremitas atau lebih

berdasarkan tingkat aktifitas (Wilkinson, 2011).

Stroke merupakan kondisi hilangnya fungsi neurologis secara cepat karena adanya gangguan perfusi pembuluh darah otak (Satyanegara, 2010). Stroke umumnya diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu non hemoragik dan hemoragik (perdarahan). Stroke non hemoragik terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah otak dan memiliki prevalensi tertinggi, yaitu 88% dari semua stroke dan sisanya adalah stroke hemoragik (stroke perdarahan) yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak (Marsh, 2010). Gangguan vaskularisasi otak ini memunculkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagian-bagian tubuh, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan sensori, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh) (Dimitrios Theofanidis, 2015).

Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Imobilitas dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atropi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama. Kekuatan otot sangat berhubungan dengan sistem neuromuskular yaitu besarnya kemampuan sistem saraf mengaktivasi otot untuk melakukan kontraksi. Semakin banyak serabut otot yang teraktivasi, maka semakin besar pula kekuatan yang dihasilkan oleh otot tersebut (Cahyati, Nurachmah, & Hastono, 2013).

Penurunan kekuatan otot merupakan manifestasi dari hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh) yang paling sering ditemukan pada pasien stroke. Defisit motorik pada pasien stroke berupa hemiparesis atau hemiplegia biasanya disebabkan karena kerusakan pembuluh darah bagian anterior atau arteri serebral medial yang mengakibatkan infark pada korteks motorik frontalis (Cahyati et al., 2013). Saraf yang mengendalikan otot-otot

tulang pada manusia adalah sekelompok neuron sepanjang korteks motorik primer. Perintah dari otak melalui basal ganglia akan dimodifikasi oleh sinyal dari serebelum dan kemudian disampaikan melalui saluran piramidal ke medulla spinalis sampai ke ujung saraf motorik pada otot. Sistem ekstrapiramidal berkontribusi dalam umpan balik yang akan mempengaruhi reaksi otot dan respon (Azizah, 2019).

Masalah yang berhubungan dengan kondisi imobilisasi pada klien stroke dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan utama yang sesuai dengan masalah imobilisasi pada klien stroke adalah hambatan mobilitas fisik. Hal ini berdasarkan hasil penelitian Alice Gabrielle de SC pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (De Sousa, 2010). Diagnosis ini didefinisikan sebagai keterbatasan dalam melakukan pergerakan fisik pada satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman, 2014).

Masalah keperawatan ketiga hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak). Afasia terjadi akibat kerusakan pada area pengaturan bahasa pada otak. Pada manusia fungsi pengaturan bahasa mengalami lateralisasi ke hemisfer kiri otak pada 96-99% orang yang dominan tangan kanan dan 60% orang yang dominan tangan kiri (kidal). Pada pasien afasia sebagian besar lesi terletak pada hemisfer kiri. Kerusakan ini terletak pada bagian otak yang mengatur kemampuan berbahasa yaitu area *broca* dan area *wernicke* dengan keluhan tidak dapat berbicara, berkomunikasi dengan isyarat.

Masalah keperawatan keempat defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskular dan kelemahan. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. Y mengalami kelemahan pada anggota gerak yang menyebabkan Ny. Y tidak bisa melakukan aktivitas sehingga semua aktivitas Ny. Y dibantu oleh keluarga. *Personal hygiene* merupakan suatu usaha pemeliharaan kesehatan diri seseorang yang bertujuan mencegah terjangkitnya penyakit serta untuk memperbaiki status kesehatannya. Salah satu indikator dari *personal hygiene*

adalah perawatan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung dan telinga, kaki dan kuku, genitalia serta kebersihan dan kerapian pakaian (Potter & Perry, 2008).

Keterbatasan kebersihan diri biasanya disebabkan oleh kelemahan anggota gerak yang dialami klien, sehingga dirinya tidak bisa mengurus merawat dirinya sendiri baik dalam hal mandi, berpakaian, dan berhias. Keterbatasan tersebut akan terus berlanjut dalam pemenuhan kebutuhan dasar lainnya. Manusia mempunyai kebutuhan yang beragam, namun pada hakikatnya setiap manusia mempunyai kebutuhan dasar yang sama. Salah satunya yang mengalami defisit perawatan diri adalah pasien yang terkena penyakit stroke memiliki keterbatasan pergerakan dan tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar (Asmadi, 2008). Dari keempat masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan bawah) penulis tertarik melakukan terapi untuk melatih kekuatan otot yaitu dengan *Range Of Motion Cylindrical Grip*.

Peningkatan kekuatan otot dengan ROM aktif *Cylindrical Grip* telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Irawati (2016) tentang Efektivitas *Range Of Motion Cylindrical Grip* terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Tanggerang didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan kekuatan otot sebelum dan sesudah diberikan intervensi ROM *Cylindrical Grip* dengan p value 0,000 ($< 0,05$). Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa ROM *Cylindrical Grip* efektif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas.

Pemberian ROM *Cylindrical Grip* dapat membantu untuk mengimbangi paralisis melalui penggunaan otot yang masih mempunyai fungsi normal, membantu mempertahankan dan membentuk kekuatan, mengontrol bekas yang dipengaruhi paralisis pada otot, membantu mencegah otot dari pemendekan (kontraktur) dan terjadi kecacatan. Terapi *Cylindrical Grip* sangat baik diberikan pada pasien stroke non hemoragik dan apabila

terapi ini dilakukan secara teratur akan membantu proses perkembangan motorik tangan. Terapi *Cylindrical grip* sangat mudah dilakukan hanya cara menggenggam benda berbentuk silindris misal tissue gulung dengan jari-jari dilipat dengan ibu jari yang tertekuk diatas telunjuk dari jari tengah. dan hal ini berfungsi untuk menggerakkan jari- jari tangan menggenggam sempurna (Irfan, 2010).

B. Analisa Based Evidence Practice (Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait)

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

Lower motor neuron adalah suatu neuron yang menghubungkan batang otak dan sumsum tulang belakang ke serat-serat otot, membawa impuls saraf dari *Upper Motor Neuron (UMN)* menuju otot. Akson dari lower motor neuron berakhir di efektor (otot). LMN merupakan satu-satunya neuron yang menginversi serat otot lurik, berfungsi sebagai *final common pathway*, penghubung terakhir antara *Central Nervous System (CNS)* dan otot lurik. Menurut (Ginsberg, 2010) Lower motor neuron merupakan jaras akhir bersama untuk sistem motorik, yaitu akson-akson yang keluar dari sel-sel kornus anterior medulla spinalis menuju otot volunter satu sel kornum anterior dapat mensuplai banyak serabut otot membentuk suatu unit motorik. Lower motor neuron adalah suatu susunan saraf tepi dari sumsum tulang belakang sampai jari atau otot (Ginsberg, 2010).

Latihan rentang gerak atau ROM bermanfaat untuk memperbaiki tonus otot maupun refleks tendon yang mengalami kelemahan, hal ini dikarenakan pemberian latihan yang terus menerus dapat menstimulasi dan merangsang

otot-otot disekitarnya untuk berkontraksi. Apabila gerakan ini dilakukan secara rutin maka akan terjadi peningkatan kekuatan otot (Ariastuti, Okvi, Kurniawati, & Aini, 2015). Latihan ROM dapat merangsang aktivitas kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan meningkatkan rangsangan pada serat saraf otot ekstremitas terutama saraf parasimpatis yang merangsang untuk produksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi. Mekanisme melalui muskulus terutama otot polos ekstremitas akan meningkat. Otot polos pada ekstremitas mengandung filamen aktin dan myosin yang mempunyai sifat dan berinteraksi antara satu dan lainnya. Proses interaksi diaktifkan oleh ion kalsium dan Adeno Triphospat (ATP), selanjutnya dipecah menjadi adeno difosfat (ADP) untuk memberikan energi bagi kontraksi otot pada ekstremitas (Guyton, 2007).

Menurut Aryani (2014) peningkatan kekuatan otot juga dipengaruhi oleh rekrutmen motor unit yang terjadi. Motor unit adalah unit fungsional dari sistem neuro muskular yang terdiri dari anterior motor neuron (axon, dendrit, dan cellbody) dan serabut otot. Kontraksi otot dengan tenaga kecil akan mengaktifkan sedikit motor unit tetapi kontraksi dengan tenaga besar akan mengaktifkan banyak motor unit. Rangsangan gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam yang bertujuan mengembalikan fungsi tangan secara optimal, apabila dilakukan secara berkala dan berkesinambungan diharapkan kekuatan otot pada penderita stroke dapat meningkat (Irfan, 2010).

Latihan yang dapat meningkatkan kekuatan otot tangan salah satunya adalah *cylindrical grip* yaitu merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk silindris seperti tisu gulung pada telapak tangan untuk menunjang pemulihan fungsi tangan (Irfan, 2010). Mekanisme *cylindrical grip*, jari-jari dilipat dengan ibu jari yang tertekuk diatas telunjuk dari jari tengah. Hal ini melibatkan fungsi otot, terutama fungsi dari fleksor digitorum profundus. Sublimis fleksor digitorum dan otot interoseus membantu ketika kekuatan yang diperlukan lebih besar. Otot interosei penting untuk menyediakan fleksi metacarpophalangeal seperti

penarikan dan rotasi dari falang untuk menyesuaikan dengan objek. Fleksor polisis longus dan thenars akan sama-sama aktif kemudian akan terjadi kontraksi dari otot-otot tersebut dan meningkatkan kekuatan otot (Sara J. Cuccurullo, 2015).

Hasil implementasi inovasi ROM *Cylindrical Grip* terhadap perubahan skala kekuatan otot pada Ny. Y yaitu implementasi dilakukan sebanyak 2 kali sehari yaitu pada pagi dan siang hari selama 3 hari, setelah dilakukan implementasi ROM *Cylindrical Grip* didapatkan hasil belum terjadi peningkatan pada skala kekuatan otot klien, hal ini dikarenakan keterbatasan waktu penulis dalam memberikan intervensi yang hanya tiga hari. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ariastuti (2015) menyatakan latihan ROM *Cylindrical Grip* dilakukan selama 7 hari untuk mendapatkan hasil yang signifikan dalam peningkatan kekuatan otot. Dalam penelitian yang sama dilakukan oleh Irawati (2016), menyatakan bahwa latihan ROM *Cylindrical Grip* memiliki dampak signifikan dalam peningkatan kekuatan otot setelah dilakukan 5 kali sehari dalam waktu 10 menit dan dilakukan sebanyak 8 kali dilakukan latihan secara rutin. Pendapat diatas di dukung oleh Irfan (2010) yang menyatakan bahwa latihan rentang gerak atau ROM bermanfaat untuk memperbaiki tonus otot maupun refleks tendon yang mengalami kelemahan. Jika latihan dilakukan secara terus menerus maka akan menstimulasi dan merangsang otot-otot disekitarnya untuk berkontraksi dan apabila stimulus gerakan ini dilakukan secara rutin maka akan terjadi peningkatan kekuatan otot.

Pada kasus ini kekuatan otot belum mengalami peningkatan yang signifikan karena pemulihan stroke pada masing-masing individu berbeda. Pemulihan klinis fungsi setelah kerusakan atau cedera pada susunan saraf pusat (SSP) dapat terjadi dalam waktu beberapa jam atau hari setelah onset atau dapat dimulai dan terus berlangsung selama berbulan-bulan (Dimitrios Theofanidis, 2015). Sejumlah studi intervensi pada stroke kronis menegaskan bahwa pemulihan fungsional dan perubahan otak dapat terjadi lebih dari 6 bulan setelah stroke, bahkan dari hasil penelitian menunjukkan bahwa

pemulihan fungsional akibat stroke dapat terus berlangsung selama beberapa bulan sampai tahun (Perry, 2005).

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

C. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan

Masalah keperawatan yang timbul pada pasien Stroke dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan, dalam hal ini khususnya perawat. Berdasarkan masalah pada pasien stroke perlu peran perawat dan petugas kesehatan dalam memberikan penatalaksanaan yang komprehensif dan komplit yang berkolaborasi dengan dokter, ahli gizi, laboratorium, fisioterapi sehingga akan meningkatkan derajat kesehatan pada pasien dengan stroke iskemik. Khususnya perawat perlu adanya sosialisasi tentang terapi peningkatan kekuatan otot diperlukan bagi perawat sehingga dapat diterapkan oleh perawat secara langsung kepada pasien untuk memimngkatkan pemberian asuhan keperawatan yang lebih efektif dan efisien.

Pasien memiliki peranan penting untuk melakukan perawatan mandiri (self care) dalam perbaikan kesehatan dan mencegah rawat ulang dirumah sakit (Barnason, Zimmerman, & Young, 2012). Perilaku yang diharapkan dari self care adalah kepatuhan dalam medikasi maupun instruksi dokter seperti diit, pembatasan cairan maupun pembatasan aktivitas. Peranan keluarga juga cukup penting dalam tingkat keberhasilan terapi, menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh (Festy, 2009), semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam pelaksanaan program rehabilitasi medik pada pasien stroke maka semakin baik pula hasil yang akan dicapai. Peran keluarga terdiri dari peran sebagai motivator, edukator dan peran sebagai perawat.

Alternatif lain adalah dengan cara mengajarkan keluarga masalah proses penyakit dan terapi yang dilakukan di rumah sakit dalam hal ini terapi latihan *cylindrical grip*. Perawat telah mengajarkan langkah-langkah melakukan terapi tersebut di depan keluarga agar keluarga mengetahui dengan jelas tujuan dan cara melakukannya. Selain itu juga memberikan protap tindakan kepada keluarga untuk bisa dibawa pulang sebagai acuan dalam melakukan latihan mandiri di rumah dan perlu didampingi oleh keluarga. Keluarga menjadi salah satu bagian penting dalam pemulihan pasien pascastroke. Selain itu, keluarga juga bisa menjadi jembatan agar klien bisa lebih patuh pada program pengobatan dan latihan agar pemulihan klien bisa lebih optimal meski sudah keluar dari rumah sakit. Latihan yang bisa dilakukan oleh keluarga pasien dengan memberi benda untuk melatih latihan pergerakan, misalnya bola karet.

Alternatif lain adalah menganjurkan keluarga pasien untuk memberi benda- benda lain selain bentuk silindris, bisa dengan benda berbentuk bulat, misalnya bola karet hal ini berfungsi untuk melatih latihan pergerakan. Hal ini termasuk dalam ROM aktif yang dinamakan *Spherical Grip*. Gerakan *Spherical Grip* seperti ketika mencengkeram bola bisbol (Sara J. Cuccurullo, 2015).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Stroke merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Kemudian terjadi kerusakan gangguan otak maka akan mengakibatkan kelumpuhan pada anggota gerak, gangguan bicara, serta gangguan dalam pengaturan nafas dan tekanan darah.

Berdasarkan analisa kasus pada klien dengan diagnosa medis Stroke Iskemik ditemukan lima diagnosa keperawatan antara lain ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d infrak pada jaringan otak, hambatan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot dan kelemahan, hambatan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi ke otak, gangguan menelan b/d kelemahan otot-otot menelan akibat paralisis dan defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskular dan kelemahan.

Berdasarkan analisa dan pembahasan mengenai masalah hambatan mobilitas fisik dengan intervensi inovasi latihan ROM *Cylindrical Grip* terhadap perubahan nilai kekuatan otot didapatkan hasil belum terjadi peningkatan nilai kekuatan otot dikarenakan keterbatasan waktu pemberian yang hanya 3 hari.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat mengimplementasikan salah satu terapi latihan *Range of Motion* aktif yaitu latihan *Cylindrical Grip*.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

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

hasil yang maksimal.

3. Bagi Profesi Keperawatan

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

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Cylindrical Grip dapat dilakukan dirumah dengan menggunakan alat yang sederhana dan mendapatkan hasil yang maksimal, latihan ini dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien. Diharapkan, setelah diberikan pengajaran dan penjelasan mengenai terapi inovasi ini, klien dan keluarga dapat menerapkannya dirumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariastuti, N. L., Okvi, A., Kurniawati, D., & Aini, H. N. (2015). Pengaruh range of motion aktif (cylindrical grip) terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik di smc rs. Telogorejo. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 7(1).
- Arya. (2011). *Strategi Mengatasi dan Bangkit dari Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azizah, F. N. (2019). *PENGARUH KOMBINASI PROPRIOCEPTIVE NEUROMUSCULAR FACILITATION DAN MIRROR THERAPY TERHADAP PENINGKATAN LINGKUP GERAK SENDI EKSTREMITAS ATAS PADA PASIEN STROKE HEMIPARESE*. University of Muhammadiyah Malang.
- Bakara, D. M., & Warsito, S. (2016). Latihan Range Of Motion (ROM) pasif terhadap rentang sendi pasien pasca stroke. *Idea Nursing Journal*, 7(2), 12-18.
- Cahyati, Y., Nurachmah, E., & Hastono, S. P. (2013). Perbandingan Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Melalui Latihan ROM Unilateral dan Bilateral. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(1), 40-46.
- Carpenito, L. (2000). *In Diagnosa Keperawatan Edisi 6 Alih Bahasa Monica Ester*. Jakarta: EGC.
- Chang, E. (2012). *Patofisiologi Aplikasi Pada Praktik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Corwin, J. E. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. (2011). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2010. Jakarta.
- Dimitrios Theofanidis, R. (2015). Management of acute stroke: A debate paper on clinical priorities. A literature review. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 201.
- Festy, P. (2012). Peran keluarga dalam pelaksanaan rehabilitasi medik pada pasien stroke. *Jurnal Penelitian Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya*.
- Ginsberg, L. (2010). *Lecture Notes Neurologi*. Oxford: British Library.
- Guyton. (2007). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Hanum, P., Lubis, R., & Rasmaliah, R. (2018). Hubungan Karakteristik dan Dukungan Keluarga Lansia dengan Kejadian Stroke pada Lansia Hipertensi di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 3(1), 72-88.

- Herdman, T. H. K., S. (2014). *Nanda International Nursing Diagnoses Definitions & Classification 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Irawati, P., Sekarsari, R., & Marsita, A. (2017). Efektifitas latihan range of motion cylindrical grip terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik di ruang rawat inap rsu kabupaten tangerang. *Jurnal JKFT*, 1(2), 18-31.
- Irfan, M. (2010). *Fisioterapi bagi insan stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. and Shirlee J. Snyder,. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik* (VII ed.). Jakarta: EGC.
- Mardati, L., Setyawan, D., & Kusuma, M. A. B. (2014). Perbedaan Range of motion spherical grip dan cylindrical grip terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang. *Karya Ilmiah*.
- Marsh, J. D. (2010). Stroke Prevention And Treatment. 56(9). *Amerika Journal Of The American Of Cardiology*.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nasution, D. K. (2007). *Strategi Pencegahan Stroke Primer* (Vol. 6). Jakarta: EGC.
- Octaviani, R., & Abi Muhlisin, H. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Gajahan Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Potter, & Perry. (2008). *Fundamental Keperawatan* Jakarta: EGC.
- Pranoto, W. (2017). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Prayogo, A. H. E. (2013). Faktorfaktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat anti Tuberkulosis pada pasien Tuberkulosis Paru di Puskemas Pamulang Tangerang Selatan Provinsi Banten periode Januari 2012–Januari 2013.
- Price, S. A. (2005). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Puspawati, E. Y. (2012). Perbedaan efektivitas ROM 2x sehari dan ROM 1x sehari terhadap peningkatan& kecepatan waktu pencapaian kekuatan otot pasien stroke iskemik di RSD Kalisat Jember.
- Rasyid. (2007). *Unit Stroke Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta: EGC.
- Rosjidi, C. H. (2008). *Buku Ajar Peningkatan Tekanan Intrakranial & Gangguan Peredaran Darah Otak*. Jakarta: EGC. Jakarta: EGC.
- Satyanegara. (2010). *Ilmu Bedah Saraf*. In *Jurnal Saintika Medika*

- Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Suratun, H., Santa Manurung, Een Raenah. (2008). *Klien Gangguan Sistem Musculoskeletal*. Jakarta: EGC. Jakarta: EGC.
- Tarwoto, Wartonah, & Suryati, E. S. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: CV. Agung Seto.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Uliyah, M. (2008). *Praktikum Ketrampilan Dasar Praktik Klinik Dasar-Dasar Praktik Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahyuni, H., & Muflihatin, S. K. (2017). Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Inovasi Mobilisasi Dini Terhadap Tonus Otot, Kekuatan Otot, dan Kemampuan Motorik Fungsional di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017.
- Wahyuningsih, I. (2013). Pengaruh Range of Motion Aktif (Cylindrical Grip) Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 1(4).
- Wilkinson, J. M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

Skala NHSS (*National Institute Health Stroke Scale*)

Tabel .. skala NHSS

No	Parameter yang dinilai	Skala	Skor
1a.	Tingkat kesadaran	0 : sadar penuh 1 : somnolen 2 : stupor 3 : koma	0
1b.	Menjawab pertanyaan (tanyakan bulan dan usia pasien)	0 : benar semua 1 : benar 1/ETT/ Disatria 2 : salah semua/ afasia/stupor/koma / gangguan pemahaman	1
1c.	Mengikuti perintah (berikan 2 perintah sederhana; membuka dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain)	0 : mampu melakukan 2 perintah 1 : mampu melakukan 1 perintah 2 : tidak mampu melakukan	1
2.	Gaze (melihat gerakan jari telunjuk)	0 : normal 1 : abnormal pada 1 mata 2 : deviasi konyugat kuat/ paresis konyugat pada 2 mata (diam)	0
3.	Visual (lakukan dengan mata ditutup sebelah, menghitung jari pemeriksa)	0 : normal 1 : kuadrianopsis 2 : hemianopia total 3 : hemianopia bilateral/ buta kortikal	0
4.	Paresis wajah (anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan menutup mata)	0 : normal 1 : paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum simetris) 2 : paresis wajah partial (paresis wajah bawah total atau hamper total) 3 : paresis wajah total (paresis wajah sisi atau 2 sisi)	1
5.	Motorik lengan (anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 45° bila tidur berbaring atau 90° bila posisi duduk)	0 : mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 : lengan terjatuh sebelum 10 detik 2 : tidak mampu mengangkat secara penuh 90 atau 45 3 : tidak mampu mengangkat hanya bergeser 4 : tidak ada gerakan 5a : untuk nilai lengan kiri 5b : untuk nilai lengan kanan	5a : 0 5b : 2
6.	Motorik tungkai (anjurkan pasien tidur terlentang dan	0 : mampu mengangkat tungkai 30 minimal 5 detik	6a : 0 6b : 1

	mengangkat tungkai 30°)	1 : tungkai jatuh ke tempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 : tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 3 : tidak mampu melawan gravitasi 4 : tidak ada gerakan 6a : nilai tungkai kiri 6b : nilai tungkai kanan	
7.	Ataksia anggota badan (menggunakan tes tunjuk jari dengan jari telunjuk ke hidung)	0 : tidak ada ataksia 1 : ataksia pada satu ekstremitas 2 : ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	0
8.	Sensorik (lakukan tes tajam-tumpul pada seluruh tubuh dari wajah, lengan, badan hingga tungkai) - Pasien afasia diberi nilai 1 - Pasien stupor atau koma diberi nilai 2	0 : normal 1 : gangguan sensorik ringan hingga sedang (ada gg sensorik thd nyeri tetapi masih merasa bila disentuh) 2 : gngguan sensorik berat atau total	0
9.	Kemampuan berbahasa (anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar)	0 : normal 1 : afasia ringan hingga sedang 2 : afasia berat (tidak ada respon) 3: diam/ afasia global/ koma	1
10.	Disartria (baca tulisan)	0 : normal / artikulasi baik 1 : disatria ringan 2 : disartria berat	1
11.	Neglect (Pengabaian)	0 : tidak ada neglect 1 : tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut : visual, taotile, auditory 2 : tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas	0
	Total Nilai		7

Keterangan :

Skor < 5 : Deficit neurologs ringan

Skor 6-14 : Deficit neurologis sedang

Skor 15-24 :Deficit neurologis berat

Skor > 25 : Deficit neurologis sangat berat

Lampiran 2

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)***RANGE OF MOTION CYLINDRICAL GRIP***

A. Definisi

Range of motion adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan tonus otot dan masa otot (Irfan, 2010).

Cylindrical grip adalah latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam. Latihan ini dilakukan melakukan 3 tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam. Latihan ini adalah latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk silindris pada telapak tangan (Ariastuti et al., 2015).

B. Tujuan

Menurut Potter & Perry (2005) tujuan ROM sebagai berikut :

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

Pemberian teknik *Cylindrical Grip* ini bertujuan untuk membantu pemulihan kekuatan otot pada ekstremitas atas yaitu pada jari-jari tangan maka diperlukan teknik untuk merangsang pergerakan jari-jari tangan.

C. Manfaat *Range Of Motion*

Menurut Potter & perryy (2005) manfaat ROM sebagai berikut :

- h. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan gerakan
- i. Mengkaji tulang, sendi, dan otot
- j. Mencegah terjadinya kekauan sendi
- k. Memperlancar sirkulasi darah
- l. Memperbaiki tonus otot
- m. Meningkatkan mobilisasi sendi
- n. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan

Pemberian latihan ROM Aktif *Cylindrical grip* dapat membantu mengembangkan cara untuk mengimbangi paralisis melalui penggunaan otot yang masih mempunyai fungsi normal, membantu mempertahankan, membentuk adanya kekuatan, dan mengontrol bekas yang dipengaruhi pada otot dan membantu mempertahankan ROM dalam mempengaruhi anggota badan dalam mencegah otot dari pemendekan (kontraktur) dan terjadi kecacatan

D. Jenis *Range Of Motion*

Menurut Potter & Perry (2005) klasifikasi ROM adalah :

1. ROM Aktif

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

2. ROM Pasif

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

3. ROM Aktif-Asistif

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

4. ROM Aktif Resestif

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

E. Indikasi

1. Pasien stroke dengan hemiparesis
2. Pasien dengan tahap rehabilitasi fisik
3. Pasien tirah baring lama

F. Kontra Indikasi

1. Pasien dengan kelainan sendi dan tulang
2. Pasien tahap mobilisasi karena kasus jantung
3. Pasien dengan sendi yang terinfeksi

G. Prinsip Dasar Latihan *Range Of Motion*

1. ROM harus diulang sekitar 7 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
2. ROM di lakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
3. Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosa, tanda-tanda vital dan lamanya tirah baring.
4. ROM dapat di lakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang di curigai mengalami proses penyakit.
5. Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah di lakukan.

H. Persiapan Alat

1. Tisu gulung
2. Lembar observasi derajat kekuatan otot

I. Prosedur Pelaksanaan

1. Tahap Pra Interaksi

- Mencek program terapi
- Mencuci tangan
- Menyiapan alat

2. Tahap Orientasi

- Memberikan salam kepada klien dan sapa nama klien
- Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan
- Menanyakan persetujuan/kesiapan klien

3. Tahap Kerja

- Menjaga privasi klien
- Mengatur posisi klien, anjurkan klien berbaring dalam posisi yang nyaman
- Mengukur derajat kekuatan sebelum tindakan ROM *Cylindrical Grip*
- Lakukan latihan sebagaimana dengan cara berikut:

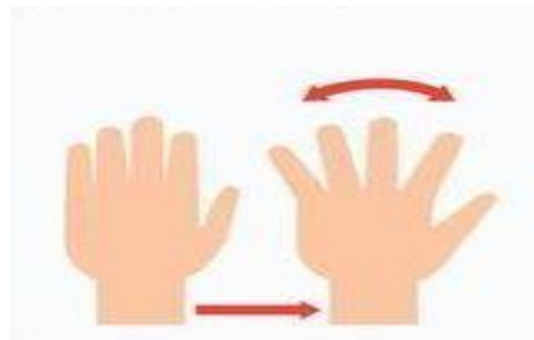
- a. Klien dalam posisi telentang
- b. Perawat memegang tangan klien dengan satu tangan dan tangan yang satunya membuka genggam tangan klien



- c. Memberikan klien benda berbentuk silindris (tisu gulung)



- d. Melakukan koreksi pada jari-jari tangan agar menggenggam sempurna
- e. Memposisikan wrist joint 45°



f. Memeberikan instruksi untuk mengenggam (mengenggam kuat) selama 5 menit kemudian rileks g. Lakukan pengulangan sebanyak 7 kali h. Mengukur derajat kekuatan otot klien	
--	--

4. Tahap Terminasi

- Melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan
- Berpamitan dengan klien dan keluarga
- Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula
- Mencuci tangan
- Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan