

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. H DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG BOUGENVIL RUMAH SAKIT
TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG**



NUSATIRIN

P07120117065

**PRODI D-III KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA TAHUN 2018**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. H DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG BOUGENVIL RUMAH SAKIT
TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Ahli Madya Keperawatan



NUSATIRIN

P07120117065

**PRODI D-III KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
YOGYAKARTA TAHUN 2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN TN. H DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG BOUGENVIL RUMAH SAKIT
TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”

Disusun oleh
NUSATIRIN
P07120117056

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal :.....

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Titik Endarwati, SKM, MPH

NIP : 197607031998032003

Anggota

Sugeng, S.Kep,Ns.M.Sc

NIP : 1966908151982031001

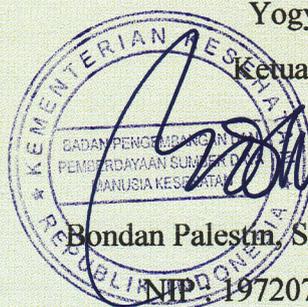
Anggota,

Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep, Ns.M.Sc

NIP : 196001051986032001

Yogyakarta,

Ketua Jurusan,



Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom

NIP : 197207161994031005

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Karya Tulis Ilmiah

“ASUHAN KEPERAWATAN TN. H DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG BOUGENVIL RUMAH SAKIT
TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”

Disusun oleh :

NUSATIRIN

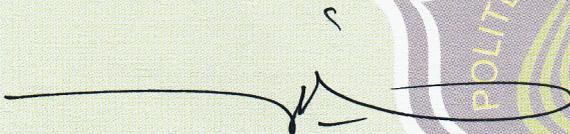
P07120117065

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

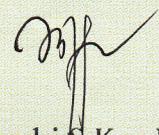
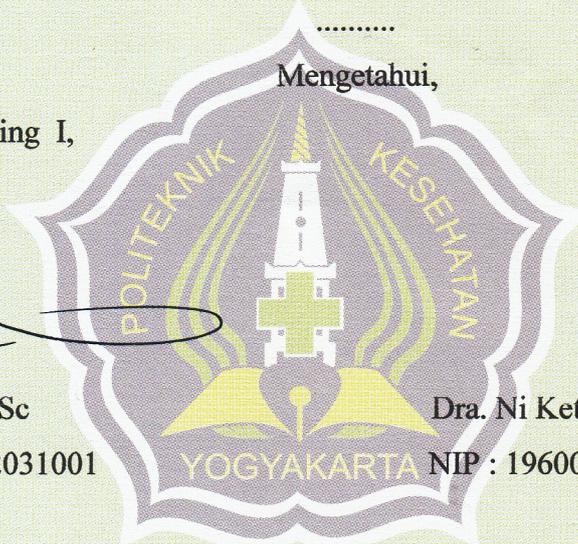
.....
Mengetahui,

Pembimbing I,

Pembimbing II,



Sugeng, S.Kep,Ns.M.Sc
NIP : 1966908151982031001

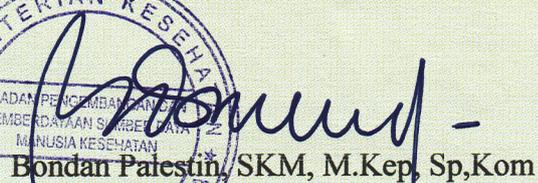


Dra. Ni Ketut Mendri, S.Kep,Ns.M.Sc
NIP : 196001051986032001

Yogyakarta, 20 Juli 2018

Ketua Jurusan




Bondan Paestun, SKM, M.Kep, Sp,Kom

NIP : 197207161994031005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : NUSATIRIN

NIM : P07120117056

Tanda Tangan : 

Tanggal :

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : NUSATIRIN
NIM : P07120117056
Program Studi : DIII Keperawatan

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta Hak Bebas Noneksklusif (*Non- exclusive Royalty – Free Right*) atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul :

“ASUHAN KEPERAWATAN TN. H DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG BOUGENVIL RUMAH SAKIT TK. II DR. SOEDJONO MAGELANG”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Poltekkes Kemenkes Yogyakarta berhak menyimpan, mengalih media atau formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data(*data base*), merawat , dan mempublikasiakan tugas akhir selama tetap mencantumkan nama sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :

Pada tanggal :

Yang menyatakan



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tn. H Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II Dr. Soedjono Magelang”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk melakukan penelitian pada Program Studi D-III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Joko Susilo, Sk.M, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menuntut ilmu di lembaga ini,
2. Bondan Palestin, SKM, M.Kep, Sp,Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan yang telah memberikan izin peneltian ini,
3. Sugeng, S.Kep,Ns.M.Sc, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
4. Dra. Ni Ketut Mendri,S.Kep,Ns.M.Sc, selaku dosen pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini,
5. Kepala Bangsal, yang telah memberikan izin sebagai tempat penelitian,

6. Keluarga, saudara dan segenap keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan baik moral, spiritual maupun material dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah,
7. Sahabat-sahabat di luar Jurusan Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dan selalu memotivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang Maha esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Yogyakarta, 20 Juli 2017

Penulis,

Nusatirin

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERTANYAAN ORISINALITAS	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRACT	xiv
INTI SARI	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Ruang Lingkup	4
E. Manfaat Penelitian	5
F. Metode Pengumpulan Data	6
G. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Penyakit	10
B. Asuhan Keperawatan	41
C. Dokumentasi Keperawatan	55
BAB III METODE PENELITIAN	57
A. Kasus	57
B. Pembahasan	86
C. Keterbatasan Kasus	92
BAB IV PENUTUP	93
A. Kesimpulan	93
B. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	xvi
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Anatomi dan Fisiologi	12
Gambar 2. Pathway	32
Gambar 3. Genogram	59

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Saraf otak	17
Tabel 2. Organ Tubuh dan system	21
Tabel 3. Perbedaan Stroke non hemoragic dan stroke hemoragic	27
Tabel 4. Perbandingan Stroke Kiri dan Kanan	27
Tabel 5. Faktor Resiko Stroke	27
Tabel 6. Definisi Neurologi Stroke	28
Tabel 7. Perencanaan	51
Tabel 8. Pola aktivitas	61
Tabel 9. Kognitif dan persepsi penyakit	62
Tabel 10. Pemeriksaan Kepala	63
Tabel 11. Pemeriksaan Abdomen	64
Tabel 12. Pemeriksaan Abdomen	65
Tabel 13. Pemeriksaan Fungsi Saraf Kranialis	66
Tabel 14. Pemeriksaan patologi klinik	67
Tabel 15. Terapi pengobatan	67
Tabel 16. Analisa Data	68
Tabel 17. Perencanaan Keperawatan	71
Tabel 18. Catatan Perkembangan	75
Tabel 19. Pemeriksaan Ekstremitas	86
Tabel 20. Pemeriksaan Ekstremitas	87

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. SAP	
Lampiran 2. Leaflet	

DESCRIPTION OF KNOWLEDGE OF STROKE OF A NON HEMORAGIC
BOUGAINVILLEA ROOM IN THE HOSPITAL NURSERY II DR.
SOEDJONO MAGELANG

ABSTRACT

The prevalence of stroke hemoragik in Central Java the year 2011 is 0.03% equal to the number of the year 2010. The highest prevalence of the year 2011 is in the town of Magelang 1 2 amounted to 1.34%. While the prevalence of stroke in non hemorargik in the year 2011 amounted to 0.09%, equal to the prevalence of the year 2010. The highest prevalence was in the town of Magelang of 3.45%. The number of events that there are Hospital Dr. Soedjono Magelang there were 8 cases in one month last year 2018.

Keywords : Knowledge, Stroke Of A Non Hemoragic

INTISARI

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul : Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragic di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

Latar Belakang : Prevalensi stroke hemoragik di Jawa Tengah tahun 2011 adalah 0,03% sama dengan angka tahun 2010. Prevalensi tertinggi tahun 2011 adalah di Kota Magelang sebesar 1,34%. Sedangkan prevalensi stroke non hemoragik pada tahun 2011 sebesar 0,09%, sama dengan prevalensi tahun 2010. Prevalensi tertinggi adalah di Kota Magelang sebesar 3,45%. Angka kejadian yang ada Rumah Sakit dr. Soedjono Magelang terdapat 8 kasus dalam satu bulan terakhir tahun 2018.

Tujuan :Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan stroke non hemoragic dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi.

Metode : Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, menggambarkan pemberian asuhan keperawatan dalam bentuk laporan pelaksana asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang melewati tahap pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi.

Hasil : Dalam penyusunan yang diberikan pada Tn.H selama 3 x 24 jam didapatkan 4 diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, resiko infeksi. Dari ke empat diagnosa tersebut yang teratasi hanya diagnosa kurang pengetahuan saja. Untuk pendokumentasian, menggunakan catatan perkembangan SOAP.

Kesimpulan : Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragic di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang dapat dilakukan sesuai dengan teori.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, stroke non hemoragic

DAFTAR PUSTAKA

- Corwin, Elizabeth.J. 2009. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 9 Alih bahasa Tim Penerbit PSIK UNPAD.Jakarta: EGC.
- Dewanto, George. 2009. *Panduan Praktis Diagnosa & Tata Laksana Penyakit Saraf*. Jakarta: EGC.
- Misbach,J. 2008. *Pandangan Umum Mengenai Stroke*. Dalam : Rasyid,A.; dan Soertidewi,L.; (Ed). *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komprehensif. Hal 1-9*.Jakarta: Balai Penerbit Universitas Indonesia.
- Muttaqin, A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif & Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic-Noc Panduan penyusunan Asuhan Keperawatan Profesional*. Yogyakarta : Mediaction Jogja.
- Pearce, Evelyn C. *Anatomi dan Fisiologis Untuk Para Medis*, Cetakan kedua puluh Sembilan. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama, 2006. p. 141-142.
- Pudiastuti, Ratna D. 2011. *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Penerbit Nuha Medika.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit degeneratif telah menjadi penyebab kematian terbesar di dunia hingga saat ini. Menurut laporan World Health Organization (WHO), kematian akibat penyakit degeneratif diperkirakan akan terus meningkat diseluruh dunia. Peningkatan terbesar akan terjadi dinegara – negara berkembang dan negara miskin. Dalam jumlah total, pada tahun 2030 diprediksi akan ada 52 juta jiwa kematian per tahun atau naik 14 juta jiwa dari 38 juta jiwa pada tahun ini. Lebih dari dua per tiga (70%) dari populasi global akan meninggal akibat penyakit degeneratif (Buletin Kesehatan, 2011). Beberapa penyakit degeneratif yang banyak terjadi dimasyarakat adalah penyakit jantung koroner, hipertensi, diabetes, stroke dan kanker. Penyakit degeneratif seperti stroke juga sudah mulai ditemui tidak hanya oleh orang yang berusia lanjut namun juga di kalangan umur muda (Indrawati, 2009).

Masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting dan mendesak baik stroke hemoragik maupun stroke non hemoragik. Di Indonesia sendiri, stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker. Dari data nasional yang didapat, angka kematian yang diakibatkan oleh penyakit stroke sebesar 15,4%. Dari data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan Indonesia diketahui bahwa prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan

yang terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar 0,7% (Depkes, 2013). Faktor resiko terjadinya stroke tidak hanya selalu pada pola makan saja. Ada berbagai macam faktor pencetus munculnya penyakit stroke seperti stress baik itu stress psikologi maupun stress pekerjaan dimana stress meningkatkan resiko terjadinya stroke 10% kali.

Prevalensi stroke hemoragik di Jawa Tengah tahun 2011 adalah 0,03% sama dengan angka tahun 2010. Prevalensi tertinggi tahun 2011 adalah di Kota Magelang 1 2 sebesar 1,34%. Sedangkan prevalensi stroke non hemoragik pada tahun 2011 sebesar 0,09%, sama dengan prevalensi tahun 2010. Prevalensi tertinggi adalah di Kota Magelang sebesar 3,45% (Depkes Jateng, 2011).

Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Salah satu peran penting seorang perawat adalah sebagai *Educator*, dimana pembelajaran merupakan dasar dari *Health Education* yang berhubungan dengan semua tahap kesehatan dan tingkat pencegahan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, perawat dapat menekankan pada tindakan keperawatan yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif. Maka dari itu, peranan perawat dalam penanggulangan Dengue haemorrhagic fever yaitu perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga dalam hal pencegahan penyakit, pemulihan dari penyakit, memberikan informasi yang tepat tentang kesehatan stroke non hemoragic. Manfaat pendidikan kesehatan bagi keluarga antara lain meningkatkan pengetahuan keluarga

tentang sakitnya hingga pada akhirnya akan meningkatkan kemandirian keluarga (Sutrisno, 2013).

Angka kejadian yang ada Rumah Sakit dr. Soedjono Magelang terdapat 8 kasus dalam satu bulan terakhir tahun 2018. Berdasarkan data yang ada di Ruang Bugenvil Rumah Sakit dr. Soedjono Magelang, ada pasien yaitu yang menderita stroke non hemoragic.

Melihat ringkasan kasus di atas, penulis tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?”.

1. Bagaimana asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi ?
2. Bagaimana pendokumentasian Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?
3. Bagaimana faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang?

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

2. Tujuan khusus

Penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam:

- a. Melaksanakan asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang dengan menerapkan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- b. Melaksanakan proses pendokumentasian asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.
- c. Menemukan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan asuhan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup mata ajar

Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini merupakan bagian dari mata ajar keperawatan medikal bedah.

2. Lingkup waktu

Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini dilaksanakan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 02- 04 Juli 2018.

3. Lingkup kasus

Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini penulis menggunakan atau menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengakjian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Kasus dalam karya tulis ilmiah ini digambarkan tentang penyakit tidak menular yaitu penyakit stroke non hemoragic.

4. Lingkup tempat

Asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang ini dilaksanakan di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

E. Manfaat Penulisan

1. Bagi penulis

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat membantu penulis maupun penulis lainnya untuk mengembangkan pengetahuan ,wawasannya dan menambah pengalaman nyata dalam asuhan keperawatan pada pasien yang menderita stroke non hemoragik.

2. Bagi Ruang Bugenvil

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat bermanfaat bagi Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soejono Magelang dan menjadi masukan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yaitu program kesehatan yang ada khususnya tentang untukstroke non hemoragik.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan karya tulis ilmiah diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bacaan sehingga dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Metode

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskripsi yaitu pemaparan kasus yang bertujuan untuk memecahkan masalah dimulai dengan tahap pengkajian sampai pendokumentasian berdasarkan pendekatan proses keperawatan yang selanjutnya dianalisa dan berakhir pada penarikan kesimpulan.

Penjelasan yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

a. Pengumpulan data primer dengan cara:

- 1) Wawancara (komunikasi).

Wawancara yang dilakukan dalam tahap pengkajian untuk memperoleh data subjektif yaitu mengenai keluhan pasien, riwayat pasien, pola aktivitas, pola makan, diet stroke non hemoragik.

2) Observasi.

Observasi dilakukan untuk mengamati perilaku serta keadaan pasien yang menderita stroke non hemoragik untuk memperoleh data berupa data objektif seperti pasien tampak lemas, pusing, ekspresi nyeri kepala, kelemahan anggota gerak sebelah kanan dan lain-lain.

3) Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengumpulkan data penderita stroke non hemoragik dengan melakukan tehnik pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien stroke non hemoragik meliputi:

- a) Keadaan umum: kesadaran, peningkatan pola bicara, tanda-tanda vital: kenaikan tekanan darah, suhu dingin
- b) Pemeriksaan mata: gangguan penglihatan
- c) Pemeriksaan leher: kaku kuduk
- d) Pemeriksaan dada: nafas pendek, perubahan irama jantung, takipnea
- e) Pemeriksaan ekstremitas atas, ekstremitas bawah, dan persendian: adanya edema, gangguan koordinasi, cara jalan

b. Pengumpulan data sekunder

1) Studi dokumentasi.

Dengan mempelajari catatan kesehatan pasien yang terdahulu dan hasil pemeriksaan penunjang lain di dalam status pasien dalam rekam medis di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II Soedjono Magelang.

G. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu terdiri dari 5 BAB yaitu:

BAB I PENDAHULUAN

Pada BAB ini diuraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, ruang lingkup, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode dan sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada BAB ini diuraikan tentang tinjauan teori yang terdiri dari asuhan keperawatan meliputi: pengertian, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan pelaksanaan dan evaluasi. Sedangkan untuk konsep penyakit meliputi: definisi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, *pathway*, manifestasi klinis, penatalaksanaan, komplikasi, dan konsep asuhan keperawatan teoritis.

BAB III KASUS DAN PEMBAHASAN

Pada BAB ini berisi laporan kasus asuhan keperawatan Tn.H dengan stroke non hemoragik di Ruang Bugenvil Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan, membandingkan antara teori dengan kasus yang kemudian akan dianalisa dan diidentifikasi faktor pendukung dan penghambat. Bab ini berisi pembahasan yaitu membandingkan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV PENUTUP

Pada BAB ini disampaikan mengenai kesimpulan dan saran dari penulis terhadap masalah yang ditemukan yang berhubungan dengan pokok karya tulis ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum (Nurarif & Hardhi, 2015).

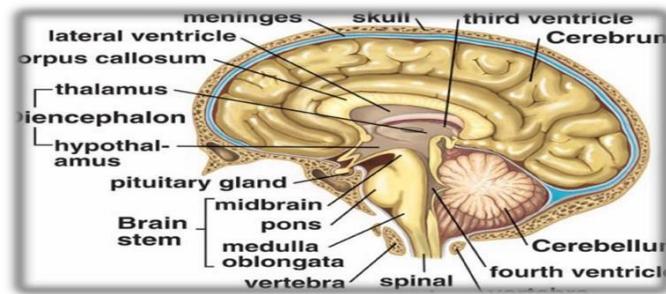
Stroke adalah sindrom yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GDPO) dengan awitan akut, disertai manifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma, ataupun infeksi susunan saraf pusat (Dewanto, 2009).

Stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus di tangani secara tepat dan cepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. (Arif Muttaqin, 2008).

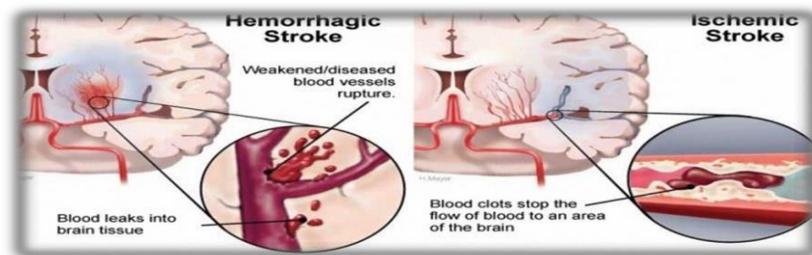
2. Anatomi

A. Anatomi dan Fisiologi

Gambar 1 Anatomi otak



(Sumber Evelyn C. Pearce, 2011)



(Sumber Evelyn C. Pearce, 2011)

Otak manusia kira-kira 2% dari berat badan orang dewasa (3Ibs). Otak menerima 20% dari curah jantung dan memerlukan sekitar 20% pemakaian oksigen tubuh, dan sekitar 400 kilo kalori energi setiap harinya. Secara anatomis sistem saraf tepi dibagi menjadi 31 pasang saraf spinal dan 12 pasang saraf cranial. Saraf perifer terdiri dari neuron- neuron yang menerima pesan-pesan neural sensorik (*aferen*) yang menuju ke system saraf pusat, dan atau menerima pesan-pesan neural motorik (*eferen*) dari system saraf pusat. Saraf spinal menghantarkan pesan-pesan tersebut maka saraf spinal dinamakan saraf campuran.

Sistem saraf somatic terdiri dari saraf campuran. Bagian *afere*n membawa baik informasi sensorik yang disadari maupun informasi sensorik yang tidak disadari. Sistem saraf otonom merupakan sistem saraf campuran. Serabut-serabut aferen membawa masukan dari organ- organ visceral. Saraf parasimpatis adalah menurunkan kecepatan denyut jantung dan pernafasan, dan meningkatkan pergerakan saluran cerna sesuai dengan kebutuhan pencernaan dan pembuangan.

1. Fisiologis

Otak adalah alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat computer dari semua alat tubuh. Bagian dari saraf sentral yang terletak didalam rongga tengkorak (cranium) dibungkus oleh selaput otak yang kuat. Otak terletak dalam rongga cranium berkembang dari sebuah tabung yang mulanya memperlihatkan tiga gejala pembesaran otak awal.

- a. Otak depan menjadi *hemifer serebri, korpus striatum, thalamus*, serta *hipotalamus*.
- b. Otak tengah, *trigeminus, korpus callosum, korpuskuadrigeminus*.
- c. Otak belakang, menjadi *pons varoli, medullaoblongata*, dan *serebellum*.

Fisura dan *sulkus* membagi *hemifer* otak menjadi beberapa daerah. Korteks serebri terlibat secara teratur. Lekukan diantara gulungan serebri disebut *sulkus*. *Sulkus* yang paling dalam membentuk *fisura longitudinal* dan *lateralis*. Daerah atau lobus letaknya sesuai dengan tulang yang berada di atasnya (*lobusfrontalis, temporalis, oarientali* dan *oksipitalis*).

Fisura longitudinalis merupakan celah dalam pada bidang media laterali memisahkan lobus temporalis dari lobus frontalis sebelah anterior dan lobus parientalis sebelah posterior. Sulkus sentralis juga memisahkan lobus frontalis juga memisahkan lobus frontalis dan lobus parientalis. Adapun bagian-bagian otak meliputi :

a. Cerebrum

Cerebrum (otak besar) merupakan bagian terbesar dan terluas dari otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Masing-masing disebut *fosakranialis anterior* atas dan media. Kedua permukaan ini dilapisi oleh lapisan kelabu (zat kelabu) yaitu pada bagian korteks serebral dan zat putih terdapat pada bagian dalam yang mengandung serabut syaraf.

Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu :

- 1) *Lobus frontalis* adalah bagian dari serebrum yang terletak dibagian *sulkusentralis*.
- 2) *Lobus parientalis* terdapat didepan sulkus sentralis dan dibelakang oleh *korakooksipitalis*.
- 3) *Lobus temporalis* terdapat dibawah lateral dan fisura serebralis dan didepan *lobusoksipitalis*.
- 4) *Oksipitalis* yang mengisi bagian belakang dariserebrum.

Korteks serebri terdiri dari atas banyak lapisan sel saraf yang merupakan substansi kelabu serebrum. Korteks serebri ini tersusun dalam banyak gulungan-gulungan dan lipatan yang tidak teratur, dan dengan

demikian menambah daerah permukaan korteks serebri, persis sama seperti melipat sebuah benda yang justru memperpanjang jarak sampai titik ujung yang sebenarnya. Korteks serebri selain dibagi dalam lobus juga dibagi menurut fungsi dan banyaknya area. *Cambel* membagi bentuk korteks serebri menjadi 20 area. Secara umum korteks dibagi menjadi empat bagian:

- 1) Korteks sensori, pusat sensasi umum primer suatu hemisfer serebri yang mengurus bagian badan, luas daerah korteks yang menangani suatu alat atau bagian tubuh tergantung ada fungsi alat yang bersangkutan. Korteks sensori bagian fisura lateralis menangani bagian tubuh bilateral lebih dominan.
- 2) Korteks asosiasi. Tiap indra manusia, korteks asosiasi sendiri merupakan kemampuan otak manusia dalam bidang intelektual, ingatan, berpikir, rangsangan yang diterima diolah dan disimpan serta dihubungkan dengan data yang lain. Bagian anterior lobus temporalis mempunyai hubungan dengan fungsi luhur dan disebut psikokortek.
- 3) Korteks motorik menerima impuls dari korteks sensoris, fungsi utamanya adalah kontribusi pada taktus piramidalis yang mengatur bagian tubuh kontralateral.
- 4) Korteks pre-frontal terletak pada lobus frontalis berhubungan dengan sikap mental dan kepribadian.

b. Batang otak

Batang otak terdiri :

- 1) Diensephalon, diensephalon merupakan bagian atas batang otak. yang terdapat diantara serebelum dengan mesensefalon. Kumpulan dari sel saraf yang terdapat di bagian depan lobus temporalis terdapat kapsul interna dengan sudut menghadap kesamping. Fungsinya dari diensephalon yaitu:
 - a) Vasokonstriktor, mengecilkan pembuluh darah.
 - b) Respirator, membantu prosespernafasan.
 - c) Mengontrol kegiatan refleks.
 - d) Membantu kerja jantung, Mesensefalon, atap dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas. Dua disebelah atas disebut korpus kuadrigeminus superior dan dua sebelah bawah selaput korpus kuadrigeminus inferior. Serat nervus toklearis berjalan ke arah dorsal menyilang garis tengah ke sisi lain. Fungsinya:
 - I. Membantu pergerakan mata dan mengangkat kelopak mata.
 - II. Memutar mata dan pusat pergerakan mata.
- 2) Ponsvaroli barikum pantis yang menghubungkan mesensefalon dengan pons varoli dan dengan serebelum, terletak didepan serebelum diantara otak tengah dan medulla oblongata. Disini terdapat premoktosid yang mengatur gerakan pernafasan dan refleks. Fungsinya adalah:
 - a) Penghubung antara kedua bagian serebelum dan juga antara

medulla oblongata dengan serebellum.

b) Pusat saraf nervustrigeminus.

- 3) Medulla oblongata merupakan bagian dari batang otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medula spinalis. Bagian bawah medulla oblongata merupakan persambungan medulla spinalis ke atas, bagian atas medulla oblongata yang melebar disebut kanalis sentralis di daerah tengah bagian ventral medulla oblongata. Medulla oblongata mengandung nukleus atau badan sel dari berbagai saraf yang penting. Selain itu medulla mengandung “pusat-pusat vital” yang berfungsi mengendalikan pernafasan dan sistem kardiovaskuler. Karena itu, suatu cedera yang terjadi pada bagian ini dalam batang otak dapat membawa akibat yang sangat serius.

c. Cerebellum

Otak kecil di bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan cerebrum oleh *fisura transversalis* dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata. Organ ini banyak menerima serabut aferen sensoris, merupakan pusat koordinasi dan integrasi. Bentuknya oval, bagian yang kecil pada sentral disebut vermis dan bagian yang melebar pada lateral disebut hemisfer. Serebelum berhubungan dengan batang otak melalui pundukulus serebri inferior. Permukaan luar serebelum berlipat-lipat menyerupai serebellum tetapi lipatannya lebih kecil dan lebih teratur. Permukaan serebellum ini mengandung zat kelabu. Korteks serebellum dibentuk oleh substansia grisia, terdiri dari tiga lapisan yaitu granular luar, lapisan purkinje dan

lapisan granular dalam. Serabut saraf yang masuk dan yang keluar dari serebrum harus melewati serebellum.

d. Saraf otak

Tabel 1. Saraf otak

Urutan saraf	Nama Saraf	Sifat Saraf	Memberikan saraf untuk dan fungsi
I	Nervus olfaktorius	Sensorik	Hidung, sebagai alat penciuman
II	Nervus optikus	Sensorik	Bola mata, untuk penglihatan
III	Nervus okulomotoris	Motorik	Penggerak bola mata dan mengangkat kelopak mata
IV	Nervus troklearis	Motorik	Mata, memutar mata dan penggerak bola mata
V	Nervus trigeminus N. Oftalmikus N. Maksilaris N. Mandibularis	Motorik dan sensorik Motorik dan sensorik Sensorik Motorik dan sensorik	Kulit kepala dan kelopak mata atas Rahang atas, palatum dan hidung Rahang bawah dan lidah
VI	Nervus abduksen	Motorik	Mata, penggoyang sisi mata
VII	Nervus fasialis	Motorik dan Sensorik	Otot lidah, menggerakkan lidah dan selaput lendir rongga mulut
VIII	Nervus auditorius	Sensorik	Telinga, rangsangan pendengaran
IX	Nervus vagus	Sensorik dan motorik	Faring, tonsil, dan lidah, rangsangan citarasa
X	Nervus vagus	Sensorik dan motorik	Faring, laring, paru-paru dan esophagus
XI	Nervus asesorius	Motorik	Leher, otot leher
XII	Nervus hipoglosus	Motorik	Lidah, citarasa, dan otot lidah

e. Saraf otonom

1) Saraf Simpatis

Saraf ini terletak di depan kolumna vertebra dan berhubungan dengan sumsum tulang belakang melalui serabut – serabut saraf. Sistem simpatis terdiri dari 3 bagian, yaitu :

- a) Korni anterior segmen torakalis ke – 1 sampai ke-12 dan segmen lumbalis 1-3 terdapat nucleus vegetative yang berisi kumpulan – kumpulan sel saraf simpatis. Sel saraf simpatis ini mempunyai serabut – serabut preganglion yang keluar dari korni anterior bersama- sama dengan radiks anterior dan nucleus spinalis. Setelah keluar dari foramen intervertebralis, serabut – serabut preganglion ini segera memusnahkan diri dari nucleus spinalis dan masuk ke trunkus simpatikus serabut. Serabut preganglion ini membentuk sinap terhadap sel – sel simpatis yang ada dalam trunkus simpatikus. Tetapi ada pula serabut – serabut preganglion setelah berada di dalam trunkus simpatikus terus keluar lagi dengan terlebih dahulu membentuk sinaps menuju ganglion – ganglion / pleksus simpatikus.
- b) Trunkus simpatikus beserta cabang – cabangnya. Di sebelah kiri dan kanan vertebra terdapat barisan ganglion saraf simpatikus yang membujur di sepanjang vertebra. Barisan ganglion – ganglion saraf simpatikus ini disebut trunkus simpatikus. Ganglion – ganglion ini berisi sel saraf simpatis. Antara ganglion satu

dengan ganglion lainnya, atas, bawah, kiri, kanan, dihubungkan oleh saraf simpatis yang keluar masuk ke dalam ganglion – ganglion itu. Hali ini menyebabkan sepasang trunkus simpatikus juga menerima serabut – serabut saraf yang datang dari kornu anterior. Trunkus simpatikus di bagi menjadi 4 bagian yaitu :

- I. Trunkus simpatikus servikalis. Terdiri dari 3 pasang ganglion. Dari ganglion – ganglion ini keluar cabang – cabang saraf simpatis yang menuju ke jantung dari arteri karotis. Disekitar arteri karotis membentuk pleksus. Dari pleksus ini keluar cabang – cabang yang menuju ke atas cabang lain mempersarafi pembuluh darah serta organ – organ yang terletak di kepala. Misalnya faring, kelenjar ludah, kelenjar lakrimalis, otot – otot dilators, pupil mata, dan sebagainya.
- II. Trunkus simpatikus torakalis. Terdiri dari 10-11 ganglion, dari ganglion ini keluar cabang – cabang simpatis seperti cabang yang mempersarafi organ – organ di dalam toraks (mis, orta, paru – paru, bronkus, esophagus, dsb) dan cabang – cabang yang menembus diafragma dan masuk ke dalam abdomen, Cabang ini dalam rongga abdomen mempersarafi organ – organ di dalamnya.
- III. Trunkus simpatikus lumbalis. Bercabang – cabang menuju ke dalam abdomen, juga ikut membentuk pleksus solare

yang bercabang – cabang ke dalam pelvis untuk turut membentuk pleksus pelvini.

IV. Trunkus simpatikus pelvis. Bercabang cabang ke dalam pelvis untuk membentuk pleksus pelvini.

c) Pleksus simpatikus beserta cabang cabangnya. Di dalam abdomen, pelvis, toraks, serta di dekat organ – organ yang dipersarafi oleh saraf simpatis (otonom).

Umumnya terdapat pleksus – pleksus yang dibentuk oleh saraf simpatis/ganglion yaitu pleksus/ganglion simpatikus. Ganglion lainnya (simpatis) berhubungan dengan rangkaian dua ganglion besar, ini bersama serabutnya membentuk pleksus – pleksus simpatis :

1. Pleksus kardio, terletak dekat dasar jantung serta mengarahkan cabangnya ke daerah tersebut dan paru – paru
2. Pleksus seliaka, terletak di sebelah belakang lambung dan mempersarafi organ – organ dalam rongga abdomen
3. Pleksus mesentrikus (pleksus higratrikus), terletak depan sacrum dan mencapai organ – organ pelvis

Tabel 2 Organ tubuh dan system pengendalian ganda

Organ	Rangsangan simpatis	Rangsangan parasimpatis
Jantung	Denyut dipercepat	Denyut dipercepat
Arteri koronari	Dilatasi	Konstriksi
Pembuluh darah perifer	Vasokonstriksi	Vasodilatasi
Tekanan darah	Naik	Turun
Bronkus	Dilatasi	Konstriksi
Kelenjar ludah	Sekresi berkurang	Sekresi bertambah
Kelenjar lakrimalis	Sekresi berkurang	Sekresi bertambah
Pupil mata	Dilatasi	Konstriksi
Sistem pencernaan makanan (SPM)	Peristaltik berkurang	Peristaltik bertambah
Kelenjar – kelenjar SPM	Sekresi berkurang	Sekresi bertambah
Kelenjar keringat	Ekskresi bertambah	Ekskresi berkurang

Fungsi serabut saraf simpatis

1. Mensarafi otot jantung
2. Mensarafi pembuluh darah dan otot tak sadar
3. Mempersarafi semua alat dalam seperti lambung, pancreas dan usus
4. Melayani serabut motorik sekretorik pada kelenjar keringat
5. Serabut motorik pada otot tak sadar dalam kulit
6. Mempertahankan tonus semua otot sadar.

f. Sistem Parasimpatis

Saraf cranial otonom adalah saraf cranial 3, 7, 9, dan 10. Saraf ini merupakan penghubung, melalui serabut – serabut parasimpatis dalam perjalanan keluar dari otak menuju organ – organ sebagian dikendalikan

oleh serabut – serabut menuju iris. Dan dengan demikian merangsang gerakan – gerakan saraf ke -3 yaitu saraf okulomotorik.

Saraf simpatis sacral keluar dari sumsum tulang belakang melalui daerah sacral. Saraf – saraf ini membentuk urat saraf pada alat – alat dalam pelvis dan bersama saraf – saraf simpatis membentuk pleksus yang mempersarafi kolon rectum dan kandung kemih.

Refleks miksi juga menghilang bila saraf sensorik kandung kemih mengalami gangguan. System pengendalian ganda (simpatis dan parasimpatis). Sebagian kecil organ dan kelenjar memiliki satu sumber persarafan yaitu simpatis atau parasimpatis. Sebagian besar organ memiliki persarafan ganda yaitu : menerima beberapa serabut dari saraf otonom sacral atau cranial. Kelenjar organ dirangsang oleh sekelompok urat saraf (masing – masing bekerja berlawanan).

Dengan demikian penyesuaian antara aktivitas dan tempat istirahat tetap dipertahankan. Demikian pula jantung menerima serabut – serabut ekselevator dari saraf simpatis dan serabut inhibitor dari nervus vagus. Saluran pencernaan memiliki urat saraf ekselevator dan inhibitor yang mempercepat dan memperlambat peristaltic berturut – turut. Fungsi serabut parasimpatis :

- 1) Merangsang sekresi kelenjar air mata, kelenjar sublingualis, submandibularis, dan kelenjar – kelenjar dalam mukosa rongga hidung.
- 2) Mempersarafi kelenjar air mata dan mukosa rongga hidung,

berpusat di nuclei lakrimalis, saraf – sarafnya keluar bersama nervus fasialis.

- 3) Mempersarafi kelenjar ludah (sublingualis dan submandibularis), berpusat di nucleus salivatorius superior, saraf – saraf ini mengikuti nervus VII
- 4) Mempersarafi parotis yang berpusat di nucleus salivatoris inferior di dalam medulla oblongata, saraf ini mengikuti nervus IX
- 5) Mempersarafi sebagian besar alat tubuh yaitu jantung, paru – paru, gastrointestinum, ginjal, pancreas, limfa, hepar, dan kelenjar suprarenalis yang berpusat pada nucleus dorsalis nervus X
- 6) Mempersarafi kolon desendens, sigmoid, rectum, vesika urinaria dan alat kelamin, berpusat di sacral II, III, IV.
- 7) Miksi dan defekasi pada dasarnya adalah suatu reflex yang berpusat di kornu lateralis medulla spinalis bagian sacral. Bila kandung kemih dan rectum tegang miksi dan defekasi secara reflex. Pada orang dewasa reflex ini dapat dikendalikan oleh kehendak. Saraf yang berpengaruh menghambat ini berasal dari korteks di daerah lotus parasentralis yang berjalan dalam traktus piramidalis.

3. Etiologi

Menurut Muttaqin (2008), penyebab dari stroke iskemik ada lima, yaitu :

1. Thrombosis Cerebral.

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak :

1) Atherosklerosis

Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut :

- a) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi thrombosis
- c) Merupakan tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus)
- d) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

2) Hypercoagulasi pada polysitemia

Darah bertambah kental , peningkatan viskositas /hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

3) Arteritis(radang pada arteri)

2. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

3. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak. Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi :

- a) Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital.
- b) Aneurisma fusiformis dari atherosklerosis.
- c) Aneurisma myocotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.

- d) Malformasi arteriovenous, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena.
- e) Ruptur arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.

4. Hypoksia Umum

- a) Hipertensi yang parah.
- b) Cardiac Pulmonary Arrest
- c) Cardiac output turun akibat aritmia

5. Hipoksia setempat

- a) Spasme arteri serebral , yang disertai perdarahan subarachnoid.
- b) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

4. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis Stroke Non Hemoragik menurut Misbach (2011) antara lain :

1. Hipertensi
2. Gangguan motorik (kelemahan otot, hemiparese)
3. Gangguan sensorik
4. Gangguan visual
5. Gangguan keseimbangan
6. Nyeri kepala (migran, vertigo)
7. Muntah
8. Disatria (kesulitan berbicara)

9. Perubahan mendadak status mental (apati, somnolen, delirium, suppor, koma)

Tabel 3. Perbedaan Stroke Non Haemoragic dan Stroke Hemoragik

Gejala	Stroke Non Hemoragik	Stroke Hemoragik
Saat kejadian	Mendadak, saat istirahat	Mendadak, sedang aktifitas
Nyeri kepala	Ringan, sangat ringan	Hebat
Kejang	Tidak ada	Ada
Muntah	Tidak ada	Ada
Adanya tanda peringatan	Ada	Tidak ada
Sakit kepala	Tergantung luas daerah yang terkena	Mulai dari pingsan – koma
Reflek patologis	Tidak ada	Ada
Pembengkakan otak	Tidak ada	Ada

Tabel 4. Perbandingan Stroke Kiri dan Kanan

Stroke Hemisfer Kanan	Stroke Hemisfer Kiri
Paralisis pada tubuh kanan	Paralisis pada sisi kiri tubuh
Defek lapang pandang kanan	Defek lapang pandang kiri
Afasia (ekspresif, reseptif, atau global)	Defisit persepsi-khusus
Perubahan kemampuan intelektual	Peningkatan distraktibilitas
Perilaku lambat dan kewaspadaan	Perilaku impuls dan penilaian buruk, kurang kesadaran terhadap defisit

a) Faktor Risiko Stroke

Tabel 5. Ada beberapa faktor resiko dari stroke, antara lain:

Bisa dikendalikan	Potensial bisa dikendalikan	Tidak bisa Dikendalikan
Hipertensi Penyakit jantung: Endokarditis, Fibrilasi atrium, Stenosis mitralis, Infark jantung, Merokok Konsumsi alkohol Stress Anemia sel sabit Transient Ischemic Attack (TIA) Stenosis karotis asimtomatik Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi), Kolesterol tinggi, Penyalahgunaan obat (kokain)	Diabetes Militus Hiperhomosiste inemia Hipertrofi ventrikel kiri	Umur Jenis kelamin Hereditas Ras dan etnis Geografi

Tabel 6. Defisit Neurologic Stroke: Manifestasi dan Implikasi Keperawatan

Defisit Neurologik	Manifestasi	Implikasi Keperawatan atau Penerapan Penyuluhan Pasien
Defisit Lapang Penglihatan		
Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan)	Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan Mengabaikan salah satu sisi tubuh Kesulitan menilai jarak	Tempatkan objek dalam lapang penglihatan pasien yang utuh Dekati pasien dari sisi lapang pandang yang utuh Instruksikan atau ingatkan pasien untuk memalingkan kepala ke arah kehilangan lapang pandang Dorong penggunaan kaca mata bila tersedia. Ketika mengajarkan pasien, lakukan dalam lapang panjang pasien yang utuh.
Kehilangan penglihatan perifer	Kesulitan melihat pada malam hari Tidak menyadari objek atau batas objek	Tempatkan objek dalam pusat lapang penglihatan pasien. Dorong penggunaan tongkat atau objek lain untuk mengidentifikasi objek di perifer lapang pandang. Hindari berkendara pada malam hari atau aktivitas beresiko dalam kegelapan.
Diplopia	Penglihatan ganda	Jelaskan pada pasien lokasi objek ketika menempatkannya dekat pasien. Secara konsisten tempatkan barang perawatan pasien di lokasi yang sama.
Defisit Motorik		
Hemiparesis	Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).	Tempatkan objek dalam jangkauan pasien pada sisi yang tidak sakit Instruksikan pasien untuk latihan dan meningkatkan kekuatan pada sisi yang tidak sakit.
Hemiplegia	Paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).	Dorong pasien untuk memberikan latihan rentang gerak pada sisi yang sakit. Berikan mobilisasi sesuai kebutuhan pada sisi yang sakit. Pertahankan kesejajaran tubuh dalam posisi fungsional. Latih tungkai yang tidak sakit untuk meningkatkan mobilitas, kekuatan, dan penggunaan.
Ataksia	Berjalan tidak mantap, tegak Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.	Dukung pasien selama fase ambulasi awal. Berikan alat penyokong untuk ambulasi (mis. walker, kruk, tongkat). Instruksikan pasien untuk tidak berjalan tanpa bantuan atau alat penyokong.
Disartria	Kesulitan dalam membentuk kata	Memberikan pasien metode alternatif untuk berkomunikasi

		Memberi pasien cukup waktu untuk berespons untuk komunikasi verbal. Dukung pasien dan keluarga untuk menghilangkan frustrasi yang b.d. kesulitan berkomunikasi.
Disfagia	Kesulitan menelan	Uji refleks faring pasien sebelum memberikan makanan dan cairan. Bantu pasien saat makan. Tempatkan makanan pada sisi mulut yang tidak sakit. Berikan waktu yang cukup untuk makan.
Defisit Sensori		
Parestesia (terjadi pada sisi berlawanan dari lesi)	Kebas dan kesemutan pada bagian tubuh Kesulitan dalam proporsional	Instruksikan pasien untuk menghindari penggunaan bagian tubuh ini sebagai tungkai domain Berikan rentang gerak pada area yang sakit dan berikan alat korektif yang diperlukan. Tempatkan barang perawatan pasien ke arah sisi yang tidak sakit.
Defisit Verbal		
Afasia ekspresif	Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami; mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal	Dorong pasien untuk mengulang bunyi alfabet.
Afasia reseptif	Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan: mampu bicara tetapi tidak masuk akal.	Bicara perlahan dan jelas untuk membantu pasien membentuk bunyi.
Afasia global	Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif	Bicara perlahan dan dalam kalimat sederhana; gunakan sikap tubuh atau gambaran bila mampu.
Defisit kognitif	Kehilangan memori jangka pendek dan panjang Penurunan lapang perhatian Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi Perubahan penilaian	Reorientasikan pasien pada waktu, tempat, dan situasi dengan sering. Gunakan petunjuk verbal dan auditorius untuk mengorientasikan pasien. Berikan objek keluarga (foto keluarga, foto favorit) Gunakan bahasa tidak rumit dengan pasien. Cocokkan tugas visual dengan petunjuk verbal: memegang sakit gigi, mensimulasikan sakit gigi dengan mengatakan "Saya ingin menyikat gigi Anda sekarang" Minimalkan suara dan gambaran distraksi ketika Ulang dan tekankan instruksi dengan sering.
Defisit Emosional	Kehilangan kontrol diri	Dukung pasien selama kejadian tidak terkontrol Diskusikan dengan pasien dan keluarga bahwa

	Labilitas emosional Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress Depresi Menarik diri Rasa takut, bermusuhan, dan marah Perasaan isolasi	kejadian tersebut karena proses penyakit. Dorong pasien untuk berpartisipasi dalam aktivitas kelompok Berikan stimulasi untuk pasien Kontrol situasi penimbul stress bila mungkin. Berikan lingkungan yang aman Dorong pasien untuk mengekspresikan perasaan dan frustasi yang berkaitan dengan proses penyakit.
--	---	---

5. Patofisiologi

Menurut (Muttaqin, 2008) Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark tergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa

jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal,, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat . menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

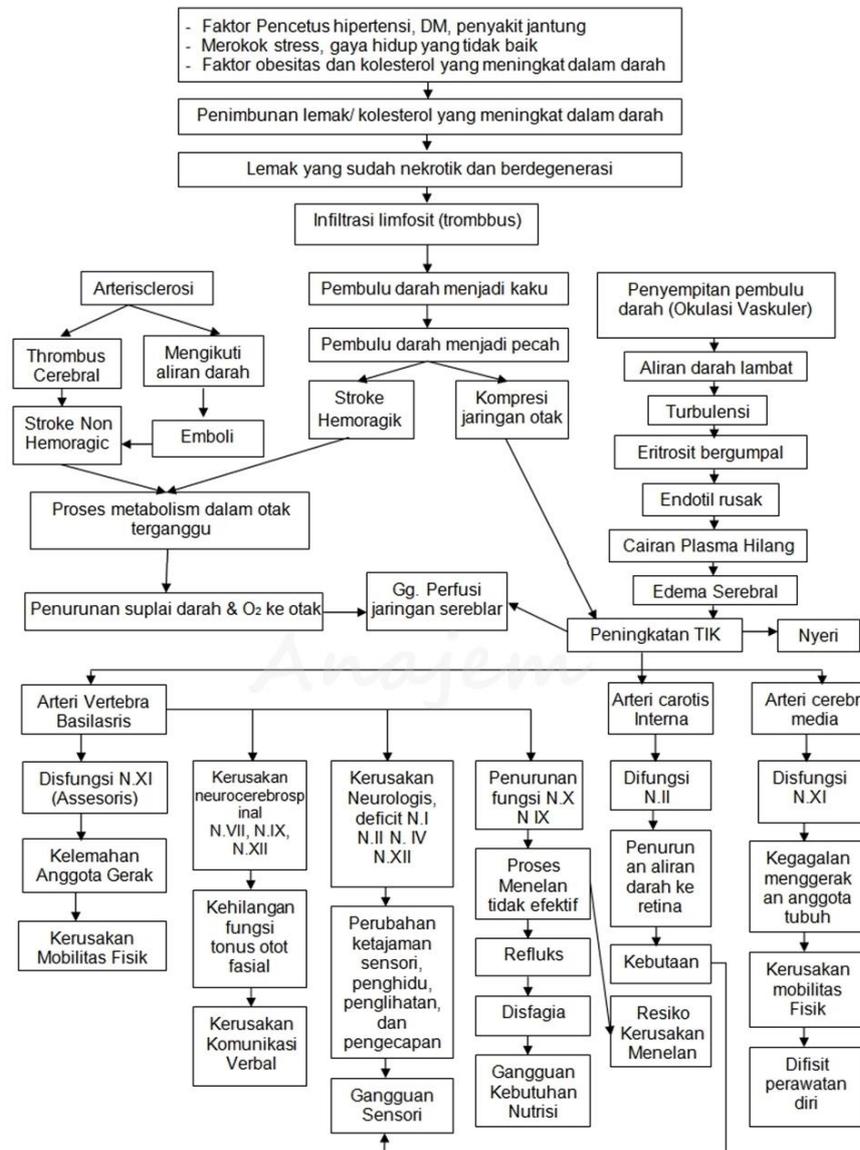
Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskular; karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons .

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

6. Pathway

Gambar 2. Menurut (Nurarif & Hardhi, 2015)



7. Klasifikasi

Menurut Corwin (2009), klasifikasi stroke adalah:

1. Stroke non hemoragik

- a. Trombosis cerebri, terjadi penyempitan lumen pembuluh darah otak perlahan karna proses arterosklerosis cerebral dan perlambatan sirkulasi serebral.
- b. Embolisme cerebral, penyempitan pembuluh darah terjadi mendadak akibat abnormalitas patologik pada jantung. Embolus biasanya menyumbat arteri cerebral tengah atau cabang-cabangnya, yang merusak sirkulasi cerebral.

2. Stroke Haemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun.

8. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya: a. Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru. b. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah

pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi. c. Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni. d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi. e. Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

9. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan menurut (Nurarif & Hardhi, 2015) sebagai berikut :

1. Stadium Hiperakut

Tindakan pada stadium ini dilakukan di Instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebro-kardio-pulmonal bertujuan agar kerusakan jaringan otak tidak meluas. Pada stadium ini, pasien diberi oksigen 2 L/menit dan cairan kristaloid/koloid ; hindari pemberian cairan dekstrosa atau salin dalam H₂O. Dilakukan pemeriksaan CT scan otak, elektrokardiografi, foto toraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protrombin time/INR, APTT, glukosa darah, kimia darah (termasuk elektrolit); jika hipoksia, dilakukan analisis gas darah. Tindakan lain di Instalasi Rawat Darurat adalah memberikan dukungan mental kepada pasien serta memberikan penjelasan pada keluarganya agar tetap tenang.

2. Stadium Akut

Pada stadium ini, dilakukan penanganan faktor-faktor etiologik maupun penyulit. Juga dilakukan tindakan terapi fisik, okupasi, wicara dan psikologis serta telaah sosial untuk membantu pemulihan pasien. Penjelasan dan edukasi kepada keluarga pasien perlu, menyangkut dampak stroke terhadap pasien dan keluarga serta tata cara perawatan pasien yang dapat dilakukan keluarga.

a. Stroke Iskemik

Terapi umum : 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. Selanjutnya, bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisis gas darah. Jika perlu dilakukan intubasi. Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebab harus dikoreksinya jika kandung keih penuh dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten). Pemberian nutrisi dengan cairan isotonik, kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonik. Pemberian nutrisi per oral hanya jika fungsi menelannya baik, jika didapatkan gangguan menelan atau kesadaran menurun dianjurkan melalui selang nasogastrik. 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. Hipoglikemia (kadar gula darah $> 60\text{ mg}\%$ atau $> 80\text{ mg}\%$

dengan gejala) diatasi segera dengan dekstrosa 40% IV sampai kembali normal dan harus dicari penyebabnya. Nyeri kepala atau mual dan muntah diatasi dengan pemberian obat-obatan sesuai gejala. Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan kecuali bila tekanan sistolik >220 mmHg, diastol > 120 mmHg. Mean arterial Blood Pressure (MAP) > 130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal. Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan : natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa-beta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium. Jika terjadi Hipotensi yaitu tekanan sistol < 90 mmHg diastol < 70 mmHg diberi Nacl 0,9 % 250 ml selama 1 jam dilanjutkan 500 ml selama 4 jam dan 500 ml selama 8 jam atau sampai hipotensi dapat diatasi. Jika belum terkoreksi yaitu tekanan darah sistol masih < 90 mmHg dapat diberikan dopamin 2-20ug/kg/menit sampai tekanan darah sistolik > 110 mmHg. Jika kejang diberi diazepam 5-20 mg iv pelan-pelan selama 3 menit, maksimal 100 mg perhari dilanjutkan pemberian antikonvulsan per oral (fenitoin karbamaxepin). Jika kejang muncul setelah 2 minggu, diberikan anikonvulsan peroral jangka panjang. Jika didapatkan tekanan intrakranial meningkat, diberi manitol bolus intravena 0,25 sampai 1g/kgBB per 30 menit, dan jika dicurigai fenomena rebound atau keadaan umum memburuk dilanjutkan 0,25g/kg BB per 30 menit setiap 6 jam selama 3-5 hari. Harus dilakukan pemantauan osmolalitas (< 320

mmol) sebagai alternatif dapat diberikan larutan hipertonik (NaCL 3%) atau furosemid.

Terapi Khusus : ditujukan untuk reperfusi dengan pemberian antiplatelet seperti aspirin dan anti koagulan atau yang dianjurkan dengan trombolitik rtPA (recombinant tissue Plasminogen Actiatoe). Dapat juga diberikan agen neuroproteksi yait sitikolin atau piracetam (jika didapatkan afasia).

b. Stroke Non Hemoragik

Terapi umum : Pasien stroke hemoragik harus dirawat di ICU jika volume hematoma >30 mL, perdarahan intraventrikuler dengan hidrosefalus, dan keadaan klinis cenderung memburuk. Tekanan darah harus diturunkan sampai tekanan darah premorbid atau 15-20% bila tekanan sistolik >180 mmHg, diastolik >120 mmHg, MAP >130 mmHg, dan volume hematoma bertambah. Bila terdapat gagal jantung, tekanan darah harus segera diturunkan dengan labetalol IV 10 mg (pemberian dalam 2 menit) sampai 20 mg (pemberian dalam 10 menit) maksimum 300 mg; enalapril IV 0,625-1.25 mg/6 jam; kaptopril 3 x 6,25-25 mg per oral. Jika didapatkan tanda tekanan intrakranial meningkat, posisi kepala dinaikkan 30⁰, posisi kepala dan dada di satu bidang, pemberian manitol (lihat penanganan stroke iskemik), dan hiperventilasi (PCO₂ 20-35 mmHg). Penatalaksanaan umum sama dengan pada stroke iskemik, tukak lambung diatasi dengan antagonis H₂ parenteral, sukralfat, atau inhibitor pompa proton; komplikasi

saluran napas dicegah dengan fisioterapi dan diobati dengan antibiotik spektrum luas.

Terapi khusus : Neuroprotektor dapat diberikan kecuali yang bersifat vasodilator. Tindakan bedah mempertimbangkan usia dan letak perdarahan yaitu pada pasien yang kondisinya kian memburuk dengan perdarahan serebelum berdiameter $>3 \text{ cm}^3$, hidrosefalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau serebelum, dilakukan VP-shunting, dan perdarahan lobar $>60 \text{ mL}$ dengan tanda peningkatan tekanan intrakranial akut dan ancaman herniasi. Pada perdarahan subaraknoid, dapat digunakan antagonis Kalsium (nimodipin) atau tindakan bedah (ligasi, embolisasi, ekstirpasi, maupun gamma knife) jika penyebabnya adalah aneurisma atau malformasi arteri-vena (arteriovenous malformation, AVM).

3. Stadium Sub akut

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

Terapi fase subakut : Melanjutkan terapi sesuai kondisi akut sebelumnya, penatalaksanaan komplikasi, restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien), yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan

terapi okupasi, prevensi sekunder, edukasi keluarga dan Discharge Planning.

10. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Muttaqin (2008), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut :

1. Laboratorium

a. Pemeriksaan darah rutin

b. Pemeriksaan kimia darah lengkap

- Gula darah sewaktu
- Kolesterol, ureum, kreatinin, asam urat, fungsi hati, enzim SGOT/SGPT/CPK dan Profil lipid (trigliserid, LDL-HDL serta total lipid)

c. Pemeriksaan hemostasis (darah lengkap)

- Waktu protrombin
- APTT
- Kadar fibrinogen
- D-dimer
- INR
- Viskositas plasma

2. Foto Thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung. Serta mengidentifikasi kelainan paru yang potensial mempengaruhi proses manajemen dan memperburuk prognosis.

3. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

4. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

5. CT scan.

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

6. MRI

MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

7. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

8. EEG

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

B. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik

1. Pengkajian

Menurut Muttaqin, (2008) anamnesa pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

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 non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar,

selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

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

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas

mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme coping 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

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

1) B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada klien dengan tingkat kesadaran *compos mends*, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi

toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) B2 (Blood)

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

3) B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

4) B4 (Bladder)

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

Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (Bowel)

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

6) B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

7) Pengkajian Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan.

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

8) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

9) Status Mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

10) Fungsi Intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage* yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

11) Kemampuan Bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan *disfasia reseptif*, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan *disfasia ekspresif*, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. *Disartria* (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

h. Pengkajian Saraf Kranial

Menurut Muttaqin, (2008) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-X11.

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

- 7) Saraf VIII : Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- 8) Saraf IX dan X : Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- 9) Saraf XI : Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- 10) Saraf XII : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.

i. Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi berlawanan dari otak.

- 1) *Inspeksi Umum*. Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
- 2) *Fasikulasi*. Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.
- 3) *Tonus Otot*. Didapatkan meningkat.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, yaitu :

- 1. Gangguan perfusi jaringan serebral b.d O2 otak menurun

2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
3. Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.
4. Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : lembap
5. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara

3. Perencanaan

Tabel 7. Perencanaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)	Rasional
1	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d O ₂ otak menurun	Tujuan (NOC) : Gangguan perfusi jaringan dapat tercapai secara optimal Kriteria hasil : a) Mampu mempertahankan tingkat kesadaran b) Fungsi sensori dan motorik membaik	Intervensi (NIC) 1. Pantau TTV tiap jam dan catat hasilnya 2. Kaji respon motorik terhadap perintah sederhana 3. Pantau status neurologis secara teratur 4. Dorong latihan kaki aktif/pasif 5. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi	1. Peningkatan tekanan darah sistemik yang diikuti dengan penurunan tekanan darah diastolik merupakan tanda peningkatan TIK. Napas tidak teratur menunjukkan adanya peningkatan TIK 2. Mampu mengetahui tingkat respon motorik pasien 3. Mencegah/menurunkan atelektasis 4. Menurunkan statis vena 5. Menurunkan resiko terjadinya komplikasi
2	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi	Tujuan (NOC) : 1. Status gizi 2. Asupan makanan 3. Cairan dan zat gizi Kriteria evaluasi:	Intervensi (NIC) : 1. Pengelolaan gangguan makanan 2. Pengelolaan nutrisi 3. Bantuan menaikkan BB	

	nutrien	<p>a) Menjelaskan komponen kedekatan diet</p> <p>b) Nilai laboratorium</p> <p>c) (mis, trnsferin, albumin, dan eletrolit)</p> <p>d) Melaporkan keadekuatan tingkat gizi</p> <p>e) Nilai laboratorium (mis : trasferin, albomen dan eletrolit)</p> <p>f) Toleransi terhadap gizi yang dianjurkan.</p>	<p>Aktivitas keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan 2. Ketahui makanan kesukaan klien 3. Rujuk kedokter untuk menentukan penyebab perubahan nutrisi 4. Bantu makan sesuai dengan kebutuhan klien 5. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan untuk makan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi klien mempengaruhi dalam perubahan nutrisi 2. Makanan kesukaan klien untuk mempermudah pemberian nutrisi 3. Merujuk kedokter untuk mengetahui perubahan klien serta untuk proses penyembuhan 4. Membantu makan untuk mengetahui perubahan nutrisi serta untuk pengkajian 5. Menciptakan lingkungan untuk kenyamanan istirahat klien serta utk ketenangan dalam ruangan/kamar.
3	Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<p>Tujuan (NOC):</p> <p>Klien diminta menunjukkan tingkat mobilitas, ditandai dengan indikator berikut (sebutkan nilainya 1 – 5) : ketergantungan (tidak berpartisipasi) membutuhkan bantuan orang lain atau alat membutuhkan bantuan orang lain, mandiri dengan pertolongan alat bantu atau mandiri penuh).</p>	<p>Intevensi (NIC) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi aktivitas, ambulasi 2. Terapi aktivitas, mobilitas sendi. 3. Perubahan posisi <p>Aktivitas Keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan klien tentang dan pantau penggunaan alat 2. Bantu mobilitas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan klien tentang dan pantau penggunaan alat bantu mobilitas klien lebih mudah. 2. Membantu klien dalam proses perpindahan akan membantu klien latihan dengan cara tersebut.

		<p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menunjukkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan. Meminta bantuan untuk beraktivitas mobilisasi jika diperlukan. Menyangga BAB Menggunakan kursi roda secara efektif. 	<ol style="list-style-type: none"> Ajarkan dan bantu klien dalam proses perpindahan. Berikan penguatan positif selama beraktivitas. Dukung teknik latihan ROM Kolaborasi dengan tim medis tentang mobilitas klien 	<ol style="list-style-type: none"> Pemberian penguatan positif selama aktivitas akan membantu klien semangat dalam latihan. Mempercepat klien dalam mobilisasi dan mengkendorkan otot-otot Mengetahui perkembangan mobilisasi klien sesudah latihan ROM Kolaborasi dengan tim medis dapat membantu meningkatkan mobilitas pasien seperti kolaborasi dengan fisioterapis
4	<p>Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : lembap</p>	<p>Tujuan (NOC) : Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) Tidak ada luka/lesi pada kulit Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang Mampu melindungi kulit 	<ol style="list-style-type: none"> Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar Hindari kerutan pada tempat tidur Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali Monitor kulit akan adanya kemerahan Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 	<ol style="list-style-type: none"> Kulit bisa lembap dan mungkin merasa tidak dapat beristirahat atau perlu untuk bergerak Menurunkan terjadinya risiko infeksi pada bagian kulit Cara pertama untuk mencegah terjadinya infeksi Mencegah terjadinya komplikasi selanjutnya Mengetahui perkembangan terhadap terjadinya infeksi kulit Menurunkan pemajanan terhadap kuman infeksi pada kulit

		dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami	7. Kolaborasi pemberian antibiotic sesuai indikasi	7. Menurunkan risiko terjadinya infeksi
5	Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara	Tujuan (NOC): Komunikasi dapat berjalan dengan baik Kriteria hasil : a) Klien dapat mengekspresikan perasaan b) Memahami maksud dan pembicaraan orang lain c) Pembicaraan pasien dapat dipahami	Intervensi (NIC) : 1. Lakukan komunikasi dengan wajar, bahasa jelas, sederhana dan bila perlu diulang 2. Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai berbicara 3. Berdiri di dalam lapang pandang pasien pada saat bicara 4. Latih otot bicara secara optimal 5. Libatkan keluarga dalam melatih komunikasi verbal pada pasien 6. Kolaborasi dengan ahli terapi wicara	1. Mencek komunikasi klien apakah benar-benar tidak bisa melakukan komunikasi 2. Mengetahui bagaimana kemampuan komunikasi klien tsb 3. Mengetahui derajat /tingkatan kemampuan berkomunikasi klien 4. Menurunkan terjadinya komplikasi lanjutan 5. Keluarga mengetahui & mampu mendemonstrasikan cara melatih komunikasi verbal pd klien tanpa bantuan perawat 6. Mengetahui perkembangan komunikasi verbal klien

4. Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal. Pada tahap ini perawat menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia (komunikasi) dan kemampuan teknis keperawatan, penemuan perubahan pada pertahanan daya tahan tubuh, pencegahan komplikasi, penemuan perubahan sistem tubuh, pemantapan hubungan klien dengan lingkungan, implementasi pesan tim medis serta mengupayakan rasa aman, nyaman dan keselamatan klien.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Penilaian dalam keperawatan bertujuan untuk mengatasi pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

C. Dokumentasi Keperawatan

Pendokumentasian yang digunakan dalam kasus ini adalah model dokumentasi POR (Problem Oriented Record) menggunakan SOAPIE (subyek, obyek, analisa, planning, implementasi, evaluasi). Dalam setiap diagnosa keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan kemudian

penulis mendokumentasikan yaitu dalam memberikan tanda tangan waktu dan tanggal. Jika ada kesalahan dicoret diberi paraf oleh penulis.

BAB III

KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Kasus

Hari/Tanggal : Senin, 2 Juli 2018
Jam : 09.00 WIB
Tempat : Ruang Bugenvil
Oleh : Nusatirin
Sumber data : Klien, Keluarga Klien, dan Status pasien
Metode : Wawancara, Observasi, dan Studi dokumen

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

- 1) Nama Pasien : Tn. H
- 2) Tempat tanggal lahir : Demak , 19 Maret 1976
- 3) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 4) Agama : Islam
- 5) Pendidikan : STM
- 6) Pekerjaan : TNI
- 7) Status Perkawinan : Kawin
- 8) Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
- 9) Alamat : Asr Rindam IV/Diponegoro
- 10) Diagnosa Medis : Stroke non hemoragik
- 11) No.RM : 05 87 94
- 12) Tanggal Masuk RS : 30Juni2018

b. Penanggung Jawab/ Keluarga

- 1) Nama : Ny. A
- 2) Umur : 40 Th
- 3) Pendidikan : SMA
- 4) Pekerjaan : Ibu RT

- 5) Alamat : Asr Rindam IV/Diponegoro
- 6) Hubungan dengan pasien : Istri
- 7) Status perkawinan : Kawin

2. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama saat Pengkajian

Pasien mengeluh kaki dan tangan kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan bicara pelo.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

- ✓ Alasan masuk RS :pasien mengalami penurunan kesadaran dan mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan
- ✓ Riwayat kesehatan pasien :pasien mengatakan memiliki penyakit Hipertensi tahun 2017.Pasien lalu ke IGD dr Soedjono dan kemudian pasien dirawat.

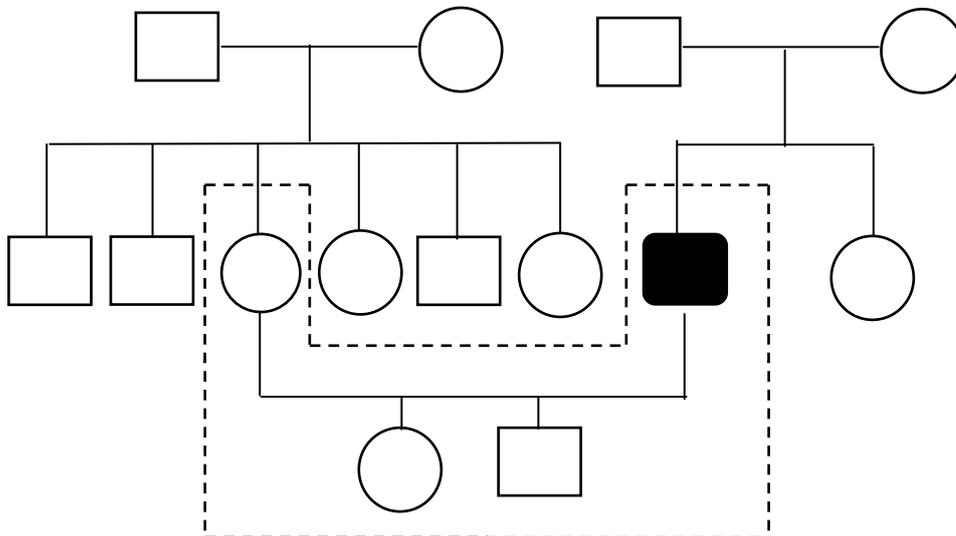
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

- ✓ Pasien mengatakan pernah menjalani rawat inap di ruang bugenvil rs dr soedjono kurang lebih 3 bulan yang lalu dengan diagnosa hipertensi,pasien belum pernah menjalani tindakan operasi
- ✓ Pasien mengatakan tidak mempunyai elergi makanan minuman maupun obat.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Gambar 3. Genogram

1) Genogram



Keterangan :



2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari pihak keluarga pasien sebelumnya ada yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien yaitu hipertensi dari orang tua pasien.

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik-Biologis

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit

Pasien makan 3x sehari, 1 porsi habis. Makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur dan lauk. Kemudian pasien minum 6-5 gelas perhari (1500) berupa air putih.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan selama sakit nafsu makan pasien berkurang. Pasien hanya makan 3-5 sendok setiap kali makan. Isteri pasien mengatakan selama sakit pasien minum 4 gelas air putih.

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum sakit

BAB teratur setiap hari pada pagi hari. Bentuk dan warna feses lunak berwarna kuning kecoklatan. BAK lancar kurang lebih sebanyak 5-6 kali.

b) Selama sakit

Selama dirumah sakit pasien sudah 2 hari tidak BAB. Untuk BAK pasien terpasang kateter. Urine berwarna kuning jernih, \pm 500cc.

3) Pola Aktivitas

a) Sebelum sakit

(1) Keadaan aktivitas sehari-hari

Tidak perlu dibantu pasien setiap hari bekerja sebagai TNI. Dalam melakukan kegiatan sehari-hari meliputi mandi, makan, BAB/ BAK dan berpakaian pasien melakukannya secara mandiri dan tidak menggunakan alat bantu

(2) Keadaan pernafasan

Klien bernafas menggunakan hidung, pernafasan teratur.

(3) Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit jantung.

b) Selama sakit Tabel 8. Kemampuan perawatan diri

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum				√	
Mandi				√	
Toileting				√	
Berpakaian					√
Mobilitas di tempat tidur					√
Berpindah				√	
Ambulasi/ROM			√		

Ket: 0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

4) Kebutuhan Istirahat-tidur

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit kebutuhan istirahat-tidur klien tercukupi, klien biasanya dalam sehari tidur 6-8 jam.

b) Selama sakit

Selama sakit pasien mengatakan tidak ada perubahan dalam pola tidurnya di rumah sakit. Selama di Rumah Sakit pasien lebih banyak waktunya untuk istirahat.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Semenjak mengalami Hipertensi pasien dan istri mulai mengurangi makanan yang mengandung garam serta pasien belum mengerti tentang perawatan penderita stroke.

2) Pola hubungan

Pasien menikah satu kali, dan tinggal bersama istri

3) Koping atau toleransi stres

Pengambilan keputusan dalam menjalankan tindakan dilakukan oleh pihak keluarga, terutama pasien dan istri pasien.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya(Tabel 9)

Keadaan mental	Pasien dalam keadaan compos mentis (sadar penuh)
Berbicara	Pasien tidak dapat berbicara dengan lancar/ pelo
Bahasa yang dipakai	Bahasa Jawa dan Indonesia
Kemampuan bicara	Terdapat gangguan
Pengetahuan pasien terhadap penyakit	Pasien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya.Pasien mengetahui bahwa sakit yang selama ini dideritanya adalah penyakit hipertensi.
Persepsi tentang penyakit	Pasien menurut pada apa yang disarankan olehk keluarganya.

5) Konsep diri

a) Gambaran diri

Pasien menggambarkan dirinya sebagai orang yang sabar.

b) Harga diri

Pasien menghargai dirinya dan selalu mempunyai harapan terhadap hidupnya

c) Peran diri

Pasien mengakui perannya sebagai seorang kepala keluarga, pasien mengatakan bahwa ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarga.

d) Ideal diri

Pasien lebih menurut pada keluarganya

e) Identitas diri

Pasien mengenali siapa dirinya

6) Seksual

Pasien tidak memikirkan kebutuhan seksualnya

7) Nilai

Pasien memahami nilai-nilai yang berlaku dalam masyarakat, pasien memahami hal-hal yang baik dan yang benar

c. Aspek Lingkungan Fisik

Rumah pasien berada di perkotaan.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Composmentis

2) Status Gizi :

TB = 168cm

BB = 70 kg

IMT = 24,80 kg/m²

3) Tanda Vital

TD = 200/100 mmHg

Nadi = 60 x/menit

Suhu = 36,8°C

RR = 24 x/menit

(4) Skala Nyeri

Pasien mengatakan skala nyeri 1

b. Pemeriksaan Secara Sistematis (*Cephalo-Caudal*)

1) Kulit

Kulit lembab berwarna putih, tidak terdapat lesi, pertumbuhan rambut merata. Turgor kulit baik.

2) Kepala (Tabel 10)

Rambut	Rambut pendek , rambut hitam terdapat uban, dan berambut tebal. Rambut tertata rapi.
Mata	Konjungtiva tidak anemis, dilatasi pupil normal, reflek pupil baik, sklera baik
Hidung	Normal dan simetris tidak terdapat lesi.
Telinga	Kedua lubang telinga bersih tidak mengeluarkan cairan
Mulut	Mulut bersih, tidak ada gigi palsu, gigi rapat berwarna putih kekuningan, mukosa bibir lembab, tidak berbau mulut

3) Leher

Tidak ada benjolan (tidak terdapat pembesaran vena jugularis)

4) Tengkok

Pada tengkok tidak terdapat benjolan yang abnormal.

5) Thorax

- a) Inspeksi : Simetris, tidak ada pertumbuhan rambut, warna kulit merata, ekspansi dada simetris
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa
- c) Perkusi : suara sonor
- d) Auskultasi : vesikuler

6) Kardivaskuler

- a) Inspeksi : tidak ada lesi, warna kulit merata, persebaran rambut merata
- b) Palpasi : Teraba iktus kordis pada interkostalis ke 5, 2 cm dari midklavikularis kiri.
- c) Perkusi : Suara redup
- d) Auskultasi : Suara S1 dan S2

7) Punggung

Bentuk punggung simetris, tidak terdapat luka, terdapat jerawat di punggung sebelah atas, kulit berwarna sawomatang.

8) Abdomen (Tabel 11)

Inspeksi	Warna kulit sawo matang, warna kulit merata, tidak terdapat bekas luka.
Auskultasi	Peristaltik usus 10 kali permenit, terdengar jelas
Perkusi	Terdengar hasil ketukan “tympani” di semua kuadran abdomen
Palpasi	Tidak ada nyeri tekan,, tidak terdapat edema, tidak terdapat massa dan benjolan yang abnormal

9) Panggul

Bentuk panggul normal, warna kulit panggul merata kecoklatan, tidak terdapat lesi, pertumbuhan rambut tipis merata

10) Anus dan rectum

Pada anus dan rectum normal, tidak terdapat lesi, tidak terdapat pembengkakan. Warna merah tua.

11) Genitalia

a) Pada Laki-laki

Genitalia pasien normal, tidak ada luka.

12) Ekstremitas (Tabel 12)

Atas	Tangan kanan mengalami kelemahan dan tangan kiri bisa digerakkan secara leluasa. Kekuatan otot kanan 4 dan kiri 5. Tangan kiri terpasang infus Asering 20 tpm. Kuku pada jari tangan terlihat bersih
Bawah	kaki kanan mengalami kelemahan dan kiri tidak terjadi kelemahan, anggota gerak lengkap, tidak terdapat edema, kekuatan otot kanan 2 dan kiri 5. Kuku pada jari kaki terlihat bersih

13) Pemeriksaan Fungsi saraf Kranialis (Tabel 13).

Saraf Kranialis	Jenis Fungsi	Fungsi
I Olfaktorius	Sensorik	Pasien dapat membedakan bau minyak wangi dan bauk teh
II Optikus	Sensorik	Tidak ada gangguan penglihatan
III Okulomotor	Motorik	Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.
IV Troklearis	Motorik	Tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata.
V Trigeminalis	Sensorik	Wajah perot
	Motorik	Sedikit ada gangguan pada saat mengunyah
VI Abdusens	Motorik	Tidak dapat menggerakkan bola mata ke samping.
VII Fasiali	Motorik	Terdapat gangguan pada saat bicara, bicara pelo
VIII Vestibulokoklear	Sensorik	Tidak ada gangguan pendengaran
IX Glosofaringeus	Sensorik Motorik	terdapat kesulitan dalam menelan.
X Vagus	Sensorik Motorik	Tidak ada gangguan
XI Asesorius Spinal	Sensorik	Anggota badan sebelah kanan suah digerakkan dan dapat mengangkat bahu sebelah kiri
XII Hipoglosus	Motorik	Respon lidah tidak baik, klien tidak bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke yang lain, terdapat kesulitan dalam menelan.

5. Pemeriksaan laboratorium

a. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tn. W dari Ruang Cempaka RS dr. Soedjono, Senin, 2 juli 2018

(Tabel 14) Hasil Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Satuan	Nilai Rujukan
1.	Glukosa	89	Mg/dL	70-115
2.	Glukosa 2jam PP	100	Mg/dL	70-140
3.	Leukosit	7,5	K/uL	3,6-11,0

b. Hasil CT Scan

Dx Klinis : CVA

Kesan :

- ICH (intracerebral hemmorrhage) putamen sinistra (Slice 6-9, ukuran L.K 2,1 X 3,8 cm, Hu 64,88)
- Tak tampak laterasi
- Penyempitan ventrikel lateralis dan cornu anterior-posterior sinistra
- Tak tampak oedem cerebri
- Suspect hematosinus sphenoidalis sinistra, DD : sinusitis
- Lain-lain tak tampak kelainan

c. Terapi pengobatan (Tabel 15)

Hari/Tanggal	Obat	Dosis dan satuan	Rute
Senin, 2Juni 2018	Cairan infus Asering	20 tpm	IV
	Manitol	6 x 100	IV
	Neorages	3 X 1	Oral
	Amlodipin	1 x 10 mg	Oral
	Ranitidin	50 mg/12j	IV
	Ondansetron	4 mg/12 jam	IV
	Piracetam	3g/12 jam	IV

B. Analisa Data

Tabel 16. Analisa data

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH				
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengeluh tensi selalu tinggi dan mempunyai riwayat darah tinggi. - Pasien mengatakan kepala terasa pusing - Pasien mengatakan bicara pelo sebelum masuk RS <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku : Cukup, composmentis - Pasien tampak lemah - TD = 200/100 mmHg - Nadi = 60 x/menit - Suhu = 36,8°C - RR = 20 x/menit - Bicara pelo - Terdapat gangguan pada pemeriksaan nervus IX Glossofaringeus dan XII Hipoglosus 	Hipertensitroke non hemoragik	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer				
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan mengalami kelemahan - Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku : Cukup, composmentis - TD = 200/100 mmHg - Nadi = 60 x/menit - Suhu = 36,8°C - RR = 20 x/menit - Kekuatan skala otot <table border="1" data-bbox="395 1630 496 1704" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">5</td> </tr> </table> - Segala aktifitas pasien dibantu seperti makan minum mobilisasi berpakaian dll - Pasien terdapat gangguan pada anggota badan sebelah kanan tangan kanan hanya bisa melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kanan hanya abduksi dan adduksi 	4	5	4	5	Penurunan kekuatan otot(kerusakan neuron)	Hambatan mobilitas Fisik
4	5						
4	5						

	pada pergelangan kaki		
3.	<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku : Cukup, composmentis - TD = 200/100 mmHg - Nadi = 60 x/menit - Suhu = 36,8°C - RR = 20 x/menit - Terpasang infus Asering di tangan kiri 20 tpm sejak tanggal 30 Juni 2018, tidak ada oedem. - Terpasang kateter - Leukosit 7,5 k/uL 	Pertahanan primer tidak adekuat	Risiko Infeksi
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengetahui bahwa dirinya menderita stroke akan tetapi tidak mengetahui cara perawatan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien belum memahami manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke 	Kurang terpaparnya informasi	Kurangnya pengetahuan

C. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, stroke non hemoragic ditandai dengan Pasien mengatakan mengeluh tensi selalu tinggi dan mempunyai riwayat darah tinggi, Pasien mengatakan kepala terasa pusing, Pasien mengatakan bicara pelo sebelum masuk RS, Ku : Cukup, composmentis, Pasien tampak lemah, TD 200/100 mmHg, Nadi = 60 x/menit, Suhu = 36,8°C , RR = 20 x/menit, Bicara pelo.
2. Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (kerusakan neuron)ditandai dengan Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan mengalami kelemahan, Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga, Ku : Cukup, composmentis, TD = 200/100 mmHg, Nadi = 60 x/menit, Suhu = 36,8°C, RR = 20 x/menit, Kekuatan

4	5
4	5

 skala otot , Segala aktifitas pasien dibantu seperti makan mobilisasi berpakaian dll, Pasien terdapat gangguan pada anggota badan sebelah kanan tangan kanan hanya bisa melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kanan hanya abduksi dan adduksi pada pergelangan kaki
3. Resiko infeksi berhubungan denganp ertahanan primer tidak adekuat ditandai dengan Ku : Cukup, composmentis, TD 200/100 mmHg, Nadi = 60 x/menit, Suhu = 36,8°C, RR 20 x/menit, Terpasang infus Asering di tangan kiri 20 tpm sejak tanggal 30 Juni 2018, tidak ada oedem, Terpasang kateter, Leukosit 7,5 k/uL.
4. Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi ditandai dengan Pasien mengatakan mengetahui bahwa dirinya menderita stroke akan tetapi tidak mengetahui cara perawatan. Pasien belum memahami manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke.

D. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Tabel 17. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, ICH (intracerebral hemorrhage)</p>	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, mencapai Circulation status dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Tekanan systole dan distole dalam rentang normal(130/90)</p> <p>b. Tidak ada tanda-tanda tekanan intrakranial lebih dari 15 mmHg</p> <p>c. (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).</p>	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>a. O :Kaji tanda-tanda vital</p> <p>b. N :Batasi gerakan kepala ,leher dan punggung</p> <p>c. E :Anjurkan pasien untuk banyak istirahat .</p> <p>d. C : Kelola obat amlodipin 10 mg/24 jam dan injeksi piracetam 3gr</p>	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>a. Memudahkan perawat menentukan intervensi selanjutnya.</p> <p>b. Teknik non farmakologis membantu mengurangi kenaikan tanda –tanda vital.</p> <p>c. Memberikan kenyamanan pada pasien.</p> <p>d. Amlodipin sebagai penurunkan tensi secara farmakaologi</p>
2.	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan</p>	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24</p>	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>a. O : Mengkaji kekuatan otot</p>	<p>Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB</p> <p>a. Mengetahui tanda skala kekuatan otot</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
	Penurunan kekuatan otot	jam diharapkan mencapai mobility level dengan kriteria hasil 1. Skala kekuatan otot bertambah 5 5 5 5 2. Mampu melakukan aktivitas mandiri 3. Tangan sebelah kanan dapat digerakkan secara bertahap	b. N :Lakukan dan ajarkan tindakan ROM pada pasien c. E :Anjurkan pasien untuk mengurangi makanan atau minuman yang banyak mengandung garam d. C : Kolaborasi dengan ahli fisioterapi jika dibutuhkan	b. Tindakan non farmakologis untuk meningkatkan kekuatan otot c. Dengan mengurangi makanan maupun minuman yang banyak mengandung garam dapat membantu menurunkan risiko darah tinggi d. d. Tindakan non farmakologis untuk meningkatkan kekuatan otot
3.	Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB Risiko Infeksi berhubungan dengan Pertahanan Sekunder tidak adekuat	Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam infeksi tidak terjadi dengan kriteria: a. Tidak ada tanda-tanda infeksi (dolor, calor, rubor, tumor, functio laesa) b. Luka bersih, tidak lembab dan tidak kotor. c. Balutan infus bersih, tidak, lembab, dan tidak kotor d. Tanda-tanda vital	Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB a. O :Pantau tanda-tanda vital. b. N :Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan Lakukan perawatan terhadap prosedur invasif seperti infus, kateter, drainase luka c. E : Edukasi pasien untuk menjaga kebersihan dan selalu cuci tangan d. C :Kelola untuk pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gr/24 jam dan Jika ditemukan tanda	Senin, 2 Juni 2018 09.00 WIB a. Mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat. b. Mengendalikan penyebaran mikroorganisme patogen. c. Untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial. d. Penurunan Hb dan peningkatan jumlah leukosit dari normal bisa terjadi akibat terjadinya proses infeksi e. Antibiotik mencegah perkembangan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		dalam batas normal. (TD: 110-120/60-80 mmHg, N: 60-100 x/mnt, RR: 16-20x/mnt, S :36-36,5°C).	infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit	mikroorganisme patogen.
4	Senin, 2 Juli 2018 09.00 WIB Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi	Senin, 2 Juli 2018 09.00 WIB Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam pasien memahami tentang penyakitnya dengan kriteria hasil : - Menjelaskan kembali tentang penyakitnya - Mengenal kebutuhan perawatan dan pengobatan tanpa cemas	Senin, 2 Juli 2018 09.00 WIB a. O :Kaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya b. N :Jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala) identifikasi kemungkinan penyebab, jelaskan kondisi tentang pasien. Jelaskan tentang proses pengobatan dan alternative pengobatan c. E :Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi d. C : Diskusikan tentang terapi yang dipilih e. Eksplorasi kemungkinan sumber yang bisa digunakan/mendukung f. Intruksikan kapan harus	Senin, 2 Juli 2018 09.00 WIB a. mempermudah dalam memberikan penjelasan tentang pengobatan pada pasien b. meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas c. mempermudah intervensi d. mencegah keparahan penyakit e. memberikan gambar tentang pilihan tentang terapi yang bisa digunakan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			kembali ke pelayanan kesehatan g. Tanyakan kembali tentang pengetahuan penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan	

CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 18

Nama Pasien /No CM : Tn. H / 05 87 94 RUANG : Bugenvil

Diagnosa Keperawatan : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, ICH (intracerebral hemmorrhage)

Hari/tgl/jam	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin, 2 Juli 2018 11.00 WIB	Senin, 2 Juli 2018 Pukul 11.00 WIB 1. mengkaji tanda-tanda vital dan keluhan pasien 2. Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat Ttd Nusatirin	Senin, 2 Juli 2018 14.00 WIB S: - Pasien mengatakan pusing badan terasa lemas O : - KU : Cukup, Composmentis - Pasien terlihat lemas - Bicara pelo - Kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - TD = 200/100 mmHg - Nadi = 60 x/menit - Suhu = 36,8°C - RR = 20 x/menit - Kekuatan otot A : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - mengkaji tanda-tanda vital - Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat tapi sering Ttd Nusatirin

<p>Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB</p>	<p>Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengkaji tanda-tanda vital 2. Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>	<p>Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing badan terasa lemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU : Cukup, Composmentis - Pasien terlihat lemas - Bicara pelo - Kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - TD = 180/90 mmHg - Nadi = 80 x/menit - Suhu = 36,1°C - RR = 20 x/menit <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkaji tanda-tanda vital - Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat tapi sering <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>
<p>Rabu , 4 Juli 2018 11.00 WIB</p>	<p>Rabu , 4 Juli 2018 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. mengkaji tanda-tanda vital 4. Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat 	<p>Rabu , 4 Juli 2018 11.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing badan terasa lemas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - KU : Cukup, Composmentis

		<ul style="list-style-type: none">- Pasien terlihat lemas- Bicara pelo- Kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga dan perawat- TD = 150/80 mmHg- Nadi = 84 x/menit- Suhu = 36°C- RR = 24 x/menit <p>A : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi</p> <p>P : discharge planning</p> <ul style="list-style-type: none">- Menganjurkan pasien untuk banyak istirahat tapi sering <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>
--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien /No CM : Tn. H / 05 87 94 RUANG : Bugenvil

Diagnosa Keperawatan : Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan
Penurunan kekuatan otot

Hari/tgl/jam	PELAKSANAAN	EVALUASI				
Senin, 2 Juli 2018 11.00 WIB	Senin, 2 Juli 2018 Pukul 11.00 WIB 1. Mengkaji kekuatan otot 2. Mengkaji keluhan pasien Ttd Nusatirin	Senin, 2 Juli 2018 14.00 WIB S: - Pasien mengatakantangan dan kaki kanan mengalami kelemahan, Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga O: - Ku : Cukup Composmentis - Kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - TD = 200/100 mmHg, - Nadi = 60 x/menit, - Suhu = 36,8°C, - RR = 20 x/menit - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1077 1518 1241 1630"> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table> A: Hambatan Mobilitas fisik belum teratasi P: lanjutkan intervensi - Mengkaji kekuatan otot - Mengkaji keluhan pasien - Ajarkan pasien ROM	2	5	2	5
2	5					
2	5					

		Ttd Nusatirin
Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB	Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB 1. Mengkaji kekuatan otot 2. Mengkaji keluhan pasien 3. Melakukakan ROM Ttd Nusatirin	Selasa, 3 Juli 2018 14.00 WIB S: - Pasien mengatakantangan dan kaki kanan mengalami kelemah, Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan akan

		<p>melakukan rom</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku : Cukup Composmentis - Kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - TD = 180/90 mmHg - Nadi = 80 x/menit - Suhu = 36,1°C - RR = 20 x/menit - Dilakukan ROM - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p>A: Hambatan Mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji kekuatan otot - Mengkaji keluhan pasien - Ajarkan pasien ROM <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>	2	5	2	5
2	5					
2	5					
Rabu , 4 Juli 2018 11.00 WIB	Rabu , 4 Juli 2018 11.00 WIB 1. Mengkaji kekuatan otot 2. Mengkaji keluhan pasien 3. Menganjurkan pasien untuk belajar sering menggerakkan tangan dan kakinya sesuai yg telah diajarkan	Rabu , 4 Juli 2018 11.00 WIB S: - Pasien mengatakantangan dan kaki kanan mengalami kelemahan, Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh keluarga				
	Ttd					

	<p style="text-align: center;">Nusatirin</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ku : Cukup Composmentis - Kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - TD = 150/80 mmHg, - Nadi = 84 x/menit, - Suhu = 36°C, - RR = 24 x/menit - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1078 797 1241 913"> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> <p>A: Hambatan Mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: discharge planning</p> <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>	2	5	2	5
2	5					
2	5					

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien /No CM : Tn. H / 05 87 94 RUANG : Bugenvil

Diagnosa Keperawatan : Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi

Hari/tgl/jam	PELAKSANAAN	EVALUASI
Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB	Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB 1. Mengajarkan pasien ROM dan manfaat ROM Ttd Nusatirin	Selasa, 3 Juli 2018 11.00 WIB S: - Pasien mengatakan paham mengenai ROM dan manfaat ROM pasien akan melakukan ROM secara mandiri O : - KU : Cukup, Composmentis - Pasien antusias saat diajarkan ROM dan pasien dapat mnyebutkan ulang manfaat dari ROM A : Kurang pengetahuan teratasi P :Hentikan intervensi Ttd Nusatirin

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien /No CM : Tn. H / 05 87 94 RUANG : Bugenvil

Diagnosa Keperawatan : Risiko Infeksi berhubungan dengan Pertahanan Sekunder tidak adekuat

Hari/tgl/jam	PELAKSANAAN	EVALUASI
Senin, 2 Juli 2018 11.00 WIB	Senin, 2 Juli 2018 Pukul 11.00 WIB a. Mengobservasi tanda-tanda vital. b. Mengobservasi tanda-tanda infeksi Ttd Nusatirin	Senin, 2 Juli 2018 14.00 WIB S : - Pasien mengatakan pada luka tusukan tidak gatal atau panas DO : - Ku : Cukup, Composmentis - TD = 200/100 mmHg, - Nadi = 60 x/menit, - Suhu = 36,8°C, - RR = 20 x/menit - Tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, fungsiolaesa) A : resiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Mengobservasi tanda-tanda vital. - Mengobservasi tanda-tanda infeksi Ttd Nusatirin
Selasa, 3	Selasa, 3 Juli 2018 11.0 WIB	Selasa, 3 Juli 2018

<p>Juli 2018 11.00 WIB</p>	<p>1. Mengobservasi tanda-tanda vital. 2. Mengobservasi tanda-tanda infeksi</p> <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>	<p>14.00 WIB</p> <p>S :</p> <p>3. Pasien mengatakan pada luka tusukan tidak gatal atau panas</p> <p>DO :</p> <p>Ku : Cukup, Composmentis</p> <p>TD = 180/90 mmHg</p> <p>Nadi = 80 x/menit</p> <p>Suhu = 36,1°C</p> <p>RR = 20 x/menit</p> <p>Tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, fungsiolaesa)</p> <p>A : resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Mengobservasi tanda-tanda vital.</p> <p>2. Mengobservasi tanda-tanda infeksi</p> <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>
<p>Rabu , 4 Juli 2018 11.00 WIB</p>	<p>Rabu , 4 Juli 2018 12.0 WIB</p> <p>1. Mengobservasi tanda-tanda vital. 2. Mengobservasi tanda-tanda infeksi</p> <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>	<p>Rabu , 4 Juli 2018 13.0 WIB</p> <p>S :</p> <p>-Pasien mengatakan pada luka tusukan tidak gatal atau panas</p> <p>DO :</p> <p>Ku : Cukup, Composmentis</p>

		<p>TD = 150/80 mmHg</p> <p>Nadi = 84 x/menit</p> <p>Suhu = 36°C</p> <p>RR = 24 x/menit</p> <p>Tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, functio laesa)</p> <p>A : resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : hentikan intervensi</p> <p style="text-align: center;">Ttd Nusatirin</p>
--	--	--

B. Pembahasan

Dalam bab ini berisi tentang analisa teori dengan kasus stroke non hemorogic kemudian dianalisa. Penulis melakukan perawatan selama 3 hari dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pada tahap ini dengan berbagai cara untuk memperoleh data. Data yang diperoleh dari wawancara yang bersumber dari pasien dan keluarga. Kemudian dilakukan analisa antara sumber dengan data yang diperoleh oleh penulis

1. Keluhan utama saat dikaji

Tanda : Pasien mengeluh kaki dan tangan kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan bicara pelo.

2. Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Gejala : Semenjak mengalami Hipertensi pasien dan istri mulai mengurangi makanan yang mengandung garam serta pasien belum mengerti tentang perawatan penderita stroke.

3. Pemeriksaan (Tabel 19)

Atas	Tangankanan mengalami kelemahan dan tangan kiri bisa digerakkan secara leluasa. Kekuatan otot kanan 2 dan kiri 5. Tangan kiri terpasang infus Asering 20 tpm. Kuku pada jari tangan terlihat bersih
Bawah	kaki kanan mengalami kelemahan dankiritidak terjadi kelemahan, anggota gerak lengkap, tidak terdapat edema,kekuatan otot kanan 2 dan kiri 5. Kuku pada jari kaki terlihat bersih

Sedangkan data pengkajian yang sama dengan teori adalah

1. Keluhan utama saat dikaji

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data yang sama yaitu pasien mengalami pasien mengeluh kaki dan tangan kanan mengalami kelemahan untuk bergerak dan bicara pelo.

2. Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data semenjak mengalami Hipertensi pasien dan istri mulai mengurangi makanan yang mengandung garam serta pasien belum mengerti tentang perawatan penderita stroke.

3. Pemeriksaan

Dalam pengkajian keperawatan penulis memperoleh data (Tabel 20)

Atas	Tangankanan mengalami kelemahan dan tangan kiri bisa digerakkan secara leluasa. Kekuatan otot kanan 2 dan kiri 5. Tangan kiri terpasang infus Asering 20 tpm. Kuku pada jari tangan terlihat bersih
Bawah	kaki kanan mengalami kelemahan dankiritidak terjadi kelemahan, anggota gerak lengkap, tidak terdapat edema,kekuatan otot kanan 2 dan kiri 5. Kuku pada jari kaki terlihat bersih

B. Diagnosa Keperawatan

Pengumpulan diagnosa dengan pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti

untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan dan mencegah perubahan (Rohman & Walid, 2012).

Diagnosa yang muncul pada teori sebagai berikut :

1. Gangguan perfusi jaringan serebral b.d O₂ otak menurun
2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
3. Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.
4. Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : lembap
5. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara

Diagnosa yang muncul pada Tn. H :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, ICH (intra cerebral hemmorrhage).
2. Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (kerusakan neuron)
3. Resiko infeksi berhubungan dengan ertahanan primer tidak adekuat
4. Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi

Diagnosa yang tidak muncul pada Tn. H :

1. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
2. Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : lembap
3. Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara

C. Perencanaan

Intervensi yang dilakukan berdasarkan masing-masing diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis selama mengasuh kasus kelolaan pada Tn. H adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, ICH (intra cerebral hemmorrhage).

O :Kaji tanda-tanda vital

N :Batasi gerakan kepala ,leher dan punggung

E :Anjurkan pasien untuk banyak istirahat .

C : Kelola obat amlodipin 10 mg/24 jam dan injeksi piracetam 3gr

2. Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (kerusakan neuron)

O : Mengkaji kekuatan otot

N :Lakukan dan ajarkan tindakan ROM pada pasien

E :Anjurkan pasien untuk mengurangi makanan atau minuman yang banyak mengandung garam

C : Kolaborasi dengan ahli fisioterapi jika dibutuhkan

3. Resiko infeksi berhubungan dengan ertahanan primer tidak adekuat

O :Pantau tanda-tanda vital.

N :Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptic dan Lakukan perawatan terhadap prosedur invasif seperti infus, kateter, drainase luka

E : Edukasi pasien untuk menjaga kebersihan dan selalu cuci tangan

C :Kelola untuk pemberian antibiotik ceftriaxone 1 gr/24 jam dan Jika ditemukan tanda infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit

4. Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi

O :Kaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya

N :Jelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala) identifikasi kemungkinan penyebab, jelaskan kondisi tentang pasien. Jelaskan tentang proses pengobatan dan alternative pengobatan.

E :Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi.

C : Diskusikan tentang terapi yang dipilih Eksplorasi kemungkinan sumber yang bisa digunakan/mendukung Intruksikan kapan harus kembali ke pelayanan kesehatan. Tanyakan kembali tentang pengetahuan penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan

D. Implementasi

Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemulihan kesehatan. Dalam pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.

Diagnosa :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, ICH (intra cerebral hemmorrhage) intervensi semua terlaksana
2. Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (kerusakan neuron), intervensi semua terlaksana.
3. Resiko infeksi berhubungan denganp ertahanan primer tidak adekuat, intervensi semua terlaksana.
4. Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi, intervensi semua terlaksana.

E. Evaluasi

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, ICH (intra cerebral hemmorrhage).

Dalam asuhan keperawatn yang dilakukan penulis selama 3 hari terdapat keridakefektifan perfusi jaringan behubungan dengan hipertensi dan intra cerebaral homorrhage masalah ini teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien memiliki tensi yang selalu tinggi.

2. Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (kerusakan neuron)

Dalam asuhan keperawatn yang dilakukan penulis selama 3 hari terdapat hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (kerusakan neuron) masalah ini teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien sudah ada peningkatan kekuatan otot

3. Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi

Dalam asuhan keperawatn yang dilakukan penulis selam 3 hari terdapat kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi masah ini teratasi dibuktikan pasien dapat melakukan atau mempraktekan apa yang sudah diajarkan dan dianjurkan pasien seperti belajara menggerakan kaki dan tangan.

4. Resiko infeksi berhubungan denganp ertahanan primer tidak adekuat

Dalam asuhan keperawatn yang dilakukan penulis selam 3 hari terdapat Resiko infeksi berhubungan denganp ertahanan primer tidak adekuat, masalah in i teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien tidak ada ta/nda tanda infeksi pada tusukan infus tetapi masih terpasang infus.

C. Keterbatasan Kasus

Pada studi kasus yang dilakukan oleh penulis selama 3 hari penulis menemukan hal-hal yang menghambat jalanya studi kasus yaitu jarak tempat praktek dan penulis hanya mengkaji sift pagi, sift sore tidak di observasi.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan Keperawatan Tn.H dengan stroke non hemorogik selama 3 hari dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari : Pengkajian, diagnosa, perencanaan keperawatan, catatan perkembangan (pelaksanaan dan evaluasi) dan dokumentasi, maka penulis menarik kesimpulan bahwa kasus stroke non hemoragic dalam memberikan asuhan keperawatan perlu adanya intervensi.

1. Pengkajian

Dalam pengkajian data yang di peroleh sesuai dengan teori.

2. Diagnosa yang muncul saat studi kasus :

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipertensi, ICH (intra cerebral hemmorhage).
- b. Hambatan mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (kerusakan neuron)
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan ertahanan primer tidak adekuat
- d. Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi

3. Perencanaan

Rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori

4. Pelaksanaan

- a. Mengukur tanda-tanda vital

- b. Melakukan penyuluhan tentang pentingnya ROM
 - c. Mengajarkan ROM
 - d. Mengelola obat terapi
5. Evaluasi
- a. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang muncul dalam teori pada saat tindakan keperawatan ada 4 dan diagnosa yang tidak muncul ada
Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient, Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : lembap, Gangguan komunikasi verbal b.d. kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara. Sertadiagnosa yang teratasi sebagian ada 3 dan yang tercapai hanya kurang pengetahuan berhubungan kurang terpaparnya informasi saja, tetapi diagnosa ini tidak muncul dalam teori.

B. Saran

1. Bagi pasien

Penulis berharap agar masyarakat atau pasien dapat memahami penyakit dan melakukan hidup sehat disekitar lingkungan.

2. Bagi intitusi keperawatan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menambah keluarasan ilmu terapan bidang keperawatan dalam memberi dan menjelaskan penyakit stroke non hemoragik

3. Penulis

Hasil studi ini diharapkan dapat memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragic

4. Bagi Rumah Sakit

Dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien hendaknya tetap meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan kesehatan yang baik.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (S A P)

RANGE OF MOTION (ROM)

Materi	: Penyuluhan ROM
Pokok Bahasan	: Pengetahuan ROM
Hari/ tanggal	: Selasa, 3 Juni 2018
Waktu pertemuan	: 30 menit
Tempat	: RS Suedjono
Sasaran	: Tn H

A. Analisis Sasaran Didik

Keluarga Tn H belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang ROM (Range of Motion).

B. Analisis Tempat

Tempat dilakukan penyuluhan adalah RS Soedjono

C. Tujuan Penyuluhan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan, keluarga Tn H memahami cara melakukan ROM pada Tn H

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan diharapkan keluarga Tn H

- a. Keluarga mampu mendemonstrasikan cara perawatan stroke
- b. Keluarga dan Tn H mampu melakukan ROM secara mandiri

3. Materi Penyuluhan

Mendemonstrasikan cara perawatan stroke

4. Metode Penyuluhan

Metode Demonstrasi dan metode ceramah

5. Alat Bantu/Media Penyuluhan

Leaflet ROM (Range Of Motion)

6. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan Petugas Penyuluhan	Kegiatan Sasaran Didik
1.	Pembukaan	5 menit	a. Memberikan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan maksud dan tujuan d. Melakukan kontrak waktu e. Memberikan pretes/pendahuluan	a. Menjawab salam b. Memperhatikan dan menyimak c. Menjawab pertanyaan
2.	Isi	15menit	a. Menjelaskan pengertian ROM. b. Menjelaskan manfaat ROM c. Mendemonstrasikan ROM dengan keluarga Tn H	Memperhatikan dan mendengar dengan seksama
3.	Evaluasi	8 menit	a. Melakukan tanya jawab b. Memberikan kesempatan keluarga mendemonstrasikan	Partisipasi aktif
4.	Penutup	2 menit	a. Meminta dan memberi kesan dan pesan b. Kontrak pertemuan berikutnya	a. Memberikan kesan dan pesan b. Menjawab salam

7. Sumber Pustaka

Hidayat Alimul, dkk.2002.Buku saku praktikum kebutuhan dasar manusia,EGC,penerbit buku kedokteran. Jakarta

8. Evaluasi

Bentuk : Essay

Cara : Lisan

Range of Motion

ROM

Apa Itu ROM ??

ROM adalah sejumlah pergerakan yang mungkin dilakukan pada bagian-bagian tubuh untuk menghindari kekakuan sebagai dampak dari perjalanan penyakit atau gejala sisa.

INDIKASI :

Mengapa dilakukan ROM atau Fisioterapi :

1. Anda mengalami problem gerak
 - Kelumpuhan/kelemahan separuh tubuh akibat serangan stroke
 - Kelumpuhan/kelemahan otot wajah, lengan/tangan atau tungkai/kaki
2. Vertigo (sakit kepala berputar-putar)
3. Nyeri otot, persendian atau tulang, nyeri pinggang, tengkuk, lutut, bahu, dll.
4. Kelemahan fisik akibat tirah baring yang lama.

Manfaat ROM

1. Untuk Sistem Kardiovaskuler (Jantung)
 - Meningkatkan Cardiac Output/Volume darah yang dipompakan oleh jantung ke seluruh tubuh
 - Meningkatkan kontraksi jantung dalam memompa darah
2. Untuk Sistem Pernafasan
 - Meningkatkan kedalaman pernafasan
 - Meningkatkan ventilasi alveolus/pertukaran oksigen dan karbondioksida
3. Untuk Sistem Metabolik
 - Meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak
4. Untuk Sistem Muskuloskeletal
 - Meningkatkan kekuatan otot
 - Meningkatkan latihan otot
5. Untuk Fisikososial
 - Melatih toleransi terhadap stress

**DISUSUN OLEH :
NUSATIRIN**

**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2014**

Beberapa Gerakan ROM aktif pada anggota gerak Atas

1. Perputaran Leher



Putar keher ke kanan kemudian ke kiri, usahakan supaya leher menyentuh bahu apabila pasien mampu, tetapi jika tidak mampu maka latihan disesuaikan dengan kondisi pasien.

2. Gerakan Menekuk Leher



3. Fleksi dan ekstensi siku

Keterangan : pegang lengan atas dan bawah pasien angkat lurus dan kemudian balikkan seperti semula.

4. Fleksi dan ekstensi bahu



Keterangan : pegang tangan pasien seperti gambar, dan lakukan gerakan memutar kedalam dan keluar.

5. Perputaran dalam dan luar pada bahu



Keterangan : pegang tangan pasien seperti digambar, dan lakukan gerakan ke dalam dan keluar.

6. Fleksi dan Ekstensi pada jari



Keterangan : tekuk ibu jari dan tekuk seperti semula.

7. Fleksi – ekstensi jari-jari dan pergelangan tangan



Keterangan : Gerakkan jari-jari dan pergelangan tangan ke atas dan ke bawah, kemudian dengan arah yang berlawanan.

Beberapa Gerakan ROM pasif pada anggota gerak bawah

1. Pangkal paha dan lutut ditekuk (fleksi)



Keterangan : pegang kaki pasien seperti gambar, tekuk kaki ke arah dada, kemudian kembalikan ke posisi semula.

2. Rotasi (perputaran) pangkal paha



Keterangan : dekatkan kaki pasien dengan pelatih, kemudian putar ke arah dalam.

3. Gerakan Pinggul menjauhi tubuh



Keterangan : tempatkan tangan kanan pelatih dibagian pergelangan kaki pasien dan di kiri di bawah lutut. Tarik kaki menjauhi tubuh dan kembalikan seperti posisi semula lagi.

4. Perputaran pergelangan kaki



Keterangan : pegang bergelangan kaki pasien seperti gambar, dan putar ke arah dalam dan luar.

5. Gerakan jari kaki ditekuk dan ditarik ke arah muka (fleksi dan ekstensi)



Keterangan : pegang jari-jari pasien, tekuk ke arah telapak tangan dan kembalikan ke arah muka pasien.

6. Pergerakan tumit



Keterangan : tarik tumit ke arah luar dan bagian atas ke arah dalam. Kemudian ulangi ke arah yang berlawanan seperti gambar di atas.

7. Perputaran daerah lumbar

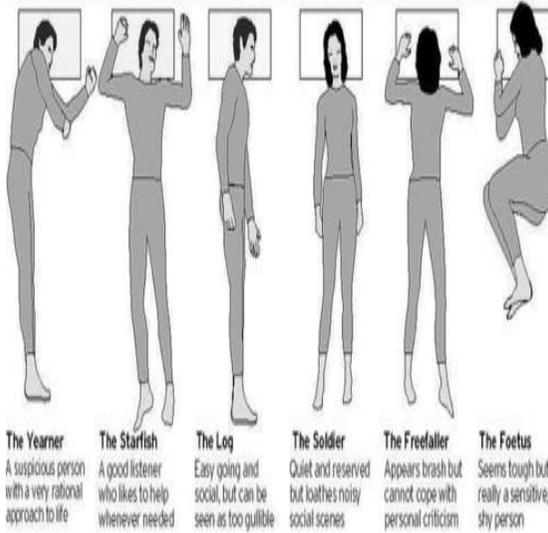


8. Tarikan Lutut



Perubahan posisi berbaring ditempat tidur

Perubahan posisi dari terlentang – miring dari satu sisi ke sisi yang lain (kanan-kiri)



Selamat berlatih
semoga bermanfaat