

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI
INOVASI AKUPRESUR ESCAPULA TERHADAP KEKUATAN OTOT
EKSTREMITAS ATAS DI RUANG STROKE CENTRE AFI
RSUDABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



DI SUSUN OLEH :

KRISNANDA MARDI WIBAWA, S.KEP

17111024120102

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR**

2018

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Krisnanda Mardi Wibawa, S. Kep

NIM : 17111024120102

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis praktik klinik keperawatan pada klien strokenon
hemoragik dengan intervensi inovasi akupresure scapula
terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke
Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan dan pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, Januari 2018

Krisnanda Mardi Wibawa, S. Kep
NIM 17111024120102

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN STROKENON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI
INOVASIAKUPRESUR SCAPULA TERHADAP KEKUATAN OTOT
EKSTREMITAS ATAS DI RUANGSTROKE CENTRE AFI RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

Krisnanda Mardi Wibawa, S.Kep

17111024120102

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 16 Januari 2018

Pembimbing

Ns. Milkhatun., M.Kep

NIDN. 1121018501

Mengetahui,

Koordinator Mata Kuliah Elektif

Ns. Siti Khoiroh M, S.Pd.,M.Kep

NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN STROKENON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI
INOVASIAKUPRESUR SCAPULA TERHADAP KEKUATAN OTOT
EKSTREMITAS ATAS DI RUANG STROKE CENTRE AFI RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**DI SUSUN OLEH : Krisnanda Mardi Wibawa, S.Kep
17111024120102**

**Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 16 Januari 2018**

Penguji I

Ns. Sri Nidya Astuti, S.Kep
NIP. 19720418 199603 2 006

Penguji II

Ns. Joanggi WH, M.Kep
NIDN. 1122018501

Penguji III

Ns. Milkhatun, M.Kep
NIDN. 1121018501

**Mengetahui,
Ketua
Program Studi Ilmu Keperawatan**

Ns. Dwi Rahmah F., M.Kep
NIDN. 1119097601

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah *Subhanallah Wa Ta'ala* yang selalu memberikan rahmat dan karunia-Nya, serta tak lupa sholawat dan salam pada Nabi Besar Muhammad *Shalallahu Alaihi Wassalam*, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan KIA-N ini yang berjudul “Analisis praktik klinik keperawatan pada klien strokenon hemoragik dengan intervensi inovasi akupresure scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Penyusunan KIAN ini dibuat sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

Dalam penyusunan KIAN ini penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu melalui kesempatan yang baik ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Bambang Setiaji, M.S. selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
2. Bapak Ghozali M. Hasyim, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
3. Bapak dr. Rachim Dinata Marsidi, Sp.B., FINAC, M.Kes selaku Pimpinan BLUD RSUD A.W. Sjahranie Samarinda.
4. Ibu Ns. Dwi Rahmah, M.Kep selaku ketua Program Studi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

5. Bapak Supardi, SST. selaku Kepala Ruangan beserta seluruh staff Ruang Stroke Centre AFI RSUD A.W. Sjahranie Samarinda yang sudah memberi izin tempat praktik klinik.
6. Ibu Ns. Milkhatun, M.Kep selaku pembimbing KIAN serta penguji III atas bimbingan, masukan, dukungan dan motivasi kepada penulis untuk penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Ibu Ns. Sri Nidya Astuti S.Kep selaku penguji I dalam ujian sidang KIAN
8. Ibu Ns. Joanggi WH., M. Keps selaku Penguji II dalam ujian sidang KIAN
9. Seluruh Bapak/Ibu Dosen dan Petugas Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan kepada penulis.
10. Istri tercinta “dr. Aji Nadhya Yasmin” dan anak tersayang “Ozilio Maulana Zhafran”, terima kasih atas segala waktu, perhatian, pengertian dan kasih sayang serta dukungan selama pendidikan Profesi Ners ini.
11. Kedua orang tua ayah ibu tersayang dan saudara-saudara saya, terima kasih sedalam-dalamnya atas segala dukungan, doa, nasihat, serta kasih sayang selama ini.
12. Pimpinan dan beserta seluruh staff RSUD I.A. Moeis Samarinda yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan profesi. Khususnya kepada Kepala Ruang dan staff Ruang ICU dan Ruang Mahakam ditempat saya bekerja yang telah memberikan banyak toleransi dan dukungan selama mengikuti pendidikan profesi ini.
13. Teman – teman seperjuangan kelompok V Program Studi Ners, terima kasih atas dukungan, masukan, dan motivasinya serta kebersamaannya selama ini.

14. Seluruh teman-teman Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Terimakasih atas pertemanan, dukungan dan kebersamaan yang telah diberikan. Semoga Allah meridhoi segala langkah kita.
15. Semua pihak yang turut membantu pelaksanaan pembuatan KIA-N iniyang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa KIAN ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari berbagai pihak dalam perbaikan KIAN yang dibuat oleh peneliti. Dan akhirnya penulis berharap agar KIAN penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Wasalamualaikum Wr.Wb

Samarinda, Januari 2018

Penulis

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN
PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI
INOVASI AKUPRESUR SCAPULA TERHADAP KEKUATAN OTOT
EKSTREMITAS ATAS DI RUANG STROKE CENTRE AFI RSUD
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Krisnanda Mardi Wibawa¹, Milkhatun²

Intisari

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Stroke merupakan masalah medik yang sering dijumpai, gangguan *neurologic* ini sering terjadi secara mendadak dan tidak jarang menyebabkan kematian. Masalah umum yang dialami oleh klien stroke adalah kelemahan otot (hemiparese). Akupresur skapula adalah suatu terapi yang dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot pada klien stroke yang mengalami hemiparese, khususnya pada ekstremitas atas. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas untuk mengatasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di ruang stroke centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan belum adanya peningkatan kekuatan otot setelah dilakukan akupresur scapula. Akupresur scapula sebaiknya dilakukan dalam jangka waktu yang lebih lama untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik dimana intervensi ini akan meningkatkan kekuatan otot klien.

Kata kunci : stroke, akupresur, kekuatan otot.

**ANALYSIS OF CLINICAL NURSING PRACTICE
IN NON-HEMORRHAGIC STROKE PATIENTS WITH INNOVATION
INTERVENTION ACUPRESSURE SCAPULA ON UPPER STRENGTH
MUSCLES IN THE STROKE ROOM AFI CENTER ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA PUBLIC HOSPITAL**

Krisnanda Mardi Wibawa¹, Milkhatun²

Abstract

Stroke is a disease of functional brain disorder in the form of nerve palsy (deficit neurologic) due to inhibition of blood flow to the brain. Stroke is a medical problem that is often encountered, this neurologic disorder often occurs suddenly and not infrequently cause death. A common problem experienced by stroke patients is muscle weakness (hemiparese). Acupressure of the scapula is a therapy performed to increase muscle strength in stroke patients experiencing hemiparese, especially in the upper extremities. Final Scientific Work Ners aims to analyze the acupressure intervention scapula against upper limb muscle strength to overcome the problem of nursing physical mobility barriers associated with decreased muscle strength in the stroke center Abdul Wahab Sjahrание Samarinda Public Hospital. The results showed no increase in muscle strength after acupressure scapula. Acupressure of the scapula should be performed over a longer period of time to overcome the problem of physical mobility impairment where this intervention will increase the muscle strength of the patient

Keyword : Stroke, Accupressure, Muscle Strength

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Anatomi dan Fisiologi Otak	10
B. Konsep Teori Stroke.....	13
1. Definisi.....	13
2. Klasifikasi	13

3.	Etiologi.....	14
4.	Manifestasi Klinis	16
5.	Patofisiologi	16
6.	Faktor Risiko Stroke	17
7.	Komplikasi	20
8.	Pemeriksaan Diagnostik.....	25
9.	Penatalaksanaan	26
C.	Konsep Akupresur	26
1.	Definisi.....	26
2.	Sejarah Akupresur.....	27
3.	Manfaat akupresur.....	28
4.	Akupresur Untuk Kekuatan Otot pada Ekstremitas Atas	29
D.	Kekuatan Otot.....	30
1.	Pengertian.....	30
2.	Kekuatan Otot	31
3.	Sistem Otot.....	31
4.	Pengukuran Kekuatan Otot	32
E.	Konsep Asuhan Keperawatan.....	33
1.	Pengkajian	33
2.	Diagnosa Keperawatan	35
3.	Rencana Keperawatan.....	36

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A.	Pengkajian Kasus.....	39
----	-----------------------	----

B.	Keluhan Utama	39
C.	Data Khusus.....	40
D.	Analisa Data	53
E.	Diagnosa Keperawatan	55
F.	Intervensi Keperawatan	56
G.	Intervensi Inovasi	61
H.	Implementasi Keperawatan	64
I.	Evaluasi Keperawatan	70
 BAB IV ANALISA SITUASI		
A.	Profil Lahan Praktik	74
B.	Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	76
C.	Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Penelitian Terkait	79
D.	Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan	83
 BAB V PENUTUP		
A.	Kesimpulan	85
B.	Saran	86
 DAFTAR PUSTAKA		
 LAMPIRAN-LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Konsep Rencana Keperawatan	36
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium 1	50
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium 2	51
Tabel 3.3 Analisa Data	53
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	56
Tabel 3.5 Intervensi Inovasi	61
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Proses	64
Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan	
70Tabel 4.1. Hasil Intervensi Inovasi.....	
80	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Stroke.....	17
Gambar 2.2 Titik Akupuntur pada Scapula	29

LAMPIRAN

- Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 2 Hasil *Head CT Scan*
- Lampiran 3 SPO Akupresur pada Skapula
- Lampiran 4 Pengkajian NIHSS
- Lampiran 5 Morse Fall Scale / Skala Jatuh Morse
- Lampiran 6 Skala Northon
- Lampiran 7 Pengkajian Indeks Barthel
- Lampiran 8 Lembar Jurnal Penelitian Terkait
- Lampiran 9 Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan besar dalam kehidupan modern saat ini. Jumlah penderitanya semakin meningkat setiap tahun, tidak hanya menyerang usia tua tetapi juga menyerang usia muda dan produktif. Menurut Lewis (2009), stroke merupakan keadaan ketika ada iskemia (aliran darah tidak adekuat) menuju bagian otak, atau perdarahan di dalam otak yang mengakibatkan kematian sel otak.

Di era globalisasi ini yang diikuti dengan perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menyebabkan perubahan gaya hidup masyarakat yang semakin modern yang serba instan dan praktis. Hal tersebut mengakibatkan orang semakin malas untuk beraktivitas dan menjalankan pola hidup sehat, sehingga memberikan kecenderungan baru dalam pola penyakit di masyarakat yang memiliki andil besar terhadap pola fertilitas, gaya hidup, dan social ekonomi yang memacu timbulnya pergeseran pola penyakit. Kondisi tersebut di atas dibuktikan dengan peningkatan penyakit tidak menular, salah satunya penyakit stroke. Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (Irfan, 2010).

WHO memprediksi, kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker, yaitu kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta pada tahun 2030. Data Amerika Serikat

menunjukkan setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke . Hasil kongres stroke sedunia, dalam skala global stroke sekarang dalam peringkat kedua penyebab kematian dan merupakan faktor utama penyebab kecacatan serius. Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO, 2014).

Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, sekitar 2,5 % atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Secara umum, dapat dikatakan angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk dan dalam satu tahun, di antara 100.000 penduduk, maka 200 orang akan menderita stroke. Kejadian stroke iskemik sekitar 80% dari seluruh total kasus stroke, sedangkan kejadian stroke hemoragik hanya sekitar 20% dari seluruh total kasus stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2012).

Menurut data Riskesdas 2013, Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per 1000 klien dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per 1000 klien. Prevalensi stroke terbesar berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Sulawesi Utara (10,‰), diikuti DI Yogyakarta (10,3‰), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing (9,7‰). Sedangkan prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi di Sulawesi Selatan (19,9‰), DI Yogyakarta (16,9‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), diikuti Jawa Timur sebesar 16‰. Prevalensi penderita stroke di Kalimantan berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan sebesar (28,9‰), berdasarkan terdiagnosis dan gejala menurut tenaga kesehatan sebesar

(44,8‰) (Risksda, 2013).

Prevalensi Stroke di Kalimantan Timur Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di kota Samarinda setelah penyakit Jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan persentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Jumlah klien di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie sejak bulan Januari 2017 sampai bulan November 2017 mencapai 488 klien, yaitu klien Stroke Hemoragik berjumlah 274 orang dan klien Stroke non Hemoragik berjumlah 274 klien.

Pada klien stroke secara jelas dapat berdampak pada disfungsi ekstremitas atas. Disfungsi ekstremitas atas ini merupakan gangguan fungsional yang paling umum terjadi yaitu sebanyak 88% penderita stroke, berupa kehilangan kontrol ekstremitas atas yang dapat menurunkan kekuatan otot dan rentang gerak. Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya disfungsi ekstremitas ini adalah kontraktur dan deformitas, kehilangan kontrol motorik, kelemahan, kehilangan kontrol postural untuk mendukung pengontrolan ekstremitas atas, kehilangan kesejajaran biomekanik sendi dan pola pergerakan yang tidak efektif (AHA, 2007a; Zeferino & Aycock, 2010).

Menurut Ganong (2008), iskemik dapat menimbulkan lesi atau kerusakan sel saraf pada *upper motor neuron* (UMN). Kerusakan saraf pada area broadman 4-6 mengakibatkan hemiparesis pada anggota motorik atas. Dan dari seluruh klien stroke non hemoragik mengalami hemiparesis pada anggota motorik atas adalah sebanyak 80%. Hasil penelitian Lukas (2008)

menemukan 83,45% klien di RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makasar mengalami hemiparesis pada anggota motorik atas.

Menurut Irfan (2010) saraf yang mengalami kerusakan sel saraf harus segera dilakukan pemulihan dengan cara perangsangan pada daerah sensoris dan motorik (*mekanisme feed back dan feed forward*), sehingga sel otak akan melakukan reorganisasi untuk mengadakan perbaikan sel otak yang tidak berfungsi lagi dan digantikan oleh sel otak yang masih sehat (*neuroplasticity*).

Pergerakan ekstremitas atas merupakan hal mendasar dalam penggunaan tangan secara efektif untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Patologi ekstremitas atas khususnya pada bahu, sangat umum terjadi pada klien yang mengalami hemiplegia setelah terserang stroke. Patologi bahu terjadi hingga 85% klien dengan spastisitas dan hingga 18% klien dengan gejala *flaccid*. Untuk mencegah dan memaksimalkan penyembuhan motorik pada onset hemiplegia, diperlukan tindakan preventif yang perlu diinisiasi oleh seluruh anggota tim rehabilitasi, termasuk perawat, terapis dan tenaga medis (Zeferino & Aycock, 2010).

Terdapat beberapa terapi yang telah dilakukan untuk mengatasi kelemahan otot dan keterbatasan rentang gerak ekstremitas atas akibat stroke seperti latihan lengan dan pemberian posisi. Akupresur merupakan salah satu bentuk terapi yang dapat dilakukan untuk mengembalikan fungsi ekstremitas atas. Akupresur merupakan metode noninvasif yang prinsip kerjanya didasarkan pada prinsip akupunktur (Black & Hawk, 2009; Lemone & Burke 2008). Dalam ilmu Pengobatan Tradisional Cina (*Traditional Chinese Medicine*), akupresur telah digunakan untuk

rehabilitasi ekstremitas atas pada klien pasca stroke yang mengalami hemiplegia dan hemiparesis. Akupresur merupakan salah satu bagian dari pengobatan tradisional Cina yang didasarkan pada teori akupresur Meridian dengan teori *Ying/Yang* dalam ilmu filsafat timur (Black & Hawk, 2009; Lemone & Burke, 2008).

Akupresur diketahui mempercepat penyembuhan dan pemulihan kembali gerak motorik dan keterampilan sehari-hari. Akupresur ini paling efektif dilakukan sesegera mungkin namun masih tetap efektif setelah 6 bulan (Sebastian, 2009). Bahkan, *World Health Organization (WHO)* mengakui akupresur sebagai suatu terapi yang dapat mengaktifkan neuron pada sistem saraf, dimana hal ini merangsang kelenjar-kelenjar endokrin dan hasilnya mengaktifkan organ yang bermasalah (*Vitahealth*, 2006).

Selain itu *The National Institute of Health* di Amerika merekomendasikan akupresur dalam program rehabilitasi stroke. Akupresur merupakan suatu metode pengobatan dengan memberikan penekanan pada titik meridian pada aliran *qi* tubuh (energi vital dan merupakan unsur dasar dari seluruh bentuk pergerakan dan perubahan seluruh fenomena di alam semesta). Akupresur dapat memperbaiki sirkulasi aliran *qi* dalam tubuh, khususnya pada ekstremitas atas yang mengalami keterbatasan. Dengan memperbaiki aliran *qi*, fungsi ekstremitas atas dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari pada klien pasca stroke dapat membaik. Akupresur memberikan perbaikan sirkulasi aliran *qi* dan keseimbangan *Ying/Yang* untuk membantu penyembuhan dan kondisi sejahtera. Oleh karena itu dapat digunakan untuk klien pasca stroke sebagai salah satu terapi keperawatan

alternatif (Sebastian, 2009; Triyono, 2010).

Akupresur menggunakan penekanan pada titik akupunktur tanpa menggunakan jarum, biasanya hanya menggunakan jari atau benda tertentu yang dapat memberikan efek penekanan sehingga lebih bisa diterima dan ditoleransi oleh klien dibandingkan akupunktur yang menggunakan jarum (Ming *et al*, 2001; Alkaissi *et al*, 2002). Pada prinsip akupunktur, akupresur memberikan penekanan pada area titik akupunktur yang dapat mengaktifasi organ-organ internal secara efektif dan mengembalikan fungsi fisiologis tubuh (Kang *et al*, 2009). Titik-titik akupunktur terkait fungsi ekstremitas atas terdapat pada area skapula, yaitu *Large Intestine 15*, *Small Intestine 9*, *Triple Energizer 14*, *Gallbladder 21*, *Small Intestine 11* dan *Small Intestine 12*. Keenam titik ini memiliki korelasi yang tinggi antara titik akupunktur dan titik *trigger* (Sin & Lee, 2007).

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah seorang perawat di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie, akupresur belum pernah digunakan oleh perawat sebagai terapi untuk mencegah dan mengatasi komplikasi ekstremitas atas pada klien pasca stroke. Akupresur merupakan suatu terapi yang efektif baik untuk pencegahan maupun untuk terapi. Selain itu, teknik akupresur mudah dipelajari dan dapat diberikan dengan cepat, biaya murah dan efektif untuk mengatasi berbagai gejala.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada klien strokenon hemoragik dengan intervensi inovasi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisis penatalaksanaan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan intervensi inovasi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2017 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada klien stroke non hemoragik dengan intervensi inovasi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.
- b. Menganalisis intervensi akupresur pada scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Aplikatif

a. Bagi klien

Dapat dilakukan akupresur scapula secara kontinyu untuk

mempertahankan kekuatan otot ekstremitas atas untuk dan mengurangi resiko kelumpuhan

b. Bagi perawat dan tenaga kesehatan

Dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam memberikan informasi mengenai pemberian asuhan keperawatan pada klien Stroke NonHemoragik dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi. dan dengan intervensi inovasi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Aspek Keilmuan

a. Bagi penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti masa perkuliahan dan sebagai tambahan pengalaman untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan terhadap klienstroke non hemoragik dengan intervensi inovasi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya terhadap klienstroke non hemoragik dengan intervensi inovasi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang

Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

c. Bagi Pendidikan

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

d. Bagi Profesi Keperawatan

Menghadirkan laporan aplikasi hasil riset jurnal khususnya terhadap klienstroke non hemoragik dengan intervensi inovasi akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Otak

Otak adalah organ vital yang terdiri dari 100-200 milyar sel aktif yang saling berhubungan dan bertanggung jawab atas fungsi mental dan intelektual kita. Otak terdiri dari sel-sel otak yang disebut neuron (Leonard, 1998, dalam Feigin 2007). Otak merupakan organ yang sangat mudah beradaptasi meskipun neuron-neuron di otak mati tidak mengalami regenerasi, kemampuan adaptif atau plastisitas pada otak dalam situasi tertentu bagian-bagian otak dapat mengambil alih fungsi dari bagian-bagian yang rusak. Otak seperti belajar kemampuan baru. Ini merupakan mekanisme paling penting yang berperan dalam pemulihan stroke (Feigin, 2007).

Secara garis besar, sistem saraf dibagi menjadi 2, yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat (SSP) terbentuk oleh otak dan medulla spinalis. Sistem saraf disisi luar SSP disebut sistem saraf tepi (SST). Fungsi dari SST adalah menghantarkan informasi bolak balik antara SSP dengan bagian tubuh lainnya (Noback dkk, 2009).

Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf, dengan komponen bagiannya adalah

a. Cerebrum

Cerebrum merupakan bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Korteks

ditandai dengan sulkus (celah) dan girus (Ganong, 2008). Cereberum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu :

1) Lobus frontalis

Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Muttaqin, 2008).

2) Lobus temporalis

Lobus temporalis mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari fisura parieto-oksipitalis (Muttaqin, 2008). Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi.

3) Lobus parietalis

Lobus Parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (Muttaqin, 2008).

4) Lobus oksipitalis

Lobus oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang

penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (Muttaqin, 2008).

5) Lobus limbik

Lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (Muttaqin, 2008).

b. Cerebellum

Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum terdiri dari tiga bagian fungsional yang berbeda yang menerima dan menyampaikan informasi ke bagian lain dari sistem saraf pusat (Muttaqin, 2008).

Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal. Bagian-bagian dari cerebellum adalah lobus anterior, lobus medialis dan lobus fluccolonodularis (Muttaqin, 2008).

c. Brainstem

Brainstem adalah batang otak, berfungsi untuk mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis di bawahnya. Struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan

desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial. Secara garis besar brainstem terdiri dari tiga segmen, yaitu mesensefalon, pons dan medulla oblongata (Muttaqin, 2008).

B. Stroke

1. Definisi

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Yang biasanya diakibatkan oleh trombosis, embolisme, iskemia dan hemoragi (Smeltzer, 2007). Menurut Arif Muttaqin, stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang bisa terjadi pada siapa saja (Muttaqin, 2008)

Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis dan perilaku. Gejala fisik yang paling khas adalah paralisis, kelemahan, hilangnya sensasi diwajah, lengan atau tungkai disalah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara, kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan disatu sisi. Seorang dikatakan terkena stroke jika salah satu atau kombinasi apapun dari gejala diatas berlangsung selama 24 jam atau lebih (Feigin, 2007).

2. Klasifikasi

Menurut Pudiastuti (2011) stroke terbagi menjadi 2 kategori yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau stroke iskemik.

- a. Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak dan merusaknya. Hampir 70% kasus stroke hemoragik diderita oleh penderita hipertensi. Stroke hemoragik digolongkan menjadi 2 jenis yaitu : (1) hemoragik intraserebral (perdarahan yang terjadi di dalam jaringan otak), (2) hemoragik subaraknoid (perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid atau ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak).
- b. Stroke non hemoragik atau stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Stroke iskemik ini dibagi 3 jenis yaitu: (1) stroke trombotik (proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan), (2) stroke embolik (tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah), (3) hipoperfusi sistemik (aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung)

3. Etiologi

Menurut Mutaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari :

a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat

menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan darah yang menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis

b. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak membengkak, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung yang turun akibat aritmia.

d. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari stroke dapat berupa defisit lapang pandang seperti kehilangan setengah lapang penglihatan, Kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia. Defisit motorik (seperti Hemiparesis, Hemiplegia, Ataksia, Disartria dan Disfagia). Defisit sensori (seperti Parestesia). Defisit Verbal (seperti Afasia ekspresif: tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, Afasia reseptif: tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, Afasia global: kombinasi afasia ekspresif dan reseptif). Defisit kognitif (seperti Kehilangan memori jangka pendek dan panjang, Penurunan lapang perhatian, Perubahan penilaian, Kerusakan untuk berkonsentrasi). Defisit emosional (seperti Kehilangan kontrol diri, Labilitas emosional, Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, Depresi, Menarik diri, Perasaan isolasi) (Smeltzer, 2007).

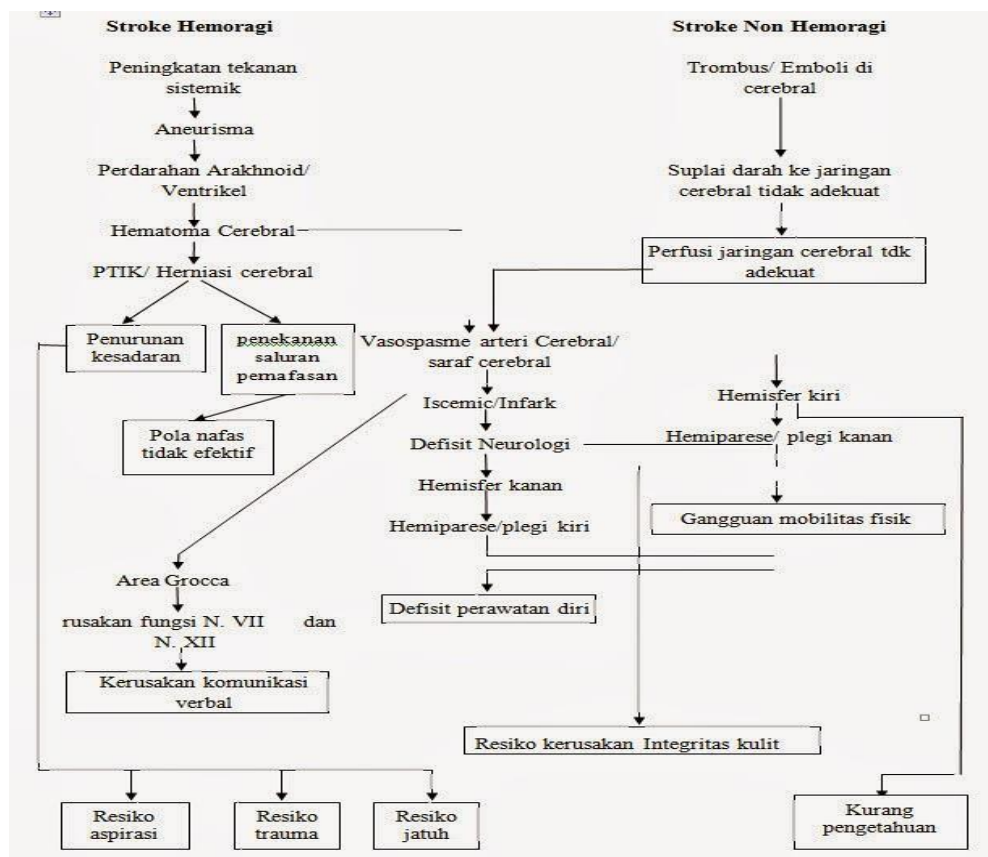
5. Patofisiologi

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arterosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan

menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya henti jantung (Smeltzer, 2007)

Gambar 2.1

Pathway stroke (Muttaqin, 2008)



6. Faktor Risiko Stroke

Ada sejumlah faktor risiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Menurut *University of Pittsburgh Medical Center* (2008) dan *American Heart Association* (2010), ada dua jenis faktor risiko stroke yaitu faktor

risiko yang tidak dapat diubah/ dikontrol dan faktor risiko yang dapat dikontrol :

a. Faktor risiko yang tidak bisa diubah

1) Usia

Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia maka semakin tinggi risiko untuk terserang stroke.

2) Jenis kelamin

Laki-laki dua kali lebih berisiko daripada perempuan, tetapi jumlah perempuan yang meninggal akibat stroke lebih banyak.

3) Riwayat keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke berisiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke.

4) Ras

Ras Afrika-Amerika mempunyai risiko yang lebih tinggi mengalami kematian dan kecatatan akibat stroke dibandingkan dengan ras kulit putih.

b. Faktor risiko yang dapat dikontrol

1) Tekanan darah

Tekanan darah tinggi merupakan penyebab utama stroke.

2) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat

menghambat sirkulasi darah. Nikotin dari rokok dapat meningkatkan tekanan darah.

3) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan risiko terjadinya stroke iskemik. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas. Obesitas dapat mengakibatkan hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, di mana keduanya merupakan faktor risiko stroke.

4) Obesitas

Peningkatan berat badan dapat meningkatkan risiko stroke. Obesitas juga dapat menimbulkan faktor risiko lainnya seperti tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol jahat, dan diabetes.

5) Penyakit pada arteri

Pembuluh darah arteri carotid merupakan pembuluh darah utama yang membawa darah ke otak dan leher. Rusaknya pembuluh darah carotid akibat lemak menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga menghalangi aliran darah di arteri.

6) Kurangnya aktivitas fisik

Latihan penting untuk mengontrol faktor risiko stroke, seperti berat badan, tekanan darah, kolesterol, dan diabetes.

7) Alkohol, kopi dan penggunaan obat-obatan

Konsumsi alkohol meningkatkan risiko stroke. Minum alkohol lebih dari satu gelas pada pria dan lebih dua gelas pada pria

dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, minum tiga gelas kopi sehari dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko stroke. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan risiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda.

8) Kurang nutrisi

Diet tinggi lemak, gula, dan garam meningkatkan risiko stroke. Penelitian menunjukkan bahwa mengonsumsi 5 porsi buah dan sayur sehari dapat mengurangi risiko stroke sebesar 30%.

9) Stress

Penelitian menunjukkan hubungan antara stress dengan mempersempit pembuluh darah carotid.

10) Estrogen

Pemakaian pil KB atau *Hormone Replacement Therapy* (HRT) yang mengandung estrogen dapat mengubah kemampuan penggumpalan darah yang dapat mengakibatkan stroke.

7. Komplikasi

a. Komplikasi neurologik

1) Edema otak (herniasi otak)

Merupakan komplikasi stroke akibat infark maupun karena perdarahan. Pada kasus infark edema terjadi secara vasogenik dan sitotoksik, pada intra dan ekstraseluler. Edema mencapai maksimum setelah 4-5 hari paska infark, diikuti dengan

mengaburnya alur gyrus kortikal dan seiring pembesaran infark, terjadi pergeseran garis tengah otak (*midline shift*). Setelah terjadi *midline shift*, herniasi transteritorial pun terjadi dan mengakibatkan iskemia serta perdarahan di batang otak bagian rostral

2) Infark berdarah (pada emboli otak)

Emboli otak pada prinsipnya berasal dari jantung dan pembuluh darah besar ekstrakranial. Emboli yang berasal dari pembuluh darah arteri leher, biasanya dibentuk dari kombinasi keping darah dan fibrin atau dengan kolesterol. Atheroma akan mengenai intima, awalnya terdapat deposit dari *fatty strak*, lalu diikuti oleh plak fibromuskuloelastis pada sel otot intima yang diisi lemak. Atheroma ini biasanya memiliki ukuran yang lebih besar daripada ukuran pembuluh darah. Jika terjadi pelebaran yang mendadak dari plak akibat meningkatnya perdarahan pada tempat tersebut, maka endotel yang mengandung fibrin dan bekuan darah tadi akan robek, dan terjadi perdarahan. Kebanyakan cenderung sepanjang perbatasan yang diperdarahi oleh anastomosis A.meningeal atau bila di A.serebri media terdapat di ganglia basalis. Kesadaran klien tiba-tiba menurun dan pernafasan mengorok. Pada pemeriksaan pungsi lumbal ditemukan cairan serebrospinal yang mengandung darah.

3) Vasospasme

Spasme yang sering terjadi pada pembuluh darah arteri

yang dikelilingi sejumlah besar darah subarachnoid. Vasospasme ini timbul sebagai akibat langsung dari darah atau sebagian produk darah, seperti hematin atau produk keeping darah, pada dinding adventitia dari pembuluh darah arteri. Gejala vasospasme berupa penurunan kesadaran dan defisit neurologis fokal tergantung pada daerah yang terkena. Gejala-gejala berfluktuatif dan dapat menghilang dalam beberapa hari atau secara gradual menjadi lebih berat. Mekanisme lain terjadinya vasospasme ialah sebagai respon miogenik langsung terhadap pecahnya pembuluh darah serta adanya substansi vasoaktif seperti serotonin, prostaglandin dan katekolamin.

4) Hidrosefalus

Jika sejumlah besar darah, sebagai akibat ruptur pembuluh darah, merembes ke dalam ventrikel atau membanjiri ruang subarachnoid bagian basal, darah tersebut akan memasuki foramen Luschka dan Magendi dimana klien akan mengalami penurunan kesadaran hingga pingsan sebagai akibat dari hidrosefalus akut. Gejala akan membaik jika dilakukan *drainage* ventrikel, dengan ventrikulotomi eksternal, atau pada beberapa kasus dapat dilakukan lumbal pungsi. Hidrosefalus sub akut dapat terjadi akibat blokade jalur cairan serebrospinal oleh darah setelah 2 hingga 4 minggu. Keadaan ini biasanya didahului oleh nyeri kepala, penurunan kesadaran dan inkontinen.

5) Higroma

Terjadinya pengumpulan darah intraserebral di suatu tempat akibat kelainan osmotik.

b. Komplikasi non neurologik

1) Tekanan darah tinggi

Peninggian tekanan darah pada fase akut merupakan respon fisiologis terhadap iskemia otak, dan tekanan darah akan turun kembali setelah fungsi otak membaik kembali. Selain itu tekanan intracranial, dimana iskemia batang otak atau penekanan batang otak. Bila neuron yang menghambat aktivitas simpatis di batang otak menjadi tidak aktif karena penekanan batang otak maka akan terjadi hipertensi.

2) Hiperglikemia

Pada stroke, sama seperti iskemi daerah hipotalamus, dapat terjadi reaksi hiperglikemi. Kadar gula darah sampai 150-175 mg% pada fase akut tidak memerlukan pengobatan. Penderita dengan perdarahan subarachnoid ditemukan gangguan fungsi vegetatif yang bersifat glukorusia dan keadaan ini berhubungan dengan konsentrasi ketekolamin yang tinggi dalam sirkulasi.

3) Edema paru

Edema paru dapat terjadi pada penderita perdarahan intraserebral dan perdarahan sub arakhnoid. Edema paru akut dapat didahului dengan disfungsi kardiovaskuler secara primer, misalnya infark miokard atau sekunder akibat kelainan susunan

saraf pusat, atau edema paru akibat langsung dari pusat “edemagenic” serebral. Proses terjadinya edema paru akibat kelainan susunan saraf pusat yaitu secara langsung melalui sistem saraf otonom terutama mekanisme vagal. Mekanisme lain menyebutkan bahwa edema paru merupakan akibat pelepasan simpatis berlebihan disertai hipertensi sistemik dan hipertensi pulmonal mengakibatkan peninggian permeabilitas vaskuler pada paru. Pelepasan simpatis tersebut dicetuskan oleh tekanan tinggi intracranial, hipoksia otak atau lesi hipotalamus.

4) Kelainan jantung

Kelainan jantung berupa gangguan ritme jantung atau aritmia jantung, terjadi pada fase stroke akut. Sebanyak 50% menunjukkan ventrikuler ektopik berat, kelainan lain berupa ventrikuler takikardia, blok AV komplet, dan asistolik. Kelainan ini lebih sering pada gangguan sirkulasi anterior (sistem karotis). Pada penderita perdarahan subarachnoid, aritmia jantung dapat menyebabkan kematian. Kelainan jantung lainnya pada penderita stroke fase akut berupa kerusakan miokard disertai peninggian kadar enzim jantung pada serum, aritmia jantung dan peninggian kadar katekolamin plasma

5) Emboli paru

Berasal dari venafemoralis dan vena bagian ilioinguinal lebih tinggi dibandingkan vena di betis. Emboli paru biasanya terjadi secara mendadak dan merupakan kasus darurat medik.

Emboli paru ditemukan pada 50% penderita stroke yang meninggal dan kadang-kadang sebagai penyebab kematian

6) Kelumpuhan saraf tepi

Pada penderita stroke dapat terjadi lesi kompresi radiks dan saraf tepi yang bervariasi, terutama akibat anggota gerak yang lumpuh, tidak diletakkan dalam posisi yang baik. Saraf tepi yang sering terkena adalah nerves radialis, nerves ulnaris, nerves peroneus dan iskhiaikus.

8. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Smeltzer & Bare (2008), pemeriksaan diagnostik yang sering dilakukan pada klien stroke antara lain:

- a. *CT scan*. Pemeriksaan awal untuk menentukan apakah klien termasuk stroke hemoragik. Pemeriksaan ini dapat melihat adanya edema, hematoma, iskemia dan infark.
- b. *Angiografi serebral*. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri, ada tidaknya oklusi atau rupture.
- c. Pungsi Lumbal. Menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli serebral, TIA.
- d. MRI. Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, kelainan bentuk arteri-vena.
- e. EEG. Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

9. Penatalaksanaan (stroke akut)

Klien yang koma saat masuk ke rumah sakit dinilai mempunyai prognosis yang buruk. Sebaliknya klien sadar penuh akan mempunyai harapan yang lebih baik. Dengan memepertahankan jalan napas dan ventilasi yang cukup adalah prioritas utama pada fase akut. Menurut Smeltzer et al (2008). Intervensi yang dilakukan pada fase akut antara lain:

- a. Klien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala di tempat tidur ditinggikan 15-30 derajat dsampai tekanan serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk klien dengan stroke massif, karena pada situasi ini henti pernapasan dapat mengancam kehidupan.
- c. Memantau adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflek jalan napas, imobilitas atai hipoventilasi.
- d. Periksa jantung untuk melihat abnormalitas ukuran, irama serta tanda gagal jantung kongestif.

C. Konsep Akupresur

1. Definisi

Akupresur adalah pemijatan yang dilakukan pada titik tertentu di permukaan tubuh sesuai dengan titik akupunktur. Pemijatan dapat dilakukan dengan menggunakan ujung jari, siku atau menggunakan alat

bantu yang tumpul dan tidak melukai permukaan tubuh (Loupatty *et al*, 1996; Premkumar, 2004). Akupresur merupakan salah satu bentuk terapi sentuhan (*touch therapy*) yang didasarkan pada prinsip ilmu akupunktur dan pengobatan Cina, dimana beberapa titik yang terdapat pada permukaan tubuh dirangsang dengan penekanan jari (Dupler, 2005). Sedangkan menurut Sukanta (2008), akupresur yang juga biasa disebut dengan pijat akupunktur adalah metode pemijatan berdasarkan ilmu akupunktur tanpa menggunakan jarum.

2. Sejarah Akupresur

Akupresur merupakan suatu metode Pengobatan Tradisional China yang aslinya bernama *cen ciu* yang berarti jarum dan api karena pengobatan ini memang menggunakan jarum dan api/alat pemanas, yaitu moksa yang dibuat dari daun sundamala (*Arteminia vulgaris L.*). Ilmu akupresur telah dikenal lebih dari 5000 tahun lalu. Akupresur merupakan salah satu bentuk dari akupunktur (tusuk jarum) dan berusia lebih tua dari akupunktur. Pada mulanya merupakan suatu cara penyembuhan yang dilakukan orang awam dan berasal dari kebiasaan-kebiasaan sederhana yang dilakukan dengan penekanan ujung-ujung jari tangan pada daerah tertentu di permukaan kulit (Sukanta, 2008).

Pada zaman pemerintahan kaisar *Huang Ti* (tahun 475-221 SM), pengetahuan akupunktur dihimpun dalam kitab *Huang Ti Nei Cing* (Penyakit Dalam Kaisar *Huang Ti*). Pengobatan akupunktur yang menggunakan jarum dan alat pemanas dapat dikembangkan menjadi pengobatan dengan cara pijat (menggunakan jari sebagai jarum), tetapi

tetap berdasarkan teori akupunktur. Cara pengobatan ini lazim disebut sebagai pijat akupunktur atau akupresur. Dan saat ini, terdapat beragam metode untuk memberikan terapi akupunktur dan akupresur, meliputi stimulasi elektrik, ultrasound dan laser (Sukanta, 2008).

3. Manfaat Akupresur

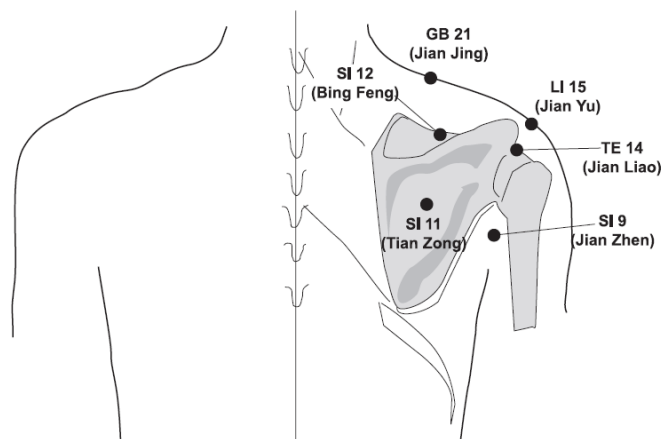
Loupatty *et al* (1996) mengemukakan bahwa pemberian terapi akupresur dengan pemijatan ditujukan untuk mengembalikan keseimbangan yang ada di dalam tubuh, dengan memberikan rangsangan agar aliran energi kehidupan dapat mengalir dengan lancar. Manfaat akupresur adalah untuk meningkatkan daya tahan dan kekuatan tubuh, mencegah terjadinya penyakit, mengatasi keluhan dan penyakit ringan dan memulihkan kondisi tubuh.

Menurut Dupler (2005), akupresur merupakan suatu terapi yang efektif baik untuk pencegahan maupun untuk terapi berbagai macam gangguan kesehatan seperti sakit kepala, nyeri, flu, artritis, alergi, asma, gangguan saraf, nyeri haid, masalah sinus, sakit gigi dan lain-lain. Stimulasi titik akupresur juga dapat meningkatkan energi dan perasaan sehat, menurunkan stres, dan meredakan disfungsi seksual. Tidak seperti akupunktur, akupresur mudah dipelajari dan dapat diberikan dengan cepat, biaya murah dan efektif untuk mengatasi berbagai gejala. Menurut Spinasant (2010) akupresur merupakan terapi yang aman diberikan karena tidak melibatkan penggunaan teknik invasif, hanya menggunakan jempol dan jari (kadang-kadang siku) untuk menekan ke titik tubuh tertentu.

4. Akupresur untuk kekuatan otot ekstremitas atas

Pemberian penekanan pada enam titik akupunktur *Large Intestine* (LI) 15 atau Jian Yu, *Small Intestine* (SI) 9 atau Jian Zhen, *Triple Energizer* (TE) 14 atau Jian Liao, *Gallbladder* (GB) 21 atau Jian Jing, *Small Intestine* (SI) 11 atau Tian Zong dan *Small Intestine* (SI) 12 atau Bing Feng (Gambar 2.1). Keenam titik akupunktur ini berada diatas regio skapula. Titik LI 15 terletak pada pangkal lengan atas, pada lekukan sendi bahu. Titik SI 9 berada 1 *cun* (satu ibu jari) diatas ujung lipat ketiak bagian belakang. Titik TE 14 terletak pada lekukan persendian bahu. Titik GB 21 terletak pada bahu lurus di bawah telinga, diantara dua otot atau pada pertengahan antara tonjolan tulang leher (servikal 7) dan pangkal lengan atas. Titik SI 11 terletak pada pertengahan tulang skapula sedangkan titik SI 12 terletak diatas tulang skapula, tengah atas benjolan (Alamsyah, 2010; Shin & Lee (2007)

Gambar 2.2
Titik Akupunktur pada Scapula untuk memperbaiki
Ekstremitas atas (Shin & Lee, 2007)



Keenam titik ini memiliki hubungan yang sangat erat dengan titik *trigger* untuk memperbaiki fungsi ekstremitas atas. Titik *trigger* merupakan titik sensitif yang bila ditekan akan menimbulkan nyeri pada tempat yang jauh dari titik tersebut, dimana titik ini merupakan degenerasi lokal di dalam jaringan otot yang dapat disebabkan oleh spasme otot, trauma, ketidakseimbangan endokrin dan ketidakseimbangan otot. Titik *trigger* dapat ditemukan pada otot rangka dan tendon, ligamen, kapsul sendi, periosteum dan kulit. Otot yang normal tidak mempunyai titik *trigger* (Shin & Lee, 2007; Triyono, 2010).

Pemberian terapi akupresur akan mengharmonisasikan aliran *qi* dan darah sehingga akan merelaksasikan spasme dan meredakan nyeri pada sendi karena menstimulasi pelepasan *endorphi*. (*East-West Nursing Research Association*, 2001; Kang *et al*, 2009). Pemberian terapi akupresur juga memiliki efek yang positif terhadap peningkatan rentang gerak. Pemberian akupresur pada titik meridian akan memperbaiki sirkulasi *qi* dan darah dalam tubuh, yang akan merelaksasikan otot yang mengeras dan merangsang suatu perbaikan alamiah terhadap abnormalitas skeletal sehingga rentang gerak dapat meningkat (Kang *et al*, 2009).

D. Kekuatan Otot

1. Pengertian

Otot adalah sebuah jaringan dalam tubuh yang tugas utamanya kontraksi, dan terbentuk atas fiber (fibre) yang terdiri dari myofibril yang tersusun atas sel filamen dari molekul myosin yang saling tumpang

tindih (overlap) dengan filamen dari molekul aktin dengan ukuran fiber panjang 10 – 400 mm dengan diameter 0,01 – 0,1 mm. Serabut otot (muscle fibre) bervariasi antara satu otot dengan otot lainnya. beberapa diantaranya memiliki gerakan yang lebih cepat dari yang lain, seperti yang terjadi pada otot yang dipakai untuk mempertahankan kontraksi badan misalnya otot otot pembentukan postur tubuh. Otot yang pucat menggambarkan kontraksi otot yang cepat, namun dengan latihan yang rutin dan kontinyu akan menghasilkan kekuatan otot yang prima. Dan merupakan hal penting bagi ergonom untuk mengetahui jenis otot yang sesuai untuk menopang beban statis yang harus diminimumkan.

2. Kekuatan otot

Otot merupakan alat gerak aktif, sebagai hasil kerja sama antara otot dan tulang. Tulang tidak dapat berfungsi sebagai alat gerak jika tidak digerakan oleh otot, hal ini karena otot mempunyai kemampuan berkontraksi (memendek / kerja berat & memanjang / kerja ringan) yang mengakibatkan terjadinya kelelahan otot, proses kelelahan ini terjadi saat waktu ketahanan otot (jumlah tenaga yang dikembangkan oleh otot) terlampaui (Waters & Bhattacharya, 2008).

Pengertian kekuatan otot adalah kemampuan dari otot baik secara kualitas maupun kuantitas mengembangkan ketegangan otot untuk melakukan kontraksi. Kekuatan kerja otot sangat tergantung pada :

- a. Posisi anggota tubuh saat bekerja
- b. Arah dari gerakan kerja
- c. Perbedaan kekuatan antar bagian dari tubuh

d. Faktor usia

3. Sistem otot

Sistem otot terdiri atas beberapa bagian yang satu dengan lainnya terpisah (Raven, 2009). Sistem otot melekat pada tulang yang terdiri dari otot serat lintang dengan sifat gerakan dapat diatur (volunter) yang berfungsi untuk :

- a. Melakukan pergerakan pada bagian – bagian tubuh / berjalan.
- b. Mempertahankan sikap tertentu sebagai akibat dari kontraksi otot yang secara lokal memungkinkan untuk melakukan sikap duduk, berdiri dan jongkok.
- c. Menghasilkan panas sebagai akibat proses kimia dalam otot yang dapat digunakan untuk mempertahankan suhu tubuh

4. Pengukuran kekuatan otot

Pemeriksaan kekuatan otot dapat dilakukan dengan menggunakan pengujian otot secara manual (manual muscle testing, MMT). Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui kemampuan mengontraksikan kelompok otot secara volunteer. Klien yang tidak mampu mengontraksikan ototnya secara aktif dan volunteer, tidak tepat apabila diberikan MMT standar.

Pemeriksaan kekuatan otot menggunakan MMT akan membantu penegakan diagnosis klinis, penentuan jenis terapi, jenis alat bantu yang diperlukan, dan prognosis. Penegakan diagnosis dimungkinkan oleh beberapa penyakit tertentu yang hanya menyerang otot tertentu pula. Jenis terapi dan alat bantu yang diperlukan oleh klien juga harus

mempertimbangkan kekuatan otot. Diharapkan program terapi dan alat bantu yang dipilih tidak menyebabkan penurunan kekuatan otot (Raven, 2009) . Kriteria hasil pemeriksaan MMT:

- a. Normal (5) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh, melawan gravitasi, dan melawan tahanan maksimal
- b. Good (4) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh, melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan
- c. Fair (3) mampu bergerak dengan luas gerak sendi penuh tanpa melawan gravitasi tanpa tahanan
- d. Poor (2) tidak ada gerakan sendi, tetapi kontraksi otot dapat dipalpasi
- e. Trace (1) kontraksi otot tidak terdeteksi dengan palpasi
- f. No Activity (0) otot tidak dapat melakukan kontraksi

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk RS, nomor register dan dignosa medis.

b. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo dan sulit berkomunikasi.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat

klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadarkan diri, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsioral yang lama, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau stroke sebelumnya.

f. Pengkajian fokus

1) Aktivitas / istirahat

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, mudah lelah dan susah tidur.

2) Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, CHF, polisitemia dan hipertensi.

3) Integritas ego

Emosi labil, respon yang tak tepat, mudah marah, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

4) Eliminasi

Perubahan kebiasaan BAB dan BAK. Misalnya inkontinensia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara

usus menghilang.

5) Makanan / cairan

Nausea, vomiting, daya sensori hilang di liah, pipi, tenggorokan, dysfagia.

6) Neuro sensori

Pusing, sinkope, sakit kepala, perdarahan sub arachnoid dan intrakranial. Kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan, dyspalopia, lapang pandang menyempit. Hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

7) Nyaman / nyeri

Sakit kepala, perubahan aktivitas, kelemahan.

8) Respirasi

Ketidakmampuan menelan, batuk.

9) Keamanan

Sensori motorik menurun atau hilang, mudah terjadi injury. Perubahan persepsi dan orientasi. Tidak mampu menelan dan tidak mampu menagmbil keputusan.

10) Interaksi sosial

Ketidak mampuan dalam bicara dan berkomunikasi

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler
- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan

neuromuskular

- c. Defisit perawat diri : mandi, berpakaian, eliminasi berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- e. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik
- f. Resiko jatuh berhubungan dengan immobilitas fisik
- g. Resiko injuri berhubungan dengan penurunan kesadaran
- h. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran.

3. Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d cerebrovaskuler	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi jaringan serebral teratasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri kepala hilang - Berfungsinya saraf dengan baik - Tanda-tanda vital stabil 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ukuran, kesimetrisan, reaksi dan bentuk pupil 2. Monitor tingkat kesadaran klien 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Monitor keluhan nyeri kepala, mual dan muntah 5. Monitor respon klien terhadap pengobatan 6. Hindari aktivitas bila TIK meningkat 7. Observasi kondisi fisik klien.
2.	Kerusakan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu untuk berkomunikasi kembali dengan baik dengan kriteria hasil :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu memahami informasi dari/ke klien 2. Dengarkan ucapan klien dengan penuh perhatian 3. Gunakan kata-kata yang

		<ul style="list-style-type: none"> - Dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat - Dapat mengerti dan memahami pesan-pesan melalui gambar - Dapat mengekspresikan perasaannya secara verbal dan non verbal 	<p>4. Dorong klien untuk mengulang kata-kata</p> <p>5. Berikan arahan atau perintah sederhana setiap interaksi dengan klien</p> <p>6. Programkan terapi wicara</p> <p>7. Lakukan speech-language therapy setiap interaksi dengan klien</p>
3.	Defisit perawatan diri makan, mandi dan berpakaian berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan mandiri klien terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat makan dengan mandiri - Klien dapat mandi dengan bantuan atau mandiri - Klien dapat memakai pakaian secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan klien untuk perawatan diri 2. Pantau kebutuhan klien untuk alat bantu dalam makan, mandi, berpakaian dan toileting 3. Berikan bantuan pada klien hingga klien sepenuhnya bisa mandiri 4. Berikan dukungan pada klien untuk menunjukkan aktivitas normal sesuai kemampuannya 5. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien
4.	Kerusakan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terjadi kontraktur otot dan footdrop - Klien berpartisipasi dalam program latihan - Klien mencapai keseimbangan saat duduk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan klien untuk latihan rentang gerak aktif pada sisi ekstremitas yang sehat 2. Ajarkan rentang gerak pasif pada sisi ekstremitas yang parestesi dalam toleransi nyeri 3. Topang ekstremitas dengan bantal untuk mencegah atau mengurangi bengkak 4. Ajarkan ambulasi sesuai dengan tahapan dan kemampuan klien 5. Motivasi klien untuk melakukan latihan sendi seperti yang disarankan

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 22 Desember 2017 jam 09.00 WITA di ruang Unit Stroke dan didapatkan data-data sebagai berikut :
Identitas klien.

Klien bernama Bapak N umur 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pendidikan SMP (tidak lulus), klien sehari-hari bekerja sebagai pedagang, BB : 80 kg, status duda, tgl MRS 18 Desember 2017 jam 16.00 WITA, No MR : 98.89.89, diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) dan Diabetes Melitus Type 2.

B. Keluhan Utama

1. Saat masuk rumah sakit (tgl :18 Desember 2017 jam 16.00 WITA)

Klien masuk ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie diantar oleh keluarga karena klien tiba-tiba jatuh, lemah anggota gerak sebelah kanan sejak pagi dan kesulitan bicara. Klien mengatakan tidak pernah mengalami stroke sebelumnya dan ini merupakan serangan yang pertama.

2. Saat pengkajian (tgl: 22 Desember 2017 jam 09.00 WITA)

Klien terlihat tenang, kesadaran compos mentis, klien mengatakan kepala terasa sakit, pusing dan badan lemas serta sering mengantuk.

TD : 170/ 100 mmHg, N : 86 x/ menit, P :20 x/ menit, S : 36,5° C, GCS

E₄ V₅ M₆.

3. Alasan dirawat

Anak klien mengatakan pada hari senin tanggal 18 Desember 2017 klien bangun tidur kemudian langsung pergi mandi untuk bersiap jualan. Setelah mandi tiba-tiba klien jatuh dan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakkan serta sempat tidak sadarkan diri. Klien juga kesulitan bicara tapi masih paham apa yang dibicarakan oleh lawan bicara. Oleh keluarga sekitar jam 09.30 wita di bawake IGD RSUD AWS Samarinda karena khawatir dengan kondisi klien. Kemudian masuk ke Ruang stroke centre AFI jam 16.00 untuk mendapat perawatan lebih lanjut. Klien memiliki riwayat Hipertensi sejak tahun 2014 dan riwayat DM sejak 2016.

C. Data Khusus

1. *Primary survey*

a. *Airway*

Tidak ada sumbatan pada jalan napas yang berupa sekret/darah.

b. *Breathing*

Respirasi 20x/ menit, pola nafas reguler,tidak ada rekraksi dinding dada, tidak ada sesak,gerakan dinding dada simetris, tidak ada sianosis, suara nafas vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan berupa ronkhi atau wheezing).

c. *Circulation*

TD : 170/100 mmHg, N : 82 x/ menit. Gerakan dinding dada

simetris, nadi teraba kuat dengan frekuensi regular, *capillaryrefill time* < 2detik, akral teraba hangat, terapi IVFD RL 45 cc/jam.

2. *Secondary survey*

a. *Breathing* :

Tidak ada sesak , RR : 20x/ menit, pola nafas regular, auskultasi paru-paru vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada, pergerakan dada simetris, tidak ada sumbatan jalan nafas.Tidak ada penumpukkan sputum/sekret pada saluran nafas.

b. *Blood* :

TD : 199/ 107 mmHg, Suhu : 36,5⁰C, Nadi : 82x/menit, *Capillary Refil Time* (CRT) <2 detik, akral teraba hangat.

c. *Brain* :

Saat pengkajian kesadaran klien compos mentis, keadaan umum sedang dengan GCS 15 (E₄ M₆ V₅), ada reflek cahaya, reaksi pupil mata isokor 3 mm (kanan/ kiri), pendengaran klien normal (kanan/ kiri) tidak mengalami gangguan pendengaran.

d. *Bladder* :

Buang air kecilklien melalui kateter, warna urine kuning jernih jumlah output uriene selama 24 jam ± 1600 cc. Input cairan yang berasal dari infus dan minuman/ makanan klien ± 1900 cc/24 jam.

e. *Bowel* :

Klien mengatakan bila di rumah makan 3x sehari dengan porsi cukup dengan nasi,lauk pauk , sayuran, jarang makan buah dan makan selalu habis. BAB selama di rumah sehari 1x, selama di rumah

sakit selera makan klien cukup, klien mengkonsumsi makanan dari rumah sakit bubur rendah garam 3 kali sehari. klien sudah 1x BAB selama di rumah sakit, bising usus 11 x/ menit.

f. *Bone* :

Pergerakan dibantu keluarga/ perawat, klien tidak dapat memiringkan tubuhnya ke kanan/kiri secara mandiri, tidak mengalami patah tulang, ekstremitas teraba hangat, reflek tendon ada, reflek nyeri ada, kelemahan anggota gerak kanan atas dan bawah (Hemiparase dekstra), kekuatan otot ekstremitas atas 0/5, ekstremitas bawah 0/5.

3. Pengkajian tambahan.

a. Pola persepsi kesehatan-manajemen kesehatan.

Sebelumnya klien pernah memiliki riwayat hipertensi sejak tahun 2014. Klien mengatakan bahwa sehat sangat penting bagi tubuh kita. karena dengan sehat kita bisa menjalankan aktivitas sehari-hari. Keluarga klien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita yaitu stroke. Prilaku untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga mengatakan jika klien rutin kontrol kesehatan ke puskesmas atau rumah sakit terdekat. Faktor-faktor resiko sehubungan dengan kesehatan keluarga klien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman yang berakohol, dan selalu menjaga pola makan.

b. Pola metabolik-nutrisi.

1). Sebelum sakit.

Klien mengatakan bila di rumah makan 3x sehari dengan porsi cukup dengan nasi, lauk pauk, sayuran, jarang makan buah dan makan selalu habis dan minum air putih sekitar ± 8 sampai 9 gelas dalam sehari, sekitar $\pm 1,5 - 2$ liter sehari.

2). Selama sakit.

Selama di Rumah Sakit, klien mengkonsumsi makanan dari rumah sakit bubur rendah garam 3 kali sehari. Tinggi badan klien 165 cm, berat badan 65 kg. Hasil pada pemeriksaan gula darah sewaktu adalah 189 mg/dl.

c. Pola eliminasi.

1). Sebelum sakit.

Klien mengatakan BAB 1 kali sehari dilakukan pada pagi hari dengan konsistensi lunak warna kuning, tidak ada masalah dalam BAB dan BAK $\pm 6-8$ kali sehari dengan warna kuning bening bau yang khas (bau air kencing pesing).

2). Saat sakit

Klien mengatakan selama di RS sudah ada BAB 1x. Tidak terdapat distensi, peningkatan tekanan abdomen, tidak ada asites dan BAK menggunakan kateter dengan warna kuning bening tidak teraba distensi kandung kemih.

d. Pola aktifitas dan latihan (olahraga).

1) Saat sakit

Klien mengatakan sebelum sakit keseharian klien sebagai pedagang dan berjualan. Klien jarang melakukan aktivitas olahraga.

2) Setelah sakit

Selama sakit klien *bedrest*, keadaan umum lemah, kesadaran *compos mentis* dengan GCS 15 (E₄ M₆ V₅). Keluarga mengatakan klien selalu di bantu dalam melakukan aktivitas mandi oleh perawat dan keluarga. Hanya diseka-seka saja. Aktifitas dibantu oleh perawat dan keluarga, tidak mampu melakukan perawatan diri. Semua aktivitas dilakukan semuanya di atas tempat tidur. Klien tidak mampu melakukan mobilisasi (mika/miki) sendiri.

e. Pola Istirahat dan Tidur.

1). Sebelum sakit.

Klien mengatakan biasanya tidur pukul 22.00 malam dan terbangun pukul 05.00 pagi dan tidur nyenyak. Tidak pernah terbangun pada tengah malam.

2). Saat sakit

Keluarga mengatakan klien lebih banyak tidur. Keluarga mengatakan klien sering terbangun saat keluarga ada di sampingnya.

f. Pola Persepsi-Kognitif.

1). Sebelum sakit

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

2). Saat sakit.

Klien terlihat banyak diam dan menunduk ketika diajak bicara, klien mengerti dan bicara pelan jelas walaupun tidak terlalu lancar. Klien tidak mengalami disorientasi waktu karena dapat menyebutkan hari apa sekarang. Klien dan keluarga juga mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit stroke.

g. Pola Konsep diri-persepsi diri

1). Gambaran diri.

Klien senang dengan semua anggota tubuhnya, walaupun sekarang klien merasa malu karena kondisi kelumpuhan pada anggota gerak sebelah kanan.

2). Identitas diri.

Klien mengatakan sebelum sakit klien selalu bersyukur atas dirinya dan bangga pada diri .

3). Peran diri.

Saat ini peran klien sebagai kepala rumah tangga terganggu dan perannya digantikan oleh anaknya yang kedua laki-laki.

4). Ideal diri

Saat ditanya apakah klien ingin sembuh, klien menjawab ingin

sembuh dari sakitnya saat ini.

5). Harga diri.

Klien mengatakan malu dengan kondisi saat ini karena klien merasa dirinya menjadi beban bagi anaknya dan orang lain.

h. Pola hubungan-peran.

1). Sebelum sakit

Klien mengatakan hubungan dengan klien dengan keluarga baik-baik saja dan tidak merasa dikucilkan dari keluarga serta masyarakat sekitar (tetangga).

2). Saat sakit.

Klien mengatakan masih bisa berhubungan dengan baik dengan keluarga dan masyarakat disekitar. Banyak teman, tetangga dan kerabat yang menjenguk dan mendoakan agar cepat sembuh.

i. Pola reproduksi-seksualitas.

1). Sebelum sakit.

Klien adalah seorang bapak yang memiliki 1 orang anak laki-laki dan 2 orang anak perempuan. Istri klien sudah meninggal sekitar 1 tahun yang lalu.

2). Saat sakit.

Klien tidak memiliki pikiran yang mengarah pada seksualitas. Klien hanya berfokus pada kesembuhan dari penyakitnya.

j. Pola toleransi terhadap stress-koping.

1). Sebelum sakit.

Klien mengatakan kalau ada masalah klien selalu terbuka dengan anggota keluarga dan selalu diselesaikan bersama-sama.

2). Saat sakit.

Pada saat sakit klien tidak bisa dimintai pendapatnya tentang toleransi terhadap stress-koping.

k. Pola keyakinan-nilai.

1). Sebelum sakit.

Klien beragama islam dan rutin melaksanakan sholat 5 waktu.

2). Saat sakit.

Klien mengatakan tidak pernah sholat dan hanya beraktivitas di tempat tidur.

4. Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe*).

a. Kepala.

Bentuk mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada benjolan, rambut hitam beruban, distribusi rambut merata.

b. Mata.

Mata kiri kanan simetris, pupil bereaksi terhadap cahaya +/+, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada oedem palpebra.

c. Hidung.

Simetris kiri kanan, tidak ada secret, darah atau sumbatan.

d. Mulut.

Mukosa bibir lembab, rongga mulut lembab, lidah basah , tidak terdapat sariawan, terdapat beberapa gigi yang telah tanggal. Mulut dan gigi klien kotor.

e. Telinga.

Daun telinga lentur, bentuk dan posisi simetris, tidak ada menggunakan alat bantu dan telinga klien tampak sedikit kotor.

f. Leher.

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid.

g. Dada.

Bentuk dada normal gerakan simetris, postur normal, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdapat lesi, tidak ada pembengkakan atau penonjolan, ictus kordis tidak terlihat. Tidak teraba ictus cordis di ICS-5. Suara sonor pada lapang paru. Suara napas vesikuler, RR : 20 x/ menit, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak ada mur-mur.

h. Abdomen.

Tampak datar, tidak ada lesi. Bising usus 8x/ menit. Tidak terdapat distensi abdomen, tidak ada distensi kandung kemih, turgor baik, kembali < 3 detik.

i. Genetalia.

Terpasang kateter dengan urin tampung 1400 cc/24 jam, warna kuning bening, tidak ada oedem, kebersihan kurang.

j. Integumen.

Kulit wajah sedikit kering, kulit bagian tubuh dan kaki kering, teraba hangat, tidak ada luka.

k. Ekstremitas.

Tidak ada oedem pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah,

kekuatan otot $\frac{0}{0} \left| \frac{5}{5} \right.$

l. Neurologi.

Tingkat kesadaran : compos mentis, GCS 15(E₄ M₆ V₅)

Fungsi 12 saraf Kranial :

1) Saraf Kranial I (*Olfactorius*)

Lubang hidung tidak terdapat secret, klien dapat mengenali bau minyak kayu putih pada kedua lubang hidung.

2) Saraf Kranial II (*Optikus*)

Klien mampu melihat objek yang di dekatnya dengan jelas.
Lapang pandang normal

3) Saraf Kranial III (*okulomotoris*)

Gerakan bola mata dari dalam ke luar normal.

4) Saraf kranial IV (*Trochlearis*)

Klien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan sampingkanan kiri

5) Saraf Kranial V (*Trigeminus*)

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

6) Saraf Kranial VI (*Abdusen*)

Klien mampu melirik ke kanan dan ke kiri.

7) Saraf Kranial VII (*Facialis*)

Klien dapat mengerutkan alis, mengangkat dahi, memejamkan mata, klien dapat menunjukkan gigi dan mengembungkan pipi

8) Syaraf kranialis VIII (*Vestibulokoklearis*)

Klien dapat mendengarkan suara jari dengan baik pada kedua telinga, *stapping*, *rinne*, dan *weber* tidak dilakukan

9) Saraf Kranial IX (*Glosofaringeus*)

Klien mampu membedakan rasa asam dan manis.

10) Saraf Kranial X (*Vagus*)

Klien mampu mengucapkan ah dan mampu menelan saliva

11) Saraf kranial XI (*Accesorius*)

Klien mampu menoleh, menggerakkan bahu dan melawan tahanan.

12) Saraf Kranial XII (*Hipoglosus*)

Lidah simetris, klien mampu mendorong pipi dengan lidah.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Tanggal 18 Desember 2017 jam 13.07 :

Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.3
Hasil pemeriksaan laboratorium 1

No	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
1.	Leukosit	9.00	$10^3/\mu\text{L}$	4.80-10.8
2.	Eritrosit	4.96	$10^6/\mu\text{L}$	4.70-6.10

3.	Hemoglobin	12.7	g/ dl	14.0-18.0
4.	Hematokrit	35.6	%	37.0-54.0
5.	MCV	71.8	fL	81.0-99.0
6.	MCH	25.6	pg	27.0-31.0
7.	MCHC	35.7	g/dL	33.0-37.0
8.	PLT	270	10 ³ /μL	150-450
9.	RDW-SD	35.5	fL	35.0-47.0
10.	RDW-CV	13.6	%	11.5-14.5
11.	PDW	15.5	fL	9.0-13.0
12.	MPV	7.8	fL	7.2-11.1
13.	P-LCR	13	%	15-25
14.	PCT	0.21	%	0.15-0.40
15.	Neutrofil#	7.5	10 ³ /μL	1.5-7.0
16.	Neutrofil%	84	%	40-74
17.	Limfosit#	1.04	10 ³ /μL	1.00-3.70
18.	Limfosit%	12	%	19-48
19.	Monosit#	0.20	10 ³ /μL	0.16-1.00
20.	Monosit%	2	%	3-9
21.	Eosiofil#	0.19	10 ³ /μL	0.00-0.80
22.	Eosinofil%	2	%	0-7
23.	Basofil#	0.0	10 ³ /μL	0.0-0.2
24.	Basofil%	0	%	0-1
25.	Laju endap darah	11	Mm/jam	< 10
26.	Glukosa sewaktu	307	Mg/dL	70 – 140
27.	Ureum	20.0	mg/dl	19.3-49.2
28.	Creatinin	0.7	mg/dl	0.7-1.3
29.	Natrium	135	Mmol/L	135-155
30.	Kalium	4.1	Mmol/L	3.6-5.5
31.	Chloride	98	Mmol/L	98-108

b. Tanggal 19 Desember 2017 jam 08.50 :

Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.4
Hasil pemeriksaan laboratorium 2

No	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Normal
1.	Glukosa puasa	189	Mg/dl	70–100
2.	HbA1c	8.4	%	4.3-6.5
3.	Cholesterol	158	Mg/dl	< 200
4.	Trigleserida	105	Mg/dl	< 150
5.	HDL Cholestrol	36	Mmol/L	> 35
6.	LDL Cholesterol	101	Mmol/L	160-189
7.	Asam urat	3.1	Mmol/L	3.4-7.0

8.	Ureum	25.9	mg/dl	19.3-49.2
9.	Creatinin	0.7	mg/dl	0.7-1.3
10.	Natrium	134	Mmol/L	135-155
11.	Kalium	4.1	Mmol/L	3.6-5.5
12.	Chloride	100	Mmol/L	98-108

- c. Tanggal 10 Juni 2017 : pemeriksaan CT-Scan kepala tanpa kontras potongan axial.

Hasil : infark ganglia basalis kiri

6. Terapi Medis

- a. Terapi Obat oral : tanggal 21 Desember 2017
- 1) CPG 75 mg 1x1
 - 2) Omeprazole 20 mg 2x1
 - 3) Metformin 500 mg 3x1
- b. Terapi injeksi : tanggal 16-06-2017 (Hari ke 6)
- 1) Infus Asering 80 cc/jam 20 tetes/menit
 - 2) Apidra 3x6 ui

D. Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : - Klien mengatakan kepala pusing dan terasa sakit pada bagian tengkuk dengan skala nyeri 3. DO : - Klien lebih banyak tidur - Bila di tanya klien menjawab dengan suara pelan jelas. - <i>Airway</i> bebas - TD : 170/ 100 mmHg - RR : 20 x/ menit - N : 86 x/ menit - S : 36,5° C - GCS15 :E ₄ V ₅ M ₆ . - Hasil CT-SCAN Kepala : infark ganglia basalis kiri	Gangguan cerebrovaskuler	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak
2.	DS : - Klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakkan DO : - Klien terpasang urine chateter - Klien tampak lemah - Aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga - Kekuatan otot $0 \frac{5}{5}$ - Hemiparese dekstra - Semua aktivitas dilakukan di atas tempat tidur.	Penurunan kekuatan otot	Hambatan mobilitas fisik
3.	DS : - Keluarga mengatakan klien selalu di bantu dalam melakukan aktivitas mandi oleh perawat dan keluarga. Hanya diseka-seka saja DO : - klien tampak lemah dan tidak	Gangguan neuromuskular, Kelemahan	Devisit perawatan diri: mandi

	<p>mampu melakukan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien di seka oleh perawat dan keluarga - Mulut dan gigi klien kotor 		
4.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa di gerakan - Klien mengatakan kepala pusing <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur. - Tempat tidur klien terpasang <i>bed rail</i> - Klien tidak mampu melakukan mobilisasi (mika/miki) sendiri. - Klien terpasang stiker kuning (<i>Fall Risk</i>) pada gelang identifikasi dan papan tanda resiko jatuh - Nilai Morse Fall Scale : 60 (Resiko Tinggi Jatuh) 	dengan faktor resiko kelemahan anggota gerak sebelah kanan	Risiko jatuh
5.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakkan - Klien mengatakan merasa malu dengan kondisinya sekarang <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur. - Klien sering menunduk - Aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga - Hemiparese dextra - Kekuatan otot $0.5 \frac{ }{0.5}$ 	Perubahan fungsi tubuh	Gangguan citra tubuh
6.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selama sakit tidak pernah melaksanakan sholat 5 waktu. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua aktivitas klien dilakukan di atas tempat tidur. - Klien tampak lemah - Aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga 	Kehilangan fungsi bagian tubuh	Distress spiritual

7.	DS : - Klien dan keluarga mengatakan bahwa ini adalah serangan yang pertama - Klien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit stroke DO : - Keluarga menanyakan tentang kondisi klien	Kurang sumber pengetahuan	Defisiensi pengetahuan
----	--	---------------------------	------------------------

E. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan.
4. Risiko jatuh dengan faktor resiko kelemahan anggota gerak kanan.
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh
6. Distress spiritual berhubungan dengan kehilangan fungsi bagian tubuh
7. Defisiensi pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurangnya sumber pengetahuan

F. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	NOC	NIC
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan gangguan neuromuskular	<p>Perfusi Jaringan Serebral</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 x 24 jam diharapkan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik (3) • Tekanan darah diastolik (3) • Sakit kepala (4) • Penurunan tingkat kesadaran (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deviasi berat dari kisaran normal. 2. Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal 3. Deviasi sedang dari kisaran normal. 4. Deviasi ringan dari kisaran normal. 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal. 	<p>Monitor neurologi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Pantau ukuran pupil, bentuk dan kesimetrisan 1.2. Monitor tingkat kesadaran. 1.3. Monitor tingkat orientasi. 1.4. Monitor kecenderungan skala koma glasgow 1.5. Monitor tanda-tanda vital: suhu, tekanan darah, denyut nadi, dan respirasi. 1.6. Monitor karakteristik bicara : kelancaran, adanya aphasia atau kesulitan menemukan kata 1.7. Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis yang sesuai. 1.8. Beri jarak kegiatan keperawatan yang diperlukan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial. 1.9. Lakukan tindakan pencegahan sesuai peraturan jika diperlukan.
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.	<p>Pergerakan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 x 24 jam diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik teratasi dengan indikator :</p>	<p>Peningkatan latihan : latihan kekuatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Dapatkan persetujuan medis untuk memulai tindakan terapi pemijatan dengan akupresur, jika diperlukan 2.2. Beri informasi mengenai jenis terapi yang akan dilakukan

		<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi (4) • Cara berjalan (4) • Gerakan otot (4) • Gerakan sendi (4) • Kinerja tranfer (4) • Berjalan (4) • Bergerak dengan mudah (4) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>2.3. Bantu untuk menentukan tingkat kekuatan otot</p> <p>2.4. Sediakan gambar atau instruksi tertulis yang bisa dibawa pulang untuk panduan dalam program terapi akupresur</p> <p>2.5. Kolaborasikan dengan keluarga dan tenaga kesehatan lain dalam merencanakan, mengajarkan dan memonitor program terapi akupresur</p> <p>2.6. Berikan terapi pijat akupresur pada skapula untuk meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas</p> <p>2.7. Monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri selama pemberian terapi</p>
3.	Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kelemahan.	<p>Perawatan Diri : Kebersihan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 x 24 jam diharapkan masalah defisit perawatan diri : kebersihan teratasi dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mencuci tangan (5) • Membersihkan area perineum (5) • Mempertahankan kebersihan mulut(5) • Menyisir rambut (5) • Mempertahankan kebersihan tubuh(5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>Bantuan Perawatan Diri : Mandi / Kebersihan</p> <p>3.1 Pertimbangkan budaya klien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri.</p> <p>3.2 Tentukan jumlah dan tipe terkait dengan bantuan yang diperlukan.</p> <p>3.3 Sediakan barang pribadi yang di inginkan (misalnya., sikat gigi, sabun mandi dan lotion)</p> <p>3.4 sediakan lingkungan yang terapeutik</p> <p>3.5 Fasilitasi klien untuk mandi sendiri dan gosok gigi, dengan tepat.</p> <p>3.6 Monitor integritas kulit klien</p> <p>3.7 Berikan bantuan sampai klien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri.</p>

4.	<p>Risiko jatuh dengan faktor resiko kelemahan anggota gerak kanan</p>	<p>Kejadian jatuh :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kejadian jatuh tidak terjadi dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jatuh dari tempat tidur (5) • Jatuh saat dipindahkan (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup besar 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada 	<p>Pencegahan jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 4.2. Bantu ambulasi individu yang tidak memiliki keseimbangan 4.3. Letakan benda-benda dalam jangkauan yang mudah bagi klien 4.4. Instruksikan klien untuk memanggil bantuan terkait pergerakan yang tepat 4.5. Sediakan pencahayaan yang cukup untuk meningkatkan pandangan <p>Manajemen lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6. Singkirkan barang berbahaya dari lingkungan sekitar jika perlu 4.7. Siapkan alat untuk beradaptasi (pegangan tangan) 4.8. Gunakan peralatan perlindungan (fiksasi atau pagar pada sisi bed) untuk membatasi mobilitas fisik 4.9. Bantu klien untuk melakukan perpindahan
5.	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh</p>	<p>Citra tubuh :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan citra tubuh teratasidengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesesuaian antara realitas tubuh, ideal tubuh dan perwujudan tubuh (5) 	<p>Peningkatan citra tubuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Kaji dan dokumentasikan respons verbal dan nonverbal pasien terhadap tubuh pasien 5.2 Tentukan harapan pasien tentang citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan 5.3 Tentukan apakah perubahan fisik saat ini telah dikaitkan ke dalam citra tubuh pasien

		<ul style="list-style-type: none"> • Kepuasan terhadap penampilan dan kepuasan fungsi tubuh (5) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah positif 2. Jarang positif 3. Kadang positif 4. Sering positif 5. Konsisten positif 	<p>5.4 Instruksikan klien untuk memanggil bantuan terkait pergerakan yang tepat</p> <p>5.5 Identifikasi pengaruh budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia pasien menyangkut citra tubuh</p> <p>5.6 Pantau frekuensi pernyataan kritik diri</p>
6.	Distress spiritual berhubungan dengan kehilangan fungsi bagian tubuh	<p>Status kenyamanan : psikospiritual</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat spiritual klien bertambah dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keyakinan (4) • Harapan (4) • Kepuasan spiritual (4) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>Dukungan spiritual</p> <p>6.1 Gunakan komunikasi terapeutik untuk membangun kepercayaan dan kepedulian empatik</p> <p>6.2 Dorong individu untuk meninjau kehidupan masa lalu dan fokus pada peristiwa dan hubungan yang memberi kekuatan spiritual</p> <p>6.3 Perlakukan individu dengan bermartabat dan hormat</p> <p>6.4 Dorong pratinjau hidup melalui kenangan</p> <p>6.5 Dorong partisipasi dalam interaksi dengan anggota keluarga, teman, dan lain lain</p> <p>6.6 Sediakan privasi dan cukup waktu untuk kegiatan spiritual</p> <p>6.7 Selalu siap untuk mendengarkan perasaan individu</p>
7.	Defisiensi pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurangnya sumber pengetahuan	<p>Pengetahuan manajemen stroke</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 15 menit diharapkan klien dan keluarga paham tentang penyakit stroke, tipe,</p>	<p>Perencanaan pasien pulang</p> <p>7.1 Identifikasi pengetahuan yang diperlukan klien</p> <p>7.2 Identifikasi kebutuhan klien mengenai pendidikan kesehatan untuk perawatan setelah pulang</p> <p>7.3 Motivasi klien untuk</p>

	<p>pengobatan dan komplikasi dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentukan tipe stroke (4) • Faktor penyebab (4) • Komplikasi (4) <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada pengetahuan 2. Pengetahuan terbatas 3. Pengetahuan sedang 4. Pengetahuan banyak 5. Pengetahuan sangat banyak 	<p>melakukan perawatan diri yang tepat</p> <p>7.4 Rumuskan rencana perawatan pemeliharaan untuk tindak lanjut setelah kepulangan</p> <p>7.5 Bantu pasien dan keluarga terkait dengan perencanaan lingkungan yang mendukung perawatan pasien pasca dirawat di RS</p> <p>7.6 Kolaborasi dengan dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam merencanakan kelanjutan perawatan</p>
--	---	--

G. Intervensi Inovasi

Tabel 3.7 : Intervensi Inovasi

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi inovasi
1.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Langkah-langkah akupresur pada scapula untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas:</p> <p>Tahap pre interaksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan mobilitas klien 2. Mengkaji adanya hambatan mobilitas 3. Mengkaji adanya nyeri pada daerah persendian dan tempat pemijatan 4. Mencuci tangan 5. Menyiapkan alat <ol style="list-style-type: none"> a. Minyak masase dipersiapkan sesuai dengan kebutuhan yang telah direncanakan dengan tetap mempertahankan kebersihan b. Waslap atau tissue <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik, 2. Mencucitangan. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 4. Menanyakan kesiapan klien sebelum melakukan

		<p>tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memberi kesempatan klien untuk bertanya 6. Bila klien siap dilakukan tindakan, dekatkan alat-alat <p>Tahap kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca “Basmallah” 2. Menjaga privasi klien (menutup sampiran) 3. Mengatur posisi yang nyaman bagi klien <ol style="list-style-type: none"> a. Mengatur posisi duduk b. Membantu klien dalam posisi yang sesuai dengan bagian tubuh yang akan di akupresur c. Menganjurkan klien untuk rileks selama dilakukan akupresur 4. Melakukan intervensi akupresur pada scapula <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan untuk memastikan tidak adanya kontra indikasi seperti kontusio, fraktur, nyeri, infeksi pada kulit atau luka terbuka. b. Menentukan lokasi titik LI 15, SI 9, TE 14, GB 21, SI 11 dan SI 12 yang akan dilakukan akupresur (lihat gambar) <div data-bbox="810 1182 1428 1585" style="text-align: center;"> <p>The diagram illustrates the anatomical location of the scapula and shoulder joint. Six acupoints are marked with black dots and labeled with their respective codes and names in parentheses: GB 21 (Jian Jing) is located on the upper shoulder; SI 12 (Bing Feng) is on the upper back; LI 15 (Jian Yu) is at the top of the shoulder; TE 14 (Jian Liao) is on the shoulder blade; SI 11 (Tian Zong) is on the scapula; and SI 9 (Jian Zhen) is on the lower back.</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> • Titik LI 15 : terletak pada pangkal lengan atas, pada lekukan sendi bahu. • Titik SI 9 : teletak satu ibu jari diatas ujung lipat ketiak bagian belakang • Titik TE 14 : terletak pada lekukan persendian bahu • Titik GB 21 : terletak pada bahu lurus di bawah telinga, diantara dua otot atau pada pertengahan
--	--	--

		<p>antara tonjolan tulang leher (servikal 7) dan pangkal lengan atas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Titik SI 11 : terletak pada pertengahan tulang scapula • Titik SI 12 terletak diatas tulang skapula, tengah atas benjolan. <p>c. Oleskan <i>massase oil</i> secukupnya pada daerah yang akan dilakukan akupresur</p> <p>d. Lakukan pengurutan pada titik LI 15, SI 9, TE 14, GB 21, SI 11 dan SI 12 searah aliran meridian yang bertujuan untuk melancarkan aliran energi vital.</p> <p>e. Lakukan akupresur pada titik yang dimaksud sesuai dengan kebutuhan yaitu penekanan, dapat dilakukan dengan memutar dan mengikuti putaran arah jarum jam atau searah dengan jalannya meridian</p> <p>f. Lakukan selama 10 menit dan lakukan 1 kali sehari</p> <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi hasil kegiatan 2. Beri reinforcement positif 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Berdoa bersama klien 5. Mengucapkan salam 6. Merapikan alat dan mencuci tangan
--	--	--

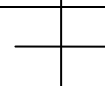
H. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.8 : Implementasi dan Evaluasi proses

Hari/Tanggal	Dx Kep	Implementasi dan Evaluasi	Paraf
Jumat, 22/12/2017 Jam 10.00 Wita	I	<p>1.1 memantau ukuran pupil dan kesimetrisan S : - O : pupil isokor 3/3 mm</p> <p>1.2 Memonitor tingkat kesadaran S : - O : klien sadar penuh, tingkat kesadaran compos mentis</p> <p>1.3 Memonitor tingkat orientasi S : klien mengatakan ini masih pagi hari jumat dan di rawat di RSUD AWS O : orientasi klien baik</p> <p>1.4 Memonitor kecenderungan skala koma glasgow S : O : GCS 15 E₄ M₆ V₅</p> <p>1.5 Memonitor tanda-tanda vital S : O : TD : 170/90; N : 84 x/menit; RR : 20 x/menit; S : 36,0° C; irama jantung normal</p> <p>1.6 Memonitor karakteristik bicara dengan menanyakan keluhan klien S : klien mengatakan masih sakit kepala dan terasa pusing O : klien bicara pelan dan jelas</p> <p>1.8 Memberi jarak kegiatan yang bisa meningkatkan TIK S : klien mengatakan hanya terbaring di tempat tidur O : tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK</p>	
Jumat, 22/12/2017 Jam 10.15 wita	II	<p>2.1 Mendapatkan persetujuan medis untuk memulai terapi pijatan dengan akupresur S : klien mengatakan setuju dengan tindakan terapi akupresur yang akan dilakukan O : klien paham dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>2.2 Memberi informasi mengenai jenis terapi untuk kekuatan otot S : klien mengatakan mengerti dengan apa yang</p>	

		<p>dijelaskan oleh perawat</p> <p>O : klien mendengarkan dengan seksama</p> <p>2.3 bantu untuk menentukan kekuatan otot</p> <p>S : klien mengatakan tangan kanan masih tidak bisa digerakkan</p> <p>O : terdapat kelemahan pada ekstremitas kanan atas dan bawah. MMT 0 5</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: none;">0</td> <td style="border: none;">5</td> <td style="border: none;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">0</td> <td style="border: none;">5</td> </tr> </table> <p>2.4 Menyediakan gambar atau instruksi tertulis yang bisa dibawa pulang untuk panduan dalam terapi akupresur</p> <p>S :</p> <p>O : perawat memberikan gambar dan panduan berupa SOP kepada klien</p> <p>2.5 Mengkolaborasikan dengan keluarga dan tenaga kesehatan lain dalam memonitor program terapi akupresur</p> <p>S :</p> <p>O : keluarga klien memperhatikan dengan seksama penjelasan dari perawat</p> <p>2.6 Memberikan terapi akupresur pada scapula untuk meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas atas</p> <p>S :</p> <p>O : klien terlihat rileks</p> <p>2.7 Memonitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri selama pemberian terapi</p> <p>S : klien mengatakan nyaman dan tidak ada nyeri</p> <p>O : klien tampak rileks</p>	0	5			0	5	
0	5								
	0	5							
Jumat, 22/12/2017 Jam 08.00 Wita	III	<p>3.1 Melakukan perawatan diri : kebersihan klien (menyeka, oral hygiene, genital hygiene)</p> <p>S : klien merasa nyaman</p> <p>O : klien terlihat bersih dan tidak tercium bau badan</p>							
Jumat, 22/12/2017 Jam 10.30 wita	IV	<p>4.3 Meletakkan benda-benda dalam jangkauan yang mudah bagi klien</p> <p>S : klien mengatakan agar botol minum diletakkan dekat dengan klien</p> <p>O : aktivitas klien dilakukan ditempat tidur</p> <p>4.5 Menyediakan pencahayaan yang cukup untuk meningkatkan pandangan</p> <p>S : -</p> <p>O : pencahayaan ruang perawatan cukup terang</p> <p>4.6 Meyingkirkan barang berbahaya dari lingkungan</p>							

		<p>sekitar klien</p> <p>S :</p> <p>O : menjauhkan barang berbahaya seperti gelas, botol minyak, dan mangkuk kecil</p> <p>4.8 Menggunakan peralatan perlindungan (<i>bed rail</i>) untuk membatasi mobiltas fisik</p> <p>S :</p> <p>O : <i>bed rail</i> terpasang</p> <p>4.9 Bantu klien untuk melakukan perpindahan</p> <p>S : klien mengatakan ingin digeser naik keatas</p> <p>O : klien terlihat turun, bersama keluarga mnggeser klien ke atas</p>	
<p>Sabtu, 23/12/2017 Jam 08.00 wita</p>	I	<p>1.1 Memantau ukuran pupil dan kesimetrisan</p> <p>S : -</p> <p>O : pupil isokor 3/3 mm</p> <p>1.2 Memonitor tingkat kesadaran</p> <p>S : -</p> <p>O : klien sadar penuh, tingkat kesadaran compos mentis</p> <p>1.4 Memonitor kecenderungan skala koma glasgow</p> <p>S :</p> <p>O : GCS 15 E₄ M₆ V₅</p> <p>1.5 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>S :</p> <p>O : TD : 150/90; N : 82 x/menit; RR : 20 x/menit; S : 36,0°C; irama jantung normal</p> <p>1.6 Memonitor karakteristik bicara dengan menanyakan keluhan klien</p> <p>S : klien mengatakan masih terasa pusing</p> <p>O : klien bicara pelan dan jelas</p>	
<p>Sabtu, 23/12/2017 Jam 09.00 Wita</p>	II	<p>2.6 Memberikan terapi akupresur pada scapula untuk meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas atas</p> <p>S :</p> <p>O : klien terlihat rileks</p> <p>2.5 Mengkolaborasikan dengan keluarga dan tenaga kesehatan lain dalam memonitor program terapi akupresur</p> <p>S : anak klien mengatakan sudah melakukan sendiri terapi akupresur</p> <p>O : keluarga klien dapat mendemonstrasikan terapi akupresur pada scapula</p> <p>2.3 Membantu untuk menentukan kekuatan otot</p> <p>S : klien mengatakan tangan kanan masih tidak bisa digerakkan</p> <p>O : terdapat kelemahan pada ekstremitas kanan</p>	



		atasdan bawah, MMT 0 5 0 5	
Sabtu, 23/12/2017 Jam 07.45 Wita	III	3.1 Melakukan perawatan diri : kebersihan klien (menyeka, oral hygiene, genital hygiene) S : klien merasa nyaman O : klien terlihat bersih dan tidak tercium bau keringat badan	
Sabtu, 23/12/2017 Jam 08.00 Wita	IV	4.1 Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh S : klien mengatakan hanya bisa miring kekanan O : aktivitas klien dilakukan ditempat tidur 4.2 Membantu ambulasi individu yang tidak memiliki keseimbangan S : klien mengatakan ingin miring ke kiri O : ambulasi klien dibantu oleh perawat dan keluarga 4.8 Menggunakan peralatan perlindungan (<i>bed rail</i>) untuk membatasi mobiltas fisik S : O : <i>bed rail</i> terpasang 4.9 Menginstruksikan klien untuk memanggil bantuan terkait pergerakan yang tepat S : klien mengatakan akan memanggil bila perlu bantuan O : aktivitas klien hanya di ats tempat tidur	
Minggu, 23/12/2017 Jam 08.00 wita	I	1.1 Memantau ukuran pupil dan kesimetrisan S : - O : pupil isokor 3/3 mm 1.2 Memonitor tingkat kesadaran S : - O : klien sadar penuh, tingkat kesadaran compos mentis 1.4 Memonitor kecenderungan skala koma glasgow S : O : GCS 15 E ₄ M ₆ V ₅ 1.5 Memonitor tanda-tanda vital S : O : TD : 160/90; N : 84 x/menit; RR : 20 x/menit; S : 36,2°C; irama jantung normal 1.6 Memonitor karakteristik bicara dengan menanyakan keluhan klien S : klien mengatakan kadang-kadang masih terasa pusing	

		O : klien bicara pelan dan jelas									
Minggu, 23/12/2017 Jam 09.00 wita	II	<p>2.6 Memberikan terapi akupresur pada scapula untuk meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas atas</p> <p>S :</p> <p>O : klien terlihat rileks</p> <p>2.5 Mengkolaborasikan dengan keluarga dan tenaga kesehatan lain dalam memonitor program terapi akupresur</p> <p>S : anak klien mengatakan sudah melakukan sendiri terapi akupresur pada sore hari</p> <p>O : keluarga klien dapat mendemonstrasikan terapi akupresur pada scapula</p> <p>2.3 Membantu untuk menentukan kekuatan otot</p> <p>S : klien mengatakan tangan kanan masih tidak bisa digerakkan</p> <p>O : terdapat kelemahan pada ekstremitas kanan atas dan bawah, MMT</p> <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15px;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	0	5					0	5	
0	5										
		0	5								
Minggu, 23/12/2017 Jam 07.45 wita	III	<p>3.1 Melakukan perawatan diri : kebersihan klien (menyeka, oral hygiene, genital hygiene)</p> <p>S : klien merasa nyaman</p> <p>O : klien terlihat bersih dan tidak tercium bau keringat badan</p>									
Minggu, 23/12/2017 Jam 10.00 Wita	IV	<p>4.2 Membantu ambulasi individu yang tidak memiliki keseimbangan</p> <p>S : klien mengatakan ingin miring ke kiri</p> <p>O : ambulasi klien dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>4.8 Menggunakan peralatan perlindungan (<i>bed rail</i>) untuk membatasi mobiltas fisik</p> <p>S :</p> <p>O : <i>bed rail</i> terpasang</p> <p>4.8 Menginstruksikan klien untuk memanggil bantuan terkait pergerakan yang tepat</p> <p>S : klien mengatakan akan memanggil bila perlu bantuan</p> <p>O : aktivitas klien hanya di ats tempat tidur</p>									

I. Evaluasi Keperawatan

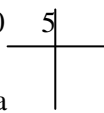
Tabel 3.9 : Evaluasi Keperawatan

Hari I :

No. DX	Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
I	Jumat, 22/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan masih sakit kepala dan terasa pusing</p> <p>O : GCS 15 (E₄, M₆, V₅) Ku : lemah TD : 170/90 mmHg Nadi : 84 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0° C</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi 1.1 sampai dengan 1.9</p>
II	Jumat, 22/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Keluarga mengatakan semua keperluan klien selama di rumah sakit dibantu oleh perawat dan keluarga.</p> <p>O : Klien terpasang urine chateter Klien tampak lemah Aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga Kekuatan otot 0 5 0 5 Hemiparese dekstra</p> <p>Semua aktivitas dilakukan di atas tempat tidur.</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi 2.3, 2.5, 2.6</p>
III	Jumat, 22/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Keluarga mengatakan klien selalu di bantu dalam melakukan aktivitas mandi oleh perawat dan keluarga. Hanya diseka-seka saja</p> <p>O : Klien tampak lemah dan tidak mampu melakukan perawatan diri. Klien di seka oleh perawat dan keluarga Klien terlihat bersih dan tidak tercium bau keringat badan setelah diseka</p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri : mandi teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan dan lanjutkan intervensi 3.1 sampai dengan 3.7</p>
IV	Jumat, 22/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan ingin geser naik keatas</p> <p>O : Klien lebih banyak miring ke kanan Terpasang <i>bed rail</i> Klien <i>bedrest</i></p> <p>A : Masalah resiko jatuh belum terjadi</p>

	P : Pertahankan intervensi 4.1 sampai dengan 4.9
--	--

Hari II :

No. DX	Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
I	Sabtu, 23/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan masih sakit kepala dan terasa pusing</p> <p>O : GCS 15 (E₄, M₆, V₅) Ku : lemah TD : 150/90 mmHg Nadi : 82 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,0° C</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 sampai dengan 1.9</p>
II	Sabtu, 23/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan</p> <p>O : Klien terpasang urine chateter Klien tampak lemah Aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga Kekuatan otot 0 5 0 5 Hemiparse dekstra</p>  <p>Semua aktivitas dilakukan di atas tempat tidur.</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi 2.3, 2.5, 2.6</p>
III	Sabtu, 23/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Keluarga mengatakan klien selalu di bantu dalam melakukan aktivitas mandi oleh perawat dan keluarga. Hanya diseka-seka saja</p> <p>O : Klien tampak lemah dan tidak mampu melakukan perawatan diri. Klien di seka oleh perawat dan keluarga Klien terlihat bersih dan tidak tercium bau keringat badan setelah diseka</p> <p>A: Masalah defisit perawatan diri : mandi teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan dan lanjutkan intervensi 3.1 sampai dengan 3.7</p>
IV	Sabtu, 23/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan ingin miring</p> <p>O : Klien lebih banyak miring ke kanan Terpasang <i>bed rail</i> Klien <i>bedrest</i></p> <p>A : Masalah resiko jatuh belum terjadi</p> <p>P : Pertahankan intervensi 4.1 sampai dengan 4.9</p>

Hari III :

No. DX	Tanggal / Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
I	Minggu, 24/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan kadang-kadang masih terasa pusing</p> <p>O : GCS 15 (E₄, M₆, V₅) Ku : lemah TD : 160/90 mmHg Nadi : 84 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2° C</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 sampai dengan 1.9</p>
II	Minggu, 24/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan</p> <p>O : Klien terpasang urine chateter Klien tampak lemah Aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <p>Kekuatan otot 0 5</p> <p>0 5</p> <p>Hemiparase dekstra</p> <p>Semua aktivitas dilakukan di atas tempat tidur.</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1 sampai dengan 2.7</p>
III	Minggu, 18/06/2017 Jam 14.00	<p>S : Keluarga mengatakan klien selalu di bantu dalam melakukan aktivitas mandi oleh perawat dan keluarga. Hanya diseka-seka saja</p> <p>O :Klien tampak lemah dan tidak mampu melakukan perawatan diri. Klien di seka oleh perawat dan keluarga Klien terlihat bersih dan tidak tercium bau keringat badan setelah diseka</p> <p>A: Masalah defisit perawatan diri : mandi teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan dan lanjutkan intervensi 3.1 sampai dengan 3.7</p>
IV	Minggu, 24/12/2017 Jam 14.00	<p>S : Klien mengatakan ingin miring</p> <p>O : Klien lebih banyak miring ke kanan Terpasang <i>bed rail</i> Klien <i>bedrest</i></p> <p>A : Masalah resiko jatuh belum terjadi</p> <p>P : Pertahankan intervensi 4.1 sampai dengan 4.9</p>

BAB IV

ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu. RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai *Top referral* dan sebagai rumah sakit kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung sejak bulan Januari 2014. RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda saat ini sebagai wahana pendidikan berbagai institusi pendidikan baik pemerintah maupun swasta juga bekerja sama dengan perguruan tinggi kesehatan yang ada di Kalimantan Timur baik itu institusi keperawatan (S1 Keperawatan, Profesi Ners, DIV Keperawatan, dan DIII Keperawatan) maupun Institusi Kebidanan (DIV Kebidanan dan DIII Keperawatan).

RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda memiliki Visi “Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf International” dengan Misi Meningkatkan Kualitas Pelayanan Berstandar International, Mengembangkan RS sebagai Pusat Penelitian. Jenis-jenis pelayanan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tahun 2016-2017 antara lain: kateterisasi jantung, bedah jantung, stroke centre dan perawatan luka modern di poliklinik yang saat ini sedang dikembangkan, dan masih banyak lagi (Bidang Keperawatan RSUD Abdul Wahab Sjahranie, 2016).

Stroke Centre adalah ruang perawatan khusus untuk klien stroke yang dirawat selama waktu tertentu untuk didiagnosa, diobati dan direhabilitasi

oleh multidisiplin terpadu sampai kondisi medis stabil. Pelayanan unit stroke dibuka sejak tanggal 18 November 2013, kedudukan stroke centre berada dibawah Instalasi Rawat Inap (IRNA) dan termasuk perawatan *High Care*.

Lokasi terletak berdekatan dengan perawatan instensif PICU, NICU, ICU, ICCU dan tergabung dalam lingkup Instalasi Rawat Inap (IRNA). Stroke centre merupakan ruangan perawatan kelas III dan VIP terdiri dari 21 tempat tidur dilengkapi fasilitas lemari klien, meja makan. Fasilitas dan peralatan medis di ruangan seperti oksigen dan *Suction Central*, Monitor, *infuse pump*, *syringe pump* dan alat-alat medis lainnya. Diantara tempat tidur satu dengan yang lain dibatasi dengan sekat tirai dan dimonitor oleh kamera CCTV yang dapat dipantau pada monitor di *nurse station* dalam sebuah ruangan yang letaknya di tengah ruangan diantara tempat tidur klien.

Stroke centre juga memiliki sarana kolam renang untuk hidroterapi klien pasca stroke dan ruang gymnasium, ruang terapi wicara dan ruang terapi okupasi untuk rehabilitasi klien. Nurse station berada di dua station, satu terletak di ruang perawatan biasa yaitu di ruang tengah di antara ruangan klien, dan yang kedua terletak di dekat kamar vip untuk memudahkan dalam monitoring klien. Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie memiliki struktur organisasi yang diantaranya 1 kepala ruangan dan 1 CCM serta 26 orang perawat pelaksana dengan klasifikasi pendidikan S1 ners sebanyak 3 orang dan D III sebanyak 24 orang.

B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait

Asuhan keperawatan pada BapakN dengan usia 55 tahun dengan diagnosa medis SNH dan Diabetes Melitus type 2 yang dirawat sejak tanggal 18 Desember 2017, masalah keperawatan yang muncul adalah ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan neuro muskular kelemahan dan resiko jatuh dengan faktor resiko penurunan kekuatan otot.

Diagnosa keperawatan pertama yang muncul yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat muncul karena klien mengalami penyumbatan pembuluh darah pada otak. Data Subyektif yang ditemukan: Klien mengatakan kepalanya terasa sakit dan pusing, sedangkan data obyektif yang ditemukan: klien lebih banyak tidur, bila ditanya klien menjawab dengan suara pelan dan jelas, KU sedang, kesadaran klien: CM, GCS: 15, reaksi pupil: isokor, TTV: TD: 170/100mmHg, N: 86x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,5° C, CT scan : infark ganglia basalis kiri. Masalah keperawatan ini timbul karena adanya sumbatan thrombus atau emboli yang mengganggu suplai darah ke jaringan cerebral tidak adekuat. Jika aliran darah ketiap bagian otak terhambat karena thrombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam 1 menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang

lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron, area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Pada masalah kedua penulis mendapatkan masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Data subyektif yang ditemukan: Klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak dapat di gerakkan. Data obyektif yang ditemukan: aktivitas dilakukan di tempat tidur, klien tampak lemah, aktivitas klien dibantu oleh perawat,

kekuatan otot	0	5
	0	5

Keluhan utama klien adalah lemah bagian tubuh sebelah kanan. Pada SNH terjadi penyumbatan di pembuluh darah otak yang disebabkan oleh thrombosis, emboli sehingga jumlah darah yang mengalir ke daerah distal dari penyumbatan berkurang ke daerah tersebut juga mengalami kekurangan oksigen akibatnya daerah tersebut menjadi iskemik, dimana terjadi penekanan perfusi rendah, penyediaan oksigen menurun, CO₂ dan asam laktat tertimbun. Pembuluh darah di bagian pusat daerah iskemik kehilangan tonus dan terjadi proses degeneratif akibat oedema serebri sehingga terjadi infark dan timbul manifestasi defisit neurologik yang berupa hemiparese yang bersifat kontralateral dari daerah lesi di otak sehingga klien memiliki diagnosa hambatan mobilitas fisik.

Pada masalah ketiga penulis mendapatkan masalah defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan neuro muskular, kelemahandalam pengertian yang terdapat di dalam buku Nanda dikarenakan adanya hambatan kemampuan untuk melakukan atau

menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri (Nanda 2016). Data subyektif yang ditemukan adalah keluarga klien mengatakan klien selalu dibantu dalam melakukan aktivitas mandi oleh perawat dan keluarga. Data Obyektif yang ditemukan: klien tampak lemah dan tidak mampu melakukan perawatan diri, klien hanya diseka oleh perawat dan keluarga, klien bedrest. Pada klien stroke haemoragik terdapat gangguan sistem aliran darahnya ke otak. Gangguan ini dapat menyebabkan berbagai macam gejala, salah satunya ialah gangguan motorik dan sensorik diantaranya terjadi hemiparese (Ganong, 2003). Sehingga dalam pemenuhan perawatan diri : mandiklien memerlukan orang lain untuk membantu baik selama di RS ataupun setelah perawatan di rumah.

Pada masalah keempat penulis menemukan masalah resiko jatuh dengan faktor resiko kelemahan anggota gerak dengan data subyektif: Klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakkan, klien mengatakan pusing. Sedangkan Data obyektif: aktivitas klien dilakukan diatas tempat tidur, tempat tidur klien terpasang *bed rail* dan klien tidak mampu melakukan mobilisasi sendiri. Sumbatan pada pembuluh darah otak membuat ekstremitas yang persarafi oleh otak menjadi lemah bahkan terkadang sering bergerak tanpa sadar sehingga menimbulkan resiko jatuh. Jatuh merupakan suatu kejadian yang menyebabkan subyek yang sadar menjadi berada di permukaan tanah tanpa disengaja. Dan tidak termasuk jatuh akibat pukulan keras, kehilangan kesadaran. Kejadian jatuh tersebut adalah dari penyebab spesifik yang jenis dan konsekuensinya berbeda dari mereka yang dalam keadaan sadar mengalami jatuh. usaha pencegahan

merupakan langkah yang harus dilakukan karena bila sudah terjadi jatuh pasti terjadi komplikasi. Ada tiga usaha pokok untuk pencegahan jatuh yaitu, identifikasi faktor resiko, penilaian keseimbangan dan gaya berjalan, serta mengatur atau mengatasi faktor situasional dan salah satu upaya yang sering dilakukan adalah memasang pengaman pagar pada sisi ranjang klien (Darmojo, 2009)

Dari keempat masalah keperawatan di atas, sehubungan dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan otot penulis tertarik melakukan intervensi inovatif akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot klien stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan pada ekstremitas atas. Beberapa studi telah dilakukan untuk membuktikan keefektifan akupresur terhadap peningkatan kekuatan otot klien stroke diantaranya Sukawana (2013) dengan judul akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada klien stroke non hemoragik di Ruang Interna RSUD Klungkung menunjukkan bahwa secara bermakna akupresur pada scapula meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada klien non hemoragik.

C. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait

Pada kasus kelolaan terdapat diagnosa keperawatan diantaranya adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Penurunan kekuatan otot yang dimaksud adalah adanya ketidakmampuan ekstremitas dalam melakukan fungsinya.

Pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) penulis melakukan intervensi inovasi akupresur scapula untuk mengatasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pada klien Bapak N. Intervensi ini dilakukan pada tanggal 22, 23, 24 dan 25 Desember 2017. Intervensi yang dilakukan diawali dengan mengkaji kekuatan otot awal klien. Saat pertama kali melakukan akupresur, penulis melakukan konsultasi dengan perawat ruangan untuk menanyakan kondisi klien memungkinkan untuk dilakukan akupresur atau tidak. Selanjutnya penulis didampingi perawat ruangan dalam memberikan akupresur. Adapun hasil evaluasinya pada tabel 4.1 sebagai berikut

Tabel 4.1
Hasil Intervensi Inovasi

Hari, Tanggal	Kekuatan otot sebelum pemberian akupresur	Kekuatan otot setelah pemberian akupresur
Jumat, 22 Desember 2017	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$
Sabtu, 23 Desember 2017	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$
Minggu, 24 Desember 2017	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$
Senin, 25 Desember 2017	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$	$\frac{0}{0} \frac{5}{5}$

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa belum terjadi peningkatan kekuatan otot setelah akupresur scapula diberikan selama 4 hari perlakuan dengan frekuensi 1 kali sehari dilakukan selama 30 menit. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukawana (2013) dengan judul akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada klien

stroke non hemoragik di Ruang Interna RSUD Klungkung. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan Kolmogorov-Smirnov menunjukkan akupresur efektif terhadap kekuatan otot pada klien stroke di Ruang Interna RSUD Klungkung dengan nilai Z sebesar 2,236 dengan nilai Asymp.Sig. sebesar 0,000; $\alpha = 0,05$. Penelitian yang dilakukan oleh Sukawan (2013) ini dilakukan kepada 10 orang dengan SNH dan diberikan akupresur 1 kali sehari selama 30 hari, dan hasilnya adalah seluruh klien yang mendapatkan terapi akupresur kekuatan ototnya meningkat.

Pada klien stroke non hemoragik mengalami penurunan kekuatan otot pada tangan juga didukung oleh teori Ganong (2008), dan Smeltzer & Bare (2009), yang menyatakan salah satu gejala yang paling sering timbul pada klien Stroke non hemoragik adalah hemiparesis, hemiparesis pada anggota motorik atas disebabkan oleh terjadinya lesi pada *upper motor neuron* (UMN) dimana serabut otot yang mengatur gerakan terletak pada area broadman (4-6) disadari melalui dua kombinasi sel saraf, salah satunya terdapat pada korteks motorik. Serabut-serabutnya tepat pada traktus piramida atau penyilangan traktus piramida, dan serat lainnya pada ujung anterior medulla spinalis dimana serat-serat tersebut berjalan menuju otot. Jika terjadi lesi pada *upper motor neuron* (UMN) yang melibatkan korteks motor, kapsula internal, medulla spinalis dan struktur-struktur lain pada otak dimana sistem kortikospinal menurunnya maka *upper motor neuron* (UMN) ini akan mengalami kerusakan/ hancur yang menyebabkan terjadinya stroke, paralisis (kehilangan gerakan yang disadari). Paralisis dihubungkan dengan lesi-lesinya *upper motor neuron* (UMN) dan biasanya

mempengaruhi seluruh ekstremitas, kedua ekstremitas atau separuh bagian tubuh.

Hasil dari intervensi inovasi yang didapatkan menunjukkan bahwa saat dilakukan pemeriksaan kekuatan otot dengan 4 hari perlakuan, klien tidak mampu untuk menggerakkan tangan kanannya. Menurut Asumsi penulis, klien stroke non hemoragik tidak mengalami peningkatan kekuatan otot karena waktu pemberian akupresur yang kurang lama. Karena pada penelitian yang dilakukan oleh Sukawana (2013) akupresur diberikan 1 kali sehari selama 30 hari, sedangkan penulis memberikan terapi akupresur hanya 4 hari.

Hasil intervensi inovasi yang didapat juga tidak didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Adam (2011), yang meneliti tentang Pengaruh Akupresur terhadap Rentang Gerak Ekstremitas Atas pada Klien Stroke Pasca Rawat Inap di RSUP Fatmawati Jakarta. Hasil penelitian yang didapatkan rata-rata rentang gerak ekstremitas atas pada kelompok perlakuan saat pre test 2,1 menjadi 5,20 saat post test, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata rentang gerak ekstremitas saat pre test 2,20 menjadi 2,40 saat post test. Hasil penelitian yang didapatkan relevan dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Adam (2011), yang meneliti tentang “Penatalaksanaan Electrical Stimulation dan Terapi Latihan Pada Hemiparese Dextra Post Stroke Non Haemorrhagic”. Hasil penelitian ini menunjukkan dari 15 responden yang diteliti setelah diberikan program terapi latihan menunjukkan seluruh klien (100%) mengalami peningkatan kekuatan otot.

Berdasarkan pada penelitian tersebut di atas diharapkan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan dengan pelaksanaan akupresur yang dapat diterapkan dengan aman sebagai salah satu terapi yang memberikan dampak positif baik secara fisik maupun psikologis. Perlakuan akupresur memiliki beberapa keuntungan antara lain lebih mudah dipelajari dan diingat oleh klien dan mudah diterapkan dengan biaya yang murah yang dapat diterapkan oleh keluarga atau penderita stroke di rumah.

D. Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan

Masalah keperawatan yang timbul pada klien kelolaan dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara klien dan pemberi pelayanan kesehatan, dalam hal ini khususnya perawat. Klien memiliki peranan penting untuk melakukan perawatan mandiri (*self care*) dalam perbaikan kesehatan dan mencegah rawat ulang dirumah sakit (Barnason, Zimmerman & Young, 2011). Perilaku yang diharapkan dari *self care* adalah kepatuhan dalam medikasi maupun instruksi dokter seperti diit, pembatasan cairan maupun pembatasan aktivitas. *Self care* yang dimiliki oleh klien kelolaan masih kurang optimal.

Intervensi inovasi yang dilakukan pada klien dengan stroke non haemorrhagic di ruang stroke centre adalah akupresur scapula. Alternatif pemecahan masalah yang perlu dilakukan bagi perawat ruangan yaitu menjadikan intervensi akupresur ini sebagai salah satu intervensi sederhana untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas mengatasi masalah

keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Perawat ruangan juga perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang tujuan dan prosedur tindakan akupresur baik berupa diskusi atau pemberian leaflet serta dapat melibatkan keluarga klien dalam intervensi tersebut sehingga keluarga klien dapat menjadi tenang dan dapat melakukan latihan akupresur ketika klien nanti dirawat di rumah

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari pelaksanaan analisis kasus klien Bapak N dengan SNH dan Diabetes Melitus Type II ini dibuat berdasarkan tujuan khusus penulisan sebagai berikut :

1. Berdasarkan analisa kasus kelolaan pada klien dengan diagnosa medis Stroke non Haemoragik. Telah dapat dianalisa kasus kelolaan klien dengan SNH dan Diabetes Type II di ruang Stroke Centre RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dimana didapatkan diagnosa keperawatan berupa ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan cerebrovaskuler, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, masalah defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan hambatan mobilitas, resiko jatuh dengan faktor resiko penurunan kekuatan ekstremitas kanan.
2. Menganalisa intervensi inovasi akupresur scapula yang diterapkan secara kontinyu pada klien SNH di ruang Stroke Centre RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda dan diperoleh hasil bahwa pemberian akupresur scapula belum dapat meningkatkan kekuatan otot klien SNH terutama pada ekstremitas atas. Hal ini terlihat dari pengukuran kekuatan otot pada hari pertama dengan kekuatan otot $\frac{0}{0} \mid \frac{5}{5}$

dan setelah pemberian inovasi intervensi akupresur scapula selama 4 hari, kekuatan otot klien belum ada peningkatan dengan kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 0 & 5 \\ \hline 0 & 5 \end{array}$$

B. Saran

1. Bagi perawat
 - a. Perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan terkait Stroke non haemorrhagic, pencegahan dan penatalaksanaan kepada klien dan keluarga. Edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan klien dan mempertimbangkan keadaan saat klien pulang ke rumah. Pemberian edukasi sebaiknya selama klien dirawat sehingga dapat dievaluasi.
 - b. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada klien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk penyakit stroke non haemorrhagic.
 - c. Perawat juga dapat menerapkan pemberian akupresur pada scapula pada masalah hambatan mobilitas fisik dimana intervensi ini diharapkan akan dapat meningkatkan kekuatan otot klien
2. Bagi Klien

Klien sebaiknya mengubah gaya hidup lebih sehat, aktifitas fisik yang teratur, pola makan yang teratur, mematuhi program pengobatan, rutin kontrol ke rumah sakit.

3. Bagi Institusi Pendidikan
 - a. Agar meningkatkan bimbingan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada klien dengan Stroke Non Haemoragik atau Stroke Haemoragik.
 - b. Diharapkan bagi penulis selanjutnya agar dapat melakukan pembahasan lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang bisa meningkatkan kekuatan otot pada klien stroke yang mengalami kelemahan pada bagian ekstremitas. Hal ini tentu saja akan menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

Adam, 2011, *Pengaruh Akupresur terhadap Rentang Gerak Ekstremitas Atas pada Klien Stroke Pasca Rawat Inap di RSUP Fatmawati Jakarta*. Jakarta

Alamsyah (2010). *Cara lebih mudah menemukan titik terapi acupoint, Petunjuk praktis akupunktur*. Jakarta : AsmaNadia Publishing House.

Alkaissi, A., Stalnert, M., & Kalman, S. (2002). Effect and placebo effect of acupressure (P6) on nausea and vomiting after outpatient gynaecological surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 43, 3, 270-274

Al Rasyid, Lyna Soertiwi. (2007). *Unit Stroke: Manajemen Stroke secara Komprehensif*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Indonesia . Jakarta.

American Heart Association. 2014. *Stroke and High Blood Pressure*. [dikutip pada tanggal 5 Januari 2018]. Diakses dari: <http://www.heart.org>

Ardiansyah M. 2012. *Medikal Bedah*. Penerbit Diva Pres. Yogyakarta.

Ariyani TA. 2012. *Sistem Neurobehaviour*. Penerbit Salemba Medika. Jakarta.

Brunner & Suddart. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol 3. Penerbit EGC. Jakarta.

Batticca Fransisca, C. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika

Chang, Esther. 2010. *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta : EGC

Feigin, 2006, *How to study stroke incidence*. *Lancet*, 363, 1920–1921

Ganong.2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC

Harsono, 2009, *Kapita Selekta Neurologi*. Edisi Kedua Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

<http://www.depkes.go.id>. *Riskesda*. 2013. Departemen Kesehatan RI. Diunduh 16 juni 2017 pukul 11.00 WITA.

Irfan, M, 2010, *Fisioterapi bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Kozier, B., Erb, G., Berman, A.and Shirlee J. Snyder, alih bahasa Pamilih Eko Karyuni, dkk. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume 1*. Jakarta : EGC

Muttaqin, Arif, 2008, Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan, Jakarta: Salemba Medika

Nanda International. 2015. *Diagnosa Keperawatan. Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*. Penerbit EGC. Jakarta.

Nursing Interventions Classification (NIC). 2016. Edisi Keenam. CV Mocomedia. Yogyakarta.

Nursing Outcomes Classification (NOC). 2016. Edisi Keenam. CV Mocomedia. Yogyakarta.

Nurhidayat , Rosjidi. 2008. *Buku Ajar Perawatan dan Stroke*. Ardana Media . Jogjakarta.

Potter, P.A & Perry, A.G. (2008). *Fundamental Of Nursing: Concepts, Procces and practice*, St Louis: CV Mosby Company

Purwanti, Okti S. 2008. Rehabilitasi Pasca Stroke, Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. Vol. 1, No. 1, Maret 2008: 43

Puspitasari, Diah, 2014, Efektifitas Mobilisasi Dini Terhadap Kekuatan Otot Pada Klien Stroke Di Ruang Teratai Rsud Dr. H. Koesnadi Bondowoso, UMJ

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013

Sebastian, H.T. (2009). *Rehabilitasi Stroke*. 27 Desember 2017. <http://www.akupresur.com/>

Shin, B. C. & Lee, M. S. (2007). Effects of aromatherapy acupressure on hemiplegic shoulder pain and motor power in stroke patients: A pilot study. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 13 (2), 247–251.

Sidharta P. 2008. *Neurologi Klinis Dasar*. Dian Rakyat. Jakarta .

Smeltzer C. Suzzane. 2007. *Buku Ajar Keperawatann Medikal Bedah*. EGC: Jakarta

Sukawana, I Wayan, 2013. *Akupresur scapula terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada klien Stroke non Hemoragic*. RSU Klungkung.

Widianto, 2009, *Assesment pada Penderita Stroke; Pelatihan FT IV: Optimalisasi Fungsi Senso-Motorik pada Penderita Stroke*; Jakarta

World Health Organization, 2014. Atlas Country Resources for Neurological Disorders 2014. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.

RIWAYAT HIDUP

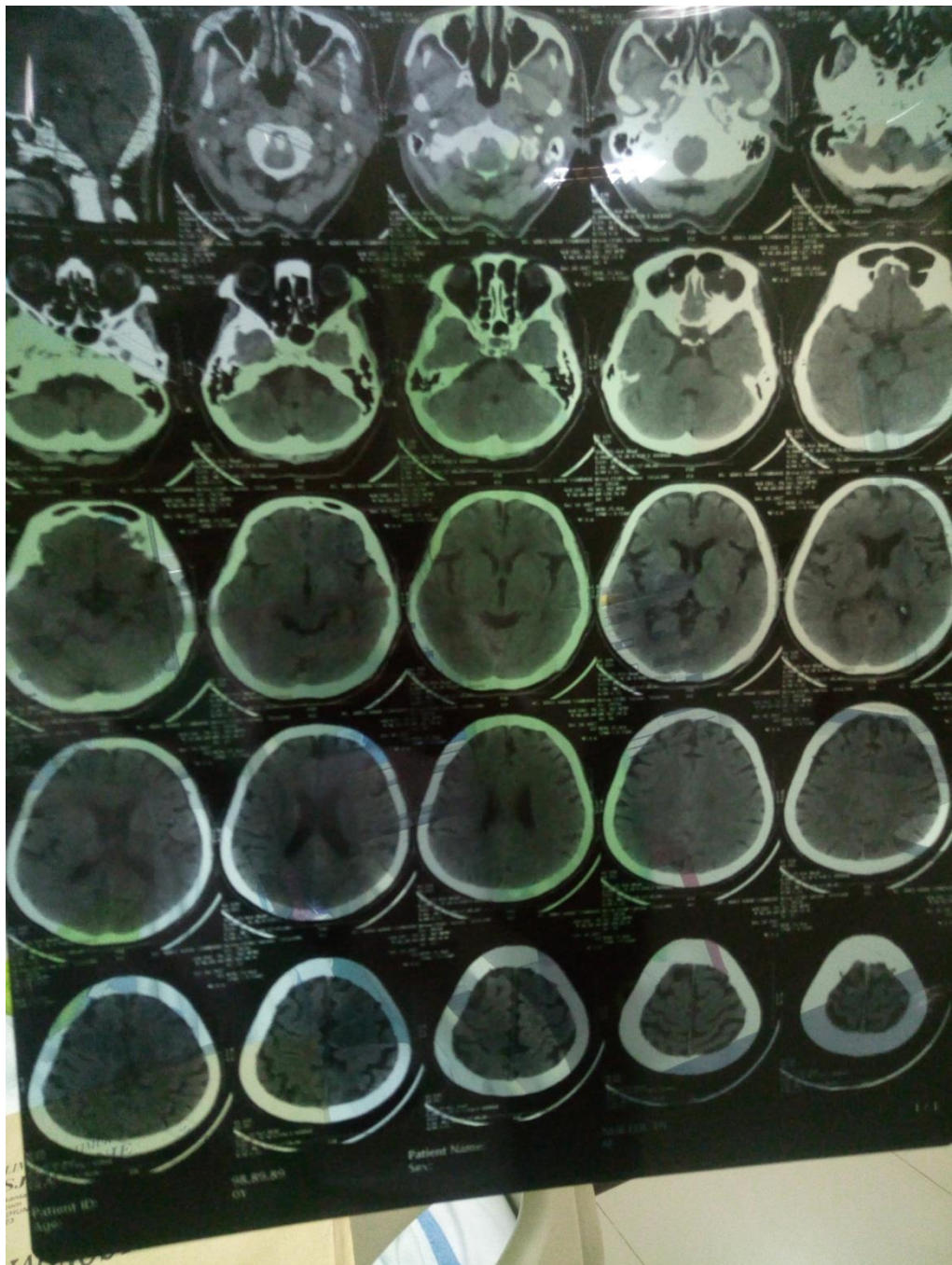
Nama : Krisnanda Mardi Wibawa, S.Kep.
Tempat, Tanggal Lahir : Samarinda, 22 Mei 1988
Alamat : Jln. Ir. H. Juanda 4 No. 94 RT 60 Samarinda
Istri : dr. Aji Nadhya Yasmin
Anak : Ozilio Maulana Zhafran
Pendidikan :

1. TK Darul Falah 2 Samarinda
2. SD Negeri 043 Samarinda
3. SLTP Negeri 4 Samarinda
4. SMA Negeri 5 Samarinda
5. Akademi Keperawatan YARSI Samarinda
6. S1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda
7. Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

Pekerjaan :

1. Paramedic PT. Bayu Aji Mandiri
2. Perawat Ruang ICU RS Islam Samarinda
3. Perawat Ruang ICU RSUD I.A. Moeis Samarinda
4. Perawat Ruang Mahakam RSUD I.A. Moeis Samarinda

HASIL Head CT-Scan

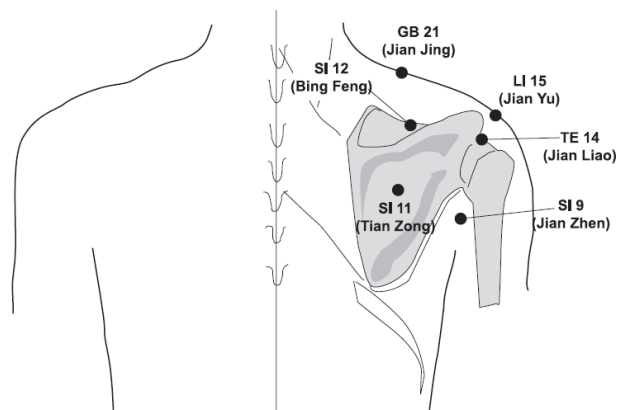


**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)
AKUPRESUR PADA SCAPULA**

Pengertian	Akupresur adalah pemijatan yang dilakukan pada titik tertentu di permukaan tubuh sesuai dengan titik akupuntur. Dalam hal ini perawat melakukan pemijatan di beberapa titik yang terdapat pada permukaan tubuh (scapula) dirangsang dengan penekanan jari.
Tujuan	Dapat mengalirkan energi dan merangsang kekuatan otot ekstremitas atas
Diagnosa Keperawatan	Hambatan mobilitas fisik
Tahap prainteraksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan mobilitas klien 2. Mengkaji adanya hambatan mobilitas 3. Mengkaji adanya nyeri pada daerah persendian dan tempat pemijatan 4. Mencuci tangan 5. Menyiapkan alat <ol style="list-style-type: none"> a. Minyak masase dipersiapkan sesuai dengan kebutuhan yang telah direncanakan dengan tetap mempertahankan kebersihan b. Wasslap atau tissue
Pelaksanaan B. Tahap orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik, sebelumnya perawat mencuci tangan. 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum

C. Tahap kerja

- melakukan tindakan
4. Memberi kesempatan klien untuk bertanya
 5. Bila klien siap dilakukan tindakan, dekatkan alat-alat
 6. Membaca “Basmallah”
 7. Menjaga privasi klien (menutup sampiran)
 8. Mengatur posisi yang nyaman bagi klien
 - a. Mengatur posisi duduk
 - b. Membantu klien dalam posisi yang sesuai dengan bagian tubuh yang akan di akupresur
 - c. Menganjurkan klien untuk rileks selama dilakukan akupresur
 9. Melakukan intervensi akupresur pada scapula
 - a. Melakukan pemeriksaan untuk memastikan tidak adanya kontra indikasi seperti kontusio, fraktur, nyeri, infeksi pada kulit atau luka terbuka.
 - b. Menentukan lokasi titik LI 15, SI 9, TE 14, GB 21, SI 11 dan SI 12 yang akan dilakukan akupresur (lihat gambar)



	<ul style="list-style-type: none">• Titik LI 15 : terletak pada pangkal lengan atas, pada lekukan sendi bahu.• Titik SI 9 : terletak satu ibu jari diatas ujung lipat ketiak bagian belakang• Titik TE 14 : terletak pada lekukan persendian bahu• Titik GB 21 : terletak pada bahu lurus di bawah telinga, diantara dua otot atau pada pertengahan antara tonjolan tulang leher (servikal 7) dan pangkal lengan atas.• Titik SI 11 : terletak pada pertengahan tulang scapula• Titik SI 12 terletak diatas tulang skapula, tengah atas benjolan. <p>c. Oleskan massase oil secukupnya pada daerah yang akan dilakukan akupresur</p> <p>d. Lakukan pengurutan pada titik LI 15, SI 9, TE 14, GB 21, SI 11 dan SI 12 searah aliran meridian yang bertujuan untuk melancarkan aliran energi vital.</p> <p>e. Lakukan akupresur pada titik yang dimaksud sesuai dengan kebutuhan yaitu penekanan, dapat dilakukan dengan memutar dan mengikuti putaran arah jarum jam atau searah dengan jalannya meridian</p> <p>f. Lakukan selama 30 menit dan lakukan 1 kali sehari</p>
--	--

<p>D. Tahap Terminasi</p>	<p>10. Beri reinforcement positif pada klien</p> <p>11. Kontrak pertemuan selanjutnya</p> <p>12. Mengakhiri pertemuan/pertemuan dengan baik, bersama klien membaca doa:</p> <p style="text-align: center;">اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ أَذْهِبِ الْبَأْسَ إِشْفِ أَنْتَ الشَّافِي لَا شِفَاءَ إِلَّا شِفَاؤُكَ شِفَاءً لَا يُغَادِرُ سَقَمًا</p> <p>Artinya:</p> <p>(Ya Allah. Tuhan segala manusia, hilangkan segala penderitanya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi) dan berpamitan dengan mengucapkan salam pada klien.</p> <p>13. Membereskan alat dan mencuci tangan</p>
<p>Evaluasi</p>	<p>14. Monitor respon klien sesudah diberikan tindakan</p>
<p>Dokumentasi</p>	<p>15. Mencatat hasil dari tindakan yang telah dilakukan</p>

Pengkajian

NIHSS (National Institute health Stroke Scale)

Pengkajian Tingkat Keparahan Stroke Pada Bapak Ndi Ruang Stroke

Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2017

No	Parameter yang dinilai	Skala	Skor Datang	Skor Pulang
1a	<i>Tingkat Kesadaran</i>	0 = Sadar Penuh 1 = Somnolen 2 = Stupor 3 = Koma	0	0
1b	<i>Menjawab Pertanyaan</i> (tanyakan bulan dan usia klien)	0 = Benar Semua 1 = 1 Benar/ ETT/ Disartria 2 = Salah Semua/ Afasia/ Stupor/ Coma/ Ggn Pemahaman	1	1
1c	<i>Mengikuti Perintah</i> (Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, mengenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain)	0 = Mampu melakukan 2 perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan perintah	0	0
2	<i>Gaze</i> (melihat gerakan jari telunjuk)	0 = Normal 1 = Abnormal pada 1 mata 2 = Deviasi konyugat kuat/ paresis konyugat pada 2 mata (diam)	0	0
3	<i>Visual</i> (Lakukan dengan mata ditutup sebelah, menghitung jari pemeriksa 1,2,5)	0 = Normal 1 = Kuadrianopsia 2 = Hemianopia total 3 = Hemianopia bilateral/ buta kortikal	0	0
4	<i>Paresis Wajah</i> (Anjurkan klien menyeringai atau mengangkat alis dan menutupp mata). Nb. Coma lakukan dengan rangsang nyeri	0 = Normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum asimetris). 2 = Paresis wajah partial (paresis wajah bawah total atau hampir total) 3 = Paresis wajah total (paresis wajah sesisi atau 2 sisi)	0	0
5	<i>Motorik Lengan</i> (Anjurkan klien mengangkat lengan hingga 45 bila tidur berbaring atau 90 bila posisi duduk)	0 = Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 = Lengan terjatuh sebelum 10 detik 2 = Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 atau 45 3 = Tidak mampu mengangkat hanya bergeser 4 = Tidak ada gerakan		

		5a untuk nilai lengan kiri 5b untuk nilai lengan kanan	0 4	0 4
6	<i>Motorik Tungkai</i> (Anjurkan klien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30)	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ke tempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 = tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 3 = Tidak mampu melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan 6a Nilai tungkai kiri 6b Nilai tungkai kanan	0 4	0 4
7	<i>Ataksia Anggota Badan</i> (Menggunakan tes tunjuk jari dengan jari telunjuk ke hidung)	0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstermitas 2 = Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	1	1
8	<i>Sensorik</i> (Lakukan tes tajam-tumpul pada seluruh tubuh dari wajah, lengan, badan, hingga tungkai) Klien afasia diberi nilai 1 Klien stupor atau koma diberi nilai 2	0 = Normal 1 = Gangguan sensori ringan hingga sedang.(Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa bila di sentuh) 2 = Gangguan sensori berat atau total	1	0
9	<i>Kemampuan Berbahasa</i> (Anjurkan klien untuk menjelaskan suatu gambar)	0 = Normal 1 = Afasia ringan hingga sedang (ada bolong-bolong jawabnya) 2 = Afasia berat (Tidak ada respon) 3 = Mute/ diam, Afasia global, Coma	0	0
10	<i>Disartria</i> (Baca tulisan)	0 = Normal/ Artikulasi baik 1 = Disartria ringan 2 = Disartria berat	0	0
11	<i>Neglect atau inatensi</i> (Pengabaian)	0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut : Visual, Tactile, Auditory 2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas	0	0
		TOTAL NILAI	11	10
		Nama Perawat Yang Mengkaji		

Keterangan :

Skor < 5 : Deficit Neurologis Ringan

Skor 6-14 : Deficit Neurologis Sedang/ Cukup Berat√

Skor 15-24 : Deficit Neurologis Berat
Skor > 25 : Deficit Neurologis Sangat Berat

MORSE FALL SCALE (MFS) / SKALA JATUH MORSE

No.	Pengkajian	Skala		Nilai	Keterangan
1.	Riwayat jatuh: apakah Klien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak	0	25	
		Ya	25		
2.	Diagnosa sekunder: apakah Klien memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak	0	15	
		Ya	15		
3.	Alat Bantu jalan:			0	
	- Bed rest/ dibantu perawat		0		
	- Kruk/ tongkat/ walker		15		
	- Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		30		
4.	Terapi Intravena: apakah saat ini Klien terpasang infus?	Tidak	0	20	
		Ya	20		
5.	Gaya berjalan/ cara berpindah:			0	
	- Normal/ bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0		
	- Lemah (tidak bertenaga)		10		
	- Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)		20		
6.	Status Mental			0	
	- Klien menyadari kondisi dirinya		0		
	- Klien mengalami keterbatasan daya ingat		15		
Total Nilai				60	

Keterangan :

Tingkatan Resiko	Nilai MFS	Tindakan
Tidak Beresiko	0 – 24	Perawatan Standar
Resiko Rendah	25 – 50	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar
Resiko Tinggi	≥ 51	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

Skala Northon

NO	KEADAAN KLIEN	Penilaian	Skore
1	KONDISI FISIK UMUM		
	Baik	4	
	Sedang	3	3
	Buruk	2	
	Sangat Buruk	1	
2	KESADARAN		
	Composmentis	4	4
	Apatis	3	
	Sopor/bingung	2	
	Stupor/koma	1	
3	AKTIVITAS		
	Jalan Sendiri	4	
	Jalan dengan bantuan	3	
	Kursi Roda	2	
	Di tempat tidur	1	1
4	MOBILITAS		
	Bebas bergerak	4	
	Agak terbatas	3	
	Sangat terbatas	2	2
	Tak mampu bergerak	1	
5	INKONTINENSIA		
	Kontinensia	4	
	Kadang inkontinensia	3	3
	Selalu kontinensia	2	
	Inkontinensia alvy dan urine	1	
	JUMLAH SKORE		13

KATEGORI SKOR:

- 16-20 : Resiko Rendah
12-15 : Resiko Sedang√
<12 : Resiko Tinggi

Pengkajian Indeks *Barthel*

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN
1	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja	0 1√ 2	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar). Kadang-kadang tak terkendali (1x seminggu). Terkendali teratur.
2	Mengendalikan rangsang berkemih	0√ 1 2	Tak terkendali atau pakai kateter Kadang-kadang tak terkendali (hanya 1x/24 jam) Mandiri
3	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, sikat gigi)	0√ 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0√ 1 2	Tergantung pertolongan orang lain Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain. Mandiri
5	Makan	0 1√ 2	Tidak mampu Perlu ditolong memotong makanan Mandiri
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0√ 1 2 3	Tidak mampu Perlu banyak bantuan untuk bias duduk Bantuan minimal 1 orang. Mandiri

7	Berpindah/ berjalan	0√ 1 2 3	Tidak mampu Bisa (pindah) dengan kursi roda. Berjalan dengan bantuan 1 orang. Mandiri
8	Memakai baju	0√ 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (mis: memakai baju) Mandiri.
9	Naik turun tangga	0√ 1 2	Tidak mampu Butuh pertolongan Mandiri
10	Mandi	0√ 1	Tergantung orang lain Mandiri
Total Nilai		2	

TOTAL SKORBAI

- 20** : Mandiri
12-19 : Ketergantungan ringan
9-11 : Ketergantungan sedang
5-8 : Ketergantungan berat
0-4 : Ketergantungan total√