

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.N STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN IMPLEMENTASI MENGGENGAM
BOLA KARET PADA PASIEN MASALAH GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI RUANG RAFFLESIA RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH

SRI ENDANG SARI

NIM : P00320120031

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.N STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN IMPLEMENTASI MENGGENGAM
BOLA KARET PADA PASIEN MASALAH GANGGUAN
MOBILITAS FISIK DI RUANG RAFFLESIA RSUD
KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

SRI ENDANG SARI
NIM. P0 0320120031

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas:

Nama : Sri Endang Sari
Tempat, Tanggal Lahir : Desa Sawah, 05 Mei 2003
NIM : P0 0320120031
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Stroke Non Hemoragik Dengan Implementasi Menggenggam Bola Karet Pada Pasien Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 21 Juli 2023.

Curup, 10 Juli 2023
Pembimbing


Chandra Puana, SST, MPH
NIP.197101041991021001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.N STROKE NON HEMORAGII
DENGAN IMPLEMENTASI MENGGENGAM BOLA KARET PADA
PASIEN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
RAFFLESIA RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

Disusun oleh:

**SRI ENDANG SARI
NIM.P00320120031**

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 21 Juli 2023, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Dewan Penguji



**Ns. Sri Harvani, S.Kep, M.Kep
NIP. 198006032001122002**

Anggota Penguji I



**Nurbaiti, S.Kep., Ners
NIP. 198311282005022003**

Anggota Penguji II



**Chandra Buana, SST, MPH
NIP.197101041991021001**

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



**Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP. 197112171991021001**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.N STROKE NON HEMORAGIK
DENGAN IMPLEMENTASI MENGGEGGAM BOLA KARET PADA
PASIEEN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG
RAFFLESIA RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke Non Hemoragik (SNH) merupakan gangguan peredaran darah di otak atau penyumbatan darah di otak, stroke diantaranya dapat menyebabkan terganggunya fungsi persyarafan di otak dan gangguan mobilitas fisik. salah satu penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik dengan teknik non-farmakologis dengan latihan menggenggam bola karet. terapi ini merupakan salah satu tindakan menggenggam bola yang diletakkan pada telapak tangan. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui peningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus selama dilakukan latihan menggenggam bola karet. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil kekuatan otot pada ekstermitas atas sebelah kiri meningkat dengan nilai kekuatan otot 4. **Kesimpulan:** Latihan menggenggam bola karet dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan kasus stroke non hemoragik.

Kata Kunci : Stroke, Menggenggam Bola Karet.

**NURSING CARE OF NON-HEMORRHAGIC STROKE WITH THE
IMPLEMENTATION OF GRABING RUBBER BALLS IN
PHYSICAL MOBILITY DISORDERS PATIENTS IN
THE RAFFLESIA ROOM REJANG LEBONG
REGIONAL REGENCY YEAR 2023**

ABSTRACT

Background: *Non-Hemorrhagic Stroke is a circulatory disorder in the brain or blood blockage in the brain, a stroke which can cause disruption of nerve function in the brain and impaired physical mobility. One of the management of impaired physical mobility is with non-pharmacological techniques by holding a rubber ball exercise. This therapy is one of the act of gripping a ball placed in the palm of the hand.* **Purpose:** *The aim of this study was to determine the increase in muscle strength in non-hemorrhagic stroke patients.* **Methods:** *This study used a descriptive method with a case study approach while practicing holding a rubber ball.* **Results:** *After 3x24 hours of nursing care, the results showed that muscle strength in the left upper extremity increased with a muscle strength value of 4.* **Conclusion:** *Rubber ball gripping exercises can increase muscle strength in patients with non-hemorrhagic stroke cases.*

Keywords: *Strokes, Holding a Rubber.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Stroke Non Hemoragik Dengan Implementasi Menggenggam Bola Karet Pada Pasien Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Rafflesia Rsud Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Rheyco Viktoria, Sp.,An selaku direktur RSUD Rejang Lebong yang telah menyediakan tempat untuk penulis dalam melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staff Ruang Rawat Inap Mawar yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas pengalaman, pembelajaran selama penulis berada dilapangan.
6. Chandra Buana, MPH Selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Ns. Sri Haryani, S.Kep, M. Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
8. Ns. Nurbaiti , S.Kep selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

9. Ns Yossy Utario M.Kep Sp.Kep.An selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir.
 10. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
 11. Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.
 12. Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan penulisan tugas akhir ini.
- Mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin.

Curup, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK INDONESIA	iv
ABSTRAK INGGRIS	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinis	14
2.1.4 Anatomi Fisiologi	14
2.1.5 Patofisiologi	18
2.1.6 WOC (Web Of Caution)	21
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	22
2.1.8 Penatalaksanaan Medis	23
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan	25
2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik.....	28
2.2.1 Definisi	28
2.2.2 Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik	28
2.3 Konsep Implementasi Menggenggam Bola Karet	29
2.3.1 Pengertian Menggenggam Bola Karet	30
2.3.2 Tujuan Menggenggam Bola Karet	30
2.3.3 Manfaat Menggenggam Bola Karet	31
2.3.4 Evidence Based.....	31
2.3.5 SOP Menggenggam Bola Karet.....	32
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	34
2.4.1 Pengkajian	34

2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	43
2.4.3 Rencana Keperawatan.....	45
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	50
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	51
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Rencana Studi Kasus.....	53
3.2 Subjek Studi Kasus.....	53
3.3 Fokus Studi Kasus.....	54
3.4 Definisi Operasional.....	54
3.5 Tempat dan waktu.....	55
3.7 Pengumpulan Data.....	55
3.7 Penyajian Data.....	56
3.8 Etika Penelitian.....	56
BAB IV TINJAUAN KASUS	
4.1 Pengkajian.....	58
4.1.1 Biodata.....	58
4.1.2 Riwayat Keperawatan.....	59
4.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	65
4.1.4 Penatalaksanaan Pemberian Obat.....	73
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	77
4.3 Intervensi Keperawatan.....	78
4.4 Implementasi Keperawatan.....	83
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	91
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Pengkajian Keperawatan.....	99
5.2 Diagnosa Keperawatan.....	102
5.3 Intervensi Keperawatan.....	104
5.4 Implementasi Keperawatan.....	105
5.5 Evaluasi Keperawatan.....	107
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	108
6.2 Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Anatomi Fisiologi Otak	15

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1	SOP Terapi Menggenggam Bola Karet	32
2.2	Rencana Keperawatan	45
4.1	Pola Kebiasaan Sehari – Hari	63
4.2	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	72
4.3	Penatalaksanaan (Pemberian Obat)	73
4.4	Analisa Data	75
4.5	Diagnosa Keperawatan	77
4.6	Intervensi Keperawatan	78
4.7	Implementasi Keperawatan	83
4.8	Evaluasi Keperawatan	91

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1	Skema WOC (Web of Caution)	21
2	Genogram	61

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1	Lembar Konsul
2	Biodata
3	Surat Izin Pengambilan Kasus
4	Surat Selesai Pengambilan Kasus
5	Lembar Observasi
6	Dokumentasi
7	Jurnal
8	Hasil Plagiarisme

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke menjadi salah satu masalah kesehatan yang cukup serius karena angka kematian dan kesakitannya yang tinggi. Stroke dapat menimbulkan kecacatan yang berlangsung kronis dan bukan hanya terjadi pada orang lanjut usia, melainkan juga pada usia muda (Khairatunnisa, 2017). Menurut *World Health Organization* (WHO) Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan tanda dan gejala klinis fokal maupun global serta berlangsung lebih dari 24 jam (Nasution, 2015).

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia dan penyebab kematian kedua di dunia setelah penyakit jantung koroner (Syafni, 2020). Setiap tahun, diperkirakan 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia, dan sekitar 5 juta pasien stroke mengalami kelumpuhan permanen (WHO, 2016). Secara nasional, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia, prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan DIY Yogyakarta (14,6%) merupakan provinsi dengan prevalensi penyakit stroke tertinggi di Indonesia. Papua dan Maluku Utara memiliki prevalensi stroke terendah dibandingkan provinsi lainnya, yaitu sekitar 4,1% dan 4,65% (Risksedas, 2018).

Data dari Dinas Kesehatan provinsi Bengkulu tahun 2019 jumlah kejadian stroke 1.899 orang dengan kematian sebanyak 127 orang (6,68%) Penderita stroke tertinggi yaitu di kota Bengkulu sebanyak 1.296 orang dengan kematian sebanyak 57 orang dan berdasarkan data di Rekam Medik angka kejadian stroke di RSUD Kabupaten Rejang Lebong selama 3 tahun terakhir pada tahun 2020 sebanyak 89 orang dengan kematian yaitu 38 orang (2,69%) pada tahun 2021 sebanyak 44 kasus dan pada tahun 2022 sebanyak 68 kasus Stroke Non Hemoragik (RSUD Kabupaten Rejang Lebong).

Prevalensi stroke non hemoragik yang tertinggi tersebut umumnya disebabkan oleh dua faktor. Faktor pertama adalah genetik atau berhubungan dengan fungsi tubuh yang normal sehingga tidak dapat dimodifikasi yang berupa usia, jenis kelamin, ras, riwayat stroke dalam keluarga dan serangan Transient Ischemic Attack atau stroke sebelumnya. Faktor kedua merupakan akibat dari gaya hidup seseorang dan dapat dimodifikasi berupa hipertensi, diabetes melitus, merokok, hiperlipedemia dan intoksikasi alkohol (WHO, 2012).

Pasien stroke yang tidak segera mendapatkan penanganan medis dapat mengakibatkan kelumpuhan dan juga menimbulkan komplikasi, salah satunya seperti terjadinya gangguan mobilisasi, gangguan fungsional, gangguan aktivitas sehari-hari dan kecacatan yang tidak dapat disembuhkan, Stroke dapat mengakibatkan beberapa komplikasi lain diantaranya adalah kelumpuhan wajah atau sebelah anggota tubuh (hemiparesis) yang timbul secara mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, penurunan kesadaran,

Afasia, Disatria, gangguan diplopia, Ataksia, Vertigo. Hemiparese merupakan salah satu komplikasi yang akan dialami penderita stroke, dimana penderita stroke tidak mampu melakukan aktivitas mandiri, oleh sebab itu untuk mencegah terjadinya proses penyembuhan yang lama perlu dilakukan latihan agar dapat mengurangi gejala sisa stroke, latihan yang efektif untuk dilakukan pada pasien stroke selain fisioterapi adalah latihan Menggenggam Kola Karet (Muttaqin, 2012).

Salah satu latihan terapi aktif yang dapat dilakukan pada pasien stroke non hemoragik yaitu dengan latihan menggenggam bola karet untuk merangsang tangan atau ekstremitas atas dengan cara menggenggam sebuah benda (bola karet) yang diletakan pada telapak tangan sehingga bisa membantu pemulihan bagian tangan atau ekstremitas (Pork,2016). dasar dalam melakukan latihan neuromotor yang melibatkan keterampilan motorik seperti latihan gerak frekuensinya yang ideal adalah 8 Hari, dengan waktu 5-10 menit selama sesi latihan menurut (Chaidir, 2014).

Terapi latihan menggenggam bola karet yang dilakukan pada pasien stroke non hemroagik ditujukan untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dengan cara latihan motorik, merangsang tangan dalam melakukan suatu pergerakan atau kontraksi otot, sehingga membantu mengembalikan fungsi motorik ekstremitas atas yang hilang (Santoso, 2018)

Menurut penelitian Rahmawati, dkk (2022) Menunjukkan pasien stroke dengan kelemahan bagian ekstermitas atas sesudah dilakukan terapi menggenggam bola karet terjadi peningkatan otot menjadi lebih baik dan

latihan menggenggam bola karet merupakan program rehabilitasi yang bertujuan agar pasien stroke non hemoragik dapat mencapai kemampuan fungsional secara maksimal mengurangi komplikasi dan meningkatkan kekuatan motorik pada ekstermitas.

Menurut penelitian Faridah, dkk (2018) didapatkan kelompok intervensi diperoleh nilai ρ value adalah 0,000 ($p < 0,05$) dan kelompok kontrol diperoleh nilai ρ value adalah 0,009 ($p < 0,05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ρ value kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan ρ value kelompok kontrol sehingga pemberian ROM exercise bola karet lebih efektif meningkatkan kekuatan otot genggam pasien stroke.

Menurut penelitian Azizah, dkk (2020) penerapan menggenggam bola karet dapat mengidentifikasi adanya peningkatan kekuatan otot ekstermitas atas untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik dengan skala kekuatan otot pada Tn.T yaitu 1 menjadi 3 dan pada Ny.W dari 2 menjadi 4.

Rangsang dari menggenggam bola karet menimbulkan respon cepat pada tangan, latihan gerak aktif menggenggam bola karet terbukti memberikan peningkatan yang bermakna terhadap kekuatan otot pasien stroke, sehingga latihan gerak aktif menggenggam bola dapat dijadikan sebagai standar prosedur operasional dan acuan pelayanan di bidang okupasi terapi.

Hasil survey yang dilakukan di RSUD Kabupaten Rejang Lebong mengenai peningkatan kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan menerapkan latihan menggenggam bola karet belum dilakukan. Perawat diharapkan dapat menerapkan latihan pada pasien Stroke Non Hemoragik

dengan mengajarkan latihan menggenggam bola karet sehingga dapat menjadi alternatif meningkatkan kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik, mengingat latihan menggenggam bola karet ini mudah dilakukan oleh pasien, bola yang digunakan murah dan juga aman.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk mengambil judul laporan tugas akhir dan mengelola asuhan keperawatan dengan implementasi menggenggam bola karet pada pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong tahun 2023.

1.2 Rumusan Masalah

Sebagai yang telah diuraikan pada latar belakang maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan dengan implementasi menggenggam bola karet pada klien stroke non hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dalam penulisan laporan kasus ini adalah untuk mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan dan pengelola klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan stroke non hemoragik di ruang Rafflesia RSUD Rejang Lebong.

- b. Mampu menengakkan diagnosa keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Rafflesia RSUD Rejang Lebong.
- c. Mampu membantu perencanaan Asuhan Keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Rafflesia RSUD Rejang Lebong.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Rafflesia RSUD Rejang Lebong.
- e. Mampu melakukan evaluasi hasil Asuhan Keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Rafflesia RSUD Rejang Lebong.
- f. Mampu untuk mendokumentasikan Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan di ruang Rafflesia RSUD Rejang Lebong.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien

Klien dapat merasakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat mengerti perawatan yang dianjurkan pada dirinya sehingga dapat mengatasi dengan mandiri salah satunya yaitu penerapan Menggenggam Bola Karet yang sesuai dengan anjuran untuk meningkatkan kekuatan otot.

2. Bagi perawat

Perawat dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non-Hemoragik dan menambah wawasan serta informasi dalam penanganan pada pasien Stroke Non-Hemoragik.

3. Bagi Institusi

1. Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi referensi bagi pemberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non-Hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong, terutama dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien Stroke Non-Hemoragik

2. Bagi institusi pendidikan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non-Hemoragik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Medis Stroke Non Hemoragik

2.1.1 Definisi

Stroke non-hemoragik adalah penyakit sistem saraf pusat yang disebabkan oleh penebalan thrombosis. penebalan tersebut menyumbat pembuluh darah, mengurangi suplai oksigen ke otak, dan mengganggu sistem saraf (Mastiani, 2022).

Stroke non hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke non-hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke non-hemoragik dan 20% persen sisanya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Wilson,dkk 2016).

2.1.2 Etiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Pudiastuti, 2011).

Stroke non hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami

sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, thrombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Muttaqin, 2011).

a. Faktor risiko stroke

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (non- modifiable risk factors) dan faktor resiko yang dapat dikendalikan (modifiablerisk factors) (Nastiti, 2012).

Berikut faktor-faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain :

1) Faktor risiko tidak dapat dikendalikan

a) Umur

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

b) Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

c) Ras

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

d) Faktor genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

2) Faktor risiko dapat dikendalikan

a) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke. Secara medis tekanan darah di atas 140/90 tergolong dalam penyakit hipertensi.

b) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik.

Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke (Yulianto, 2011).

c) Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level Low Density Lipoprotein (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolestrol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke (Yulianto, 2011).

d) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya (Dourman, 2013). Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas (Lingga, 2013).

e) Kebiasaan mengkonsumsi alkohol

Mengkonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Mengkonsumsi alkohol yang sedang juga dapat menguntungkan karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar

fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (Misbach, 2013).

f) Aktifitas fisik

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/ha

ri dapat menurunkan risiko stroke (Yulianto, 2011). Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Dourman, 2013)

g) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko

stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

2.1.3 Manifestasi Klinis (Tanda & Gejala)

Menurut (Huda, 2016), manifestasi klinis stroke sebagai berikut:

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

2.1.4 Anatomi dan Fisiologi

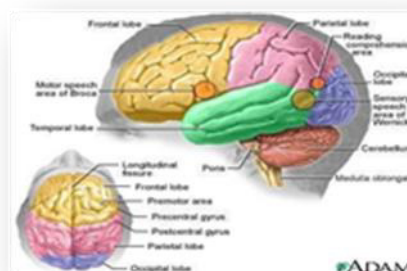
1. Otak

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari

berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Berbeda dengan otak dan jaringan lainnya. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan aliran darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

- a) Otak besar, Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.
- b) Otak kecil, Terletak dibawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.
- c) Batang otak, Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.

Gambar 2.1 Anatomi otak



Sumber : Mutaqin (2011)

2. Saraf Kepala Dibagi Dua Belas yaitu:

1. Nervus olfaktorius, saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
2. Nervus optikus, Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.
3. Nervus okulomotoris, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf para simpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
4. Nervus troklearis, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.
5. Nervus trigeminus, bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar. Sarafnya yaitu:
 - a. Nervus oltamikus: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.
 - b. Nervus maksilaris: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
 - c. Nervus mandibula: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya

mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.

6. Nervus abduksen, sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital. Fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata.
7. Nervus fasialis, sifatnya majemuk (sensori dan motorik) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.
8. Nervus Vestibulokoklearis, sifatnya sensori, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
9. Nervus glosfaringeus, sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.
10. Nervus vagus, sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan para simpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. fungsinya sebagai saraf perasa.
11. Nervus asesorius, saraf ini mensarafi muskulus sternokleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.
12. Nervus hipoglosus, saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyambung.

2.1.5 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. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk thrombus.

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 atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2010).

Infark iskemik serebri sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinis dengan cara:

- a. Menyempitnya lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi

atau jantung tidak dapat memompa darah secara memadai keseluruhan tubuh.

- b. Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus dan perdarahan aterm.
- c. Dapat terbentuk thrombus yang kemudian terlepas sebagai emboli.
- d. Menyebabkan aneurisma yaitu lemahnya dinding pembuluh darah atau menjadi lebih tipis sehingga dapat dengan mudah robek.

Faktor yang mempengaruhi aliran darah ke otak:

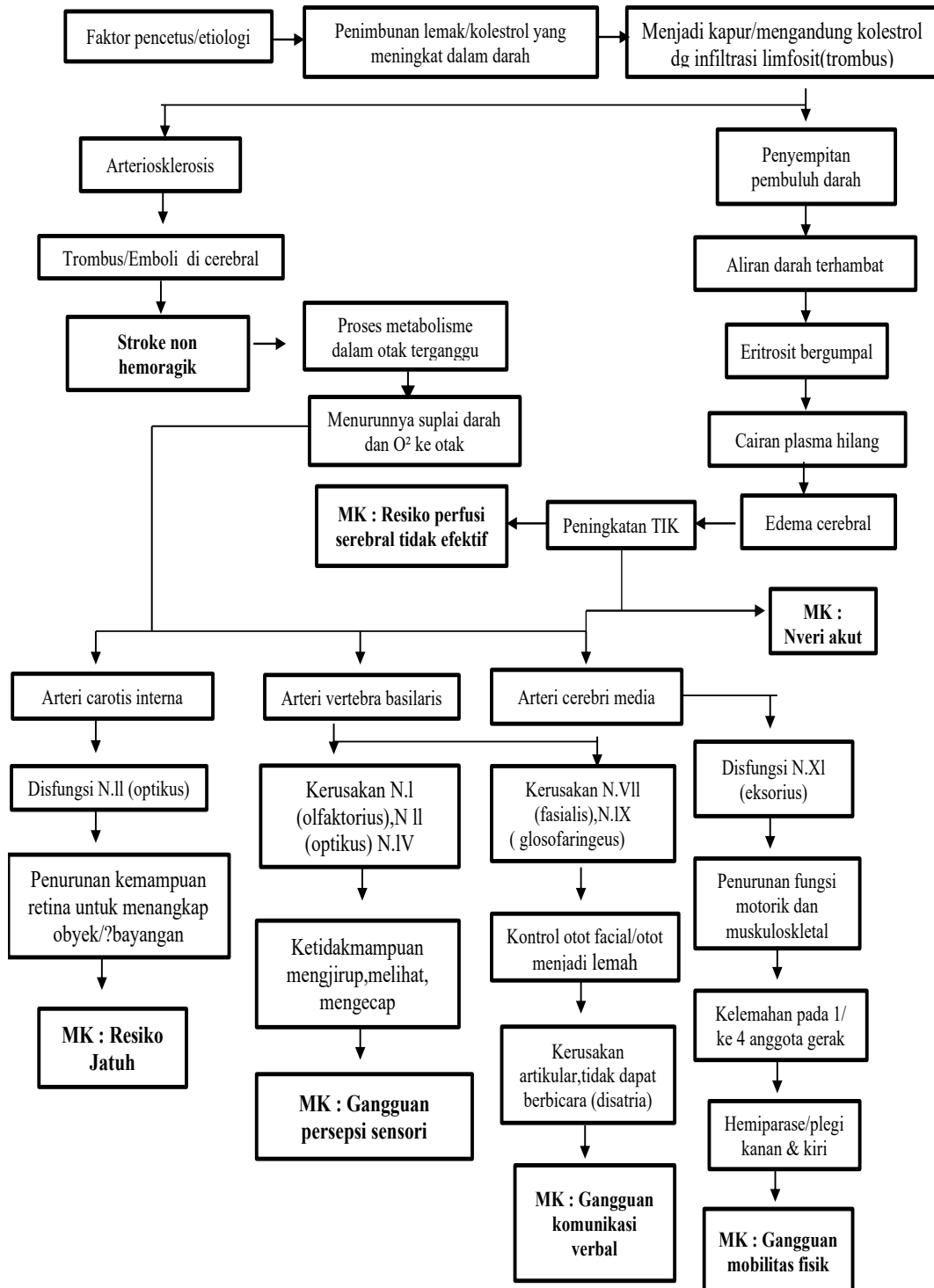
- a. Keadaan pembuluh darah.
- b. Keadaan darah : viskositas darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak menjadi lebih lambat, anemia berat, oksigenasi ke otak menjadi menurun.
- c. Tekanan darah sistemik memegang peranan perfusi otak. Otoresulasi otak yaitu kemampuan intrinsik pembuluh darah otak untuk mengatur agar pembuluh darah otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak.
- d. Kelainan jantung menyebabkan menurunnya curah jantung dan karena lepasnya embolus sehingga menimbulkan iskhemia otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hypoksia karena gangguan paru dan jantung).

Arterosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap

otak. Thrombus dapat berasal dari plak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest.

2.1.6 WOC Stroke Non Hemoragik

Bagan 2.1 WOC Stroke Non-Hemoragik



Sumber Data : (Huda,2016)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

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

a. An giografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi / nuptur.

b. Elektro encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

c. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

d. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis.

e. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

f. Magnetic Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

g. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

h. Pemeriksaan laboratorium

a) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.

b) Pemeriksaan darah rutin.

c) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis

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

- 1) Fibrinolitik/ trombolitik (rtPA/ Recombinant Tissue Plasminogen Activator) Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktifasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala.
- 2) Antikoagulan Terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin.
- 3) Antiplatelet Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.
- 4) Antihipertensi
Pasien dapat menerima rtPA namun tekanan darah >185/110 mmHg, maka pilihan terapi yaitu labetalol 10-20 mg IV selama 1-2 menit, dapat diulang 1 kali atau nikardipin 5 mg/jam IV, titrasi sampai 2,5 mg/jam

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

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

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

a. Penatalaksanaan umum

1. Pada fase akut

- a) letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).

- d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.
- e) Pantau juga kadar gula darah $>150\text{mg}\%$ harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu $150\text{ mg}\%$ dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- f) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol $>220\text{ mmHg}$, diastol $>120\text{ mmHg}$, Mean Arteri Blood Plessure (MAP) $>130\text{ mmHg}$ (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- h) Jika terjadi hipotensi, yaitu tekanan sistol $<90\text{ mmHg}$, diastol $<70\text{ mmHg}$,diberikan NaVL 0.9% 250 ml selama 1 jam, dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai tekanan hipotensi dapat teratasi. Jika belum teratasi, dapat diberikan

dopamine 2-2 μ g/kg/menit sampai tekanan darah sistolik 110 mmHg.

- i) Jika kejang, diberikan diazepam 5-20mg iv pelan-pelan selama 3 menit maksimal 100mg/hari; dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin, karbamazepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan antikonvulsan peroral jangka panjang.
 - j) Jika didapat tekanan intrakranial meningkat, diberikan manitol bolus intravena 0,25-1 g/ kgBB per 30 menit dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk, dilanjutkan 0,25g/kgBB per 30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari
2. Fase rehabilitasi
- a) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
 - b) Program manajemen Bladder dan bowel.
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi menggendam bola karet
 - d) Pertahankan integritas kulit.
 - e) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
 - g) Persiapan pasien pulang.

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gangguan mobilitas fisik atau immobilisasi merupakan suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerakan fisik (Kozier,2010).

Kemudian, Widuri (2010) juga menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik atau imobilitas merupakan keadaan dimana kondisi yang mengganggu pergerakannya, seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya.

2.2.2 Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain :

1. kerusakan integritas struktur tulang
2. perubahan metabolisme
3. ketidakbugaran fisik
4. penurunan kendali otot
5. penurunan massa otot
6. penurunan kekuatan otot
7. keterlambatan perkembangan
8. kekakuan sendi

9. kontraktur
10. malnutrisi
11. gangguan muskuloskeletal
12. gangguan neuromuskular
13. indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 usia
14. efek agen farmakologi
15. program pembatasan gerak
16. nyeri
17. kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
18. kecemasan
19. gangguan kognitif
20. keengganan melakukan pergerakan
21. gangguan sensoripersepsi

2.3 Konsep Implementasi Gangguan Mobilitas Fisik

Saputra (2013) berpendapat bahwa penatalaksanaan untuk gangguan mobilitas fisik, antara lain :

- a) Pengaturan posisi tubuh sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti memiringkan pasien, posisi fowler, posisi sims, posisi trendelenburg, posisi genupectoral, posisi dorsal recumbent, dan posisi litotomi.
- b) Ambulasi dini, salah satu tindakan yang dapat meningkatkan kekuatan dan ketahanan otot serta meningkatkan fungsi kardiovaskular, tindakan ini bisa dilakukan dengan cara melatih posisi duduk di tempat tidur,

turun dari tempat tidur, bergerak ke kursi roda, dan yang lainnya.

- c) Melakukan aktivitas sehari-hari dilakukan untuk melatih kekuatan, ketahanan, dan kemampuan sendi agar mudah bergerak, serta meningkatkan fungsi kardiovaskular
- d) Latihan menggenggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan ekstermitas atas

2.3.1 Pengertian Menggenggam Bola Karet

Latihan menggenggam bola merupakan bentuk latihan gerak aktif asitif yang dihasilkan dari kontraksi otot sendiri dengan di bantu gaya dari luar seperti terapis, dan alat mekanis (Tegar, 2011).

Terapi latihan menggenggam bola karet yang dilakukan pada pasien stroke non hemroagik ditujukan untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dengan cara latihan motorik, merangsang tangan dalam melakukan suatu pergerakan atau kontraksi otot, sehingga membantu mengembalikan fungsi motorik ekstremitas atas yang hilang (Santoso, 2018)

2.3.2 Tujuan Menggenggam Bola Karet

Tujuan terapi latihan menggenggam bola karet menurut (Adi,2017) adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan tonus otot
2. Memperbaiki tonus otot serta refleks tendon yang mengalami kelemahan
3. Menstimulasi saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak

2.3.3 Manfaat Menggenggam Bola Karet

Latihan menggenggam bola karet dapat menstimulus kembali kekuatan motorik ekstermitas atas dan mencegah otot mengalami atrofi, dengan cara menghasilkan tekanan pada saat menggenggam bola, dan membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot yang mengalami kelemahan.

2.3.4 Evidence Based Menggenggam Bola Karet dalam mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati, dkk (2022) dengan judul “Peningkatan Kekuatan Motorik Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* Dengan Menggenggam Bola Karet “Menunjukkan peningkatan otot menjadi lebih baik sesudah dilakukan terapi latihan menggenggam bola karet.

Penelitian yang dilakukan Faridah, dkk (2018) dengan judul “Pengaruh Rom Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Genggam Pasien Stroke Di Rsud Raa Soewondo Pati” menunjukkan hasil nilai p value adalah 0,000 ($p < 0,05$) yang artinya pemberian ROM exercise bola karet lebih efektif meningkatkan kekuatan otot genggam pasien stroke.



Hal ini juga diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Azizah, dkk (2020) dengan judul “Genggam Bola Karet Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik*” menunjukkan menggenggam bola karet dapat mengidentifikasi peningkatan kekuatan otot untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik

dengan skala kekuatan otot pada Tn.T yaitu 1 menjadi 3 dan pada Ny.W dari 2 menjadi 4.

2.3.5 Prosedur Tindakan Keperawatan Latihan Menggenggam Bola Karet

Tabel 2.1 Prosedur Tindakan *Latihan Menggenggam Bola Karet*

Prosedur Pelaksanaan	
Pengertian	Genggam Bola Karet adalah satu terapi untuk meningkatkan kekuatan ekstermitas atas
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kekuatan otot tubuh 2. Memperbaiki tonus otot yang mengalami kelemahan. 3. Mesntimulus saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak 4. Membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar pengukur kekuatan otot 2. Bola karet
Prosedur Pelaksanaan	<p>A. Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan SOP penerapan terapi genggam menggunakan bola karet. 2. Menyiapkan alat. 3. Melihat data atau status klien 4. Menyiapkan ruangan yang tenang dan nyaman. 5. Mencuci tangan. <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri. 2. Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur. 4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien <p>C. Tahap Keria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan klien senyaman mungkin 2. Letakkan bola karet diatas telapak tangan 3. Instruksikan klien untuk menggenggam/mencengkram bola karet selama 5 detik

	 <p>4. Kemudian kendurkan genggaman / cengkraman tangan</p>  <p>5. Lalu genggam kembali bola karet kembali dan lakukan berulang ulang selama satu sampai dua menit 6. Setelah selesai kemudian instruksikan klien untuk melepaskan genggaman bola karet pada tangan 7. Kemudian instruksikan klien untuk melakukan latihan ini mandiri atau dibantu oleh keluarga,idealnya bisa dilakukan 2 kali sehari selama 8 hari dengan waktu 5-10 menit</p> <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi tindakan 2. Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali terapi Genggam Menggunakan Bola Karet 3. Mencuci tangan 4. Mendokumentasikan tindakan yang dilakukan
--	--

Sumber : Faridah, dkk (2018)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Non Hemoragik

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Identitas Klien

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

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat penyakit sekarang

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

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif.

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psikososiospiritual

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

g. Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran

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

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

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

b) Nadi

Nadi biasanya normal 60-100 x/menit

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke

non hemoragik

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke non hemoragik

4) Wajah

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

5) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopakmata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen): biasanya hasil yang di dapat pasien

dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

6) Hidung

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

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, spoor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglosus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

8) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan

nervus VIII (vestibulokoklearis): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas.

9) Leher

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

10) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal sonor

Auskultasi : biasanya suara normal vesikuler

11) Antung

Inspeksi : biasanya iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya iktus kordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi : biasanya suara vesikuler

12) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi : biasanya bising usus pasien tidak terdengar Pada

pemeriksaan reflek dinnding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa-apa

13) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra atau sinistra. Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke non hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika di beri reflek (reflek Hoffman tromner (+)).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan

apa-apa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+))

h. Aktivitas dan Istirahat

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

i. Sirkulasi

- 1) Gejala : Adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.
- 2) Tanda : Hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

j. Integritas Ego

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

k. Eliminasi

- 1) Gejala : Terjadi perubahan pola berkemih

2) Tanda : Distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

l. Makanan atau Cairan

1) Gejala : Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

2) Tanda : Kesulitan menelan dan obesitas.

m. Neurosensori

1) Gejala : Sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, pengelihatian menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

2) Tanda : Status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

n. Kenyamanan atau Nyeri

1) Gejala : Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

2) Tanda : Tingkah laku yang tidak stabil, ketegangan pada otot

o. Pernapasan

1) Gejala : Merokok

2) Tanda : Ketidakmampuan menelan atau batuk, hambatan jalan

napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

p. Keamanan

Tanda : masalah dengan pengelihatian, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Embolisme (D.0017).
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedra Fisiologis (iskemia) (D.0077).
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)
4. Risiko Jatuh dibuktikan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0143)

5. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan sirkulasi serebral (D.0119).

2.4.3 Rencana Keperawatan

Tabel : 2.2 Rencana Keperawatan Diagnosa *Stroke Non Hemoragik*

N0	Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Embolisme (D.0017).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..x.. jam diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/meningkat dengan Kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3) Tidak ada tanda tanda pasien gelisah. 4) TTV membaik	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Observasi : 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 1.2 Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 1.3 Monitor status pernafasan pasien 1.4 Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1.5 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.6 Berikan posisi semi fowler 1.7 Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 1.8 Kolaborasi pemberian obat deuretik osmosis	Observasi : 1.1 Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 1.2 Mengetahui tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 1.3 Mengetahui status pernafasan pasien 1.4 Mengetahui intake dan output cairan Terapeutik : 1.5 Meminimalisir stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.6 Memberikan posisi semi fowler 1.7 Mempertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 1.8 Kolaborasi pemberian obat deuretik osmosis

2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..x.. jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan Kriteria Hasil : 1) Keluhan nyeri menurun. 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun. 5) TTV membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 2.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik : 2.4 Berikan teknik nonfarmakologi 2.5 Fasilitasi istirahat tidur Edukasi : 2.6 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya relaksasi nafas dalam) Kolaborasi : 2.7 Kolaborasi pemberian analgetik	Observasi : 2.1 Mengetahui lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri 2.2 Mengetahui skala nyeri 2.3 Mengetahui respon nyeri non verbal Terapeutik : 2.4 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 2.5 Agar pasien mesara nyaman Edukasi : 2.6 Agar pasien mengetahui teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (mis.relaksasi nafas dalam) Kolaborasi : 2.7 Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk pemberian analgetik
3	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskulr (D.0054).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ..x.. jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) klien meningkat dengan kriteria hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat	Teknik latihan penguatan otot (1.05184) Observasi : 3.1 Identifikasi risiko latihan 3.2 Monitor efektivitas latihan Terapeutik : 3.3 Lakukan latihan sesuai program yang ditentukan 3.4 Fasilitasi menetapkan	Observasi : 3.1 untuk mengetahui risiko yang mungkin terjadi 3.2 untuk melihat keefektifan dari latihan tersebut Terapeutik : 3.3 untuk mengetahui prosedur tindakan 3.4 untuk mengetahui tujuan jangka

		<p>2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak meningkat 4) Kelemahan fisik menurun</p>	<p>tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis dalam menentukan rencana latihan</p> <p>3.5 Fasilitasi mengembangkan program latihan yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, kendala muskuloskeletal, tujuan fungsional kesehatan, sumber daya peralatan olahraga, dan dukungan sosial</p> <p>3.6 Berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot</p> <p>Edukasi : 3.7 Ajarkan tanda dan gejala tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah selesai sesi latihan (mis. kelemahan, kelelahan ekstrem, angina, palpitasi)</p> <p>Kolaborasi : 3.8 Pertahankan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi</p>	<p>pendek dan jangka panjang yang realistis</p> <p>3.5 untuk mengetahui tingkat kebugaran otot, kendala muskuloskeletal, tujuan fungsional kesehatan dari pasien itu sendiri</p> <p>3.6 agar pasien dan keluarga pasien mengetahui prosedur tindakan dari latihan tersebut</p> <p>Edukasi : 3.7 agar tujuan tercapai dimana pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah selesai sesi latihan (mis. kelemahan, kelelahan ekstrem, angina, palpitasi)</p> <p>Kolaborasi : 3.8 agar mengetahui jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi pasien agar melakukan latihan penguatan otot tersebut</p> <p>3.9 agar mampu melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain mengenai latihan penguatan otot</p>
--	--	---	--	---

			<p>pemecahan</p> <p>3.9 Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis.terapis aktivitas,ahli fisiologi olahraga,terapis okupasi,terapis rekreasi,terapis fisik) dalam perencanaan,pengajaran, dan memonitor program latihan otot</p>	
4.	<p>Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143).</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ..x.. jam diharapkan tingkat jatu (L.14138) menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Klien tidak terjatuh dari tempat tidur</p> <p>2) Tidak terjatuh saat dipindahkan</p> <p>3) Tidak terjatuh saat duduk</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <p>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>4.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4.3 Pastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>4.4 Pasang pagar pengaman tempat tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>4.5 Anjurkan untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>	<p>Observasi :</p> <p>4.1 Mengetahui faktor resiko jatuh</p> <p>4.2 Mengetahui faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>Terapeutik :</p> <p>4.3 Memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>4.4 Memasang pagar pengaman tempat tidur</p> <p>Edukasi :</p> <p>4.5 Menganjurkan untuk memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>4.6 Menganjurkan untuk berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh</p>

			4.6 Anjurkan untuk berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh	
5.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119).	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ..x.. jam diharapkan komunikasi verbal (L.13118) meningkat dengan kriteria hasil: 1) Kemampuan bicara meningkat 2) Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat 3) Respon perilaku Pemahaman komunikasi membaik 4) Pelo menurun	Promosi komunikasi: defisit bicara (13492) Observasi : 5.1 Monitor kecepatan,tekanan,kuantitas,volume dan diksi bicara 5.2 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 5.3 Berikan dukungan psikologis kepada klien 5.4 Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/ gerakan tubuh) Edukasi : 5.5 Anjurka klien untuk bicara secara perlahan	Observasi : 5.2 Mengetahui kecepatan,tekanan, kuantitas,volume dan diksi Bicara 5.3 Mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 5.4 Memberikan dukungan psikologis kepada klien 5.5 Menggunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/ gerakan tubuh) Edukasi : 5.6 Menganjurkan klien untuk bicara secara perlahan

Sumber: (Nurarif Huda, 2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019).

2.4.4 Implementasi keperawatan

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

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

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

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

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

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- a) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- b) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan

memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

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

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

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain/Rancangan studi kasus

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian, perencanaan (Nursing Care Plan) tersajikan dalam bentuk naratif, tindakan menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan menerapkan evidence based practice salah satu hasil penelitian untuk meningkatkan kekuatan motorik pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan Latihan Menggenggam Bola Karet dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (Nursing Progress) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatan oleh penulis hingga terakhir melakukan asuhan keperawatan

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus pada penelitian ini adalah individu dengan diagnosa medis *Stroke Non Hemoragik* (SNH) di RSUD Kabupaten Rejang Lebong, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi
 - a) Pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik

- b) Kekuatan otot 2-4
- c) Pasien yang terkena stroke non hemoragik laki-laki atau perempuan
- d) Pasien yang kooperatif terhadap tindakan yang akan diberikan

2. Kriteria eksklusi

- a) Terdapat luka di tangan
- b) Pasien stroke yang tidak sadar
- c) Pasien yang tidak dapat diajak kerja sama dengan tidak bersedia jadi responden
- d) Kondisi klien tidak stabil

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus Studi Kasus ini adalah menerapkan latihan menggenggam bola karet dengan benar untuk mengatasi masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien *Stroke Non Hemoragik* di RSUD kabupaten Rejang Lebong.

3.4 Definisi Operasional

Definisi Operasional yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini, yaitu sebagai berikut :

1. Pasien Stroke Non Hemoragik adalah pasien yang dirawat di ruang rafflesia di RSUD Kabupaten Rejang Lebong yang didiagnosa stroke non hemoragik oleh dokter penanggung jawab.
2. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pasien dalam gerakan aktivitas fisik dari satu atau lebih pada ekstermitas.

3. Latihan menggenggam bola karet merupakan bentuk latihan gerak aktif dengan menggenggam bola yang dilakukan 2 kali sehari selama 8 hari dengan waktu 5-10 menit.

3.5 Tempat dan Waktu

1. Tempat pengambilan kasus di RSUD Kabupaten Rejang Lebong di Ruang Rafflesia
2. Waktu pelaksanaan : Dimulai dari pembuatan Laporan Tugas Akhir ini dari bulan April dan laporan akhir bulan Juni

3.6 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan :

1. Teknik Wawancara hasil anamnesa yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-keluarga, skala nyeri dengan menggunakan PQRST, pola aktivitas sehari-hari. data hasil wawancara dapat bersumber dari klien atau perawat.
2. Teknik Observasi dan pemeriksaan fisik teknik pengumpulan data ini meliputi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, berat badan, tinggi badan, dan juga menggunakan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Instrumen yang digunakan Format pengumpulan data, Lembar observasi (flow sheet).
3. Pengukuran skala kekuatan otot dengan menggunakan lembar observasi dan bola karet untuk melatih kekuatan motorik pada pasien

3.7 Penyajian Data

Penyajian data dalam satudi kasus ini dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan yang sudah baku Diploma Tiga Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Pada saat penyajian data dapat disajikan secara tekstular/narasi dan gambar.

3.8 Etika Penelitian

Untuk melindungi responden dari bahaya dan ketidaknyamanan fisik dan psikologis, peneliti akan mempertimbangkan pertimbangan etis dan hukum berdasarkan (Notoatmodjo,2018).

Faktor-faktor berikut diperhitungkan selama izin etis.

1. Menentukan (self-determination) Responden dalam penelitian ini bebas untuk berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian tanpa ada paksaan.
2. Kerahasiaan responden akan dilindungi dalam penelitian ini dengan tidak mengungkapkan nama, alamat, atau identitas mereka.
3. Kerahasiaan (confidentially) Semua informasi responden akan dirahasiakan dan hanya peneliti yang mengetahuinya selama penelitian berlangsung, peneliti akan memperlakukan kedua responden secara setara dan tanpa diskriminasi.
4. Keadilan (justice) peneliti akan memberi pelayanan yang sama pada kedua responden tanpa membeda-bedakan dan bersikap adil selama menjalani

penelitian

5. Dalam studi kasus ini, prinsip manfaat (beneficiency) harus memiliki tiga prinsip:
 - a. Tidak ada penderitaan merupakan bebas dari penderitaan, atau responden tidak akan disakiti, seperti yang dijanjikan peneliti.
 - b. Bebas dari eksploitasi merupakan informasi yang diberikan oleh responden akan dimanfaatkan seefektif mungkin.
 - c. Responden tidak menghadapi risiko apapun di masa depan. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari lebih lanjut tentang pasien dengan Stroke Non Hemoragik dan meningkatkan kekuatan motorik pada pasien.
 - d. Dampak (maleficence) Penulis berjanji tidak akan menyakiti, merugikan, atau menimbulkan ketidaknyamanan baik secara fisik maupun psikis.

BAB IV
TINJUAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.N DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANGAN RAFLESSIA RSUD KABUPATEN REJANG
LEBONG TAHUN 2023

4.1. Pengkajian

4.1.1. Biodata

1. Identitas klien

- a. Nama klien : Tn.N
- b. Usia : 63 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-Laki
- d. Alamat : Dwi tunggal
- e. Golongan darah : O
- f. Status perkawinan : Menikah
- g. Agama : Islam
- h. Suku bangsa : Rejang
- i. Pendidikan : Sma
- j. Pekerjaan : Petani
- k. Sumber informasi : Anak
- l. Tanggal MRS : Kamis,15 Juni 2023
- m. Tanggal pengkajian : Kamis,15 Juni 2023
- n. Diagnosa medis : SNH (Stroke Non Hemoragic)

2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Tn.A
- b. Usia : 35 Tahun
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : Wiraswasta
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Talang Rimbo

4.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama MRS

Klien datang ke UGD pada tanggal 15 Juni 2023 jam 07.30 wib dengan keluhan tiba-tiba terjatuh pada saat mau pergi ke kebun dan mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri sulit digerakan, nyeri pada bagian kepala dan leher, badan klien terasa lemas dan ada riwayat hipertensi sebelumnya.

2) Keluhan Saat Ini

Pada saat pengkajian pada tanggal 15 Juni 2023 jam 09.00 wib diruangan rafflesia klien mengatakan susah menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, klien mengatakan badannya masih terasa lemas, Klien mengatakan kepala terasa pusing dan nyeri pada leher, klien terlihat meringis dan gelisah, klien mengatakan kalau malam susah tidur, aktivitas klien dibantu keluarga keadaan klien masih lemah.

3) Keluhan Kronologis

- a. Faktor pencetus : Hipertensi
- b. Timbulnya keluhan : 1 hari yang lalu
- c. Lamanya : Terus-menerus
- d. Upaya mengatasi : Dibawa ke RS

2. Skala pengkajian PQRST

P : Tekanan darah tinggi

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Pada bagian kepala dan leherr

S : Skala nyeri 6

T : Nyeri dirasakan hilang timbul

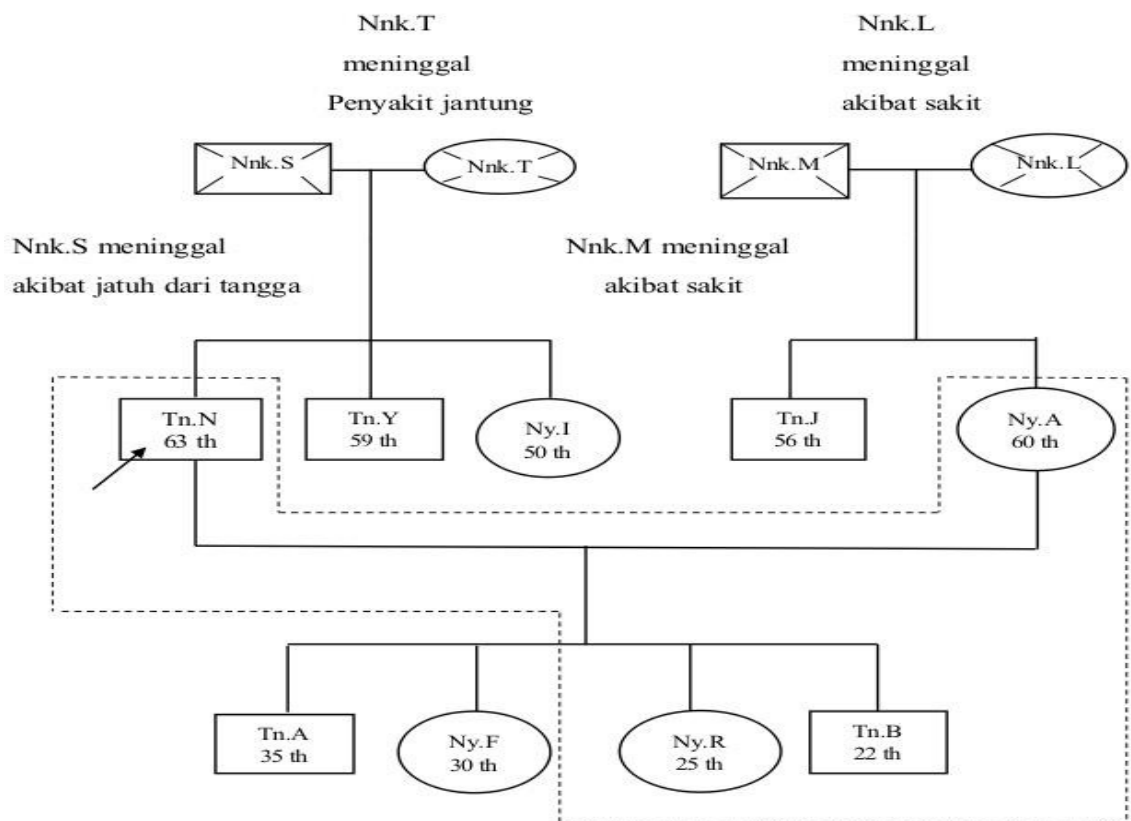
3. Riwayat keluhan masa lalu

- 1) Riwayat Alergi : Klien tidak ada riwayat alergi
- 2) Riwayat Kecelakaan : Klien tidak ada riwayat kecelakaan
- 3) Riwayat Dirawat di RS : Klien sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit
- 4) Riwayat Operasi : Klien tidak ada riwayat operasi sebelumnya
- 5) Riwayat Pemakaian Obat : Klien ada jadwal minum obat rutin untuk penyakit hipertensi yang dideritanya yaitu

Amlodipin. Tetapi tidak diminum secara rutin oleh klien ± 3 tahun

6) Riwayat Merokok : Klien tidak merokok

4. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊠ : Laki-laki meninggal
- ⊙ : Perempuan meninggal
- ↗ : Pasien
- : Tinggal serumah

5. Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi sudah dari 5 tahun yang lalu

6. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- 1) Adanya orang terdekat : Istri dan anak
- 2) Interaksi dalam keluarga
 - a. Pola komunikasi : Klien memiliki komunikasi yang baik didalam keluarganya maupun di masyarakat
 - b. Pembuatan keputusan : Tn. N sebagai pembuatan keputusan dirumah
- 4) Kegiatan : Klien bersosialisasi dengan orang-orang disekitarnya
- 5) Dampak penyakit pasien : Klien mengatakan karena penyakit yang dideritanya klien sulit untuk beraktivitas dalam memenuhi tugasnya sebagai kepala rumah tangga dan klien mengatakan susah untuk bekerja karena badannya yang terasa lemas
- 6) Masalah yang mempengaruhi : Tidak ada

7. Persepsi pasien terhadap penyakitnya

- 1) Hal yang sangat dipikirkan : Mengenai penyakit yang dirasakan klien mengatakan takut tidak bisa pulih kembali seperti biasanya.

- 2) Harapan telah menjalani : Klien rutin minum obat, dan ingin segera pulih
- 3) Perubahan yang diharapkan : Klien mengatakan perubahan yang diharapkan yaitu agar badannya bisa kuat Kembali dan bisa menjalankan tugasnya sebagai kepala keluarga dan klien mengatakan akan merubah pola hidupnya menjadi lebih sehat.

8. Sistem nilai kepercayaan

- 1) Nilai-nilai yang dipercayai : Agama islam
- 2) Aktivitas agama : Klien sering melakukan sholat 5 waktu di masjid

9. Pola kebiasaan sehari-hari

Tabel 4.1 kebiasaan sehari-hari

No	Hal yang dikaji	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Pola nutrisi :		
	1. Frekuensi makan 3x/hari	3Kali/sehari	3kali/sehari
	2. Nafsu makan baik/tidak	Baik	Menurun
	3. Porsi makan yang dihabiskan	1 porsi	¼ porsi
	4. Makanan yang tidak disukai	Tidak ada	Tidak ada
	5. Makanan yang membuat alergi	Tidak ada	Tidak ada
	6. Makanan pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	7. Penggunaan obat-obatan sebelum Makan	Tidak ada	Tidak ada
	8. Penggunaan alat bantu	Tidak ada	Tidak ada

2.	Pola eliminasi BAK a) Frekuensi b) Warna c) Penggunaan alat bantu BAB a) Frekuensi b) Waktu c) Konsistensi d) Keluhan	5 kali Jernih Tidak ada 2 kali Pagi hari Lembek Tidak ada	2 kali Kunung pekat Tidak ada 1 kali Tidak tentu Lembek Tidak ada
3.	Personal hygiene 1.Mandi a) frekuensi b) waktu 2. Oral hygiene a) frekuensi b) waktu 3. Cuci rambut a) frekuensi b) waktu	2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore	Belum ada mandi Belum ada mandi Pagi hari 1kali Belum ada cuci rambut Belum ada cuci rambut
4.	Pola istirahat dan tidur 1. lama tidur siang 2. lama tidur malam 3. kebiasaan sebelum tidur	Tidak ada 6-8 jam Menonton tv	1-2 jam 4-6 jam Tidak ada
5.	Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan 1. merokok 2. minuman keras	Tidak merokok Tidak ada	Tidak merokok Tidak ada

4.1.3. Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan fisik umum

- a. Keadaan umum : Tampak sakit sedang
- b. Tingkat kesadaran : Composmentis
- c. Glasgow Coma Scale : E4V5M6
- d. Berat badan : 70 kg
- e. Tinggi badan : 165 cm
- f. Tekanan darah : 164/84 mmHg
- g. Nadi : 92 x/m
- h. Frekuensi nafas : 20 x/m
- i. Suhu tubuh : 36,5 °C

2. Sistem penglihatan

- a. Posisi mata : Mata simetris antara kiri dan kanan
- b. Kelopak mata : Tidak terdapat edema pada kelopak mata
- c. Pergerakan bola mata : Gerakan bola mata normal, nystagmus bergerak secara spontan dan fungsi 6 otot mata normal
- d. Konjungtiva : An anemis
- e. Sclera : An ikterik
- f. Pupil : isokor
- g. Fungsi penglihatan : Penglihatan pasien masih normal
- h. Pemakaianacamata : Tidak ada pemakaianacamata

- i. Pemakaian lensa kontak : Tidak ada pemakaian lensa kontak

3. Sistem pendengaran

- a. Daun telinga : Simetris, tidak ada lesi
- b. Kondisi telinga tengah : Telinga bersih, dan tidak ada infeksi
- c. Cairan dari telinga : Tidak ada pengeluaran cairan dari telinga
- d. Fungsi pendengaran : Pendengaran klien masih normal
- e. Gangguan keseimbangan : Tidak ada gangguan keseimbangan
- f. Pemakaian alat bantu : Klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

4. Sistem pernafasan

- a. Jalan nafas : Paten
- b. Penggunaan otot bantu : Tidak ada
- c. Frekuensi : 20 x/m
- d. Irama : Reguler
- e. Jenis pernafasan : Eupneu
- f. Batuk : Tidak ada batuk
- g. Sputum : Tidak terdapat sputum
- h. Terdapat darah : Tidak terdapat darah
- i. Sara nafas : Vesikuler

5. Sistem kardiovaskular

- a. Sirkulasi perifer

- 1) Frekuensi Nadi : 92 x/ menit
 - 2) Distensi Vena Jugularis : Tidak terdapat pembesaran vena jugularis
 - 3) Warna kulit : Merata
 - 4) Edema : Tidak terdapat edema
 - 5) Capillary Refill Time : Kembali dalam < 2 detik
 - 6) Nyeri : Kepala dan leher dengan skala 6
- b. Sirkulasi Jantung
- 1) Irama : Irama jantung teratur
 - 2) Sakit Dada : Klien mengatakan tidak merasakan nyeri pada dada

6. Sistem hematologi

- 1) Gangguan hematologi
 - a. Pucat : Tidak ada
 - b. Perdarahan : Tidak ada

7. Sistem neurologi

- a. Nervus I (olfactorius) : Klien dapat membedakan bau teh dan bau minyak wangi
- b. Nervus II (opticus) : Tidak ada gangguan penglihatan
- c. Nervus III (okulomotoris) : Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada cahaya

- d. Nervus IV (trochlearis) : Tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata
- e. Nervus V (trigeminus) : Ada gangguan pada saat mengunyah
- f. Nervus VI (abducens) : Tidak dapat menggerakkan bola mata ke samping
- g. Nervus VII (facialis) : Bicara sedikit pelo, deviasi mulut ke arah kanan
- h. Nervus VIII (vestibulokoklearis) : Tidak ada gangguan pendengaran
- i. Nervus IX (glosopharingeus) : Terdapat kesulitan dalam menelan
- j. Nervus X (vagus) : Tidak terkaji
- k. Nervus XI (assesorius) : Anggota badan sebelah kiri susah digerakkan karena terjadi kelemahan
- l. Nervus XII (hypoglossus) : Klien susah menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke sisi yang lain

8. Sistem pencernaan

a. Keadaan mulut

a) Gigi : Gigi lengkap

b) Gigi palsu : Tidak ada

c) Stomatitis : Tidak ada

d) Lidah kotor : Tidak ada

b. Mukosa bibir : Kering

c. Muntah : Tidak ada

d. Nyeri perut : Tidak ada

e. Bising usus : 18x/menit

f. Konsistensi feces : Lembek

g. Konstipasi : Tidak ada

h. Hepar dan limfa : Tidak ada pembekakan dan pembesaran

i. Abdomen

a) Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi

b) Palpasi : Tidak ada pembekakan dan tidak ada nyeri tekan

c) Auskultasi : Bising usus normal 18x/menit

- d) Perkusi : Suara pada organ berongga pada 4 kuadran terdengar tympani, kecuali pada daerah hepar, limpa, pancreas dan ginjal terdengar suara pekak.

9. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran Kelenjar Tyroid : Tidak terdapat pembekakkan kelenjar thyroid
- b. Nafas Berbau Keton : Tidak ada
- c. Luka Ganggren : Tidak ada

10. Sistem urogenital

a. Perubahan Pola Kemih

BAK : 2x/hari

Warna : Kuning pekat

b. Distensi/ketegangan

Kandung kemih : Tidak ada

c. Keluhan sakit pinggang : Tidak ada

11. Sistem integument

- a. Turgor Kulit : Turgor kulit elastis
- b. Warna kulit : Warna kulit merata
- c. Keadaan Kulit
- Luka, Lokasi : Tidak ada
 - Insisi Operasi : Tidak ada

- Kondisi : Normal
 - Gatal-Gatal : Tidak ada
 - Kelainan Pigmen : Tidak ada
 - Dekubitus,Lokasi : Tidak terdapat dekubitus
- d. Kelainan Kulit : Tidak ada
- e. Kondisi Kulit : Tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak dan tidak ada keluhan gatal pada daerah infus

12. Sistem muskuloskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan : Terdapat kesulitan berjalan dikarenakan ada kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri, selain itu klien juga mengatakan tangannya terkadang kesemutan.
- b. Sakit tulang, sendi, kulit : Tidak ada
- c. Fraktur
- a) Lokasi : Tidak ada
 - b) Kondisi : Tidak ada
- d. Keadaan tonus : Nilai tonus otot ekstremitas atas sebelah kiri (3: mampu melawan pengaruh gravitasi,

tetapi tidak kuat melawan tahanan). Sedangkan nilai tonus otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan (5: mampu melawan pengaruh gravitasi dan kuat terhadap tahanan)

e. Kekuatan otot

5555	3333
5555	4444

13. Ekstremitas

- a. Atas : Tangan kanan klien mengalami kelemahan rentang gerak, pada tangan kanan terpasang infus NACL 20 tpm
- b. Bawah : Kaki kiri klien mengalami kelemahan rentang gerak yaitu 30 derajat

14. Hasil pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hari kamis, 15 juni 2023

Tabel 4.2 hasil pemeriksaan laboratorium

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	METODE	NILAI RUJUKAN
1	2	3	4	5
KIMIA				
Glukosa Sewaktu	235*	mg/dl	GOD-PAP	74-106
Ureum	39	mg/dl	Urease-GLDH	17-43
Kreatinin	0,71	mg/dl	Jaffe	W:0,45-0,75 L: 0,62-1,10

Pemeriksaan hari jumat, 16 juni 2023

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	METODE	NILAI RUJUKAN
1	2	3	4	5
Glukosa puasa	180*	mg/dl	GOD-PAP	74-106
Kolestrol	295*	mg/dl	CHOD-PAP	< 200
HDL-Kolestrol	49	mg/dl	E.Kolorimetri/HDL-Presipitat	30-63
LDL-Kolestrol	178*	mg/dl	Enzimatik Kolorimetri	<130
Trigliserida	508*	mg/dl	Enzimatik Kolorimetri	70-140

4.1.4 Penatalaksanaan (pemberian terapi obat)

Terapi hari kamis, 15 juni 2023

Tabel 4.3 Terapi penatalaksanaan

No	Obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	IVFD Nacl	Mengembalikan keseimbangan Elektrolit	Iv	60 cc jam
2.	Citicoline Inj	Mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu Pembentukan membrane sel di Otak (neurorepair)	Iv	500 mg /12jam
3.	Mecobalamin inj	Mengobati neuropoti perifer (saraf tepi)	Iv	1500 /12jam
4.	Acetosal	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Tablet	1x1
5.	Asam Folat	Mengobati defisiensi asam folat	Tablet	1 x 400 mg
6.	Candesartan	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Tablet	1x 16 mg

Terapi hari kamis, 16 juni 2023

No	Obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	IVFD Nacl	Mengembalikan keseimbangan elektrolit	Iv	60 cc jam
2.	Citicoline Inj	Mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membrane sel di otak (neurorepair)	Iv	500 mg /12 jam
3.	Mecobalamin Inj	Mengobati neuropoti perifer (saraf tepi)	Iv	1500/12 jam
4.	Acetosal	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Tablet	1 x 1
5.	Asam Folat	Mengobati defisiensi asam folat	Tablet	1 x 400 mg
6.	Candesartan	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Tablet	1 x 16 mg

Terapi hari kamis,17 juni 2023

No	Obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	IVFD Nacl	Mengembalikan keseimbangan elektrolit	Iv	60 cc /jam
2.	Citicoline Inj	Mencegah kerusakan otak (neuroproteksi) dan membantu pembentukan membrane sel di otak (neurorepair)	Iv	500 mg / 12 jam
3.	Mecobalamin Inj	Mengobati neuropoti perifer (saraf tepi)	Iv	1500/12 jam
4.	Acetosal	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Tablet	1 x 1
5.	Asam Folat	Mengobati defisiensi asam folat	Tablet	1x 400 mg
6.	Candesartan	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Tablet	1 x 16 mg

ANALISA DATA

Nama : Tn.N

Ruangan : RAFLESSIA

Umur : 63 tahun

No RM : 234497

Tabel 4.4 Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengatakan kepalanya terasa pusing - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher DO : - Kesadara composmentis - Keadaan umum klien lemah - Kolesterol =295 mg/dl (<200) - Ttv TD : 164/84mmHg RR : 20 x/m HR : 92 x/m SPO2 : 99%	Arteriosklerosis ↓ Trombus / emboli di cerebral ↓ Stroke Non Hemoragik ↓ Proses Metabolisme dalam otak terganggu ↓ Menurunnya suplai darah dan O ² ke otak ↓ Resiko Perfusi serebral tidak efektif	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
2.	DS : - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher - Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan nyeri dirasakan pada angka 6 DO : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah	Penyempitan pembuluh darah ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal, endotel rusak ↓ Cairan plasma hilang ↓	Nyeri Akut (D.0077)

	<p>P : Tekanan darah tinggi Q : Nyeri seperti ditusuk - tusuk R : Pada bagian kepala dan leher S : Skala nyeri 6</p>	<p>Edema cerebral ↓ Peningkatan TIK ↓ Nyeri akut</p>					
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri - Klien mengatakan badannya masih terasa lemas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Di tangan kanan klien terpasang infus - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri menurun <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">5555</td> <td style="padding: 2px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">5555</td> <td style="padding: 2px;">4444</td> </tr> </table>	5555	3333	5555	4444	<p>Disfungsi N,XI (aksesorius) ↓ Penurunan fungsi motoric dan muskuloskeletal ↓ Kelemahan pada 1/ ke 4 anggota gerak ↓ Hemiparase/plegi kanan dan kiri ↓ Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>
5555	3333						
5555	4444						

4.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : Tn.N

Ruangan : RAFLESSIA

Umur : 63 tahun

No RM : 234497

Tabel 4.5 Diagnosa keperawatan

NO	DITEMUKAN	TERATASI	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Kamis,15 Juni 2023	Minggu,17 Juni 2023	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif disertai dengan Hiperkolesteronemia,hipertensi (D.0017)
2.	Kamis,15 Juni 2023	Minggu,17 Juni 2023	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (D.0077)
3.	Kamis,15 Juni 2023	Masalah teratasi sebagian intervensi dilanjutkan dilanjutkan dirumah	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)

4.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama : Tn.N

Ruangan : RAFLESSIA

Umur : 63 tahun

No RM : 234497

Tabel 4.6 Intervensi keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif disertai dengan Hiperkolesteronemia,hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. TTV membaik (5) (L.02014) 	<p>A. Intervensi Utama Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325)</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernapasan <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler (head up 30°) 7. Hindari maneuver valsava 8. Cegah terjadinya kejang 9. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 10. Pertahankan suhu tubuh normal

			<p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 12. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika Perlu <p>B. Intervensi Pendukung Pemantauan tanda vital (I.02060)</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Monitor tekanan darah 14. Monitor nadi 15. Monitor pernapasan 16. Monitor suhu tubuh 17. Monitor oksimetri 18. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 20. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 22. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedra fisiologis(D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Sikap protektif menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5) 6. Frekuensi nadi membaik (5) 7. Tekanan darah membaik (5) 	<p>A. Intervensi Utama Manajenen nyeri (I.08238)</p> <p>OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

		(L.08066)	<p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetic</p> <p>TERAPEUTIK</p> <p>10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>12. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>EDUKASI</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>16. Anjarkan teknik non-farmakologi</p> <p>KOLABORASI</p> <p>17. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>B. Intervensi Pendukung</p> <p>Edukasi manajemen nyeri (I.12391)</p> <p>OBSERVASI</p> <p>18. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>TERAPEUTIK</p> <p>19. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>EDUKASI</p> <p>20. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri</p> <p>21. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p>
--	--	-----------	--

			22. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Kecemasan menurun (5) 6. Gerakan terbatas menurun (5) (L.05042) 	<p>A. Intervensi Utama Dukungan Mobilisasi (I.05173) OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memuai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Berikan terapi ROM 7. Fasilitasi melakukan pergerakan 8. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 10. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 11. Anjurkan latihan Gerakan ROM 12. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. <p>B. Intervensi Pendukung Teknik Latihan penguatan otot (I.05184) OBSERVASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Identifikasi risiko Latihan 14. Monitor efektivitas Latihan

			<p>TERAPEUTIK</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Lakukan latihan fisik sesuai program yang ditentukan 16. Fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis dalam menentukan rencana Latihan 17. Fasilitasi mengembangkan program latihan fisik yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, kendala muskuloskeletal, tujuan fungsional kesehatan, sumber daya peralatan olahraga, dan dukungan sosial 18. Berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot <p>EDUKASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Ajarkan tanda dan gejala tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah selesai sesi latihan. <p>KOLABORASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Pertahankan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan 21. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis. terapis, aktivitas, ahli fisiologi olahraga, terapis okupasi, terapis rekreasi, terapis fisik) dalam perencanaan, pengajaran, dan memonitor program latihan otot
--	--	--	---

4.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN



Nama : Tn.N





Ruangan : RAFLESSIA







Umur : 63 tahun



No RM : 234497







Tabel 4.7 Implementasi keperawatan





Tanggal	No.DX	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
IMPLEMENTASI HARI KE 1					
15, Juni 2023	1,2,3	09.00 wib	Memonitor tanda-tanda vital	TD : 164/84 mmHg N : 92 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0 °C Spo2 : 99 %	 Endang
	1,2,3	09.15 wib	Mengobservasi K/U pasien	DS : - Klien mengatakan kepalanya terasa pusing - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher - Klien mengatakan susah menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri dan badannya terasa lemas DO : - Kesadara composmentis - Keadaan umum klien lemah	 Endang






				<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri klien mengalami kelemahan dengan nilai kekuatan otot ekstermitas atas sebelah kiri 3 dan bawah 4 - Kolesterol = 295 mg/dl (<200) - Klien tampak meringis dan gelisah 					
	3	09.30 wib	Mengukur kekuatan otot	<p>Didapatkan kekuatan otot klien</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">4444</td> </tr> </table>	5555	3333	5555	4444	 Endang
5555	3333								
5555	4444								
	3	10.00 wib	Memberikan latihan menggenggam bola karet dengan meletakkan bola pada telapak tangan klien dan menganjurkan untuk menggenggam dan melepaskan genggaman secara perlahan latihan ini dilakukan 5-10 menit	Klien mampu melakukan latihan menggenggam bola, dengan kekuatan otot ekstermitas atas sebelah kiri diangka 3 dan ekstermitas sebelah kanan 5.	 Endang				
	1,2	11.30 wib	Memberikan obat citicoline 1 x 500 mg dan mecobalamin 1 x 1500 mg melalui selang IV kepada Tn.N dengan pertahankan prinsip 5 benar	Klien bersedia untuk diberikan obat, tidak ada keluhan dan tidak tampak adanya reaksi alergi obat seperti gatal, kemerahan, pusing	 Endang				
	2	12.00 wib	Mengidentifikasi lokasi, durasi, dan intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri dirasakan dibagian kepala, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan leher, dirasakan hilang timbul dan skala nyeri nya 6	 Endang				




	1	12.20 wib	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	TD : 140/ 90 mmhg	 Endang				
	2	12.45 wib	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	Klien mengatakan nyeri dirasakan pada bagian kepala dan leher dengan skala nyeri 6	 Endang				
	3	13.00 wib	Memberikan latihan menggenggam bola karet dengan meletakkan bola pada telapak tangan klien dan menganjurkan untuk menggenggam dan melepaskan genggamannya secara perlahan latihan ini dilakukan 5-10 menit	Klien mampu melakukan latihan menggenggam bola, dengan kekuatan otot ekstermitas atas sebelah kiri diangka 3 dan ekstermitas sebelah kanan 5.	 Endang				
	1,2	14.30 wib	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dan menganjurkan minum obat penurun darah secara rutin	Klien bersedia untuk diberikan obat, tidak ada keluhan dan tidak tampak adanya reaksi alergi obat seperti gatal, kemerahan, pusing	 Endang				
	1,2,3	15.00 wib	Memonitor tanda-tanda vital	TD : 135/80 mmHg N : 84 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,5 °C SpO2 : 98%	 Endang				
	1	15.30 wib	Mengukur kekuatan otot	Didapatkan kekuatan otot klien <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> </tr> </table>	5555	3333	5555	4444	 Endang
5555	3333								
5555	4444								

IMPLEMENTASI HARI KE 2					
16, Juni 2023	1,2,3	08.00 wib	Memonitor tanda-tanda vital	TD : 130/90 mmHg N : 85 x/menit RR : 21 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98%	 Endang
	1,2,3	08.20 wib	Mengobservasi K/U pasien	DS : - Klien mengatakan kepalanya sudah tidak terasa pusing - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher - Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan susah menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri - Klien mengatakan badannya masih terasa lemas DO ; - Kesadara composmentis - Keadaan umum klien lemah - Rentang gerak sebelah kiri melemah dengan nilai kekuatan otot ekstermitas atas sebelah kiri 3 dan bawah 4 - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah	 Endang
	3	09.10 wib	Mengukur kekuatan otot	Didapatkan kekuatan otot	

				5555 3333 5555 4444	 Endang
	3	09.30 wib	Memberikan latihan menggenggam bola karet dengan meletakkan bola pada telapak tangan klien dan menganjurkan untuk menggenggam dan melepaskan genggaman secara perlahan latihan ini dilakukan selama 5-10 menit	Klien mampu melakukan latihan menggenggam bola, dengan kekuatan otot ekstermitas atas sebelah kiri diangka 3 dan ekstermitas sebelah kanan 5.	 Endang
	4	10.00 wib	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	TD : 130/90 mmHg	 Endang
	2	10.30 wib	Mengidentifikasi nyeri dan keluhan klien	Klien mengatakan nyeri masih dirasakan dibagian kepala dan leher dengan skala 5 dan klien masih mengeluh lemah pada ekstremitas kiri,kepala sudah tidak terasa pusing lagi	 Endang
	1,2,3	12.00 wib	Memberikan obat citicoline 1 x 500 mg dan mecobalamin 1 x 1500 mg melalui selang IV kepada Tn.N dan memberikan obat oral asetosal,asam folat dan candesartan dengan pertahankan prinsip 5 benar	Klien bersedia untuk diberikan obat, tidak ada keluhan dan tidak tampak adanya reaksi alergi obat seperti gatal, kemerahan, pusing	 Endang
	3	13.00 wib	Memberikan latihan menggenggam bola karet dengan meletakkan bola pada telapak tangan klien dan menganjurkan untuk menggenggam dan melepaskan genggaman secara perlahan latihan ini dilakukan selama 5-10 menit	Respon klien baik dan keluarga klien mengerti latihan yang di ajarkan	 Endang

	1,2,3	13.30 wib	Memonitor tanda-tanda vital	TD : 135/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98%	 Endang
	3	14.30 wib	Mengukur kekuatan otot	Didapatkan kekuatan otot 5555 3333 ----- 5555 4444	 Endang
IMPLEMENTASI HARI KE 3					
17, Juni 2023	1,2,3	08.10 wib	Memonitor tanda-tanda vital	TD : 130/80 mmHg N : 88 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98%	 Endang
	1,2,3	08,20 wib	Mengobservasi K/U pasien	DS : - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher sudah berkurang - Klien mengatakan nyeri pada angka 2 - Klien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri DO : - Kesadaran composmentis - Keadaan umum klien membaik	 Endang

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitas - Kekuatan otot ekstermitas sebelah kiri mengalami peningkatan 					
	3	10.00 wib	Mengukur kekuatan otot	<p>Didapatkan kekuatan otot</p> <table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5555</td> <td style="padding: 2px 10px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5555</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4444</td> </tr> </table>	5555	3333	5555	4444	 Endang
5555	3333								
5555	4444								
	3	10.20 wib	Memberikan latihan menggenggam bola karet dan mengajarkan keluarga	Respon pasien dan keluarga baik, pasien dapat melakukan latihan menggenggam bola karet dan keluarga mengerti cara latihan menggenggam bola sesuai yang diajarkan	 Endang				
	2,3	11.10 wib	Mengidentifikasi nyeri dan keluhan fisik klien	Klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dengan skala 2 dan pergerakan klien sudah mulai baik	 Endang				
	1	11.30 wib	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	TD : 130/90 mmHg	 Endang				
	1,2,3	12.00 wib	Memberikan obat citicoline 1 x 500 mg dan mecobalamin 1 x 1500 mg melalui selang IV kepada Tn.N dengan pertahankan prinsip 5 benar	Klien bersedia untuk diberikan obat, tidak ada keluhan dan tidak tampak adanya reaksi alergi obat seperti gatal, kemerahan, pusing	 Endang				

	3	13.00 wib	Memberikan latihan menggenggam bola karet dan mengajarkan keluarga	Respon pasien dan keluarga baik, pasien dapat melakukan latihan menggenggam bola karet dan keluarga mengerti cara latihan menggenggam bola sesuai yang diajarkan	 Endang
	1,2,3	13.30 wib	Memonitor tanda-tanda vital	TD : 130/80 mmHg N : 89 x/menit RR : 21 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98%	 Endang
	3	14.00 wib	Mengukur kekuatan otot	Didapatkan kekuatan otot 5555 4444 <hr/> 5555 4444	 Endang

4.5 EVALUASI KEPERAWATAN



Nama : Tn.N


Ruangan : RAFLESSIA



Umur : 63 tahun



No RM : 234497



Tabel 4.8 Evaluasi keperawatan

Tanggal/Jam	No.DX	Evalusi	Paraf																																			
EVALUASI HARI 1																																						
15, Juni 2023 / Jam 13.00 wib	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kepalanya masih terasa pusing - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis - Keadaan umum klien lemah - TTV : TD : 150/90 mmHg N : 95 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0 °C Spo2 : 98 % <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>TTV</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi manajemen peningkatan TIK dan pemantauan Tanda vital dilanjutkan 2,3,10,13,14,16,18,20,21</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Tingkat kesadaran					✓	2	Tekanan intra kranial			✓			3	Gelisah			✓			4	TTV			✓			 Endang
	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																															
1	Tingkat kesadaran					✓																																
2	Tekanan intra kranial			✓																																		
3	Gelisah			✓																																		
4	TTV			✓																																		
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher - Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan nyeri dirasakan pada angka 6 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah <p>P : Tekanan darah tinggi</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Pada bagian kepala dan leher</p>	 Endang																																			

		<p>S : Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan hilang timbul - TTV : TD : 150/90 mmHg N : 95 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0 °C Spo2 : 98 %</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Sikap protektif</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gelisaj</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan 1,2,3,4,8,9,10,11,12,14,17</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Keluhan nyeri		✓				2	Meringis		✓				3	Sikap protektif		✓				4	Gelisaj		✓				5	Kesulitan tidur		✓				6	Frekuensi nadi				✓		7	Tekanan darah			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																					
1	Keluhan nyeri		✓																																																								
2	Meringis		✓																																																								
3	Sikap protektif		✓																																																								
4	Gelisaj		✓																																																								
5	Kesulitan tidur		✓																																																								
6	Frekuensi nadi				✓																																																						
7	Tekanan darah			✓																																																							
	3	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan susah menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri Klien mengatakan badannya masih terasa lemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Keadaan umum klien lemah Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas Rentang gerak klien menurun Di tangan kanan klien terpasang infus Kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri menurun <p>5555 3333</p> <hr/> <p>5555 4444</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Gerakan terbatas2</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Teknik latihan penguatan otot dilanjutkan 13,14,15,17,18,20</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan ekstermitas		✓				2	Kekuatan otot		✓				3	Nyeri			✓			4	Kecemasan			✓			5	Gerakan terbatas2		✓				 Endang														
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																					
1	Pergerakan ekstermitas		✓																																																								
2	Kekuatan otot		✓																																																								
3	Nyeri			✓																																																							
4	Kecemasan			✓																																																							
5	Gerakan terbatas2		✓																																																								
EVALUASI HARI KE 2																																																											
16 Junu 2023/ Jam 13.3 0 wib	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan kepalanya sudah tidak terasa pusing 																																																									

		<p>- Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis - Keadaan umum klien lemah - TTV <p>TD : 130/90 mmHg N : 85 x/menit RR : 21 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98%</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="639 707 1209 913"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>TTV2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi manajemen peningkatan TIK dan pemantauan Tanda vital dilanjutkan 2,13,14,16,20</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Tingkat kesadaran					✓	2	Tekanan intra kranial				✓		3	Gelisah					✓	4	TTV2				✓		 Endang																					
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																					
1	Tingkat kesadaran					✓																																																					
2	Tekanan intra kranial				✓																																																						
3	Gelisah					✓																																																					
4	TTV2				✓																																																						
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher - Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul - Klien mengatakan nyeri dirasakan pada angka 5 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - TTV <p>TD : 130/90 mmHg N : 88 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98%</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="639 1592 1209 1872"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Sikap protektif</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Elisah</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan 1,2,4,8,9,10,12,14,17</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Keluhan nyeri		✓				2	Meringis		✓				3	Sikap protektif		✓				4	Elisah		✓				5	Kesulitan tidur			✓			6	Frekuensi nadi				✓		7	Tekanan darah				✓		 Endang
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																					
1	Keluhan nyeri		✓																																																								
2	Meringis		✓																																																								
3	Sikap protektif		✓																																																								
4	Elisah		✓																																																								
5	Kesulitan tidur			✓																																																							
6	Frekuensi nadi				✓																																																						
7	Tekanan darah				✓																																																						

	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan susah menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri - Klien mengatakan badannya masih terasa lemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Di tangan kiri klien terpasang infus - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri menurun <p>5555 3333</p> <hr/> <p>5555 4444</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="639 840 1209 1086"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Teknik latihan penguatan otot dilanjutkan 13,14,15,17,18,20</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan ekstremitas			✓			2	Kekuatan otot			✓			3	Nyeri			✓			4	Kecemasan			✓			5	Gerakan terbatas		✓				 Endang
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																							
1	Pergerakan ekstremitas			✓																																									
2	Kekuatan otot			✓																																									
3	Nyeri			✓																																									
4	Kecemasan			✓																																									
5	Gerakan terbatas		✓																																										
EVALUASI HARI KE 3																																													
17 Juni 2023/ Jam 13.30 wib	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis - Keadaan umum klien baik <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="639 1523 1209 1736"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tingkat Kesadana</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>TTV</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi manajemen peningkatan TIK dan pemantauan tanda vital dihentikan dilanjutkan dirumah klien pulang atas izin dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV pulang TD : 130/90 mmHg N : 88 x/menit RR : 20 x/menit 	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Tingkat Kesadana					✓	2	Tekanan intra kranial				✓		3	Gelisah					✓	4	TTV					✓	 Endang							
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																							
1	Tingkat Kesadana					✓																																							
2	Tekanan intra kranial				✓																																								
3	Gelisah					✓																																							
4	TTV					✓																																							

		S : 36,0 °C SpO2 : 98%																																																									
	2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan leher sudah berkurang - Klien mengatakan nyeri dirasakan pada angka 2 <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien baik <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Sikap protektif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi Manajemen nyeri dihentikan, dilanjutkan dirumah klien pulang atas izin dokter</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV pulang TD : 130/80 mmHg N : 88 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98% 	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Keluhan nyeri				✓		2	Meringis					✓	3	Sikap protektif					✓	4	Gelisah					✓	5	Kesulitan tidur					✓	6	Frekuensi nadi					✓	7	Tekanan darah					✓	 Endang
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																					
1	Keluhan nyeri				✓																																																						
2	Meringis					✓																																																					
3	Sikap protektif					✓																																																					
4	Gelisah					✓																																																					
5	Kesulitan tidur					✓																																																					
6	Frekuensi nadi					✓																																																					
7	Tekanan darah					✓																																																					
	3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum klien baik - Klien terkadang masih dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri mengalami peningkatan <p>5555 4444</p> <hr/> <p>5555 4444</p> <p>P : Masalah teratasi Sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan ekstremitas			✓			2	Kekuatan otot				✓		3	Nyeri					✓	4	Kecemasan					✓	5	Gerakan terbatas				✓		 Endang														
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																					
1	Pergerakan ekstremitas			✓																																																							
2	Kekuatan otot				✓																																																						
3	Nyeri					✓																																																					
4	Kecemasan					✓																																																					
5	Gerakan terbatas				✓																																																						

		<p>P: Intervensi dihentikan dirumah sakit dilanjutkan dirumah klien pulang atas izin dokter</p> <ul style="list-style-type: none">- TTV pulang TD : 130/80 mmHg N : 88 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0 °C SpO2 : 98%	
--	--	---	--

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN PULANG

Nama : Tn.N
Umur : 63 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Dwi Tunggal
Tempat praktek : Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong
No.RM : 234497
Tanggal masuk : 15 Juni 2023 Pukul : 07.30 Wib
Tanggal pulang : 17 Juni 2023 Pukul : 15.00 Wib
Diagnosa medis : Hemiparase Sinistra ec SNH

Klien pulang pada tanggal 17 juni 2023 pulang atas izin dokter yang merawat, masalah keperawatan yang timbul pada diagnosa 1, 2 dan 3 teratasi sebagian ditandai dengan, perilaku gelisah menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, keluhan nyeri menurun, tekanan darah membaik, dan intervensi latihan penguatan otot dilanjutkan dirumah dengan pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat.

1.Keadaan pasien pulang :

- a. Keadaan sudah membaik
- b. Tanda-tanda vital

TD : 130/80 Mmhg

N : 89 x/m

RR : 21 x/m

T : 36.0°C

SpO₂ : 98%

c. Terapi pulang

- Citicolin 500 mg 2x1 tab perhari
- Mecobalamin 500 mg 2x1 tab perhari
- Clopidogrel 75 mg 1x1 tab perhari
- Asam Folat 5 mg 1x1 tab perhari
- Candesartan 8 mg 1x1 tab perhari waktu pagi
- Atorvastatin 20 mg 1x1 tab perhari

d. Pendidikan Kesehatan :

1. Mengarahkan klien dan keluarga untuk tetap menerapkan latihan mengenggam bola karet secara mandiri dirumah.
2. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan rendah garam dan rendah lemak.
3. Menganjurkan klien untuk selalu minum obat yang telah diberikan oleh dokter dengan dosis yang telah ditentukan oleh dokter.
4. Jadwal klien kontrol pada tanggal 22 Juni 2023 di poli saraf RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah mendapatkan terapi untuk Tn. N yang didiagnosa hemiparase sinistra Ec SNH. Secara spesifik penerapan tindakan menggenggam bola karet pada pasien SNH dengan penurunan kekuatan otot dan evaluasi keperawatan pada Tn. N yang dilaksanakan pada tanggal 15 Juni sampai dengan 17 Juni 2023, intervensi keperawatan diterapkan secara komprehensif, untuk memecahkan masalah dan menarik kesimpulan. Untuk itu penulis akan membandingkan teori dan praktek hasil penerapan asuhan keperawatan pada Tn. N dengan Hemiparase Sinistra ec SNH dengan pelaksanaan menggenggam bola karet pada pasien penurunan kekuatan otot di ruang Rafflesia di RSUD Rejang Lebong sebagai berikut:

5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada Kamis, 15 Juli 2023 di ruang Rafflesia. Untuk mengumpulkan informasi dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan rekam medis sehingga didapatkan identitas pasien bapak Tn.N, usia 63 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beralamat di dwi tunggal , beragama Islam, petani.

Menurut penelitian Asman (2021), bahaya degenerasi sistem peredaran darah meningkat seiring bertambahnya usia dan kemungkinan menjadi penyebab meningkatnya prevalensi stroke . Lumen saluran darah menjadi lebih menyempit, yang berdampak pada berkurangnya aliran darah ke otak. Ini karena endotelium yang menebal di intima dan menyebabkan inelastisitas pembuluh darah. Seseorang saat ini memiliki risiko stroke mulai dari usia 40 tahun dibandingkan dengan masa

lalu ketika stroke hanya terjadi pada usia lanjut mulai dari usia 60 tahun. Meningkatnya korban stroke pada usia produktif disebabkan oleh gaya hidup. Penjelasan di atas mengarah pada kesimpulan bahwa usia berpengaruh terhadap risiko stroke semakin tua pasien, semakin besar risiko stroke.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, keadaan kesadaran umum pasien terdiri dari GCS E: 4 V: 5 M: 6 dan tanda-tanda vitalnya adalah 164/84 mmHg, nadi 92x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5 C, dan saturasi oksigen 99%. Pasien juga menyebutkan bahwa ibunya memiliki riwayat tekanan darah tinggi sekitar 5 tahun yang lalu namun tidak pernah dirawat di rumah sakit. Dari penelitian Perbasya, (2021) hipertensi diprediksi menjadi salah satu faktor pencetus utama stroke hemoragik dan non hemoragik. Dimana tekanan darah tepi meningkat akibat hipertensi, yang juga menyebabkan sistem hemodinamik rusak, penebalan pembuluh darah, dan hipertrofi otot jantung.

Klien mengatakan tiba-tiba mengalami kelemahan pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, pada kekuatan otot ekstermitas kanan atas dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) pada kekuatan otot ekstremitas kiri atas dengan skor 3 (pada skala 1 sampai 5) pada ekstermitas bawah kanan klien dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) dan nilai 4 ekstermitas kiri bawah (pada skala 1 sampai 5) sehingga mengakibatkan klien susah melakukan pergerakan dan mulai dilakukan latihan menggenggam bola karet, klien juga susah untuk memenuhi activity daily living nya secara mandiri.

Hemiparese merupakan kondisi atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh, sesuai dengan teori Rustandi, (2019) Hemiparesis berkembang pada orang yang

mengalami stroke non-hemoragik karena penyumbatan di otak, yang dapat berupa embolus atau trombus. Penyumbatan ini mengurangi aliran darah ke otak, yang mengurangi suplai oksigen ke otak dan akhirnya menyebabkan infark, yang mengakibatkan kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Hemiparesis adalah salah satu konsekuensi yang dihadapi pasien stroke. Hemiparesis pada tungkai dapat menimbulkan berbagai keterbatasan sehingga membuat penderita stroke menjadi tergantung pada aktivitas.

Pada hari kamis tanggal 15 Juni 2023 pukul 13.35 WIB dilakukan pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil glukosa sewaktu 235* mg/dl (N: 74-106), ureum 39 mg/dl (N:17-43), kreatinin 0,71(L : 0,62-1,10). Pada tanggal 16 Juni 2023 pukul 07.00 WIB didapatkan hasil pemeriksaan glukosa puasa 180* mg/dl (N:74-106), kolesterol 295* mg/dl (≤ 200), HDL-kolesterol 49 mg/dl (N:30-63), LDL-kolesterol 178* (≤ 130), dan trigliserida 508* (N:70-140) untuk pemeriksaan CT Scan tidak dilakukan karena keterbatasan peralatan untuk melakukan pemeriksaan di RSUD Rejang Lebong. Menurut Quin, (2011) Selain mencerminkan volume awal jaringan otak yang mengalami infark, peningkatan kadar glukosa darah merupakan penentu tingkat awal infark, kapasitas fungsional, dan kematian pada pasien stroke.

Menurut Bull, (2017) Dengan terbentuknya ateroma, akumulasi LDL ini dapat menyempitkan dan menyumbat arteri. Istilah "aterosklerosis" mengacu pada proses ini. Organ mungkin tidak berfungsi sebagaimana mestinya akibat berkurangnya aliran darah aterosklerosis dan berkurangnya pengiriman oksigen. Mirip dengan kolesterol LDL yang tinggi, kadar trigliserida yang tinggi seringkali bersamaan dengan kolesterol HDL yang rendah. Kadar trigliserida yang terlalu tinggi juga

membuat kolesterol LDL berbahaya bagi dinding arteri dan mengurangi efek terapeutik HDL.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien Stroke Non Hemoragik, menurut (SDKI DPP PPNI 2017) yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif yang ditunjukkan oleh emboli. Nyeri akut akut yang disebabkan oleh zat yang merusak jaringan tubuh (iskemia). Gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh kondisi neuromuskuler. risiko jatuh dikarenakan gangguan penglihatan, seperti ablasi retina. Dan yang terakhir yaitu gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh aliran darah yang buruk ke otak.

Setelah melakukan pemeriksaan tiga diagnosa keperawatan yang dapat diterapkan pada Tn. N sesuai dengan teori dan kondisi klien ditemukan dilapangan pada Tn.N diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif ditambah dengan hiperkolesterolemia (hipertensi), berdasarkan keluhan klien mengatakan kepalanya terasa pusing, nyeri pada bagian kepala dan leher , TD : 164/84 mmHg, N : 92 x/menit, RR : 20 x/menit. Faktor pencetus dari risiko perfusi serebral tidak efektif ini yaitu terjadi penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam tubuh sehingga terjadinya penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah terhambat dan eritrosit bergumpal serta mengakibatkan edema cerebral dan peningkatan tekanan intra kranial (Nurarif, 2016).

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (Hipertensi) masalah ini diambil karena klien mengatakan nyeri bagian kepala dan leher, klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan angka 6 nyeri akut ini juga bisa

diakibatkan karena peningkatan kolestrol dalam tubuh sehingga terjadinya penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah terhambat, eritrosit bergumpal serta hilangnya cairan plasma sehingga terjadinya edema cerebral dan peningkatan tekanan intra kranial(Nurarif,2016) dan yang terakhir yaitu.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot diagnosa ini diangkat karena data-data mengarah kepada diagnosa tersebut dibuktikan dengan penurunan kekuatan otot pada ekstermitas kiri, badannya terasa lemas dan aktivitas klien dibantu keluarga. Gangguan mobilitas fisik terjadi karena data- data sesuai dengan pengkajian yang didapatkan yaitu kekuatan otot atas sebelah kiri menurun,badannya terasa lemas,aktivitas klien dibantu keluarga, gangguan mobilitas fisik terjadi karena peningkatan TIK yang mengakibatkan disfungsi N.XI (eksorius) sehingga menurunnya fungsi motorik dan muskuloskeletal dan kelemahan pada 1 atau ke 4 anggota gerak (Nurarif, 2016).

Setelah melakukan pengkajian pada Tn.N ditemukan 2 diagnosa keperawatan yang tidak diangkat pada Tn.N adalah diagnosa Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan disini diagnosa risiko jatuh tidak diangkat dikarenakan untuk penglihatan klien masih dalam keadaan normal dan untuk diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral tidak diangkat dikarenakan kurangnya data yang menunjang untuk diagnosa tersebut serta pada saat pengkajian klien masih dapat berkomunikasi dengan baik seperti saat ditanyakan untuk skala nyeri klien masih bisa menjawab.

5.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pemeriksaan dan diagnosis selesai, akan dibuat rencana tindakan keperawatan dan dipraktikkan. Keberhasilan program asuhan keperawatan yang diterapkan untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya dan menyelesaikan masalah keperawatan yang telah ditetapkan sangat bergantung pada rencana keperawatan. Karena ada tiga diagnosis yang ditetapkan, rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang dimiliki pasien pada saat pengkajian. Intervensi juga harus sesuai dengan diagnosis agar dapat dilaksanakan dengan baik, namun karena kurangnya sumber daya dan keahlian perawat, tidak semua intervensi yang direncanakan dapat dilakukan.

Pemantauan tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor tekanan darah, monitor denyut nadi, monitor pernapasan, monitor suhu, dan monitor oksimetri adalah bagian dari rencana penulis untuk mendiagnosis risiko perfusi serebral yang tidak efektif disertai dengan hiperkolesterolemia (hipertensi). Untuk tujuan perencanaan diagnosis nyeri akut terkait dengan agen pencedra fisiologis (Hipertensi), termasuk lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, pemberian teknik pereda nyeri non farmakologis, dan penjelasan tentang teknik manajemen nyeri, mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya.

Untuk diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik adalah melihat kondisi umum, mengajarkan latihan menggenggam bola karet, menganjurkan latihan menggenggam bola karet, dan melakukan pemeriksaan kekuatan otot. Intervensi

untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yang tidak dapat dilakukan adalah.

Memfasilitasi kegiatan mobilisasi dengan menggunakan alat bantu

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan puncak dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi keperawatan dilakukan baik secara mandiri maupun bekerjasama dengan tim medis lainnya. Sebelum melakukannya, penting untuk mengkaji kebutuhan dan situasi klien sehubungan dengan diagnosis keperawatan. Walaupun penulis bekerjasama dengan perawat yang hadir di ruangan, namun tidak semua implementasi keperawatan yang dimaksud dapat diselesaikan sendiri oleh penulis. Ketika penulis tidak ada di ruang klien, penulis memonitor perkembangan klien dengan melihat catatan perkembangan klien, catatan dokter, dan menanyakan kepada perawat yang bertugas.

Pemantauan tanda dan gejala peningkatan TIK, pemantauan tanda vital, dan pemantauan oksimetri merupakan intervensi keperawatan yang telah digunakan dalam mendeteksi risiko perfusi serebral tidak efektif disertai hiperkolesterolemia (hipertensi). Untuk tindakan diagnosis nyeri akut yang terkait dengan agen cedera fisiologis (hipertensi), termasuk mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan menginstruksikan teknik nonfarmakologis.

Tindakan diagnosa terakhir gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu melihat adanya nyeri, memonitor kondisi umum, memberikan latihan menggenggam bola karet, menganjurkan menggenggam bola

karet dan menguji kekuatan otot sebelum dan sesudah tindakan. Menurut jurnal Azizah, (2020) latihan menggenggam bola ini dapat menambah kekuatan tangan dan menstimulus motorik pada tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam, membuka genggam, merenggangkan dan merapatkan kembali jari-jari.

Tindakan yang dilakukan oleh penulis untuk klien yaitu tindakan menggenggam bola karet yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot klien. Pada pelaksanaan terapi penulis tidak menemukan kendala apapun, dikarenakan kondisi pasien dalam keadaan sadar dan baik dalam pelaksanaan tindakan. Tindakan menggenggam bola karet ini dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam dan dilakukan setiap pagi dan sore. Untuk implementasi hari pertama sebelum dilakukan tindakan menggenggam bola karet dilakukan terlebih dahulu pemeriksaan kekuatan otot dan didapatkan data kekuatan otot pada ekstermitas kanan dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) pada kekuatan otot ekstremitas kiri atas dengan skor 3 (pada skala 1 sampai 5) pada ekstremitas bawah kanan klien dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) dan skor 4 ekstremitas kiri bawah (pada skala 1 sampai 5) kemudian dilakukan latihan menggenggam bola karet pagi dan sore sampai dengan hari ke 3.

Selanjutnya pada implementasi hari ke 3 pada waktu sore setelah dilakukan tindakan menggenggam bola dilakukan pemeriksaan kekuatan otot kembali pada Tn. N dan didapatkan data pada ekstremitas atas sebelah kiri 4 dan bawah 4 dan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan pada skor 5. Setelah dilakukan tindakan didapatkan kesimpulan bahwa tindakan menggenggam bola karet terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada Tn. N dimana

hasilnya sesuai dengan jurnal penelitian Rahmawati, (2022) dimana latihan menggenggam bola karet dapat meningkatkan otot motorik ekstremitas atas pada klien stroke non Hemoragik.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif, disini penulis mengikuti evaluasi sesuai teori, dalam hal ini setelah tiga hari perawatan Tn. N dengan tiga diagnosa keperawatan. Pada 15 Juni 2023, ditemukan diagnosa pada Tn.N yang mengalami SNH. Adalah risiko perfusi serebral tidak efektif hiperkolesterolemia (hipertensi) dimana perfusi serebral yang tidak mencukupi, dan klien mengatakan terjadi pengurangan nyeri pada kepala dan leher, nyeri dirasakan pada skala 2, dan fungsi fisik klien terpengaruh akibat nyeri akut, yang berhubungan dengan agen bahaya fisiologis (hipertensi). Serta klien juga sudah bisa mengerjakan ekstermitas atas dengan skor kekuatan ekstermitas atas 4 dan klien diperbolehkan pulang oleh dokter pada tanggal 17 Juni 2023 pada jam 15.00 WIB.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.N dengan Penyakit Strike Non Hemoragik (SNH) di ruangan Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong 2023, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan dapat disimpulkan Tn.N masuk RSUD Kabupaten Rejang Lebong pada tanggal 15 juni 2023 dengan keluhan klien susah menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, keadaan umum klien dalam kondisi lemas, rentang gerak klien menurun, kekuatan otot ekstremitas sebelah kiri menurun didapatkan nilai 3, klien kalau malam susah tidur, klien merasakan nyeri pada bagian kepala dan leher dengan nyeri dirasakan hilang timbul, dan skala nyerinya dirasakan pada angka 6. kemudian klien masuk ruangan Rafflesia Pukul 07:30 WIB.

2. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada Tn.N diagnosa yang muncul yaitu , 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif disertai dengan Hiperkolesteronemia, hipertensi (D.0017), 2) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (Hipertensi) (D.0077) , 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054).

3. Intervensi keperawatan

Penulis menentukan perencanaan tindakan keperawatan guna mencapai tujuan yang diinginkan berdasarkan teori yang ada dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan intervensi yang akan dilakukan memiliki tujuan untuk meningkatkan pergerakan ekstremitas dan kekuatan otot klien, meningkatkan mobilitas fisik, serta meningkatkan rentang gerak klien, dan mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan yang diharapkan adalah tercapainya tujuan tindakan yang dapat dilakukan adalah memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi lokasi, durasi, dan intensitas nyeri, memonitor peningkatan TIK, mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik, memberikan latihan menggenggam bola karet, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian obat melalui intravena citicoline 1 x 500 mg dan mecobalamin 1 x 1500 mg, dan terkhususnya mengukur kekuatan otot sebelum dan sesudah mengajarkan latihan menggenggam bola karet.

5. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Tn.N sudah mengalami perbaikan dan menunjukkan perubahan yang progresif bagi klien. Pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif mengalami peningkatan, klien sudah tidak merasakan pusing, tekanan darah 130/90

mmHg dan klien tidak merasa gelisah lagi. Pada diagnosa nyeri akut mengalami penurunan, klien tidak mengeluh nyeri, frekuensi nadi dan tekanan darah mengalami peningkatan, untuk diagnosa terakhir gangguan mobilitas fisik didapat perubahan klien sudah dapat melakukan pergerakan ekstermitas walaupun belum sepenuhnya, serta kekuatan otot klien sudah mengalami cukup peningkatan, pada tanggal 17 juni 2023 keluarga klien memutuskan membawa klien pulang kerumah atas izin dokter yang merawat, klien pulang dengan keadaan lebih baik dari sebelumnya.

6.2 Saran

A. Bagi pasien

Melalui kegiatan penyusunan karya tulis ilmiah ini diharapkan pada pasien dan keluarga dapat menerapkan latihan menggenggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot.

B. Bagi perawat

Perawat hendaknya tetap memegang teguh pada prinsip teori asuhan keperawatan, dan juga meningkatkan kerjasama sesama perawat dan tim medis lainnya guna melakukan asuhan keperawatan secara berkesinambungan dan komprehensif pada Stroke Non Hemoragik dan pengetahuan tentang latihan menggenggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot, juga tanggap terhadap kebutuhan akan perawatan pasien serta memberikan informasi kesehatan dan menunjang kemajuan kesehatan yang diinginkan.

C. Bagi Insitusi

a. Rumah Sakit

Pemberian saran kepada pihak rumah sakit untuk peningkatan pelayanan kesehatan dirumah sakit terutama di ruang rawat inap Rafflesia, diharapkan bagi perawat ruangan untuk dapat mengaplikasikan latihan menggenggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

b. Pendidikan

Perlunya ada penambahan referensi buku tentang Stroke Non Hemoragik guna mempermudah proses pembelajaran terutama buku-buku kesehatan dengan Stroke Non Hemoragik diperpustakaan sebagai landasan teori bagi mahasiswa untuk memperoleh pengetahuan yang luas tentang keperawatan pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, D.dirga dan Kartika, R. dwi (2017) '*Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di wilayah Kerja Puskesmas Pengasih II Kulon Progo Yogyakarta*'.
- Amalia, D. R. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Retrieved from [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/392/1/DINDA REZKY AMALIA KTI.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/392/1/DINDA%20REZKY%20AMALIA%20KTI.pdf)
- American Heart Assosiation (AHA). (2015). *Heart Disease and Stroke Statistics 2015 Update*. American. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000152>
- Anggraini, G., Septiyanti, S., & Dahrizal, D. (2018). *Range Of Motion (ROM) Spherical Grip dapat Meningkatkan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke*. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 6(1), 38-48. <https://doi.org/10.32668/jitek.v6i1.85>
- Ayuningputri, Novia dan Maulana, Herdiyan. (2013). *Persepsi Akan Tekanan Terhadap Kesejahteraan Psikologis Pada Pasangan Suami-Istri Dengan Stroke*. *Jurnal Penelitian dan Pengukuran Psikologi* Vol.2 No.2 Oktober 2013.
- Bararah, T dan Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi erawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustakaray.
- Bull, Eleanor dan Jonathan Morrell. (2017). *Kolesterol*. Jakarta: Erlangga
- Chaidir, R., & Zuardi, I. M. (2014). *Pengaruh Latihan Range Of Motion Pada Ekstremitas Atas Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi Di Ruang Rawat Stroke RSSN Bukittinggi tahun 2012*. 'Afiyah, 1(1)
- Dourman, Karel. (2013). *Waspada Stroke Usia Muda*. Jakarta: Cerdas Sehat.
- Esther (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta: EGC.Retrieved from [https://id.scribd.com/doc/69850518/ASKEP-SNH-Stroke- Non-Hemoragik](https://id.scribd.com/doc/69850518/ASKEP-SNH-Stroke-Non-Hemoragik)
- Eva Mastiani, E. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas dan Latihan* (Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta).

- Faridah, U., Sukarmin, S., & Kuati, S. (2019). *Pengaruh ROM Exercise Bola Karet terhadap Kekuatan Otot Genggam Pasien Stroke di RSUD Raa Soewondo Pati*. Indonesia Jurnal Perawat, 3(1), 36-43
- Greer DM, Yang J, Scripko PD, Sims JR, Cash S, Kilbride R, et al. (2012) *Clinical examination for outcome prediction in nontraumatic coma*. Crit Care Med.; 40: 1150-6. doi: 10.1097/ CCM.0b013e318237bafb.
- Hartikasari, A. (2015). *Stroke Kenali, Cegah dan Obati*. Yogyakarta: Notebook.
- Indrawati Lili, Wening Sari, C. S. D. (2016). *Care Yourself Stroke (Indriani, ed.)* Jakarta: Penebar Plus.
- Junaidi, Iskandar. (2012). *Stroke Waspada! Ancamannya*. Yogyakarta: Andi Publisher.
- Kemenkes RI. (2017). Pengertian Gernas. Retrieved from <https://dinkes.gorontalooprov.go.id/apa-itu-germas/>.
- Khairatunnisa, Sari DM. *Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Pasien di RSUD H. Sahudin Kutacane Kabupaten Aceh Tenggara*. Jurnal JUMANTIK. 2017;2(1).
- Kozier, B., Glenora Erb, Audrey Berman dan Shirlee J. Snyder. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Alih bahasa : Esty Wahyu ningsih, Devi yulianti, yuyun yuningsih. Dan Ana lusyana)*. Jakarta : EGC
- Lemone, Priscilla., Burke, Karen. M., & Bauldoff, Gerene. (2016). *Buku Aja Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Lingga, Lanny. (2013). *All About Stroke Hidup Sebelum dan Pasca Stroke*. Jakarta: Kompas Gramedia.
- Masriadi. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Trans Info Media menggenggam bola pada pasien stroke diukur dengan handgrip dynamometer. e-CliniC, 4(1).
- Misbach, J. (2013). *Stroke : MAspek Diagnosis, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Mulyanto L., 2012 *Hubungan Kadar Trigliserida Dengan Kejadian Stroke Iskemik*. Universitas Sumatera Utara. PhD Thesis
- Muttaqin, Arif. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nastiti, D. (2012). *Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit*.
- Nasution. (2015). *Stroke Non Hemoragik Pada Laki-Laki Usia 65 Tahun*. Jurnal Medula, 1(3), 2–7
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur Azizah, W. (2020). *Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*. Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan Vol.4 No.1 Januari 2020, Halaman 35-42, 35-42.
- Nurarif Huda, 2016 dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017)
- Perbasya, S. T. D. (2021). Hubungan Hipertensi Terhadap Stroke. Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia (JIKSI), 2(2), 109–112.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tujuan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- Potter, A & Perry, A. (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Dasar Proses & Praktik, Vol 2, Edisi Keempat, EGC*. Jakarta
- Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Quinn TJ, Dawson J, Walters MR. Sugar and stroke: *Cerebrovascular disease and blood glucose control*. Cardiovasc Ther. 2011; 29(6):31-42.
- Rahmawati, Ida, Juksen, Loren, Triana, Neni, Zulfikar (2022) “Peningkatan Kekuatan Motorik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Menggenggam Bola Karet “
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2019). *Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparese melalui Latihan Range of Motion (ROM) Pasif*. Journal of Telenursing (JOTING), 1(2), 354–363. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.985>
- Radaningtyas, D. A. (2018). *Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskular Accident Hemoragik*.

- Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Rekam Medik RSUD kabupaten rejang lebong . 2020. *Laporan tahunan RSUD kabupaten rejang lebong*
- Santoso, L. E. (2018). *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Mensenggam Bola Karet (Studi di Ruang Flamboyan RSUD Jombang) (Doctoral dissertation, STIKES Insan Cendekia Medika Jombang)*.
- Saputra, L. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta: Binarupa Aksara*
- Setyopranoto. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda NIC- NOC*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Setiadi.(2012). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Syafni, Alma Nazelia. (2020). *Post Stroke Patient Medical Rehabilitation*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, 9(2), 873-827
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, gangguan sistem persarafan*. Jakarta: CV.Sagung Seto.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Spherical Grip dapat Meningkatkan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke*. Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan, 6(1), 38-48.
- WHO, (2012). WHO. WHO STEPS Prevalensi Stroke: *The WHO STEP Wise Approach to Stroke Surveillance*.
- Widiastuti, (2011).*Hubungan kekuatan otot daya tahan.Tingkat daya tahan*
- Widuri, Hesti. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Ditatanan Klinik*. Yogyakarta: Fitramaya
- Wijaya, & Putri. (2013). *Stroke Non Hemoragik*. Retrieved from [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/636/3/KTI_UPLOAD_BAB II.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/636/3/KTI_UPLOAD_BAB_II.pdf)

Wijaya, & Putri. (2013). *Stroke Non Hemoragik*. Retrieved from http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/636/3/KTI_UPLOAD_BAB_II.pdf

Wilson & Price. (2016). Patofisiologi : *Konsep Klinis Proses- Proses Penyakit* :Egc; 1995.1119-22. Dalam jurnal (Shafi'I, Sukiandra & Mukhyarjon, 2016). (4th ed.). Jakarta

Yulianto, Achmad. (2011). *Mengapa Stroke Menyerang Usia Muda?* Jakarta: PT.Buku Kita.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : SRI ENDANG SARI
NIM : P00320120031
NAMA PEMBIMBING : Chandra Buana, SST, MPH
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Stroke Non Hemoragik Dengan Implementasi Menggenggam Bola Karet Pada Pasien Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis, 10 September 2022	<ul style="list-style-type: none">- Acc judul- Lengkapi jurnal	
2	Selasa, 10 Januari 2023	<ul style="list-style-type: none">- Konsul Bab I- Lanjut Bab II dan Bab III- Buat daftar pustaka	
3	Kamis, 12 Januari 2023	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan jurnal pada Bab I- Tambahkan Konsep bola pada Bab I- Buat SOP dan sertakan gambar	
4	Selasa, 14 Maret 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki pada Bab I- Acc Bab I- Lanjutkan Bab III- Buat SOP	
5	Selasa, 17 April 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki penulisan- Perbaiki definisi operasional Bab III- Cek daftar Pustaka	
6	Senin, 8 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki definisi operasional Bab III- Perbaiki pada SOP- Buat skala pada kekuatan otot	

7	Rabu, 10 mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki definisi operasional pada Bab III - Buat ppt tidak boleh copy paste - Acc ujian proposal 	d
8	Selasa, 13 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Acc perbaikan proposal 	d
9	Kamis, 22 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Acc penelitian kasus 	d
10	Selasa, 27 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki asuhan keperawatan - Perbaiki pengkajian - Tambah jurnal 	d
11	Selasa, 4 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian - Tambahkan masalah terkait - Tambahkan sumber dari buku atau woc 	d
12	Kamis, 6 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian pada pembahasan - Cek ulang referensi - Cek ulang daftar Pustaka 	d
13	Jumat, 7 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Cek ulang daftar Pustaka - Buat PPT jangan copy paste - Perbaiki abstrak - Acc ujian hasil 	d
14	Senin, 31 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul perbaikan KTI - Acc perbaikan KTI 	d

Mengetahui,

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP : 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : SRI ENDANG SARI
NIM : P00320120031
NAMA KETUA PENGUJI : Ns. Sri Haryani, S.Kep, M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Stroke Non Hemoragik Dengan Implementasi Menggenggam Bola Karet Pada Pasien Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumat,09 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki penulisan nama sumber pada BAB I- Perbaiki sumber pada WOC- Perbaiki kriteria inklusi pada Bab III- Perbaiki daftar Pustaka	7
2	Senin,12 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki daftar Pustaka- Ditambahkan sumber terbaru pada Bab II- Perbaiki penulisan	7
3	Selasa,13 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaikan	7
4	Selasa, 25 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Konsul perbaikan karya tulis ilmiah- Perbaiki tujuan penelitian pada Bab I- Perbaiki penulisan abstrak- Perbaiki pemeriksaan abdomen pada Bab IV- Perbaiki respon hasil pemberian obat- Tambah jam pada bagian evaluasi- Perbaiki penulisan	7

5	Rabu, 26 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Cek jumlah kata pada abstrak- Perbaiki penulisan pada Bab V- Perbaiki saran pada Bab V	7
6	Kamis, 17 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaikan KTI	7

Mengetahui,

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP : 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM TUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : SRI ENDANG SARI
NIM : P00320120031
NAMA PENGUJI 1 : Ns, Nurbaiti, S.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Tn.N Stroke Non Hemoragik Dengan Implementasi Menggenggam Bola Karet Pada Pasien Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Minggu, 11 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Ditambahkan berapa lama dilakukan latihan- Perjelas lagi tentang keuntungan latihan menggenggam bola karet- Perbaiki diagnosa resiko jatuh	
2	Senin, 12 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaikan	
3	Minggu, 30 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Konsul perbaikan KTI- Acc perbaikan KTI	

Mengetahui,
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP : 197112171991021001

BIODATA

Nama : Sri Endang Sari

Tempat dan tanggal lahir : Desa Sawah, 05 mei 2003

Agama : Islam

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Muara Payang

Riwayat pendidikan : 1. SDN 03 Muara Payang
2. SMPN 01 Jarai
3. SMK MUHAMMADIYAH Pagaralam



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depun Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 56/RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 16 Juni 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Rafflesia**
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Sehubungan dengan Surat Dari Ketua Program Studi Keperawatan Program
Diploma Tiga Nomor: KH.03.01/223/6.2/2023 Tanggal 14 Juni 2023 , Perihal Izin
Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa

Nama : **SRI ENDANG SARI**
NPM : P0 0320120031
Program Studi : D.III Keperawatan
Waktu : 15 Juni s.d 21 Juni 2023
Judul : *Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik
Dengan Implementasi Menggenggam Bola Karet
Pada Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di ruangan
Rafflesia RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun
2023.*

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang
bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan
memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

A.n Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong
Kasubag Umum dan Kepegawaian



FAUZIAH AINI, SKM
NIP. 19630211 198703 2 003



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kec Merigi Kabupaten Kepahiyang
Kode Pos 39371
Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 67 /RSUD – DIKLAT/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan
Izin penelitian di RSUD Kabupaten
Rejang lebong

Merigi, 19 Juni 2023
Kepada Yth,
Kaprodi Keperawatan Curup
Di -
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor:
KH.03.01/223/6.2/2023 tanggal 14 Juni 2023, Perihal Surat Pengantar
Permohonan izin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama : **SRI ENDANG SARI**
NPM : P00320120031
Jurusan : D III Keperawatan
Waktu Penelitian : 15 Juni s.d 21 Juni 2023
Judul : ***Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik
Dengan Implementasi Menggenggam Bola
Karet Pada Masalah Gangguan Mobilitas
Fisik di ruangan Raflesia RSUD Kabupaten
Rejang Lebong Tahun 2023.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami
sampaikan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong



dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800911 200804 1 001

LEMBAR OBSERVASI KEKUATAN OTOT

**Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik dengan Implementasi Latihan
Menggenggam Bola Karet pada masalah Gangguan Mobilitas Fisik di RSUD
Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023**

Responden : Klien yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik

Inisial : Tn.N

No.Rm : 234497

Umur : 63 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

No	Hari/Tanggal	Waktu Pre-test	Kekuatan otot	Waktu Post-test	Kekuatan otot
1	Kamis, 15 Juni 2023	09.30 Wib	3	15.30 Wib	3
2	Jumat, 16 Juni 2023	09.10 Wib	3	14.30 Wib	3
3	Sabtu, 17 Juni 2023	10.00 Wib	3	13.40 Wib	4

Dokumentasi tindakan pengukuran kekuatan otot dan menggenggam bola karet





GENGGAM BOLA UNTUK MENGATASI HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NONHEMORAGIK

Nur Azizah¹ Wahyuningsih²

¹Mahasiswa DIII Keperawatan AKPER Widya Husada Semarang

²Staff Pengajar Prodi DIII Keperawatan AKPER Widya Husada Semarang

Email: zizah4416@gmail.com

ABSTRAK

Stroke non hemoragik (SNH) yaitu sumbatan oleh bekuan darah penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak, atau embolus yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakranial (arteri yang berada di luar tengkorak) menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri intrakranial arteri yang berada di dalam tengkorak. Tujuan studi kasus yaitu menyusun resum asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi) dalam penerapan genggam bola untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik. Jenis studi kasus ini adalah deskriptif, menggunakan metode pendekatan studi kasus dengan instrumen skala nilai kekuatan otot, lembar observasi dan SOP genggam bola. Subyek dari studi kasus ini adalah 2 orang pasien stroke non hemoragik dengan kriteria pasien mengalami hemiparesis sebagian. Studi kasus dilakukan di RSUD Dr. Adhyatma, MPH Semarang di ruang Alamanda selama 6 hari dengan diberikan pemanasan genggam bola dalam waktu 3-10 menit. Hasil studi kasus pada pasien I dan II mengalami peningkatan skala kekuatan otot. Disimpulkan bahwa studi kasus dalam penerapan genggam bola dapat mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien SNH.

Kata kunci: Genggam Bola, Hambatan Mobilitas, SNH

ABSTRACT

Non-hemorrhagic Stroke is a blockage by a blood clot narrowing an artery or several arteries leading to the brain, or an embolus released from the heart or an extracranial arteries inside the skull. The Purpose of the case study is to compile a nursing care regimen (assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation) in the application of handheld balls to overcome obstacles to physical mobility in non-hemorrhagic stroke patients. This type of case study is descriptive, using a case study approach method with a muscle strength value scale instrument, observation sheet and handheld ball SOP. The subjects of this case study were 2 non-hemorrhagic stroke patients with the criteria of patients experiencing partial hemiparesis. Case studies were carried out at DR. Adhyatma, MPH Semarang in Alamanda room for 6 days given handheld ball heating in 3-10 minutes. The results of case studies in patients I and II experienced an increase in the scale of muscle strength. It was concluded that case studies in the application of ball handhelds could overcome obstacles to physical mobility in SNH Patients.

Keyword : Ball Handheld, Mobility Barriers, SNH

PENDAHULUAN

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh aliran darah yang timbul secara mendadak atau lebih cepat dalam beberapa detik maupun beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai daerah yang terganggu menurut Irfan (2010). Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Pudiastuti (2011) di jelaskan bahwa stroke merupakan gejala defisit fungsi susunan

saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan yang lain. Stroke Non Hemoragik (SNH) adalah tersumbatnya aliran darah diotak yang mengakibatkan pembuluh darah berhenti, sekitar 80% pasien mengalami stroke jenis ini. Terjadinya stroke non hemoragik ditandai dengan penurunan tekanan darah yang mendadak, takikardi, pucat dan pernapasan yang tidak teratur (Baticaca, 2012).

Stroke penyakit yang ditakuti karena stroke dapat menyerang siapapun, baik pria maupun wanita, tua atau muda dengan usia mulai dari 35 tahun sampai dengan 85 tahun. Serangan stroke dapat terjadi salah satunya jika pembuluh darah yang membawa darah ke otak tersumbat atau karena terjadinya gangguan sirkulasi pembuluh darah yang mentiadakan darah ke otak. Tanda-tanda pasien yang mengalami stroke awalnya yaitu nyeri kepala, muntah-muntah, disatria atau berbicara pelo, kelumpuhan wajah atau anggota badan, untuk mencegah stroke bisa dilakukan dengan menerapkan hidup sehat seperti mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, rajin berolah raga dan menghindari stress (Pudiastuti, 2011). Penyakit stroke bisa meninggal dunia berkisar antara 5 juta di dunia. Di Amerika Serikat penyakit stroke menjadi momok, di setiap tahunnya 700 ribu warga Amerika mengalami stroke dan 160 ribu orang meninggal karena penyakit stroke, jumlah yang meninggal akibat stroke di Amerika semakin sedikit bila di bandingkan 20-30 tahun yang lalu menurut Indrawati (2016). Dari data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan angka Stroke Non Hemoragik (SNH) jumlah stroke di Indonesia berdasarkan sensus kependudukan demografi Indonesia (SKDI) tahun 2010 sebanyak 3,6 juta setiap tahun dengan pravelensi 8,3 per 1000 penduduk. Pravelensi stroke lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah baik yang dinyatakan oleh tenaga kesehatan (16,5%) dan masyarakat yang tidak bekerja berkisar (11,4%) maupun menurut gejala (32,8%). Pravelensi stroke di kota lebih tinggi dari pada di desa, berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (8,2%) maupun gejala (12,7%) menurut Rikesdas (2013). Pravelensi stroke di

dunia terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang dan stroke bisa menyerang siapa saja.

Mobilitas fisik merupakan kemampuan individu untuk bergerak bebas secara teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas untuk mempertahankan kesehatan. Adapun faktor yang mempengaruhi mobilitas yaitu dimulai gaya hidup apabila gaya hidup kurang sehat semisal dari makanan, kurang berolah raga dan kurang gerak bebas bisa berpengaruh dalam mobilitas seseorang, usia dan status perkembangan apabila usia seseorang semakin bertambah dan status perkembangan seperti kekuatan otot menurun bisa mempengaruhi mobilitas berbeda dengan usia yang masih muda yang mempunyai energi yang kuat dalam bergerak (Hidayat & Uliyah, 2016).

Seseorang bisa mengalami hambatan mobilitas fisik karena penyebab yang berbeda - beda seperti rusaknya gangguan saraf yaitu stroke, penyebab gangguan muskuloskeletal yaitu dislokasi sendi dan tulang, hal ini menjadikan mobilitas terganggu dan untuk memenuhi kebutuhan bisa dibantu dengan keluarganya maupun orang lain (Hidayat & Uliyah, 2014). Menurut Muhith (2016) ADL (*Activity Daily Living*) atau aktivitas kebutuhan sehari-hari adalah kemampuan seseorang dalam mengetahui kemandirian dan keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti makan, berpakaian, berpindah, mandi dan kontinen bisa dilakukan secara mandiri maupun bergantung pada orang lain. Sedangkan menurut Hidayat & Uliyah (2016) bahwa skala untuk mengetahui tingkat kemampuan aktivitas seseorang sebagai berikut tingkat (0) mampu merawat diri sendiri secara penuh, tingkat (1) memerlukan penggunaan alat, tingkat (2)

memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, tingkat (3) memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan, tingkat (4) sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan. Beberapa peneliti sudah melakukan penelitian tentang kekuatan otot pasien saat diberikan penerapan genggam bola pada pasien stroke non hemoragik.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menurut Chaidir & Zuardi (2012) dijelaskan bahwa nilai kekuatan otot pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah latihan nilainya 0,50 pada kelompok perlakuan perubahan nilai rata-rata kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan nilainya 0,87 dengan penerapan genggam bola selama 3 menit dalam 6 hari. Menurut Astriani, dkk (2016) menyatakan bahwa rata-rata nilai kekuatan sebelum diberikan genggam bola nilainya 8,46. Dan nilai kekuatan otot setelah diberikan genggam bola selama 5-10 menit nilainya 11,23. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kekuatan otot genggam sebelum dan setelah diberikan latihan ROM dengan bola karet selama 10 menit. Dari kedua jurnal tersebut dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh kekuatan otot yang lemah menjadi meningkat selama diberikan penerapan genggam bola selama 3 – 10 menit. Untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik bisa dilakukan dengan cara penerapan genggam bola pada pasien stroke.

Terapi non farmakologi untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik salah satunya adalah penerapan genggam bola karena dengan penerapan ini menambah kekuatan tangan sehingga bisa diukur. Penerapan genggam bola pada stroke adalah pengukuran semi objektif.

Latihan ini untuk menstimulasi motorik pada tangan dengan cara menggegam bola. Menurut levine (2008) bahwa Gerakan mengepalkan tangan rapat-rapat akan meningkatkan otot menjadi bangkit kembali kendali otak terhadap otot-otot tersebut. Latihan menggenggam bola dengan tekstur yang lentur dan halus merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi walaupun hanya sedikit kontraksi setiap harinya (Irdawati, 2008).

METODE

Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus dengan menggunakan bentuk rancangan *one group pretest posttest*. Studi kasus ini menggunakan pendekatan asuhan keperawatan pasien dengan stroke non hemoragik dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik dengan penerapan genggam bola.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 27 November 2018 jam 09.15 WIB diruang Alamanda RSUD Dr. Adhyatma, MPH Semarang didapatkan data dengan tehnik wawancara dan observasi langsung dengan pasien, didapatkan data identitas umum Tn.T adalah seorang bapak berumur 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, suku bangsa jawa, pendidikan SD, pekerjaan petani, status perkawinan menikah. Pada tanggal 26-11-2018 dibawa ke IGD RSUD Dr. Adhyatma, MPH Semarang. Keluhan utama pada Tn.T mengatakan lemah bagian tangan dan kaki kiri pasien. Riwayat penyakit keluarga pasien adalah pasien tidak mempunyai penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus dan penyakit menular seperti HIV/AIDS dan TBC.

Data subjektif: Tn.T mengatakan lemah bagian tangan dan kaki kiri, saat melakukan aktivitas dibantu sebagian dan perlu bantuan orang lain, tangan dan kaki kiri lemah tidak bisa digerakan saat menggenggam, menekuk siku atau jari-jari dan mengangkat tangan dan kaki, kesulitan membolak balikkan posisi tubuh, mengalami keterbatasan saat lari atau naik turun tangga karena lemah. Data objektif: Pasien terlihat lemah berbaring ditempat tidur, aktivitas dibantu sebagian ataupun perlu bantuan orang lain, mengalami penurunan melakukan motorik halus seperti menggenggam bola dengan nilai kekuatan otot sebelum sakit yaitu 5 dan selama sakit menjadi 1, terlihat mengalami keterbatasan sendi saat menekuk siku maupun jari-jari, mengalami kesulitan membolak-balikkan posisi tubuh dan mengalami gangguan saraf XI Accecorius. Pengkajian pada pasien II dilakukan pada tanggal 30 November 2018 jam 07. 45 WIB diruang alamanda di RSUD Dr. Adhyatma, MPH Semarang didapatkan data dengan tehnik wawancara pasien dan observasi langsung dengan pasien, didapatkan data identitas umum nama Ny.W adalah seorang istri berumur 56 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, suku bangsa jawa, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, status perkawinan menikah. Pada tanggal 29-11-2018 dibawa ke IGD. Keluhan utama pada Ny.W mengatakan tangan kiri lemah, sulit digerakkan. Riwayat penyakit keluarga pasien adalah pasien mempunyai penyakit keturunan yaitu Stroke Non Hemoragik dari saudara perempuan dan saat ini saudara perempuan pasien sudah meninggal, tetapi tidak ada penyakit keturunan seperti Hipertensi, Diabetes Mellitus, dan penyakit menular seperti HIV/AIDS dan TBC.

Data subjektif : Ny.W mengatakan tangan kiri lemah sulit digerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri yaitu makan dan minum sedangkan aktivitas lain dibantu sebagian ataupun perlu bantuan orang lain, tangan kiri lemah saat menggenggam, menekuk siku maupun jari-jari. Data objektif : pasien terlihat lemah berbaring ditempat tidur, terlihat aktivitas dilakukan secara mandiri, dibantu sebagian ataupun perlu bantuan orang lain, terlihat mengalami penurunan motorik halus seperti menggenggam bola dengan nilai kekuatan otot sebelum sakit yaitu 5 dan selama sakit menjadi 2, terlihat mengalami keterbatasan sendi seperti menekuk siku ataupun jari-jari dan mengalami gangguan saraf XI Accecorius

Dalam intervensi studi kasus ini saya menekankan terapi latihan fisik: penerapan genggam bola dengan cara atur posisi, memberikan gerakan pemanasan genggam bola seperti (Menggerakan siku mendekati lengan atas atau Fleksi, meluruskan kembali lengan atas atau Ekstensi, jari-jari tangan: Menggenggam atau Fleksi, membuka genggam atau Ekstensi, meregangkan jari-jari tangan atau abduksi, merapatkan kembali atau Adduksi, mendekatkan ibu jari ketelapak tangan atau oposisi, Letakkan bola karet diatas telapak tangan, intruksikan menggenggam kuat atau mencengkram bola karet selama 5 detik kemudian kendurkan genggam, lakukan pengulangan selama durasi waktu 3-10 menit, intruksikan untuk melepaskan genggam bola karet pada tangan, rapikan pasien ke posisi semula dan beritahukan bahwa tindakan telah selesai. Implementasi yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Pada pasien I selama 6 hari, yang pertama tanggal 27 November 2018 jam 09.10 mengkaji kekuatan otot, data subjektif :

pasien mengatakan lemah anggota gerak kiri yaitu tangan dan kaki kiri, aktivitas dibantu sebagian atau perlu bantuan orang lain, tangan kiri lemah tidak bisa digerakan saat menggenggam maupun mengangkat tangan dan kaki kiri, sulit untuk mengubah posisi, keterbatasan dalam lari atau naik turun tangga dan mengalami keterbatasan gerak sendi seperti menekuk siku atau jari-jari. Data objektif : pasien terlihat lemah, sulit membolak-balikan posisi, aktivitas terlihat dibantu sebagian atau perlu bantuan orang lain,

Pada jam 09.15 WIB menerapi latihan fisik penerapan genggam bola terlebih dahulu memberi pemanasan seperti menggerakkan siku mendekati lengan atas (Fleksi), meluruskan kembali lengan atas (Ekstensi), jari-jari tangan: menggenggam (Fleksi), membuka genggam (Ekstensi), meregangkan jari-jari tangan (abduksi), merapatkan kembali (Adduksi), mendekatkan ibu jari ketelapak tangan (oposisi) kemudian pasien diminta untuk menggenggam. Latihan ini dilakukan 1x sehari dengan waktu 3-10 menit, data subjektif : pasien mengatakan bersedia dilakukan penerapan genggam bola, saat diberikan pemanasan genggam bola tangan dan kaki masih merasa lemah. Data objektif : pasien terlihat masih lemah dan belum bisa menggerakkan jari-jari seperti fleksi, ekstensi, merenggangkan, merapatkan jari-jari dan menggenggam bola, terlihat lemah, nilai kekuatan otot sebelum dilakukan 1 dan sesudah genggam bola nilai 1, tidak ada perubahan saat menggenggam. Keterangan 1 : ada pergerakan yang tampak atau hanya terdapat sedikit kontraksi.

Pada tanggal 2 Desember 2018 mengkalaborasi dalam pemberian obat, data subjektif : pasien mengatakan bersedia di injeksi. Data objektif : pasien

bersedia di injeksi. Pada jam 08.15 WIB mengubah posisi minimal 2 jam, data subjektif : pasien mengatakan bisa membolak balikan posisi dengan sendiri tetapi untuk aktivitas kamar mandi perlu bantuan orang lain dan berpindah. Pada jam 09.15 WIB menerapi latihan fisik penerapan genggam bola, data subjektif: pasien mengatakan nyaman dan rileks saat diberikan genggam bola merasa otot kencang ada tenaga atau ada energinya. Data objektif : pasien terlihat nyaman dan rileks, belum mampu menggerakkan tangan kiri secara fleksi dan ekstensi. Jari-jari dapat menggerakkan secara fleksi dan ekstensi mampu merenggangkan, tetapi belum mampu merapatkan dan menggenggam bola dengan sempurna, dengan nilai kekuatan otot sebelum : 2 menjadi 3 (ada pergerakan hanya dapat melawan gravitasi). Pada jam 13.45 WIB mengkaji nilai skala kekuatan otot, data subjektif : pasien mengatakan sekarang sudah bisa menggerakkan tangan kiri sedikit-sedikit untuk menggenggam walaupun belum bisa menggenggam sempurna dan selalu dilatih genggam bola agar tidak lumpuh. Data objektif : pasien tampak nyaman dan rileks, tampak nilai kekuatan otot ekstremitas kanan tangan 5, kaki : 5) ekstremitas kiri (tangan : 3, kaki : 2).

Implementasi yang dilakukan pada pasien II selama 6 hari, yang pertama tanggal 30 November 2018 jam 07.45 WIB mengkaji kekuatan otot pasien, data subjektif : Pasien mengatakan lemah pada anggota tangan kiri dan aktivitas dibantu sebagian atau perlu bantuan orang lain. Data objektif : Pasien tampak lemah, tampak berbaring ditempat tidur dan aktivitas tampak dibantu sebagian atau perlu bantuan orang lain nilai kekuatan otot ekstremitas atas tangan kanan 5, tangan

kiri 2 dan ekstremitas kaki kanan 5, kaki kiri 4.

Tabel 1. Evaluasi Akhir Perubahan Nilai Kekuatan Otot Penerapan Genggam Bola di RSUD Dr. Adhyatma, MPH Semarang Selama 6 Hari.

Variabel	Hari		Peningkatan	%
	I	VI		
Tn.T	1	3	2	50%
Ny.W	2	4	2	50%

Berdasarkan tabel 1 menjelaskan bahwa pada pasien I dan II perubahan nilai kekuatan otot sama dihari ketiga dan hari ke enam. Dimana pada pasien I dengan kekuatan otot terakhir 3 dan pasien II dengan kekuatan otot terakhir 4 mempunyai jumlah yang sama yaitu masing-masing sebanyak 2 (50%).

Penerapan genggam bola ini dapat meningkatkan kekuatan otot untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik baik pada pasien I dan II karena dengan genggam yang sebelumnya diberi pemanasan dengan diberikan genggam bola secara perlahan-lahan. Adapun nilai kekuatan otot pasien I sebelum 1 dan selama 6 hari menjadi 3 sedangkan pada pasien II dengan nilai kekuatan otot sebelum 2 dan selama 6 hari menjadi 4.

Hal ini ada peningkatan yang sama yaitu masing-masing 2 (50%). Untuk peningkatan nilai kekuatan otot tidak langsung signifikan meningkat tiap hari karena perlu latihan bertahap dan seiringnya berjalanya waktu kekuatan otot sendiri dapat meningkat dalam mengatasi hambatan mobilitas yang dimana dalam

menggenggam sebelumnya masih buruk dan selama dilatih menjadi ringan maupun sedang.

Genggam bola sendiri ada tonjolan-tonjolan kecil pada bola karet yang dapat menstimulasi titik tertentu pada tangan sehingga dapat berangsur ke otak. Studi kasus ini sesuai dengan teori Linberg, 2004 dalam Chaidir & Zuardi, 2012 dijelaskan pada genggam bola yang menggunakan bola karet dengan tonjolan-tonjolan kecil pada permukaan dapat menstimulasi titik akupresur pada tangan yang akan memberikan stimulus ke syaraf sensorik pada permukaan tangan kemudian diteruskan ke otak. Sedangkan menurut Irdawati (2008) menjelaskan bahwa latihan menggenggam bola dengan tekstur yang lentur dan halus merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi walaupun hanya sedikit kontraksi setiap harinya

Ditemukan hasil dari implementasi genggam bola dijelaskan bahwa tindakan yang dilakukan sebelum menggenggam bola yaitu dengan menekuk, meluruskan siku, menggenggam, membuka genggam, merenggangkan, merapatkan kembali jari-jari dan mendekatkan ibu jari ke telapak tangan hal ini karena untuk modal membangkitkan otot pada tangan dan jari-jari agar bisa melakukan aktivitas kembali, sedangkan untuk waktu yang diberikan hanya 3-10 menit mampu meningkatkan kekuatan otot dalam mengatasi hambatan mobilitas fisik, hal ini juga didukung oleh penelitian Astriani, 2016 menyatakan dilakukan latihan ROM dengan bola karet pada pasien SNH yang mengalami kekuatan otot selama 5-10 menit dapat menunjukkan adanya peningkatan nilai kekuatan otot genggam, yang terjadi secara tidak signifikan namun secara perlahan..

Penelitian ini sejalan dengan Chaidir & Zuardi (2012) bahwa latihan ROM pada ekstremitas atas oleh bagian rehabilitasi medik RSSn Bukittinggi ditambah dengan bola karet oleh peneliti selama 6 hari terbukti dapat meningkatkan kemampuan motorik pada ekstremitas atas. Setelah 6 hari melakukan latihan dengan bola karet dan terjadi peningkatan nilai kekuatan otot.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil studi kasus dari kedua pasien bahwa setiap individu mempunyai mobilitas yang berbeda-beda. Dari hasil diatas dapat disimpulkan bahwa faktor yang memengaruhi mobilitas adalah tingkat energi, pekerjaan dan keadaan nutrisi. Untuk penatalaksanaan stroke non hemoragik studi kasus ini memberikan penerapan genggam bola untuk mengatasi hambatan mobilitas. Setiap pasien diberikan penerapan genggam bola dengan waktu yang berbeda tetapi dalam peningkatan kekuatan otot mempunyai waktu yang sama untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada Tn.T membutuhkan waktu 6 hari dari nilai skala kekuatan otot hambatan mobilitas 1 menjadi 3 dan pada Ny.W membutuhkan waktu 6 hari dengan nilai skala kekuatan otot hambatan mobilitas fisik 2 menjadi 4. Penerapan genggam bola dapat mengidentifikasi adanya peningkatan kekuatan otot untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik dengan nilai skala kekuatan otot pada Tn.T yaitu 1 menjadi 3 dan pada Ny.W dari 2 menjadi 4.

DAFTAR PUSTAKA

Astriani, N. M. & Ariana, P. A. (2016). Pengaruh ROM Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Genggam Pasien Stroke Non Hemoragik. S1 STIKes Buleleng. Jurnal Keperawatan Buleleng,

diakses tanggal 22 September 2018, jam 16:15 WIB

Baticaca, B. F. (2012). *Asuhan keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika

Chaidir, R & Zuardi, I. M. (2012) Pengaruh Latihan Range Of Motion pada Ekstremitas Atas dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Rawat Stroke RSSN Bukittinggi. Afiyah. Vol. No. 1. Bulan Januari. Tahun 2014, diakses tanggal 22 September 2018, jam 14:33 WIB

Hidayat & Uliyah. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Ed.2. Jakarta: Salemba Medika

Indrawati, L. & dkk. (2016). *Stroke Cegah dan Obati Sendiri*. Jakarta: Penebar Swadaya Group

Irdawati. (2008). Perbedaan Pengaruh Latihan Gerak Terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke Non Hemoragik Hemiparase Kanan Dibandingkan dengan Hemiparase Kiri. Httpjurnal. pdii. lipi. go. idadminjurnal14. hemiparase. Pdf, diakses tanggal 1 Oktober 2018, jam 17:59 WIB

Irfan, Muhammad. (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Muhith, Abdul. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: ANDI

Pudiastuti, D. W. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika

Riset Kesehatan Dasar. (2013). Pedoman
Pewawancara Petugas Pengumpul
Data. Jakarta: Badan Litbangkes

Sulistiawan, A. & Husna, E. (2014).
Pengaruh Terapi Aktif
Menggenggam Bola Terhadap

Kekuatan Otot Pasien Stroke di
RSSN Bukittinggi. Jurnal
kesehatan STIKes Prima
Nusantara Bukittinggi. Vol 5. No.
1 Januari 2014, diakses tanggal 16
Oktober 2018, jam 11:44 WIB

PENINGKATAN KEKUATAN MOTORIK PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MENGGENGAM BOLA KARET : *SYSTEMATIC REVIEW*

Rahmawati, Ida^{1*}, Juksen, Loren², Triana, Neni³, Zulfikar⁴

^{1,2,3,4}Program Studi Ners, STIKES Tri Mandiri Sakti Bengkulu

*Korespondensi: idarahmawati1608@gmail.com

ABSTRACT

Background: Stroke is a medical emergency caused by brain cell death that occurs quickly and suddenly. The impact of a stroke can cause paralysis and death. Proper stroke management can reduce the impact and complications that exist. Holding a rubber ball is one of the nursing actions that can be taken to restore the function of damaged brain cells due to a stroke. **Purpose :** To analyze articles related to increasing motor strength in non-hemorrhagic stroke patients by gripping a rubber ball. The search strategy used two electronic databases, namely: Pubmed and Google Scholar and following the PRISMA (Preffered Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis) protocol with a publication range of 2012-2019, obtained 10 articles that matched the inclusion and exclusion criteria. **Methods:** Systematic review is used in this research method by searching for article topics based on the database: Pubmed and Google Scholar according to the PRISMA diagram. The diagram includes identification, eligibility, screening, and determination of articles that enter the inclusion criteria. Furthermore, the articles that have been found will be reviewed systematically using the Joana Brigg Institute Check list (JBI). The search for articles for identification began in April-June 2020 with a range of 2012-2019 in each database. The three keywords used in the article search consisted of: motor strength, non-hemorrhagic stroke, gripping a rubber ball. Article searches are also performed by combining words using the AND keyword; OR. **Results:** The study showed that stroke patients with upper extremity weakness after gripping a rubber ball therapy will experience an increase in muscle strength when they do exercise frequently. **Conclusion:** rubber ball gripping exercise can be used as a nursing intervention in providing nursing care. Rubber ball gripping exercise is also a rehabilitation program that aims to make non-hemorrhagic stroke sufferers achieve the maximum possible functional ability and prevent complications and recurrent strokes. The exercise program must also be structured and focused on doing more repetitions of exercise 2 times a day for 8 days so that the exercises carried out can achieve the expected results, so that it can lead to an increase in muscle strength properly.

Keywords: Motor strength; Non hemorrhagic stroke; Gripping; Rubber ball

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke merupakan keadaan darurat medis yang disebabkan oleh kematian sel otak yang terjadi secara cepat dan mendadak. Dampak stroke dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian. Penangan stroke secara tepat dapat mengurangi dampak dan komplikasi yang ada. Menggenggam bola karet merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengembalikan fungsi sel otak yang rusak akibat stroke. **Tujuan :** Menganalisis artikel berkaitan dengan peningkatan kekuatan motorik pada pasien stroke non hemoragik dengan metode menggenggam bola karet. Strategi pencarian menggunakan dua database elektronik yaitu : *Pubmed* dan *google scholar* serta mengikuti protokol PRISMA (*Preffered Reporting items for Systematic Review and Meta Analysis*) dengan rentang publikasi tahun 2012-2019 diperoleh 10 artikel yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. **Metode :** *Systematic review* digunakan dalam metode penelitian ini dengan pencarian topik artikel berdasarkan database: *Pubmed* dan *google scholar* sesuai dengan diagram PRISMA. Diagram tersebut meliputi identifikasi, *eligibility*, *skrinig*, dan penentuan artikel yang masuk pada kriteria inklusi. Selanjutnya artikel yang telah ditemukan akan di *review* secara sistematis menggunakan *Joana Brigg Institue Check list* (JBI). Pencarian artikel untuk dilakukan identifikasi dimulai pada bulan April-Juni 2020 dengan rentang tahun 2012-2019 pada masing-masing database. Tiga kata kunci yang digunakan dalam pencarian artikel terdiri dari : kekuatan motorik, stroke non-hemoragik, menggenggam bola karet. Pencarian artikel juga dilakukan dengan menggabungkan kata menggunakan kata kunci *AND ; OR*. **Hasil:** Kajian menunjukkan pasien stroke dengan kelemahan bagian ekstremitas atas sesudah dilakukan terapi menggenggam bola karet akan terjadi peningkatan otot menjadi lebih baik apabila sering melakukan latihan. **Simpulan:** Latihan menggenggam bola karet merupakan program rehabilitasi yang bertujuan agar pasien stroke non hemoragik dapat mencapai kemampuan fungsional secara maksimal, mengurangi komplikasi, dan meningkatkan kekuatan motorik pada ekstremitas. Latihan dapat dilakukan secara terstruktur dan fokus, dilakukan sebanyak 2 kali sehari selama 8 hari.

Kata Kunci: Kekuatan motoric; Stroke non hemoragik; Menggenggam; Bola karet

PENDAHULUAN

Kejadian stroke menjadi peringkat ke dua di dunia setelah penyakit jantung iskemik. Kecacatan dan kematian di dunia tertinggi disebabkan oleh stroke. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa angka kematian stroke mencapai 57 jiwa setiap harinya di dunia (Prastiwi & Setiawan, 2018). AHA (*American Heart Association*) 2015 menyebutkan bahwa di Amerika Serikat setiap 4 menit seseorang meninggal karena stroke. Prevelensi kejadian mengalami peningkatan sebesar 15 juta orang per tahun, sepertiga meninggal

dunia dan sisanya mengalami kecacatan (Anggraini, Septiyanti & Dahrizal, 2018).

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia, dimana stroke merupakan penyakit mematikan setelah jantung dan kanker. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) 2018 bahwa prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebesar 10,9 %. Kasus stroke di Provinsi Bengkulu dengan perhitungan Prevelensi (per mil) Berdasarkan Diagnosis Dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun masih cukup tinggi dengan persentase mencapai 9,5% (Kemenkes RI, 2018).

Stroke iskemik atau stroke non hemoragik diperkirakan mencapai 85%. Terdapat tiga penatalaksanaan pasien stroke sebagai tujuan utama, yaitu meminimalkan kerusakan neurologis lebih lanjut; menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak pasien (*immobility*); serta mencegah serangan stroke berulang (kambuh). Sebagian besar pasien stroke yang mengalami komplikasi mendapatkan obat dari polifarmasi. Untuk hasil terapi yang baik pada pasien stroke yang menjalani pengobatan dibutuhkan juga kedisiplin ilmu antara dokter, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain, bahkan peran keluarga (Handayani & Dominica, 2019).

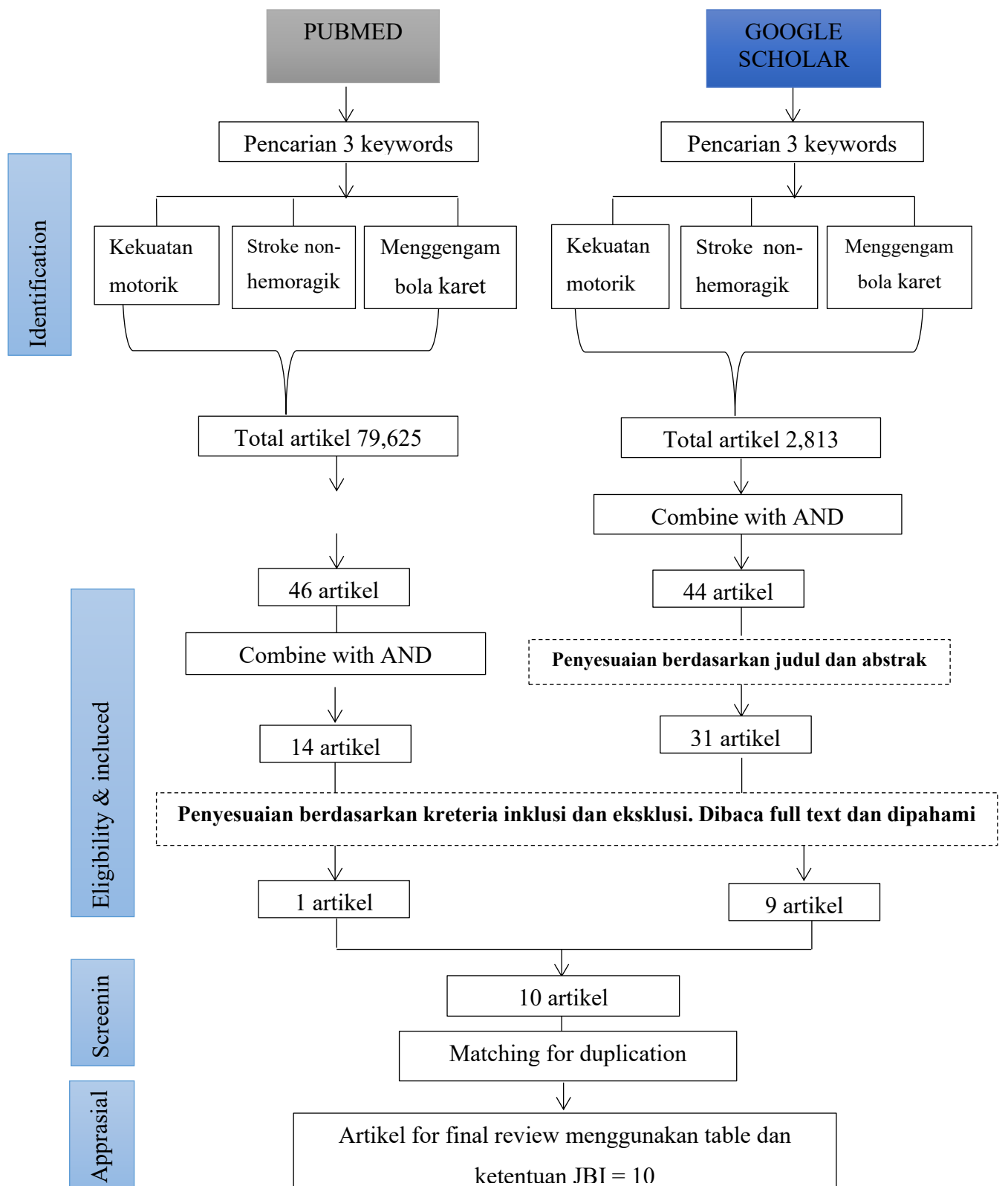
Kerusakan neurologis pada penderita stroke non hemoragik dapat menyebabkan adanya sumbatan total atau parsial pada satu bahkan lebih di pembuluh darah serebral sehingga aliran darah ke otak tersumbat. pecahnya pembuluh darah terjadi karena adanya hambatan atau penyumbatan pembuluh darah oleh gumpalan, sehingga mengakibatkan kerusakan pada jaringan otak karena otak kekurangan suplai oksigen dan nutrisi (Daya, 2017).

Stroke non hemoragik memiliki berbagai dampak yang ditimbulkan selain kelumpuhan pada anggota gerak atau kecacatan. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, maka pasien akan mengalami keterbatasan atau kesulitan untuk melakukan gerakan. Bagian Anggota ekstremitas yang diserang adalah ekstremitas atas dan bawah. Kelemahan pada ekstremitas atas menyebabkan gangguan kemampuan fungsi motorik pada tangan seperti gangguan kemampuan menggenggam dan mencubit, sehingga perlu dilakukan pemulihan pada fungsi motorik halus (Santoso, 2018).

Rehabilitasi pada pasien stroke non hemarogaik perlu dilakukan agar dapat meminimalkan kecacatan fisik, maka rehabilitasi pada pasien stroke harus dilakukan sedini mungkin dengan cepat dan tepat sehingga pemulihan fisik dapat lebih cepat dan optimal, serta menghindari kelemahan otot. Pasien stroke yang mengalami kelemahan otot 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 (Anggraini, Septiyanti & Dahrizal, 2018). Terapi menggenggam bola karet adalah salah satu latihan terapi aktif yang dapat dilakukan pasien stroke non hemoragik dengan latihan *spherical grip* untuk merangsang tangan atau ekstremitas atas dengan cara menggenggam sebuah benda (bola kasti) yang diletakan pada telapak tangan sehingga bisa membantu pemulihan bagian tangan atau ekstremitas (Pork, Gessa & Angliadi, 2016). Terapi latihan menggenggam bola karet yang dilakukan pada pasien stroke non hemroagik ditujukan untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dengan cara latihan motorik, merangsang tangan dalam melakukan suatu pergerakan atau kontraksi otot, sehingga membantu mengembalikan fungsi motorik ekstremitas atas yang hilang (Santoso, 2018 ; Azizah & Wahyuningsih, 2020).

METODE

Systematic review digunakan dalam metode penelitian ini dengan pencarian topik artikel berdasarkan database: *Pubmed* dan *google scholar* sesuai dengan diagram PRISMA. Diagram tersebut meliputi identifikasi, eligibility, skrining, dan penentuan artikel yang masuk pada kriteria inklusi. Selanjutnya artikel yang telah ditemukan akan di review secara sistematis menggunakan *Joana Brigg Institute Check list* (JBI). Pencarian artikel untuk dilakukan identifikasi dimulai pada bulan April-Juni 2020 dengan rentang tahun 2012-2019 pada masing-masing database. Tiga kata kunci yang digunakan dalam pencarian artikel terdiri dari : kekuatan motorik, stroke non-hemoragik, menggenggam bola karet. Pencarian artikel juga dilakukan dengan menggabungkan kata menggunakan kata kunci AND ; OR.



HASIL

Artikel yang direview pada penelitian *systematic review* ini berupa penelitian korelasi *pre eksperimen* dan *quasy eksperimen*. Penelitian pertama penelitian *Quasi eksperimen* melibatkan 16 responden, Penetapan ukuran sampel dilakukan berdasarkan uji hipotesis beda rata-rata *dependent* pada derajat kemaknaan 0,05 dan kekuatan uji 80% dengan teknik *simple random sampling* Hasil penelitian menunjukkan Ada hubungan yang signifikan antara pengaruh latihan range of motion pada ekstremitas atas dengan bola karet terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke non hemoragik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (**p=0.012, * α <0.05) (Chaidir & Zuardi, 2014).

Penelitian kedua dengan desain penelitian *Quasi eksperimen* melibatkan 18 pasien stroke yang diambil dengan *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kekuatan otot sebelum latihan sebesar 10,56 Kg dan sesudah latihan 14,06 Kg. Hasil analisis data menunjukkan ada perbedaan bermakna rata-rata kekuatan otot sebelum dan sesudah latihan (**p= 0,000). Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh bermakna latihan gerak aktif menggenggam bola terhadap kekuatan otot tangan pada pasien stroke (Pork, Gessa, & Angliadi, 2016).

Penelitian ketiga *Quasi eksperimen* dengan melibatkan 16 pasien sebagai kelompok intervensi dan 16 pasien kelompok kontrol yang dipilih secara consecutive Sampling. Hasil Penelitian didapatkan kelompok intervensi diperoleh nilai ρ value adalah 0,000 (*p<0,05) dan kelompok kontrol diperoleh nilai ρ value adalah 0,009 (*p<0,05). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ρ value kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan ρ value kelompok kontrol sehingga pemberian ROM exercise bola karet lebih efektif meningkatkan kekuatan otot genggam pasien stroke dibandingkan kelompok kontrol tanpa perlakuan yang hanya diberikan alih baring sesuai advise dokter (Faridah, Sukirman, & Kuati, 2019).

Penelitian keempat penelitian *Pra Eksperiment* melibatkan 30 responden dengan teknik *Accidental samplin*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan antara *motorik* halus sebelum dan sesudah terapi genggam bola 2 kali sehari dengan nilai 20,67 menjadi 35,13. *P value* 0,000 <0,05 sehingga dalam

penelitian ini ada pengaruh terapi genggam bola terhadap peningkatan *motorik* halus pasien *stroke* (Nurartianti & Wahyuni, 2017).

Penelitian kelima, menggunakan rancangan *Quasi eksperimen* melibatkan 26 pasien pengambilan sampel menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Hasil penelitian didapatkan peningkatan nilai kekuatan otot setelah dilakukan latihan ROM dan gerakan bola karet, di mana didapatkan nilai mean meningkat menjadi 14,93 pada kelompok intervensi dan 13,00 pada kelompok kontrol (Hentu, 2018).

Penelitian keenam dengan desain *Quasi eksperimen* melibatkan 10 orang diperoleh secara *purposive sampling* yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kekuatan otot ekstremitas atas pada bagian bahu (nilai $p = 0.004$), pada bagian siku (nilai $p = 0.000$), pada bagian tangan (nilai $p = 0.000$), dan pada bagian jari (nilai $p = 0.004$) pasien (Budi, Netti, & Wahyuni, 2017).

Penelitian ketujuh yaitu *Pre eksperimen* melibatkan 10 orang yang diambil secara Total Sampling. hasil penelitian didapatkan ada pengaruh antara terapi menggenggam bola terhadap kekuatan otot pasien stroke di RSSN Bukittinggi ($p = 0,000$) (Sulistiawan & Husna, 2016).

Penelitian kedelapan menggunakan rancangan *Pre eksperimen* melibatkan 32 responden dengan teknik *Simple Random Sampling* Responden sebagian besar berada direntang usia 30-50 tahun, jenis kelamin laki-laki, memiliki riwayat penyakit keluarga, dan lama menderita stroke 1-5 tahun. Uji *Wilcoxon* menunjukkan tingkat signifikansi $p\ value = 0,00$ dengan $\alpha = 0,05$ ($p < \alpha$) pada tangan kanan sedangkan pada tangan kiri menunjukkan tingkat signifikan $p\ value = 0.00$ dengan $\alpha = 0,02$ ($p < \alpha$) (Susanti & Bistara, 2019).

Penelitian kesembilan penelitian *Quasi eksperimen* melibatkan 46 responden dengan teknik *purposive sampling*. Rata-rata kekuatan otot tangan sebelum latihan ROM dengan bola karet 4.5130 sesudah 8.1696, rata-rata kekuatan otot tangan sebelum latihan ROM tanpa bola karet 5.7261 sesudah 6.9609. Hasil uji analisis *Paired T-test* kelompok perlakuan diperoleh hasil $p = 0,000 < \alpha$ ($\alpha = 0,05$) dan kelompok kontrol hasil $p = 0,000 < \alpha$ ($\alpha = 0,05$). Hasil analisis *Independent T-test* nilai $p = 0,000 < 0,05$, disimpulkan ada pengaruh

latihan ROM dengan bola karet terhadap kekuatan otot tangan pasien stroke non hemoragik (Wedri, Sukawana, & Sukarja, 2017).

Penelitian kesepuluh penelitian *Cross-Sectoinal* melibatkan 28 pasien stroke subakut dengan paresis lengan setelah stroke iskemik pertama di area arteri serebral tengah diacak menjadi CIMT atau grup kontrol yang dimodifikasi dengan rasio 1: 2. dengan teknik *consecutive sampling*. Grup CIMT yang dimodifikasi menunjukkan perubahan yang jauh lebih tinggi pada ketiga tes dibandingkan dengan kelompok rehabilitasi standar. Studi kami memberikan dukungan tambahan untuk penggunaan CIMT yang dimodifikasi selama periode rehabilitasi subakut pasien pasca stroke, CIMT juga dapat memfasilitasi peningkatan fungsional dari tangan plegik (Treger, Aidino, Lehrer & Kalichman, 2012).

PEMBAHASAN

Menurut Sulistiawan (2014) Stroke dapat menimbulkan berbagai tingkat gangguan, seperti penurunan tonus otot, hilangnya sensibilitas pada sebagian anggota tubuh, menurunnya kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh yang sakit dan ketidakmampuan dalam hal melakukan aktifitas tertentu (Sulistiawan & Husna, 2016). Pasien stroke yang mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh disebabkan oleh karena penurunan tonus otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi). Stroke Non Hemoragik 90% infark sering terjadi pada area brodman 4-6 yang merupakan pusat motorik ini akan menyebabkan tidak ada impuls yang dikirimkan ke jari-jari tangan dan tidak ada gerakan sehingga kekuatan otot jari-jari tangan akan menurun. Sebanyak 55% pasien non hemoragik lebih banyak mengalami kelemahan tangan khususnya pada jari-jari tangan. Kelemahan yang terjadi pada jari-jari tangan menyebabkan ketergantungan dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari seperti berpakaian, makan, mengambil benda dan menggunakan kamar mandi (Sulistiawan & Husna, 2016).

Gangguan pada tangan seperti kelemahan yang terjadi pada pasien non hemoragik dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien (disabilitas). Sebesar 70% pasien stroke non hemoragik akan mengalami ketidakmampuan (disabilitas), sehingga akan mengganggu penderita dalam

melakukan aktivitas sehari-hari dan membatasi atau menghalangi untuk melakukan peran sosialnya secara normal (Sulistiawan & Husna, 2016).

Gerakan normal *Range Of Motion* secara aktif dan pasif saat melakukan kontraksi pergerakan dapat membuat pasien stroke non hemoragik mengerti dan tahu cara berlatih dalam memberikan pergerakan otot maupun persendian agar dapat meningkatkan kekuatannya Latihan gerakan ROM aktif dengan menggenggam bola karet akan merangsang serat-serat otot untuk berkontraksi (Nababan, 2019) . Latihan ROM terutama pada jari-jari tangan yang penting untuk aktivitas keseharian meliputi latihan-latihan seperti adduksi, abduksi, fleksi, serta ekstensi. Latihan ini diberikan 2 kali sehari selama 8 hari, Teknik ini akan melatih reseptor sensorik dan motorik. Korteks yang menuju ke otot lain juga membesar ukurannya jika pembelajaran motorik melibatkan otot tangan tersebut. bola karet selain digunakan meningkatkan kekuatan otot tangan, bola karet juga mudah dilakukan oleh pasien serta bahan yang digunakan mudah didapat oleh pasien. Bola karet juga mudah dibawa sehingga dapat digunakan apabila pasien mengalami kelemahan otot pada ekstremitas atas (Faridah, Sukarmin & Kuati, 2019).

Kekuatan otot adalah kontraksi pada serabut otot bergaris (otot sadar) berlangsung secara singkat dan setiap kontraksi terjadi atas rangsang tunggal dari syaraf. Kekuatan yang digunakan untuk kontraksi pada seluruh otot diratakan dengan mengganti-ganti jumlah serabut yang berkontraksi serta frekwensi dari pada kontraksi setiap serabut (Faridah, Sukarmin & Kuati, 2019). Latihan menggenggam bola karet menunjukkan bahwa dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke iskemik atau stroke non hemoragik dalam penelitian (Chaidir & Zuardi, 2014).

Pemberian latihan menggenggam bola karet terbukti meningkatkan nilai kekuatan otot yang berupa menggenggam. Penggunaan bola karet dapat menstimulus otot untuk berkontraksi terutama pada bagian tangan yang secara tidak langsung akan memberikan sinyal ke bagian saraf sensorik pada telapak tangan yang akan disampaikan ke otak. Menurut peneliti stroke terjadi karena gangguan aliran darah didalam tubuh yang mengecil seperti adanya lemak atau

flak yang menempel di pembuluh darah mengakibatkan darah yang mengalir ke otak berkurang sehingga otak kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama kelamaan jaringan otak akan mati (Dewi, 2017; Bakara & Warsito, 2018).

Pasien stroke dengan kelemahan bagian ekstremitas atas sesudah dilakukan terapi menggenggam bola karet akan terjadi peningkatan otot menjadi lebih baik apabila sering melakukan latihan. Latihan menggenggam bola karet dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan. Latihan menggenggam bola karet juga merupakan program rehabilitasi yang bertujuan agar penderita stroke non hemoragik dapat mencapai kemampuan fungsional semaksimal mungkin serta mencegah terjadinya komplikasi dan stroke yang berulang. Program Latihan juga harus tersusun dan fokus dalam melakukan latihan lebih banyak pengulangan 2 kali sehari selama 8 hari Agar latihan yang dilakukan dapat mencapai hasil yang sesuai dengan yang diharapkan, Sehingga dapat menyebabkan adanya peningkatan kekuatan otot dengan baik (Vinstrup *et al.*, 2018).

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian diatas pada hasil penelitian dan pembahasan literature review: peningkatan kekuatan motorik pada pasien stroke non hemoragik dengan menggenggam bola karet dapat diambil kesimpulan sebagai berikut: Latihan menggenggam bola karet dapat meningkatkan kekuatan motorik pada ekstremitas atas pasien stroke non hemoragik. Bentuk implementasi perawat adalah latihan menggenggam bola karet yang telah dilakukan pada pasien stroke non hemoragik untuk meningkatkan kekuatan motorik pada ekstremitas atas. Program latihan pada pasien stroke yang mengalami hemiparesis dan stroke non hemoragik memerlukan program latihan yang tersusun dan fokus terhadap latihan yang diberikan setidaknya 2 kali sehari selama 8 hari agar dapat terjadi peningkatan kekuatan otot dengan baik.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis ucapkan terimakasih kepada STIKES Tri Mandiri Sakti yang telah memberikan wadah bagi penulis untuk melakukan penelitian. Serta kepada semua pihak yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan proses penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, G. D., Septiyanti, S., & Dahrizal, D. (2018). Range Of Motion (ROM) Spherical Grip dapat Meningkatkan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 6(1), 38-48.
- Azizah, N., & Wahyuningsih, W. (2020). Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Nonhemoragik. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 4(1), 35-42.
- 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.
- Budi, H., Netti, N., & Suryarinilsih, Y. (2019). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Menggenggam Bola Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke Iskemik. *Jurnal Sehat Mandiri*, 14(2), 79-86.
- Chaidir, R., & Zuardi, I. M. (2014). Pengaruh Latihan Range Of Motion Pada Ekstremitas Atas Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi Di Ruang Rawat Stroke RSSN Bukittinggi tahun 2012. *'Afiyah*, 1(1).
- Daya, D. A. (2017). *Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Pengasih Ii Kulon Progo Yogyakarta* (Doctoral dissertation, STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta).
- Dewi, R. T. A. (2017). *Pengaruh latihan bola lunak bergerigi dengan kekuatan genggam tangan pada pasien stroke non hemoragik di rsud prof. Dr. Margono soekarjo purwokerto* (doctoral dissertation, universitas muhammadiyah purwokerto).
- Faridah, U. F., Sukarmin, S., & Kuati, S. (2019). Pengaruh Rom Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Genggam Pasien Stroke Di RSUD RAA Soewondo Pati. *Indonesia Jurnal Perawat*, 3(1), 36-43.
- Handayani, D., & Dominica, D. (2019). Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36-44.

- Hentu, A. S. (2018). Efektivitas Latihan Rom Dan Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Menggenggam Dan Fungsi Menggenggam Pada Pasien Stroke Di Rsud Sleman. *Media Ilmu Kesehatan*, 7(2).
- Kemenkes, R. I. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. *Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Nababan, T. (2019). Pengaruh Rom Pada Pasien Stroke Iskemik Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Di RSU. Royal Prima Medan Tahun 2018. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(1), 1-8.
- Nurartianti, N., & Wahyuni, N. T. (2017). Pengaruh Terapi Genggam Bola Terhadap Peningkatan Motorik Halus Pada Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 922-926.
- Prastiwi, A. D., & Setiawan, I. (2018). *Hubungan Antara Kadar Hemoglobin dan Jenis Kelamin dengan Mortalitas pada Pasien Stroke Iskemik* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Prok, W., Gessal, J., & Angliadi, L. S. (2016). Pengaruh latihan gerak aktif menggenggam bola pada pasien stroke diukur dengan handgrip dynamometer. *e-CliniC*, 4(1).
- Santoso, L. E. (2018). *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi di Ruang Flamboyan RSUD Jombang)* (Doctoral dissertation, STIKES Insan Cendekia Medika Jombang).
- Sulistiawan, A. S. A., & Husna, E. H. E. (2016). Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Di RSSN Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan*, 5(1).
- Susanti, S., & Bistara, D. N. (2019). Pengaruh Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(2), 112-117.
- Treger, I., Aidinof, L., Lehrer, H., & Kalichman, L. (2012). Modified constraint-induced movement therapy improved upper limb function in subacute poststroke patients: a small-scale clinical trial. *Topics in stroke rehabilitation*, 19(4), 287-293.
- Vinstrup, J., Calatayud, J., Jakobsen, M. D., Sundstrup, E., Jørgensen, J. R., Casaña, J., & Andersen, L. L. (2018). Hand Strengthening Exercises In Chronic Stroke Patients: Dose-Response Evaluation Using Electromyography. *Journal of Hand Therapy*, 31(1), 111-121.

Wedri, N. M., Sukawana, I. W., & Sukarja, I. (2017). Pemberian Latihan Rom Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Tangan Pasien Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Gema Keperawatan*, 10(1), 41-45.

PENGARUH ROM EXERCISE BOLA KARET TERHADAP KEKUATAN OTOT GENGAM PASIEN STROKE DI RSUD RAA SOEWONDO PATI

Umi Faridah^a, Sukarmin^b, Sri Kuati^c

umifaridah@umkudus.ac.id

Universitas Muhammadiyah Kudus, Kudus

Abstrak

Latar Belakang : latar belakang penelitian ini yaitu dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti dari 10 pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran di ruang umum RSUD RAA Soewondo Pati didapatkan sebanyak 6 (60%) pasien mengalami gangguan mobilisasi. Ketika pasien disuruh menggenggam tangan sepenuhnya pasien tidak dapat melaksanakannya bahkan jari-jari tangan terasa kaku. Sebanyak 2 (20%) pasien hanya mampu menggerakkan jari-jarinya tetapi belum mampu menggenggam tangannya sepenuhnya. Sebanyak 2 (20%) pasien mampu menggenggam dan memegang benda kecil di tangannya meskipun kekuatan menggenggamnya masih lemah. Selama ini prosedur gerakan ROM pasien stroke di rumah sakit sudah ada tetapi belum terlaksana secara maksimal terutama menggunakan bola karet. Tujuan penelitian : tujuan penelitian ini untuk pengaruh ROM exercise bola karet terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di RSUD RAA Soewondo Pati. Metode Penelitian : jenis penelitian yang digunakan adalah metode metode quasi eksperimen dengan pendekatan Pra-Pasca Test. Jumlah sampel 16 pasien sebagai kelompok intervensi dan 16 pasien kelompok kontrol yang dipilih secara consecutive Sampling. Untuk menganalisis data menggunakan Paired T Test. Hasil Penelitian : hasil penelitian didapatkan kelompok intervensi diperoleh nilai p value adalah 0,000 ($p < 0,05$) dan kelompok kontrol diperoleh nilai p value adalah 0,009 ($p < 0,05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa p value kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan p value kelompok kontrol sehingga pemberian ROM exercise bola karet lebih efektif meningkatkan kekuatan otot genggam pasien stroke dibandingkan kelompok kontrol tanpa perlakuan yang hanya diberikan alih baring sesuai advise dokter.

Kata Kunci: ROM Exercise Bola Karet, Kekuatan Otot Genggam dan Stroke

Abstract

Background : the background this research that is from result preliminary study which conducted by researcher from 10 stroke patient which have decrease consciousness in public room of RSUD RAA Soewondo Pati got 6 (60%) patient experiencing mobilization disorder. When the patient is told to hold the hand completely the patient can not perform it even the fingers feel stiff. A total of 2 (20%) patients are only able to move his fingers but have not been able to grasp his hand completely. A total of 2 (20%) patients are able to grasp and hold small objects in their hands even though their holding strength is still weak. During this procedure ROM movement stroke patients in the hospital already exists but has not been implemented maximally, especially using rubber ball. Purpose Research : the purpose this research is influence ROM exercise ball rubber to handheld muscle strength stroke patient in RSUD RAA Soewondo Pati. Metod Research : the type research used is method quasi experimental method with Pre-Post Test approach. The sample size was 16 patients as intervention group and 16 control group patients were chosen by consecutive sampling. To analyze using by Paired T Test. Result Research : the result showed that the intervention group obtained p value was 0.000 ($p < 0,05$) and the control group obtained value p value was 0,009 ($p < 0,05$). The result can be concluded that the p value the intervention group is smaller than p value the control group so that ROM exercise of the rubber ball is more effective in increasing the handheld muscle strength of stroke patient than the control group without treatment which is only given over the bed according to the doctor's advise.

Keywords: Rubber Ball Exercise ROM, Handheld Muscle Strength and Stroke

I. PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya penyempitan pada pembuluh darah di otak sehingga aliran darah dan oksigen ke otak terhambat bahkan terhenti. Penyumbatan tersebut dapat membuat sistem syaraf yang terhenti suplai darah dan oksigennya rusak bahkan mati sehingga organ tubuh yang terkait dengan sistem syaraf tersebut akan sulit bahkan tidak bisa di gerakan (Maulana, 2014).

Data kejadian stroke di Dunia diperkirakan 7,5% juta, sekitar 12,8% dari total seluruh kematian (WHO, 2014). Stroke di Indonesia merupakan penyebab kematian utama di Rumah Sakit Pemerintah, penyebab kematian ketiga dan menyebabkan timbulnya kecacatan utama di Rumah Sakit. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia ditemukan sebesar 7 per 1.000 penduduk, dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 12,1 per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan hasil rekapitulasi data kasus baru PTM (Penyakit Tidak Menular), jumlah kasus baru PTM yang dilaporkan secara keseluruhan di Jawa Tengah pada tahun 2015 adalah 603.840 kasus. Penyakit stroke masih menempati urutan ke tiga yaitu sebesar (3,91%) (Dinkes Jateng, 2015). Data yang didapatkan di RSUD RAA Soewondo Pati didapatkan peningkatan jumlah pasien stroke dari tahun ke tahun. Jumlah pasien stroke hemoragik tahun 2015 sebanyak 121 pasien dan pasien stroke non hemoragik 332 pasien. Jumlah pasien stroke hemoragik tahun 2016 sebanyak 119 pasien dan pasien stroke non hemoragik 368 pasien. Jumlah pasien stroke hemoragik tahun 2017 sebanyak 113 pasien dan pasien stroke non hemoragik 397 pasien. Rata-rata jumlah pasien stroke non hemoragik diambil dari tahun 2017 yaitu sebanyak 33 pasien pasien (RM RSUD RAA Soewondo Pati, 2017).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 2 sampai dengan tanggal 9 Desember 2017 dari 10 pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran di ruang umum RSUD RAA

Soewondo Pati yaitu Gading, Flamboyan dan Dahlia didapatkan sebanyak 6 (60%) pasien mengalami gangguan mobilisasi. Ketika pasien disuruh menggenggam tangan sepenuhnya pasien tidak dapat melaksanakannya bahkan jari-jari tangan terasa kaku. Sebanyak 2 (20%) pasien hanya mampu menggerakkan jari-jarinya tetapi belum mampu menggenggam tangannya sepenuhnya. Sebanyak 2 (20%) pasien mampu menggenggam dan memegang benda kecil di tangannya meskipun kekuatan menggenggamnya masih lemah. Selama ini protap gerakan ROM pasien stroke di rumah sakit sudah ada tetapi belum terlaksana secara maksimal terutama menggunakan bola karet.

Penanganan stroke harus dilaksanakan secara cepat dan tepat guna menghindari kecacatan atau komplikasi lanjut. Penatalaksanaan stroke ditujukan untuk pemulihan gerak kontrol tubuh mengikuti pola awal dari perkembangan gerak tubuh. Pemulihan spontan dari fungsi motorik tiap pasien sangat bervariasi, semakin sedikit kelemahan yang terjadi semakin cepat pemulihannya. Pasien dengan hemiplagi, biasanya peningkatan fungsi motorik di tungkai lebih cepat dibandingkan di tangan, tetapi tidak menutup kemungkinan terjadi sebaliknya. Komplikasi yang paling sering terjadi apabila hemiplagi tidak teratasi yaitu terjadi kecacatan pada pasien stroke (Irfan, 2012).

Gangguan pada tangan seperti kelemahan yang terjadi pada pasien stroke non hemoragik dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien (disabilitas). Sebesar 70% pasien stroke non hemoragik akan mengalami ketidak mampuan (disabilitas), sehingga akan membatasi atau menghalangi penderita untuk berperan secara maupun anggota masyarakat (Gofir, 2009). Latihan untuk menstimulasi gerak pada jari-jari tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam dimana gerakan mengepalkan/ menggenggam tangan rapat-rapat akan menggerakkan otot-otot untuk membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot tersebut (Levine, 2009).

Latihan gerakan ROM dengan bola karet akan merangsang serat-serat otot untuk

berkontraksi. Latihan ROM terutama pada jari-jari tangan yang penting untuk aktivitas keseharian meliputi latihan-latihan seperti adduksi, abduksi, fleksi, serta ekstensi. Latihan ini diberikan 2 kali sehari selama 8 hari. Teknik ini akan melatih reseptor-sensorik dan motorik. Korteks yang menuju ke otot lain juga membesar ukurannya jika pembelajaran motorik melibatkan otot tangan tersebut (Irfan, 2012). Menurut peneliti, bola karet selain digunakan meningkatkan kekuatan otot tangan, bola karet juga mudah dilakukan oleh pasien serta bahan yang digunakan mudah didapat oleh pasien. Bola karet juga ringan dibawa sehingga dapat digunakan sewaktu-waktu apabila pasien mengalami kelemahan otot terutama ekstrimitas atas (tangan).

Penelitian terkait dilaksanakan oleh Rabawati (2014) dengan judul "Pengaruh Latihan ROM Dengan Bola Tenis Hangat Terhadap Kekuatan Otot Tangan Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar". Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan latihan ROM dengan bola tenis hangat terhadap kekuatan otot tangan pasien stroke non hemoragik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar.

Survey awal yang dilaksanakan 6 pasien stroke yang mengalami gangguan mobilisasi dilaksanakan ROM pasif yang dilaksanakan selama 4 jam sekali sesuai dengan anjuran Dokter. Selain ROM pasif yang telah dilaksanakan, pasien juga diberikan posisi supinasi untuk memperlancar sirkulasi darah ke otak.

Dari uraian diatas maka peneliti bermaksud melakukan penelitian dengan judul "Pengaruh ROM Exercise Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Genggam Pasien Stroke Di RSUD RAA Soewondo Pati".

II. LANDASAN TEORI

A. Stroke

1. Pengertian

Stroke adalah gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam

beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai daerah yang terganggu (Irfan, 2012).

Stroke merupakan penyakit yang cukup berbahaya. Penyakit ini termasuk penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini bisa dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah. stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu (Suparjo, 2013).

Stroke merupakan gangguan persyarafan yang terjadi secara mendadak, progresif, cepat berupa defisit neurologist fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan semata-mata disebabkan oleh gangguan darah otak non traumatic (Mansjoer, 2014).

Dari pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan penyakit gangguan syaraf yang berbahaya, terjadi secara mendadak, progresif dan cepat berupa defisit neurologis fokal yang disebabkan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah.

B. Kekuatan Otot Tangan Genggam

1. Pengertian

Otot adalah sebuah organ kecil penghubung dalam tubuh yang menyebabkan pergerakan tubuh tersebut sebagai tugas utama. Otot diklasifikasikan menjadi tiga jenis yaitu otot lurik, otot polos dan otot jantung. Otot menyebabkan pergerakan suatu organisme maupun pergerakan dari organ dalam organisme tersebut (Tom, 2010).

Otot adalah jaringan yang mempunyai kemampuan khusus yaitu berkontraksi. Otot terdiri atas serabut silindris yang mempunyai sifat yang sama dengan sel dari jaringan yang lain. Semua ini diikat menjadi berkas-berkas serabut kecil oleh sejenis jaringan ikat yang mengandung unsur kontraktile (Pearce, 2012).

Kekuatan otot adalah kontraksi pada serabut otot bergaris (otot sadar) berlangsung secara singkat dan setiap kontraksi terjadi atas

rangsang tunggal dari syaraf. Kekuatan yang dipakai untuk kontraksi pada seluruh otot diratakan dengan mengganti-ganti jumlah serabut yang berkontraksi serta frekwensi daripada kontraksi setiap serabut (Pearce, 2012).

2. Jenis Otot

Tiga jenis otot yang dikutip oleh Paerce (2012) yang dapat dilihat seperti di bawah ini :

a. Otot Bergaris (otot lurik, otot kerangka atau otot sadar)

Setiap serabut otot bergaris melintang oleh adanya gambaran selang-seling antara warna muda dan tua. Sejumlah serabut berkumpul untuk membentuk berkas yang diikat menjadi satu oleh jaringan ikat untuk membentuk otot besar dan otot kecil. Setiap serabut turut bergerak dengan berkontraksi apabila dirangsang oleh ransang syaraf.

b. Otot Polos (otot tidak licin, otot tak sadar)

Jenis ini dapat berkontraksi tanpa rangsangan syaraf, meskipun disebagian besar tempat di tubuh kegiatannya di bawah pengendalian syaraf otonomik. Dengan perkecualian otot jantung, jenis ini berupa sel otot panjang berbentuk kumparan yang masih tampak sebagai sel.

c. Otot Jantung

Otot ini ditemukan hanya pada jantung. Otot jantung ini bergaris seperti pada otot sadar. Perbedaannya ialah bahwa serabutnya bercabang dan mengadakan anastomose (bersambungan satu sama lain, tersusun memanjang dan tak dapat dikendalikan oleh kemauan.

3. Pengukuran Kekuatan otot

Seringkali pasien mendatangi klinik untuk mendapatkan pertolongan karena merasa lemah, kenyataannya memang lemas dan merasa tak bertenaga untuk itu dokter atau tenaga medis lainnya melakukan pengukuran kekuatan otot secara tradisional artinya mengukur kekuatan otot pasien dengan

memakai skala klasik 0, 1, 2, 3, 4 dan 5. Pengukuran kekuatan otot di kutip oleh Brunner & Suddart (2008) dalam Asrim (2010) adalah sebagai berikut :

1. Skala 0

Artinya otot tak mampu bergerak, misalnya jika tapak tangan dan jari mempunyai skala 0 berarti tapak tangan dan jari tetap aja ditempat walau sudah diperintahkan untuk bergerak.

2. Skala 1

Jika otot ditekan masih terasa ada kontraksi atau kekenyalan ini berarti otot masih belum atrofi atau belum layu.

3. Skala 2

Dapat menggerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah misalnya tapak tangan disuruh telungkup atau lurus bengkok tapi jika ditahan sedikit saja sudah tak mampu bergerak.

4. Skala 3

Dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal misalnya dapat menggerakkan tapak tangan dan jari.

5. Skala 4

Pada skala ini dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan.

6. Skala 5

Pada skala ini seseorang dapat bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal.

C. ROM Exercise Bola Karet

1. Pengertian

Range of Motion (ROM) adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Latihan ROM bertujuan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2012).

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. ROM

aktif adalah latihan gerak yang dilakukan pasien secara mandiri (Irfan, 2012).

ROM exercise bola karet adalah aplikasi dari latihan gerakan fungsional tangan (Spherical Grip) dimana latihan fungsional tangan ini menggunakan alat bantu benda berbentuk bulat (bola karet) (Irfan, 2012).

b. Prinsip Dasar ROM

Prinsip dasar pemberian ROM menurut Potter (2012) adalah sebagai berikut :

1. ROM harus diulang sekitar 8 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. Bagian-bagian tubuh yang dapat di lakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
5. ROM dapat di lakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang di curigai mengalami proses penyakit.
6. Melakukan ROM harus sesuai waktunya. Misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah di lakukan.

c. Tahap Fungsi Grip Pemberian ROM dengan Bola Karet

Tahap fungsi menggenggam tangan (grip) yang dikutip Irfan (2012) melalui 3 tahap yaitu :

1. Membuka tangan
2. Menutup jari-jari menggenggam obyek
3. Mengatur kekuatan menggenggam
4. Manfaat

Manfaat latihan ROM menurut Potter (2012) adalah sebagai berikut :

1. Memperbaiki tonus otot ektrimitas
2. Meningkatkan mobilisasi sendi
3. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan
4. Meningkatkan massa otot
5. Mengurangi kehilangan tulang
6. Prosedur ROM dengan bola karet

Beberapa bentuk dari latihan fungsional tangan antara lain ROM dengan menggunakan bola karet yang dikutip dari Irfan (2012) yang terdiri dari :

	Skala 2		Skala 3		Skala 4		Skala 5		p value
	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	
Kelompok Intervensi									0,000
Sebelum	4	25,0	6	37,5	4	25,0	2	12,5	
Sesudah	1	6,3	3	18,7	6	37,5	6	37,5	
Kelompok Kontrol									0,009
Observasi Awal	4	25,0	9	56,2	2	12,5	1	6,3	
Observasi Akhir	4	25,0	4	25,0	6	37,5	2	12,5	

1. Berikan benda berbentuk bulat (seperti bola karet). Bola karet yang digunakan dalam prosedur ROM mempunyai ukuran yang lebih kecil dari kepalan tangan sehingga dapat digenggam oleh penderita. Bola karet harus dapat kembali berbentuk semula saat kepalan tangan dilepaskan.
2. Lakukan koreksi pada jari-jari agar menggenggam sempurna.
3. Posisi Wrist joint 450.
4. Berikan instruksi untuk menggenggam selama 5 detik kemudian rileks.
5. Lakukan pengulangan sebanyak 7 kali.

III. METODE PENELITIAN

peneliti menggunakan jenis penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang datanya merupakan data kuantitatif sehingga analisis datanya menggunakan analisis kuantitatif (inferensi). Metode yang digunakan metode quasi eksperimen atau eksperimental semu merupakan salah satu jenis metode penelitian yang memungkinkan peneliti untuk mengubah variabel serta meneliti akibat yang terjadi. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan pendekatan Pre-Post Test. Pendekatan Pre-Post Test yaitu peneliti berupaya memberikan intervensi pada subyek penelitian dan memberikan aktivitas lain yang telah diprogramkan pada kelompok kontrol. Jumlah pasien stroke non hemoragik tahun 2017 sebanyak 397 pasien. Rata-rata jumlah pasien stroke non hemoragik diambil dari tahun 2017 yaitu sebanyak 33,1 pasien dibulatkan menjadi 34 pasien. Untuk mengetahui pengaruh ROM exercise bola karet terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di RSUD RAA Soewondo Pati dengan menggunakan uji statistik parametrik yaitu Independent paired T Test.

IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil uji statistik kecemasan sebelum dan sesudah Perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD RAA Soewondo Pati

Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa hasil uji paired t – test kelompok intervensi didapatkan ρ value adalah 0,000 ($p < 0,05$) maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada pengaruh ROM exercise bola karet terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di RSUD RAA Soewondo Pati. Hasil uji paired t – test kelompok kontrol didapatkan ρ value adalah 0,009 ($p < 0,05$) maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada pengaruh kelompok kontrol tanpa perlakuan (hanya diberikan alih baring sesuai advise dokter) terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di RSUD RAA Soewondo Pati.

Dari hasil uji di atas didapatkan kelompok intervensi diperoleh nilai ρ value adalah 0,000 ($p < 0,05$) dan kelompok kontrol diperoleh nilai

ρ value adalah 0,009 ($p < 0,05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ρ value kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan ρ value kelompok kontrol sehingga pemberian ROM exercise bola karet lebih efektif meningkatkan kekuatan otot genggam pasien stroke dibandingkan kelompok kontrol tanpa perlakuan yang hanya diberikan alih baring sesuai advise dokter.

Dari hasil uji di atas didapatkan kelompok intervensi diperoleh nilai ρ value adalah 0,000 ($p < 0,05$) dan kelompok kontrol diperoleh nilai ρ value adalah 0,009 ($p < 0,05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ρ value kelompok intervensi lebih kecil dibandingkan ρ value kelompok kontrol sehingga pemberian ROM exercise bola karet lebih efektif meningkatkan kekuatan otot genggam pasien stroke dibandingkan kelompok kontrol tanpa perlakuan yang hanya diberikan alih baring dan ROM ekstremitas atas dan bawah sesuai advise dokter. Hasil di atas ditunjukkan bahwa kemampuan fisik untuk menggenggam sebelum diberikan ROM exercise bola karet masih diperoleh kekuatan otot kurang dengan skala 3 sebanyak 6 (37,5%) dan setelah diberikan ROM exercise bola karet menjadi baik dengan skala 5 yaitu sebanyak 6 (37,5%). Kekuatan otot kurang tersebut ditunjukkan dengan pasien dapat menggerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah sedangkan kekuatan otot tangan pasien yang sudah menjadi baik ditunjukkan dengan pasien dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal, dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan serta dapat bebas bergerak melawan tahanan yang setimpal.

Hasil di atas sesuai teori Irawati (2016) bahwa kekuatan otot jari tangan sendiri dapat meningkat dengan menggunakan latihan rentang gerak Cylindrical Grip. Dalam Cylindrical Grip, jari-jari dilipat dengan ibu jari yang tertekuk di atas 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. Pengukuran kekuatan otot tangan secara klasik yang di kutip oleh Asrim (2010) terdapat lima skala yaitu 0, 1, 2,

3, 4 dan 5. Skala 0 berarti tapak tangan dan jari tetap aja ditempat walau sudah diperintahkan untuk bergerak, skala 1 jika otot ditekan masih terasa ada kontraksi atau kekenyalan, skala 2 dapat mengerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah, skala 3 dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal, skala 4 dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan dan skala 5 dapat bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal.

Hasil diatas juga sesuai dengan teori Hal tersebut sesuai dengan manfaat ROM yang dikemukakan oleh Hidayat (2009) yang salah satu dari fungsi ROM adalah memperbaiki, mempertahankan, meningkatkan tonus dan kekuatan otot termasuk otot genggam. Terlepas dari manfaat ROM di atas, keberhasilan dari pemberian ROM exercise bola karet sendiri tergantung minat serta peran aktif dari pasien dalam mengikuti program tersebut.

Penelitian yang mendukung hasil penelitian diatas dilaksanakan oleh Febriyanti (2016) dengan judul “Pengaruh Latihan Fungsional Tangan Terhadap Kekuatan Otot Pronator Teres dan Kuadratus pada Pasien Stroke di RSUD RAA Soewondo Pati”. Penelitian ini menggunakan metode Quasi Eksperimen dengan hasil penelitian yaitu terdapat ada pengaruh latihan fungsional tangan terhadap kekuatan otot pronator teres dan kuadratus pada pasien stroke di RSUD RAA Soewondo Pati (p value < 0,05).

Penelitian yang mendukung hasil penelitian diatas juga dilaksanakan oleh Budi (2011) dengan judul “Pengaruh Pemberian ROM Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Motorik pada Pasien Stroke di RSD Kayen Kabupaten Pati”. Hasil penelitian ada pengaruh pemberian ROM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot motorik pada pasien stroke di RSD Kayen Kabupaten Pati. Hasil uji statistik Paired T-Test diperoleh nilai p sebesar 0,012 (p < 0,05) yang artinya ada pengaruh signifikan pemberian ROM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot.

Penelitian terkait selanjutnya dilaksanakan oleh Winona (2016) dengan judul penelitian “Pengaruh latihan gerak aktif menggenggam bola pada pasien stroke diukur dengan

handgrip dynamometer”. Penelitian ini menggunakan metode Pre-Post Eksperimental dan hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata kekuatan otot sebelum latihan sebesar 10,56 Kg dan sesudah latihan 14,06 Kg. Hasil analisis data menunjukkan ada perbedaan bermakna rata-rata kekuatan otot sebelum dan sesudah latihan (p= 0,000).

V. KESIMPULAN

Hasil uji paired t – test kelompok intervensi didapatkan ρ value adalah 0,000 (p<0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada pengaruh ROM exercise bola karet terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di RSUD RAA Soewondo Pati.

Hasil uji paired t – test kelompok kontrol didapatkan ρ value adalah 0,009 (p<0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima yang artinya ada pengaruh kelompok kontrol tanpa perlakuan (hanya diberikan alih baring sesuai advise dokter) terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di RSUD RAA Soewondo Pati

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander. 2012. Pengukuran Kekuatan (strength). <http://pendidikanjasmani13.co.id/2012/11/macam-macam-tes-pengukuran-kekuatan.html>. Diakses 30 Juii 2016.
- Alisha. 2015. Komplikasi Stroke. <http://www.peterparker.com/5644/komplikasi-stroke/>. Diakses 1 Juni 2016.
- Andrie. 2010. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motorik. <http://e-learning-keperawatan.blogspot.com/2010/07/motorik-pada-anak.html>. Diakses 10 Januari 2011.
- Asrim. 2010. Pengukuran Kekuatan Otot. <http://otot-muskuluskeletal.usu.ac.id/handle/123456789/17174>. Diakses 10 Januari 2011.
- Danim, Sudarwan. 2008. Riset Keperawatan; Sejarah dan Metodologi. EGC. Jakarta.
- Dinkes Jateng. 2015. Profil Kesehatan Jawa Tengah. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.
- Febriyanti, Sri . 2016. Pengaruh Latihan Fungsional Tangan Terhadap Kekuatan Otot Pronator Teres dan Kuadratus pada

- Pasien Stroke di RSUD RAA Soewondo Pati. Stikes Karya Husada Semarang.
- Gofir, A. 2009. Manajemen Stroke. Pustaka Cendikia Pres. Yogyakarta.
- Irfan, Muhammad. 2012. Fisioterapi Bagi Insan Stroke. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- Levine, Ginsberg. 2009. Lecture Notes Neurology. Erlangga. Jakarta.
- Mansjoer, Arief. 2014. Kapita Selekta Kedokteran. Penerbit Media Aesculapius. Jakarta.
- Maulana, Munggaran Septian. 2014. Artikel Mengenai Stroke. <http://artikelkesehatan16.co.id.2014/04/artikel-mengenai-stroke.html>. Diakses 1 Juni 2016.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam. 2010. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan; Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Salemba Medika. Surabaya.
- Pearce, Evelyn C..2012. Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Potter & Perry. 2012. Fundamentals Of Nursing: Concepts, Process and Practice. EGC. Jakarta.
- Rabawati. 2014. Pengaruh Latihan ROM Dengan Bola Tennis Hangat Terhadap Kekuatan Otot Tangan Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar. <http://ejournal.stikesprima nusantara.ac.id> .Diakses 10 Juli 2016.
- Riskesdas. 2013. Riset Kesehatan Dasar tentang Penyakit Tidak Menular Balitbangkes. Kemenkes RI. Jakarta.
- Riwidikdo, Handoko. 2012. Statistik Kesehatan : Belajar Mudah Tehnik Analisis Data dalam Penelitian kesehatan (Plus Aplikasi Software SPSS). Mitra Cendekia Press. Yogyakarta.
- Sugiyono. 2009. Statistika untuk Penelitian. Alfabeta. Bandung.
- Suparjo. 2013. Waspadai Gejala dan Penyebab Penyakit Stroke yang Mematikan!. <http://doktersehat.com/waspadaigejaladanpenyebabpenyakitstrokeyangmematikan-2013>. Diakses 10 Desember 2017.
- WHO. 2014. Avoiding Heart attacks and stroke : don't be a victim-protect yourself. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/avoid_heart_attack_report/en/. Diakses 20 Februari 2016
- Winona. 2016. Pengaruh latihan gerak aktif menggenggam bola pada pasien stroke diukur dengan handgrip dynamometer. <http://ejournal.unsrat.ac.id>. Diakses 10 Desember 2017.

D3 Keperawatan Sri Endang Sari 3

by Sri Endang Sari

Submission date: 01-Aug-2023 02:57PM (UTC+0700)

Submission ID: 2139911758

File name: D3_Keperawatan_Sri_Endang_Sari_3.docx (17.93K)

Word count: 1851

Character count: 11958

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah mendapatkan terapi untuk Tn. N yang didiagnosa hemiparase sinistra Ec SNH. Secara spesifik penerapan tindakan menggenggam bola karet pada pasien SNH dengan penurunan kekuatan otot dan evaluasi keperawatan pada Tn. N yang dilaksanakan pada tanggal 15 Juni sampai dengan 17 Juni 2023, intervensi keperawatan diterapkan secara komprehensif, untuk memecahkan masalah dan menarik kesimpulan. Untuk itu penulis akan membandingkan teori dan praktek hasil penerapan asuhan keperawatan pada Tn. N dengan Hemiparase Sinistra ec SNH dengan pelaksanaan menggenggam bola karet pada pasien penurunan kekuatan otot di ruang Rafflesia di RSUD Rejang Lebong sebagai berikut:

5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada Kamis, 15 Juli 2023 di ruang Rafflesia. Untuk mengumpulkan informasi dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan rekam medis sehingga didapatkan identitas pasien bapak Tn.N, usia 63 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beralamat di dwi tunggal , beragama Islam, petani.

Menurut penelitian Asman (2021), bahaya degenerasi sistem peredaran darah meningkat seiring bertambahnya usia dan kemungkinan menjadi penyebab meningkatnya prevalensi stroke . Lumen saluran darah menjadi lebih menyempit, yang berdampak pada berkurangnya aliran darah ke otak. Ini karena endotelium yang menebal di intima dan menyebabkan inelastisitas pembuluh darah. Seseorang saat ini memiliki risiko stroke mulai dari usia 40 tahun dibandingkan dengan masa

lalu ketika stroke hanya terjadi pada usia lanjut mulai dari usia 60 tahun. Meningkatnya korban stroke pada usia produktif disebabkan oleh gaya hidup. Penjelasan di atas mengarah pada kesimpulan bahwa usia berpengaruh terhadap risiko stroke semakin tua pasien, semakin besar risiko stroke.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, keadaan kesadaran umum pasien terdiri dari GCS E: 4 V: 5 M: 6 dan tanda-tanda vitalnya adalah 164/84 mmHg, nadi 92x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5 C, dan saturasi oksigen 99%. Pasien juga menyebutkan bahwa ibunya memiliki riwayat tekanan darah tinggi sekitar 5 tahun yang lalu namun tidak pernah dirawat di rumah sakit.

Dari penelitian Perbasya, (2021) hipertensi diprediksi menjadi salah satu faktor pencetus utama stroke hemoragik dan non hemoragik. Dimana tekanan darah tepi meningkat akibat hipertensi, yang juga menyebabkan sistem hemodinamik rusak, penebalan pembuluh darah, dan hipertrofi otot jantung.

Klien mengatakan tiba-tiba mengalami kelemahan pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri, pada kekuatan otot ekstermitas kanan atas dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) pada kekuatan otot ekstremitas kiri atas dengan skor 3 (pada skala 1 sampai 5) pada ekstermitas bawah kanan klien dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) dan nilai 4 ekstermitas kiri bawah (pada skala 1 sampai 5) sehingga mengakibatkan klien susah melakukan pergerakan dan mulai dilakukan latihan menggenggam bola karet, klien juga susah untuk memenuhi activity daily living nya secara mandiri.

Hemiparese merupakan kondisi atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh, sesuai dengan teori Rustandi, (2019) Hemiparesis berkembang pada orang yang mengalami stroke non-hemoragik karena penyumbatan di otak, yang dapat berupa embolus atau trombus. Penyumbatan ini mengurangi aliran darah ke otak, yang mengurangi suplai oksigen ke otak dan akhirnya menyebabkan infark, yang mengakibatkan kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Hemiparesis adalah salah satu konsekuensi yang dihadapi pasien stroke. Hemiparesis pada tungkai dapat menimbulkan berbagai keterbatasan sehingga membuat penderita stroke menjadi tergantung pada aktivitas.

Pada hari Kamis tanggal 15 Juni 2023 pukul 13.35 WIB dilakukan pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil glukosa sewaktu 235* mg/dl (N: 74-106), ureum 39 mg/dl (N:17-43), kreatinin 0,71 (L : 0,62-1,10). Pada tanggal 16 Juni 2023 pukul 07.00 WIB didapatkan hasil pemeriksaan glukosa puasa 180* mg/dl (N:74-106), kolesterol 295* mg/dl (≤ 200), HDL-kolesterol 49 mg/dl (N:30-63), LDL-kolesterol 178* (≤ 130), dan trigliserida 508* (N:70-140) untuk pemeriksaan CT Scan tidak dilakukan karena keterbatasan peralatan untuk melakukan pemeriksaan di RSUD Rejang Lebong. Menurut Quin, (2011) Selain mencerminkan volume awal jaringan otak yang mengalami infark, peningkatan kadar glukosa darah merupakan penentu tingkat awal infark, kapasitas fungsional, dan kematian pada pasien stroke.

Menurut Bull, (2017) Dengan terbentuknya atheroma, akumulasi LDL ini dapat menyempitkan dan menyumbat arteri. Istilah "aterosklerosis" mengacu pada proses ini. Organ mungkin tidak berfungsi sebagaimana mestinya akibat berkurangnya aliran darah aterosklerosis dan berkurangnya pengiriman oksigen. Mirip dengan

kolesterol LDL yang tinggi, kadar trigliserida yang tinggi seringkali bersamaan dengan kolesterol HDL yang rendah. Kadar trigliserida yang terlalu tinggi juga membuat kolesterol LDL berbahaya bagi dinding arteri dan mengurangi efek terapeutik HDL.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien Stroke Non Hemoragik, menurut PPNI DPP SDKI 2017 yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif yang ditunjukkan oleh emboli. Nyeri akut akut yang disebabkan oleh zat yang merusak jaringan tubuh (iskemia). Gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh kondisi neuromuskuler. risiko jatuh dikarenakan gangguan penglihatan, seperti ablasi retina. Dan yang terakhir yaitu gangguan komunikasi verbal yang disebabkan oleh aliran darah yang buruk ke otak.

Setelah melakukan pemeriksaan tiga diagnosa keperawatan yang dapat diterapkan pada Tn. N sesuai dengan teori dan kondisi klien ditemukan dilapangan pada Tn.N diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif ditambah dengan hiperkolesterolemia (hipertensi), berdasarkan keluhan klien mengatakan kepalanya terasa pusing, nyeri pada bagian kepala dan leher , TD : 164/84 mmHg, N : 92 x/menit, RR : 20 x/menit. Faktor pencetus dari risiko perfusi serebral tidak efektif ini yaitu terjadi penimbunan lemak/kolestrol yang meningkat dalam tubuh sehingga terjadinya penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah terhambat dan eritrosit bergumpal serta mengakibatkan edema cerebral dan peningkatan tekanan intra kranial (Nurarif, 2016).

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis (Hipertensi) masalah ini diambil karena klien mengatakan nyeri bagian kepala dan leher, klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dengan angka 6 nyeri akut ini juga bisa diakibatkan karena peningkatan kolestrol dalam tubuh sehingga terjadinya penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah terhambat, eritrosit bergumpal serta hilangnya cairan plasma sehingga terjadinya edema cerebral dan peningkatan tekanan intra kranial(Nurarif,2016) dan yang terakhir yaitu.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot diagnosa ini diangkat karena data-data mengarah kepada diagnosa tersebut dibuktikan dengan penurunan kekuatan otot pada ekstermitas kiri, badannya terasa lemas dan aktivitas klien dibantu keluarga. Gangguan mobilitas fisik terjadi karena data- data sesuai dengan pengkajian yang didapatkan yaitu kekuatan otot atas sebelah kiri menurun,badannya terasa lemas,aktivitas klien dibantu keluarga, gangguan mobilitas fisik terjadi karena peningkatan TIK yang mengakibatkan disfungsi N.XI (eksorius) sehingga menurunnya fungsi motorik dan muskuloskeletal dan kelemahan pada 1 atau ke 4 anggota gerak (Nurarif, 2016).

Setelah melakukan pengkajian pada Tn.N ditemukan 2 diagnosa keperawatan yang tidak diangkat pada Tn.N adalah diagnosa Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan disini diagnosa risiko jatuh tidak diangkat dikarenakan untuk penglihatan klien masih dalam keadaan normal dan untuk diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral tidak diangkat dikarenakan kurangnya data yang menunjang untuk diagnosa tersebut serta pada

saat pengkajian klien masih dapat berkomunikasi dengan baik seperti saat ditanyakan untuk skala nyeri klien masih bisa menjawab.

5.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pemeriksaan dan diagnosis selesai, akan dibuat rencana tindakan keperawatan dan dipraktikkan. Keberhasilan program asuhan keperawatan yang diterapkan ⁶ untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya dan menyelesaikan masalah keperawatan yang telah ditetapkan sangat bergantung pada rencana keperawatan. Karena ada tiga diagnosis yang ditetapkan, rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang dimiliki pasien pada saat pengkajian. Intervensi juga harus sesuai dengan diagnosis agar dapat dilaksanakan dengan baik, namun karena kurangnya sumber daya dan keahlian perawat, tidak semua intervensi yang direncanakan dapat dilakukan.

Pemantauan tanda dan gejala peningkatan TIK, ⁴ monitor tekanan darah, monitor denyut nadi, monitor pernapasan, monitor suhu, dan monitor oksimetri adalah bagian dari rencana penulis untuk mendiagnosis ⁴ risiko perfusi serebral yang tidak efektif disertai dengan hiperkolesterolemia (hipertensi). Untuk tujuan perencanaan diagnosis nyeri akut terkait dengan agen pencedra fisiologis (Hipertensi), termasuk ⁵ lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, pemberian teknik pereda nyeri non farmakologis, dan penjelasan tentang teknik manajemen nyeri, mengidentifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, untuk diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik adalah melihat kondisi umum, mengajarkan latihan menggenggam bola karet, menganjurkan latihan menggenggam bola karet, dan

melakukan pemeriksaan kekuatan otot. Intervensi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yang tidak dapat dilakukan adalah. Memfasilitasi kegiatan mobilisasi dengan menggunakan alat bantu .

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan puncak dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi keperawatan dilakukan baik secara mandiri maupun bekerjasama dengan tim medis lainnya. Sebelum melakukannya, penting untuk mengkaji kebutuhan dan situasi klien sehubungan dengan diagnosis keperawatan. Walaupun penulis bekerjasama dengan perawat yang hadir di ruangan, namun tidak semua implementasi keperawatan yang dimaksud dapat diselesaikan sendiri oleh penulis. Ketika penulis tidak ada di ruang klien, penulis memonitor perkembangan klien dengan melihat catatan perkembangan klien, catatan dokter, dan menanyakan kepada perawat yang bertugas.

Pemantauan tanda dan gejala peningkatan TIK, pemantauan tanda vital, dan pemantauan oksimetri merupakan intervensi keperawatan yang telah digunakan dalam mendeteksi risiko perfusi serebral tidak efektif disertai hiperkolesterolemia (hipertensi). Untuk tindakan diagnosis nyeri akut yang terkait dengan agen cedera fisiologis (hipertensi), termasuk ³ mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, dan menginstruksikan teknik nonfarmakologis.

Tindakan diagnosa terakhir gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu melihat adanya nyeri, memonitor kondisi umum, memberikan latihan menggenggam bola karet, menganjurkan menggenggam bola karet dan menguji kekuatan otot sebelum dan sesudah tindakan. Menurut jurnal Azizah, (2020) latihan menggenggam bola ini dapat menambah kekuatan tangan dan menstimulus motorik pada tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam, membuka genggaman, merenggangkan dan merapatkan kembali jari-jari.

Tindakan yang dilakukan oleh penulis untuk klien yaitu tindakan menggenggam bola karet yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot klien. Pada pelaksanaan terapi penulis tidak menemukan kendala apapun, dikarenakan kondisi pasien dalam keadaan sadar dan baik dalam pelaksanaan tindakan. Tindakan menggenggam bola karet ini dilakukan implementasi selama 3 x 24 jam dan dilakukan setiap pagi dan sore. Untuk implementasi hari pertama sebelum dilakukan tindakan menggenggam bola karet dilakukan terlebih dahulu pemeriksaan kekuatan otot dan didapatkan data kekuatan otot pada ekstermitas kanan dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) pada kekuatan otot ekstremitas kiri atas dengan skor 3 (pada skala 1 sampai 5) pada ekstermitas bawah kanan klien dengan skor 5 (pada skala 1 sampai 5) dan skor 4 ekstermitas kiri bawah (pada skala 1 sampai 5) kemudian dilakukan latihan menggenggam bola karet pagi dan sore sampai dengan hari ke 3.

Selanjutnya pada implementasi hari ke 3 pada waktu sore setelah dilakukan tindakan menggenggam bola dilakukan pemeriksaan kekuatan otot kembali pada Tn. N dan didapatkan data pada ekstremitas atas sebelah kiri 4 dan bawah 4 dan

kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan pada skor 5. Setelah dilakukan tindakan didapatkan kesimpulan bahwa tindakan menggenggam bola karet terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada Tn. N dimana hasilnya sesuai dengan jurnal penelitian Rahmawati, (2022) dimana latihan menggenggam bola karet dapat meningkatkan otot motorik ekstremitas atas pada klien stroke non Hemoragik.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif, disini penulis mengikuti evaluasi sesuai teori dalam hal ini, setelah tiga hari perawatan Tn. N dengan tiga diagnosa keperawatan. Pada 15 Juni 2023, ditemukan diagnosa pada Tn.N yang mengalami SNH. Adalah risiko perfusi serebral tidak efektif hiperkolesterolemia (hipertensi) dimana perfusi serebral yang tidak mencukupi, dan klien mengatakan terjadi pengurangan nyeri pada kepala dan leher, nyeri dirasakan pada skala 2, dan fungsi fisik klien terpengaruh akibat nyeri akut, yang berhubungan dengan agen bahaya fisiologis (hipertensi). Serta klien juga sudah bisa mengerjakan ekstermitas atas dengan skor kekuatan ekstermitas atas 4 dan klien diperbolehkan pulang oleh dokter pada tanggal 17 Juni 2023 pada jam 15.00 WIB.

D3 Keperawatan Sri Endang Sari 3

ORIGINALITY REPORT

5%

SIMILARITY INDEX

4%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	digilib.ukh.ac.id Internet Source	1%
2	Mutlu Niyazoglu, Esra Hatipoglu, Burcugul Kaya, Sadi Gundogdu. "A rare cause of syndrome of inappropriate antidiuretic hormone", Endocrine Abstracts, 2015 Publication	1%
3	repo.stikmuhptk.ac.id Internet Source	1%
4	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1%
5	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	1%
6	www.scribd.com Internet Source	1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On