

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE
NON HEMORAGIK (SNH) DENGAN PEMBERIAN TINDAKAN
RANGE OF MOTION (ROM) PASIF TERHADAP PENINGKATAN
KEKUATAN OTOT DI RUANG UNIT STROKE
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
NUR FITA SARI SAMAD, S.Kep
1311308250080**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan Pemberian Tindakan Range Of Motion (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot di Ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Nur Fita Sari Samad¹, Siti Khoroh Muflihatin²

INTISARI

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak, sedangkan stroke non hemoragik suplai darah ke bagian otak terganggu akibat *aterosklerosis* atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Pada stroke non hemoragik ini, memungkinkan sekali adanya masalah keperawatan salah satunya hambatan mobilitas fisik, hambatan mobilitas fisik dapat di implementasikan secara sederhana yaitu pemberian tindakan *Range of Motion* (ROM) pasif, ROM pasif adalah latihan pergerakan dimana perawat atau petugas lain menggerakkan persendian dari klien sesuai dengan rentang geraknya sesuai standar operasional (SOP). Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi *Range Of Motion* (ROM) pasif untuk melihat kekuatan otot pada pasien di Ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan terdapat adanya perubahan peningkatan otot pada pasien stroke non hemoragik (SNH) dan tindakan ini harus rutin dilakukan oleh petugas perawat atau tenaga kesehatan lainnya (*fisiotherapy*) terutama pada pasien Stroke Non Hemoragik (SNH).

Kata Kunci: Stroke Non Hemoragik (SNH) , Range Of Motion (ROM) pasif, peningkatan kekuatan otot

Analysis of Nursing Clinical Practice on Non Hemorrhagic Stroke (NHS) Patients with the Provision of Action Range of Motion (ROM) Passive to Improvement Muscle Power in the Stroke Unit Room at Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda in 2015

Nur Fita Sari Samad¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

ABSTRACT

Stroke is a loss of brain function caused by the cessation of blood supply into the brain, while the non-hemorrhagic stroke the blood supply to the brain is disrupted due to atherosclerosis or blood cloths that clog arteries. On the non hemorrhagic stroke allows all the nursing problems one obstacle physical mobility, barriers to physical mobility can be implemented in a simple, namely the provision of action range of motion according to Operational Standart (SOP). Final nurses scientific aims to analyze the intervention Range OF Motion (ROM) passive to look at muscle strength in patient in the Stroke Unit Room Abdul Wahab Sjahranie's Hospital Samarinda. The analysis shows there is a change in the patient's muscle enhancement Non Hemorrhagik Stroke (NHS) and this action should be routinely performed by nurses or other health professional (physiotherapy), especially on patient with Non Hemorrhagic stroke (NHS) .

Keyword: Non Hemorrhagic Stroke (NHS), Range Of Motion (ROM) passive, increase muscle strength

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak (Baughman, C Diane.dkk, 2000). Menurut *europen stroke initiative* (2003), *Stroke* atau serangan otak (*brain attack*) adalah defisit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang di sebabkan oleh peristiwa iskhemik atau hemoragik. Sehingga stroke di bedakan menjadi dua macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

Pada stroke non hemoragik suplai darah ke bagian otak terganggu akibat *aterosklerosis* atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Sedangkan pada *stroke hemoragik*, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah normal dan menyebabkan darah merembes pada area otak dan menimbulkan kerusakan.

Stroke non hemoragik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu *ateroma* (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam *arteri karotis* sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil.

Stroke menyerang dengan tiba-tiba. Orang yang menderita stroke sering tidak menyadari bahwa dia terkena stroke. Tiba-tiba saja, penderita merasakan dan mengalami kelainan seperti lumpuh pada sebagian sisi

tubuhnya, bicara pelo, pandangan kabur, dan lain sebagainya tergantung bagian otak yang mana yang terkena.

Dulu memang penyakit ini di derita oleh orang tua terutama yang berusia 60 tahun keatas, karena usia juga merupakan salah satu faktor risiko terkena penyakit jantung dan stroke. Namun sekarang ini ada kecenderungan juga diderita oleh pasien di bawah usia 40 tahun. Hal ini bisa terjadi karena adanya perubahan gaya hidup, terutama pada orang muda perkotaan modern.

Sekitar 28,5% penderita stroke di Indonesia meninggal dunia. Penelitian menunjukkan, stroke menyerang pria 30% lebih tinggi ketimbang wanita dan setiap tahun di Amerika Serikat ada sekitar 15 ribu pria di bawah usia 45 tahun yang terkena stroke.

Di Samarinda sendiri khususnya RSUD Abdul Wahab Sjahranie di ruang Unit Stroke angka kejadian Stroke Hemoragik (SH) dari bulan November 2014 – bulan Juli 2015 sebanyak 115 orang dan untuk Stroke Non Hemoragik (SNH) dari bulan November 2014 – bulan Juli 2015 sebanyak 146 orang. Ini membuktikan angka kejadian Stroke Hemoragik (SH) dan Stroke Non Hemoragik (SNH) begitu banyak terjadi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie khususnya di ruang Unit Stroke.

Pada stroke non hemoragik ini, memungkinkan sekali adanya masalah keperawatan salah satunya hambatan mobilitas fisik, hambatan mobilitas fisik dapat di implementasikan secara sederhana dengan pasien diruangan adalah *Range of Motion* (ROM) pasif suatu latihan yang diberikan kepada pasien yang tidak mampu bergerak aktif, seperti di bagian persendian

tubuh seperti leher, bahu, siku, pergelangan tangan, jempol, panggul, lutut, engsel dan jempol kaki. Harus digerakkan secara rutin untuk mencegah diformitas tulang, kekakuan pada sendi dan meningkatkan kekuatan otot.

Dalam pelaksanaan praktek klinik keperawatan, mahasiswa dituntut untuk dapat mengaplikasikan tindakan keperawatan sesuai prosedur, dapat mengambil keputusan secara kritis serta mampu menerapkan proses keperawatan dalam penanganan pasien dengan Stroke non Hemoragik.

Sehubungan dengan kejadian tersebut, maka peneliti menganggap perlu adanya penanganan lebih *intensive* terhadap pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) untuk lebih memperhatikan *Range of Motion* (ROM) untuk mencegah diformitas tulang, kekakuan pada sendi dan meningkatkan kekuatan otot di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, khususnya ruang Unit Stroke.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan hasil riset tentang pemberian *Range Of Motion* (ROM) pasif dalam pengelolaan kasus yang dituangkan dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “Analisis praktik klinik Keperawatan pada Tn. M dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan pemberian *Range Of Motion* (ROM) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot di Ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2015”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan pemberian dan latihan *Range of Motion* (ROM) terhadap pasien Tn. M di ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH)
- b. Menganalisis intervensi pemberian dan latihan *Range of Motion* (ROM) pasif

D. Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Memberi masukan untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit dalam intervensi keperawatan berupa *Range Of Motion* (ROM) pasif pada klien khususnya Stroke Non Hemoragik (SNH)

2. Bagi perawat

Sebagai bahan masukan berupa intervensi keperawatan dan menambah informasi dibidang keperawatan khususnya di ruang Unit Stroke.

3. Bagi institusi pendidikan

Bagi pendidikan untuk menambahkan informasi lebih spesifik khususnya tentang pemberian Range Of Motion (ROM) pada penatalaksanaan tindakan keperawatan khususnya pada pasien Stroke Non Hemoragik.

4. Peneliti

Untuk peneliti selanjutnya dapat dijadikan acuan data guna melakukan penelitian pada klien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan aplikasi *Range Of Motion* (ROM) pasif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Stroke

a. Pengertian Stroke

Definisi stroke menurut WHO adalah gangguan fungsi akut yang disebabkan oleh karena gangguan peredaran darah otak, dimana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu.

Stroke adalah suatu sindrom yang ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat yang berupa gangguan fungsional otak fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada intervensi bedah atau membawa kematian), yang tidak disebabkan oleh sebab lain selain penyebab vaskuler (Mansjoer, 2000).

b. Klasifikasi

Berdasarkan atas jenisnya, stroke dibagi menjadi:

1) Stroke Iskemik/Non Hemoragik

Stroke Iskemik terjadi karena aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat di suatu pembuluh darah.

2) Stroke Haemoragik

Diakibatkan karena pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah menembus kedalam suatu daerah di otak dan merusaknya. (Fatimah Detly N, 2009)

c. Gejala

- 1) Pusing
- 2) Kejang
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Gangguan bicara yang bersifat sementara \Lumpuh/ paresis pada suatu sisi tubuh
- 5) Parestesis (gangguan rasa pada kulit berupa kesemutan)

d. Patofisiologi

Infark regional kortikal, subkortikal ataupun infark regional dibatang otak terjadi karena kawasan perdarahan suatu arteri tidak/kurang mendapat jatah darah lagi. Jatah darah tidak disampaikan ke daerah tersebut. Lesia yang terjadi dinamakan infark iskemik jika arteri tersumbat dan infark hemoragik jika arteri pecah. Maka dari itu stroke dapat dibagi dalam:

1) Stroke Iskemik /Non Hemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Thrombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat , aliran darah ke area thrombus

menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok/plak pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

2) Stroke Hemoragik

Pembuluh darah yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intracranial yang tidak dapat dikompensasi oleh tubuh akan menimbulkan tingkatan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Disamping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak.

(Wulandari Vina, 2007)

e. Faktor-faktor penyebab

Banyak kondisi-kondisi yang dapat menyebabkan stroke, tetapi pada awalnya adalah dari pengerasan arteri atau yang disebut juga sebagai arteriosklerosis. Karena arteriosklerosis merupakan gaya hidup

modern yang penuh stress, pola makan tinggi lemak, dan kurang berolahraga ketiganya sebenarnya tergolong dalam faktor risiko yang dapat dikendalikan. Selain itu, adapula faktor-faktor lain yang tidak dapat dikendalikan, yaitu antara lain:

1) Faktor Risiko tidak terkendali

a. Usia

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

b. Jenis kelamin

Pria lebih beresiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi.

Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

c. Keturunan

Faktor genetic yang sangat berperan antarlain adalah tekanan darah tinggi, penyakit jantung dan diabetes. Gaya hidup dan pola suatu keluarga juga dapat mendukung risiko stroke.

2) Faktor risiko terkendali

a. Hipertensi

Hipertensi (Tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke.

Secara medis, tekanan darah diatas 140-90 tergolong dalam penyakit hipertensi. Oleh karena dampak hipertensi pada keseluruhan risiko stroke menurun seiring dengan penambahan umur, pada orang lanjut usia, faktor-faktor lain diluar hipertensi berperan lebih besar terhadap risiko stroke. Pada orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 9- yahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi.

b. Penyakit jantung

Setelah hipertensi, faktor risiko berikutnya adalah penyakit jantung terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni

penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur dibili kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih pembentukkan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke. Pada orang-orang berusia diatas 80 tahun, atrial fibrillation merupakan penyebab utama kematian pada satu diantara empat kasus stroke.

Faktor ini dapat terjadi pada pelaksanaan operasi jantung yang berupaya memperbaiki cacat bentuk jantung atau penyakit jantung. Tanpa diduga, plak dapat terlepas dari dinding aorta (batang nadi jantung), lalu hanyut mengikuti aliran darah ke leher dan ke otak yang kemudian menyebabkan stroke.

c. Diabetes

Penderita diabetes memiliki resiko tiga kali lipat terkena stroke dan mencapai tingkat tertinggi pada usia 50-60 tahun. Setelah itu resiko tersebut akan menurun. Namun, ada faktor penyebab lain yang dapat memperbesar risiko stroke karena sekitar 40 persen penderita diabetes pada umumnya juga mengidap hipertensi.

d. Kadar kolestrol darah

Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolestrol seperti daging, telur, dan produk susu dapat meningkatkan kadar kolestrol dalam tubuh dan berpengaruh

pada risiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh darah. Kadar kolesterol dibawah 200 mg/dl dianggap aman, sedangkan diatas 240 mg/dl sudah berbahaya dan menempatkan seseorang pada risiko terkena penyakit jantung dan stroke.

Memperbaiki tingkat kolesterol dengan menu makan yang sehat dan olahraga yang teratur dapat menurunkan risiko aterosklerosis dan stroke.

e. Merokok

Merokok dapat merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling muda diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hamper melipatgandakan risiko stroke iskemik, terlepas faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Resiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal daraha) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

Pada pasien perokok, kerusakan yang diakibatkan stroke jauh lebih parah karena dinding bagian dalam (endothelial) pada sistem pembuluh darah otak (serebrovaskular) biasanya sudah

menjadi lemah. Ini menyebabkan kerusakan yang lebih besar lagi pada otak sebagai akibat bila terjadi stroke tahap ke dua.

f. Alkohol berlebih

Secara umum, peningkatan konsumsi alkohol meningkatkan tekanan darah sehingga memperbesar risiko terkena stroke, baik yang iskemik maupun hemoragik. Dengan demikian, konsumsi alkohol yang cukup justru dianggap melindungi tubuh dari bahaya iskemik. Pada edisi 18 november 2000 dari The New England journal of medicine, dilaporkan bahwa Physicians Health Study memantau 22.000 pria yang selama rata-rata 12 tahun mengkonsumsi alkohol satu kali sehari. Ternyata hasilnya menunjukkan adanya penurunan risiko stroke secara menyeluruh.

g. Obat-obatan terlarang

Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan senyawa olahannya dapat menyebabkan stroke, disamping memicu faktor risiko yang lain seperti hipertensi, penyakit jantung dan penyakit pembuluh darah. Kokain juga menyebabkan gangguan denyut jantung (arrhythmia) atau denyut jantung jadi lebih cepat. Masing-masing menyebabkan pembentukan gumpalan darah.

h. Cedera kepala dan leher

Cedera pada kepala atau cedera ota traumatic dapat menyebabkan pendarahan di dalam otak dan menyebabkan kerusakan yang sama seperti stroke hemoragik. Cedera pada leher, bila terkait dengan

robeknya tulang punggung atau pembuluh karotis akibat peregangan atau pemutaran leher secara berlebihan atau adanya tekanan pada pembuluh darah merupakan penyebab stroke yang cukup berperan, terutama pada orang dewasa usia muda.

f. Gejala Stroke Non Hemoragik

Gejala Stroke Non Hemoragik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi tempat gangguan peredaran darah terjadi, maka gejala-gejala tersebut adalah:

- a) Gejala akibat penyumbatan arteri karotis interna.
- b) Buta mendadak
- c) Ketidakmampuan untuk berbicara atau bahasa lisan (*disfasia*) bila gangguan terletak pada sisi dominan.
- d) Kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan (*hemiparesis kontralateral*) dan dapat disertai sindrom Horner pada sisi sumbatan.

❖ Gejala akibat penyumbatan arteri serebri anterior:

- a) *Hemiparesis Kontralateral* dengan kelumpuhan tungkai lebih menonjol.
- b) Gangguan mental
- c) Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh.
- d) Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air (BAK dan BAB)

e) Bisa terjadi kejang-kejang.

❖ Gejala akibat penyumbatan arteri serebri media:

- a) Bila sumbatan dipangkal arteri, terjadi kelumpuhan yang lebih ringan, bila tidak dipangkal maka lengan lebih menonjol.
- b) Gangguan saraf perasa pada sisi tubuh
- c) Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (aphasia)

❖ Gejala akibat penyumbatan sistem vertebrobasilar:

- a) Kelumpuhan disatu sampai keempat ekstremitas
- b) Meningkatnya reflex tendon
- c) Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh
- d) Gejala-gejala sereblum seperti gemetar pada tangan (*tremor*), kepala berputar (*vertigo*).
- e) Ketidakmampuan untuk menelan (*disfagia*).
- f) Gangguan motoris pada lidah, mulut, rahang dan pita suara sehingga pasien sulit bicara (*disatria*).
- g) Kehilangan kesadaran sepintas (*sinkop*), penurunan kesadaran secara lengkap (*strupor*), koma, pusing, gangguan daya ingat, kehilangan daya ingat terhadap lingkungan (*disorientasi*).
- h) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan ganda (*diplopia*), gerakan arah bola mata yang tidak dikehendaki (*nistagmus*),

penurunan kelopak mata (*ptosis*), kurangnya daya gerak mata, kebutaan setengah lapang pandang pada belahan kanan atau kiri kedua mata (*hemianopia homonim*).

i) Gangguan pendengaran

j) Rasa kaku di wajah, mulut dan lidah.

❖ Gejala akibat penyumbatan arteri serebri posterior:

a) Koma

b) Hemiparesis kontra lateral

c) Ketidakmampuan membaca (aleksia)

d) Kelumpuhan saraf kranialis

e) Gejala akibat gangguan fungsi luhur

f) *Aphasia* yaitu hilangnya kemampuan dalam berbahasa.

Aphasia dibagi dua yaitu, *Aphasia motorik* adalah ketidakmampuan untuk berbicara, mengeluarkan isi pikiran melalui perkataannya sendiri, sementara kemampuannya untuk mengerti bicara orang lain tetap baik. *Aphasia sensorik* adalah ketidakmampuan untuk mengerti pembicaraan orang lain, namun masih mampu mengeluarkan perkataan dengan lancar, walau sebagian diantaranya tidak memiliki arti, tergantung dari luasnya kerusakan otak.

g) *Alexia* adalah hilangnya kemampuan membaca karena kerusakan otak. Dibedakan dari *Dyslexia* (yang memang

ada secara kongenital), yaitu *Verbal alexia* adalah ketidakmampuan membaca kata, tetapi dapat membaca huruf. *Lateral alexia* adalah ketidakmampuan membaca huruf, tetapi masih dapat membaca kata. Jika terjadi ketidakmampuan keduanya disebut *Global alexia*.

- h) *Agraphia* adalah hilangnya kemampuan menulis, berhitung akibat adanya kerusakan otak.
- i) *Acalculia* adalah hilangnya kemampuan berhitung dan mengenal angka setelah terjadinya kerusakan otak.
- j) *Right-Left Disorientation & Agnosia jari (Body Image)* adalah sejumlah tingkat kemampuan yang sangat kompleks, seperti penamaan, melakukan gerakan yang sesuai dengan perintah atau menirukan gerakan-gerakan tertentu. Kelainan ini sering bersamaan dengan Agnosia jari (dapat dilihat dari disuruh menyebutkan nama jari yang disentuh sementara penderita tidak boleh melihat jarinya).
- k) *Hemi spatial neglect (Viso spatial agnosia)* adalah hilangnya kemampuan melaksanakan bermacam perintah yang berhubungan dengan ruang.
- l) *Syndrome Lobus Frontal*, ini berhubungan dengan tingkah laku akibat kerusakan pada korteks motor dan premotor dari hemisphere dominan yang menyebabkan terjadinya gangguan bicara.

m) *Amnesia* adalah gangguan mengingat yang dapat terjadi pada trauma capitis, infeksi virus, stroke, anoxia dan pasca operasi pengangkatan massa di otak.

n) *Dementia* adalah hilangnya fungsi intelektual yang mencakup sejumlah kemampuan.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Smeltzer dan Bare (2002) penatalaksanaan stroke dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

❖ Fase akut :

- a) Pertahankan fungsi vital seperti: jalan napas, pernapasan, oksigenasi dan sirkulasi
- b) Perfusi dengan trombolitik atau vasodilation : pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik/ embolik.
- c) Mencegah peningkatan TIK dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari fleksi dan rotasi kepala yang berlebihan.
- d) Mengurangi edema cerebral dengan diuretic
- e) Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.

❖ Post fase akut:

- a) Program fisioterapi
- b) Penangan masalah psikososial

i. Pemeriksaan penunjang

Menurut Mutaqin, (2008), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- a) Angiografi.
- b) Lumbal fungsi
- c) Ct-Scan
- d) MRI
- e) EEG

2. Konsep ROM (*Range of Motion*)

a. Pengertian

Rentang gerak merupakan jumlah maksimum gerakan yang mungkin dilakukan sendi pada salah satu dari tiga potongan tubuh yaitu: sagital, frontal, dan transversal. Potongan sagital adalah garis yang melewati tubuh dari depan ke belakang, membagi tubuh menjadi bagian kiri dan kanan, potongan frontal melewati tubuh dari sisi ke sisi dan membagi tubuh menjadi bagian depan dan belakang. Potongan transversal adalah garis horisontal yang membagi tubuh menjadi bagian atas dan bawah. Mobilisasi sendi disetiap potongan dibatasi oleh ligamen, otot, dan kontraksi sendi (Stanley & Beare, 2007).

Beberapa gerakan sendi adalah spesifik untuk disetiap potongan. Pada potongan sagital, gerakannya adalah fleksi dan ekstensi (jari-jari, tangan dan siku) dan hiperekstensi (pinggul). Pada potongan frontal, gerakannya adalah abduksi dan adduksi (lengan dan tungkai) dan elevasi dan inversi (kaki). Pada potongan transversal, gerakannya adalah pronasi dan supinasi (tangan), rotasi internal dan eksternal (lutut), dan *dorsofleksi* dan *plantarfleksi* (kaki) (Stanley & Beare, 2007).

Range Of Motion Adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan peregangan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif.

Range Of Motion adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2005).

b. Tujuan

Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi.

c. Manfaat

Dapat menentukan kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, memperbaiki tonus otot, memperbaiki toleransi oto untuk latihan, mencegah terjadinya kekakuan sendi, dan

memperlancar sirkulasi darah.

d. Jenis *Range Of Motion (ROM)*

1) *Passive ROM (PROM)*

Menjaga kelenturan otot-otot dan persendian. Seseorang menggerakkan otot orang lain secara pasif (misal Perawat mengangkat dan menggerakkan kaki klien), atau latihan pergerakan dimana perawat atau petugas lain menggerakkan persendian dari klien sesuai dengan rentang gerakannya. Indikasi latihan pasif adalah pasien, pasien dengan keterbatasan mobilisasi, pasien dengan tirah baring total. Pada ROM pasif sendi yang digerakan yaitu seluruh persendian tubuh atau hanya pada ekstremitas yang terganggu dan klien tidak mampu melaksanakannya secara mandiri.

2) *Active ROM (AROM)*

Melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi. Seseorang secara aktif menggerakkan otot-ototnya. (misal sambil berbaring Klien menggerakkan kakinya). Dapat juga diartikan latihan gerak isotonik (terjadi kontraksi dan pergerakan otot), dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai dengan rentang gerakannya yang normal atau Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75 %. Pada ROM aktif sendi yang digerakan adalah seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki

oleh klien sendiri secara aktif.

3) *Active-Assistive* ROM (A_AROM)

Active-Assistive ROM (A_AROM) adalah jenis AROM yang mana bantuan diberikan melalui gaya dari luar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan.

e. Keterbatasan Latihan ROM aktif

- 1) Untuk otot yang sudah kuat tidak akan memelihara atau meningkatkan kekuatan.
- 2) Tidak akan mengembangkan keterampilan keterampilan atau koordinasi kecuali dengan menggunakan pola gerakan.

f. Prinsip-prinsip penerapan teknik ROM

- 1) Pemeriksaan, penilaian dan rencana perlakuan
 - a) Pemeriksaan dan penilaian kelemahan pasien, tentukan prognosis, pencegahan serta rencana intervensi.
 - b) Tentukan kemampuan pasien untuk mengikuti program.
 - c) Tentukan seberapa banyak gerakan yang dapat diberikan.
 - d) Tentukan pola gerak ROM.
 - e) Pantau kondisi umum pasien.
 - f) Catat serta komunikasikan temuan-temuan serta intervensi.
 - g) Lakukan penilaian ulang serta modifikasi intervensi bila diperlukan.

2) Penerapan Teknik ROM

- a) Untuk mengendalikan gerakan genggamlah ekstremitas disekitar sendi. Apabila persendian terdapat nyeri, modifikasi pegangan.
- b) Beri penunjang bagi daerah yang memiliki integritas *structural* yang leman, misalnya tempat patahan atau segmen yang mengalami kelumpuhan.
- c) Gerakkan segmen diseluruh ruanggerak yang bebas rasa nyeri hingga sampai terdapat resistensi atau tahanan jaringan.
- d) Lakukan gerakan dengan lembut dan berirama 5 sampai 10 repetisi.

3) Pada AROM

- a) Peragakan gerakan yang diinginkan kepada penderita dengan menggunakan PROM, kemudian mintalah kepada penderita untuk melakukan gerakan tersebut. Beribantuan bila dibutuhkan.
- b) Bantuan dibutuhkan pada gerakan halus atau terdapat kelemahan.
- c) Gerakan dilakukan pada ruanggerak sendi yang tersedia.

3. Kekuatan Otot

a. Definisi

Kekuatan (Strength) diartikan sebagai kemampuan dalam menggunakan gaya dalam bentuk mengangkat atau menahan suatu

beban. Dan menurut Bomba (2000) mendefinisikan sebagai kemampuan sebagai kemampuan otot dan syaraf untuk mengatasi beban internal dan eksternal.

b. Penilaian Skala kekuatan otot

Skala 0 dengan hasil kontraksi tidak terdeteksi, skala 1 dengan hasil kejapan yang hampir tidak terdeteksi atau bekas kontraksi dengan observasi atau palpasi, skala 2 dengan hasil pergerakan aktif bagian tubuh dengan mengeliminasi gravitasi, skala 3 dengan hasil pergerakan aktif hanya melawan gravitasi dan tidak melawan tahanan, skala 4 dengan hasil pergerakan aktif melawan gravitasi dan sedikit tahanan, skala 5 dengan hasil pergerakan aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelehan otot (kekuatan otot normal)

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus	25
B. Masalah Keperawatan.....	40
C. Intervensi Keperawatan	41
D. Intervensi Inovasi	46
E. Implementasi	53
F. Evaluasi	84

BAB IV

A. Profil Lahan Praktik	87
B. Analisis Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	92
C. Analisis Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	93
D. Hasil Evaluasi	94
E. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan	104

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil intervensi dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan bahwa:

1. Setelah hasil dari pengkajian diagnosa keperawatan yang muncul adalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Cerebral berhubungan dengan gangguan arteri dan vena, Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Hambatan Komunikasai Verbal berhubungan dengan perubahan sistem saraf pusat, Syndrome Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan anggota gerak dan Ansietas Keluarga berhubungan dengan kritis situasional.
2. Penyebab Stroke Non Hemoragik adalah faktor risiko tidak terkendali (usia, jenis kelamin dan keturunan) dan faktor risiko terkendali (hipertensi, penyakit jantung, diabetes, kadar kolestrol darah, merokok, alcohol berlebih, obat-obatan terlarang, cedera kepala dan leher).
3. Salah satu masalah utama keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik adalah Hambatan mobilitas fisik akibat tirah baring lama dan karena kelemahan otot.
4. Intervensi yang diberikan bukan itervensi inovasi, tetapi penulis hanya menganalisa hasil intervensi yang dilakukannya selama empat hari dan perawat ruangan sudah menjadi hal yang rutin melakukan Range Of

Motion (ROM) pasif maupun aktif diruangan khususnya di ruang Unit stroke.

5. Dari hasil analisa yang diberikan terlihat bahwa setelah dilakukan tindakan ROM pasif terjadi perubahan peningkatan kekuatan otot dihari ke tiga dan ke empat.

B. Saran

1. Institusi akademis

Institusi akademis sebaiknya lebih banyak mengadakan diskusi mengenai penerapan tindakan pemberian Range Of Motion (ROM) pasif khususnya pada diagnose medis stroke non hemoragik (SNH), sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis dalam menerapkan intervensi mandiri keperawatan sesuai standar operasional (SOP) yang sesuai.

2. Perawat

Perawat lebih banyak memberikan pelayanan secara maksimal sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup klien untuk terhindar dari diformitas tulang, kekakuan pada sendi dan kelemahan kekuatan otot.

3. Mahasiswa

Mahasiswa seharusnya lebih banyak menerapkan tindakan Range Of Motion (ROM) pasif maupun aktif. Selain terhadap pasien yang dikelolanya kepada pasien lain dapat diterapkan, sehingga mahasiswa lebih mahir dalam pelaksanaannya dan juga mahasiswa harus lebih banyak belajar dan mencari referensi lebih banyak baik dari buku

maupun jurnal penelitian terbaru mengenai Range Of Motion (ROM) pasif ataupun aktif.

DAFTAR PUSTAKA

Arif Mansjoer (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.

Brunner and Suddart, (2002). *Keperawatn medikal bedah*. Edisi 8 volume 2 penerbit Jakarta :EGC

Brunner & Suddart. (2005). *Keperawatan Medikal Bedah (edisi 8)*, Jakarta: EGC

Hardi Kusuma (2012). *Hand Book Health Student*. Yogyakarta: Media Action

Hardi Kusuma (2013). *Asuhan Keperawatan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Media Action

Havid Maimurahman. Keefektifan Range Of motion (ROM) terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke. Di unduh pada tanggal 20 Agustus 2015

Niken Laras (2012). Asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada tuan M dengan stroke non hemoragik di ruang anggrek II RSUD Dr.Moewardi Surakarta. Studi kasus, tidak di publikasikan

Yenny H. (2015). Analisis praktik klinik keperawatan pada klien kardiovaskuler dengan congestive hearth failure di ruang intensive cardiac care unit RSUD abdul wahab sjahranie samarinda tahun 2015. KIA-N, tidak dipublikasikan. samarinda stikes muhammadiyah

<http://adf.ly/428932/banner/http://xalien.blogspot.com/2012/08/askep-stroke-n-on-hemoragik-snh.html>. di unduh pada tanggal 20 Agustus 2015.

<file:///D:/my%20Ners/kumpulan> teori SNH/snh202.html. di unduh pada tanggal 20 Agustus 2015.