

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN  
STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DENGAN INTERVENSI INOVASI  
EFEKTIFITAS FACIAL MASSAGE DAN FACIAL EXPRESSION  
TERHADAP KESIMETRISAN WAJAH PASIEN STROKE  
DENGAN FACE DROPPING DI RUANG STROKE  
CENTER RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**



**DI AJUKAN OLEH**

**NURUL HUDA., S.Kep**

**17111024120051**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**FAKULTAS KESEHATAN & FARMASI**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Klien Dengan *Stroke Non Hemoragik*  
(SNH) Dengan Intervensi Inovasi Efektifitas *Facial Massage* Dan *Facial  
Expression* Terhadap Kesimetrisan Wajah Pasien Stroke dengan *Face Dropping*  
di Ruang Stroke Center AFI  
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda  
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**DI SUSUN OLEH :**

**Nurul Huda**

**17111024120051**

**Diseminarkan dan Diujikan**

**Pada tanggal 24 Juli 2018**

**Penguji I**

**Ns. Sri Nidva Astuti., S.Kep  
NIP. 19720418199603.2.006**

**Penguji II**

**Ns. Joanggi WH., M.Kep  
NIDN. 1122018501**

**Penguji III**

**Ns. Siti Khoiroh M., M.Kep  
NIDN. 115017702**

**Mengetahui,  
Ketua**

**Program Studi S1 Keperawatan**



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

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien dengan *Stroke Non Hemoragik* (SNH) dengan Intervensi Inovasi Efektifitas *Facial Massage* dan *Facial Expression* terhadap Kesimetrisan Wajah Pasien Stroke dengan *Face Drooping* di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Nurul Huda<sup>1</sup>, Siti Khoiroh Muflihatin<sup>2</sup>

**INTISARI**

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat (tiba-tiba) dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak. Gejala stroke yang paling umum adalah kelumpuhan anggota gerak, wajah perot atau *face drooping*. *Face drooping* adalah hilangnya kemampuan bergerak otot wajah, karena terganggunya saraf otak nervus facialis (nervus VII) dan nervus trigeminal (nervus V). Dampak dari *face drooping* jika tidak segera ditangani dapat berakibat pada kecacatan atau *face drooping* permanen. Karya ilmiah akhir ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi *Facial massage* dan *facial expression* pada pasien dengan Stroke non Hemoragik dalam mengatasi masalah ketidaksimetrisan wajah dengan pasien *face drooping*. Intervensi ini dilakukan pada Tn. N (30 th) selama 5 hari yang dirawat di ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa tindakan keperawatan *Facial massage* dan *facial expression* meningkatkan aktivitas otak, dikarenakan nervus facialis yang sebelumnya terganggu dapat kembali aktif sehingga kesimetrisan wajah dapat tercapai.

Kata kunci: Stroke Non Hemoragik (SNH), *Face Drooping*, *Facial Massage*, *Facial Expression*

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup> Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Analysis of Clinical Nursing Practice at the Client with the Stroke of a Non Hemoragik (Snh) and Facial Massage and Innovation Interventions Facial Expression Facial Symmetry Against Stroke Patients with Face Drooping at the Stroke Center AFI of Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda**

Nurul Huda<sup>1</sup> Siti Khoiroh Muflihatin<sup>2</sup>

**ABSTRACT**

A stroke is a brain function disorder occurs rapidly (sudden) and lasted more than 24 hours because of the interruption of blood supply to the brain. The most common symptoms of stroke is paralysis of the limbs, face drooping. Drooping face is the loss of the ability of moving facial muscles, due to disruption of brain nerves facial nerve (nervus VII) and the trigeminal nerve (nervus V). The impact of the face drooping if not promptly treated can result in permanent disability or face drooping. Scientific works of the late ners aims to analyse the intervention of Facial massage and facial expression in patients with Stroke in non Hemoragik in troubleshooting this asymmetry of the face with patients face drooping. This intervention was conducted on Mr. N (30 years old) during the 5 days of being treated in a Stroke Center AFI Hospitals Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The results of the analysis indicate that the actions of nursing Facial massage and facial expression increases brain activity, due to the facial nerve that previously plagued can go back on so that facial symmetry can be achieved.

Keywords: Non Haemorrhagic Stroke (SNH), Face Drooping, Facial Massage, Facial Expression

<sup>1</sup>Student of Nurse Profession Program University Muhammadiyah East Borneo

<sup>2</sup>Lecturer of University Muhammadiyah East Borneo

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan terbesar dalam kehidupan modern saat ini. Jumlah penderitanya semakin meningkat setiap tahun, tidak hanya menyerang usia tua tetapi juga menyerang usia muda dan produktif. Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat (tiba-tiba) dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak (Wiwit, 2010).

Menurut (WHO) *World Health Organization* (2012), Stroke merupakan salah satu dari tiga besar penyebab kematian di dunia diantara penyakit-penyakit berbahaya lainnya seperti penyakit kanker dan penyakit jantung. Setiap tahun stroke membunuh lebih dari 160.000 penduduk Amerika. 75 % pasien dengan penyakit stroke di Amerika menderita kelumpuhan dan mengakibatkan kehilangan pekerjaannya. Di Eropa ditemukan kasus stroke sekitar 650.000 kasus tiap tahunnya, di Inggris stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun. Stroke merupakan penyebab kecacatan serius menetap Nomor 1 di seluruh dunia. Untuk Negara-negara berkembang atau Asia kejadian stroke hemorrhagic sekitar 30% dan ischemic 70%. Stroke ischemic disebabkan antara lain oleh thrombosis otak (penebalan dinding arteri) 60%, emboli 5% (sumbatan mendadak) , dan lain-lain 35%.

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. 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 pasien dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per 1000 pasien. 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%) (Riskesda, 2013).

Prevalensi Stroke di Kalimantan Timur Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur tahun 2017 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, 2017).

Berdasarkan catatan rekam medik jumlah pasien di Ruang Stroke Centre AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie didapatkan hasil dari bulan Januari sampai Juni tahun 2018, jumlah total pasien yang dirawat inap di Ruang Stroke Center sebanyak 371 orang. Pasien yang dirawat dengan stroke hemoragik berjumlah 171 orang dan pasien dengan stroke non hemoragik berjumlah 200 orang.

Serangan stroke mengakibatkan 8 dari 10 pasien, atau sekitar 80% mengalami kelumpuhan salah satu sisi tubuh, yang berdampak pada tangan, kaki dan wajah (*National Stroke Association*, 2016). Gejala stroke yang muncul bervariasi. Gejala stroke yang paling umum adalah kelumpuhan anggota gerak, wajah perot atau *face drooping*, gangguan bicara atau afasia, pusing berputar, nyeri kepala dan penurunan kesadaran. Gejala lain yang muncul adalah perubahan tingkah laku, penurunan tajam penglihatan, gangguan lapang pandang dan gangguan menelan (Pinzon, 2010).

*Face drooping* adalah hilangnya kemampuan bergerak otot wajah, karena terganggunya saraf otak nervus facialis (nervus VII) dan nervus trigeminal (nervus V). *Face drooping* dapat dinilai dengan meminta pasien untuk tersenyum atau menunjukkan giginya. Bila sudut bibir tidak simetris atau tertarik hanya ke

salah satu sisi saja, ini adalah gejala face drooping. Biasanya terjadi pada salah satu sisi wajah, sehingga wajah nampak tidak simetris (Pinzon, 2010, hlm.17).

Dampak dari face drooping jika tidak segera ditangani dapat berakibat pada kecacatan atau face drooping permanen. Pasien dengan face drooping tidak mampu menutup mata dengan sempurna. Ekspresi wajah pasien stroke yang mengalami face drooping tidak jelas selama percakapan sehingga kesulitan mengekspresikan emosinya. Pada saat bicara tidak jelas (khususnya saat marah).

Ketidakmampuan mulut untuk menutup dengan sempurna saat makan mengakibatkan keluarnya cairan dan makanan saat minum maupun makan. Selain itu juga memiliki efek merugikan pada citra tubuh dan harga diri karena wajah nampak tidak simetris (Prakash, et al., 2012, hlm.606).

Wajah tidak simetris diartikan sebagai fitur wajah yang tidak sejajar. Satu mata mungkin terletak lebih tinggi dari yang lain. Cuping hidung agak bengkok. Sebelah bibir tersungging lebih tinggi dari yang lain. Ukuran mata sebelah kiri lebih kecil dan kelopak mata tidak terbuka selebar sebelah kanan (Kelby, 2011, hlm.172).

Fenomena yang peneliti temukan, penanganan stroke difokuskan kepada latihan rentang gerak. Rentang gerak untuk mengatasi kelumpuhan akibat stroke pada ekstremitas. Akan tetapi gejala lain *face drooping* tidak diberikan intervensi secara spesifik dan hanya diberikan intervensi terapi aiueo (Gunawan, et al., 2014, hlm.26).

Intervensi khusus diperlukan untuk mengembalikan kesimetrisan wajah. Latihan otot wajah merupakan terapi khusus yang dapat dilakukan untuk mengembalikan kesimetrisan wajah. Latihan otot wajah atau facial exercise yang dapat dilakukan antara lain: *facial massage* (pijat wajah), *facial expression* (latihan ekspresi wajah), *facial yoga* (yoga wajah), *facial gym* (senam wajah) (Pereira, et al., 2011, hlm.653).

*Facial massage* merupakan latihan gerak pada wajah secara pasif. Facial massage menurut Hatayama, et al., (2008, hlm.318) adalah sebuah perlakuan atau pemberian tekanan dengan jari pada wajah. *Facial massage* memiliki efek positif bukan hanya untuk kecantikan, tapi juga untuk status psikologi dan meningkatkan aktivitas otak. Maka diharapkan dengan meningkatnya aktivitas otak, nervus facialis yang sebelumnya terganggu dapat kembali aktif sehingga kesimetrisan wajah dapat tercapai. Data menunjukkan pasien yang mengalami *facial drooping* setelah dilakukan *facial massage* aktivitas nervus meningkat dari  $0,81 \pm 0,11$  menjadi  $1,22 \pm 0,19$  dengan p value= 0.035 (Hatayama, et al., 2008, hlm.317).

Intervensi lain yang dapat dilakukan adalah *facial expression*, merupakan latihan gerak pada wajah secara aktif. *Facial expression* menurut Pereira, et al., (2011, hlm.651) adalah latihan otot wajah dengan berbagai ekspresi berdasarkan emosi seperti senang, sedih, takut, marah, terkejut dan jijik. Penambahan ekspresi wajah manusia berdasarkan emosi berguna untuk mengkaji otak manusia, yang tanpa disadari dengan mencoba berbagai ekspresi akan melatih

otot wajah yang sebelumnya kaku diharapkan kesimetrisan wajah tercapai. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa latihan terapi wajah dapat meningkatkan fungsi wajah, dan terapi bisa dimasukkan dalam terapi pemulihan pasien dengan *face drooping*, hasilnya  $p \text{ value} = 0.005$ ) (Pereira, et al., 2011, hlm.651).

Pasien stroke yang mengalami *face drooping* mengakibatkan terjadinya ketidak-simetrisan wajah. Sehingga dibutuhkan intervensi khusus seperti *facial exercise* (*facial massage* dan *facial expression*). Dari latar belakang dan fenomena di atas, maka peneliti ingin mengetahui keefektifan terapi *facial massage* dan *facial expression* dalam peningkatan kesimetrisan wajah pasien stroke yang mengalami *face drooping*.

## **B. Perumusan Masalah**

Bagaimanakah analisa penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dengan intervensi Efektifitas *Facial Massage* dan *Facial Expression* Untuk Mengembalikan Kesimetrisan Wajah Pasien Stroke dengan *Face Drooping* di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir - Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien stroke dengan intervensi Efektifitas *Facial Massage* Dan *Facial Expression* Untuk Mengembalikan

Kesimetrisan Wajah Pasien Stoke Dengan *Face Drooping* di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis *Stroke Non Hemmorigic*
- b. Menganalisa intervensi Efektifitas *Facial Massage Dan Facial Expression* Untuk Mengetahui Perubahan Kesimetrisan Wajah Pasien Stoke Dengan *Face Drooping* di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan khususnya dibidang keperawatan tentang Efektifitas *Facial Massage Dan Facial Expression* Untuk Mengembalikan Kesimetrisan Wajah Pasien Stoke Dengan *Face Drooping* di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Untuk menambahkan khasanah kepustakaan dibidang ilmu kesehatan yaitu dalam bidang keperawatan.

- b. Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pihak-pihak yang berkepentingan langsung dalam Karya Tulis Ilmiah ini untuk tenaga kesehatan khususnya keperawatan.

3. Bagi Ruangan atau Rumah Sakit

- a. Hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai tambahan referensi karya ilmiah yang bertujuan untuk mengembangkan di bidang ilmu kesehatan khususnya keperawatan.
- b. Agar dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada pasien stroke dengan *face dropping*.

4. Bagi Profesi Keperawatan

Menghadirkan laporan aplikasi hasil riset jurnal khususnya tentang Efektifitas *Facial Massage* Dan *Facial Expression* Untuk Mengembalikan Kesimetrisan Wajah Pasien Stoke Dengan *Face Dropping* di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Teori Stroke

##### 1. Stroke

###### a. Pengertian Stroke

Stroke atau gangguan vaskuler otak atau dikenal dengan *cerebro vaskuler disease* (CVD) adalah suatu kondisi susunan sistem saraf pusat yang patologis akibat adanya gangguan peredaran darah (Satyanegara, 2010). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Wijaya dan Putri, 2013).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (defisit neurologis) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke dapat didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (Stroke Non Hemoragik) ataupun perdarahan (Stroke Hemoragik) (Junaidi, 2011).

Stroke merupakan sindrome klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun. Umumnya laki-laki lebih sedikit sering daripada perempuan.

Biasanya tidak ada gejala dini dan muncul begitu mendadak. *World Health Organization (WHO)* menetapkan stroke adalah defisit neurologi yang timbul semata-mata karena penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh sebab lain (Misbach, 2007).

## **b. Klasifikasi Stroke**

Menurut Muttaqin (2008) Stroke dibagi menjadi dua yaitu :

a. Diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu:

### 1) Stroke Hemoragik

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

#### a) Perdarahan Intra Serebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah

putamen, thalamus, pons dan serebelum.

b) Perdarahan Subaraknoid

Pedarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya keruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, dll).

2) Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

b. Klasifikasi Menurut Perjalanan Penyakit dan Stadiumnya

1) TIA (Trans Iskemik Attack)

Adalah gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

## 2) Stroke Involusi

Adalah stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.

## 3) Stroke Komplit

Adalah dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen . Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

### **c. Penyebab Stroke**

Kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke ini seing didiagnosis berdasarkan riwayat perkembangan dan evolusi gejala pada penderita stroke. Berikut penjelasan tentang penyebab stroke.

#### 1) Stroke non hemoragik

Sekitar 80% sampai 85% kasus stroke terjadi adalah stroke non hemoragik. Dimana stroke ini terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan trombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak terhenti ( Idan dan Nila, 2009).

Stroke non hemoragik adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke non hemoragik biasanya disebabkan oleh tertutupnya

pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan timbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri), pembuluh darah kecil (Lumantobing,2001).

## 2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi sekitar 15-20% dari semua jenis stroke. Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak.

Stroke hemoragik juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah menyebabkan darah mengenai jaringan otak di sekitar pembuluh darah mengenai jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi otak juga menurun ( Ida dan Nila, 2009).

Adapun menurut Muttaqin (2008) penyebab stroke yaitu :

### a. Trombosis Cerebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis

dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak yaitu :

1) Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan suatu proses dimana terdapat suatu penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah seperti koronaria, basilar, aorta dan arteri iliaka (Ruhyanudin, 2007). Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut :

- a) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis
- c) Merupakan tempat terbentuknya trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (emboli)
- d) Dinding arteri menjadi lemah, dan kemudian terjadilah aneurisme yang dapat pecah dan mengakibatkan perdarahan.

2) Hyperkoagulasi pada pilysitemia

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

serebral.

### 3) Emboli

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

- a) Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease (RHD)
- b) Infark Myocard
- c) Fibrilasi : Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.
- d) Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

### b. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri.

Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah Hipertensi yang parah, Cardiac Pulmonary Arrest, Cardiac output turun akibat aritmia.

d. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subarachnoid, Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migraine.

**d. Manifestasi klinis**

Menurut Wijaya dan Putri (2013), gejala utama stroke adalah:

- a. Timbulnya defisit neorologis secara mendadak atau subakut didahului gejala prodromal terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun kecuali bila embolus cukup besar.

- b. Gejala yang muncul pada perdarahan intraserebral adalah gejala prodromal yang tidak jelas kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Sifat nyeri kepala hebat sekali, mual muntah seringkali terjadi sejak permulaan serangan.
- c. Kesadaran biasanya menurun cepat termasuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23 % antara setengah sampai dua jam dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).
- d. Pada perdarahan subaraknoid didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan meninges.
- e. Edema papil dapat terjadi bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri karotis interna.
- f. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya, gejala yang muncul dapat berupa kelumpuhan wajah dan anggota badan satu atau lebih anggota badan, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, perubahan mendadak status mental, afasia (bicara tidak lancar), ataksia anggota badan, vertigo, mual muntah atau nyeri kepala.
- g. Gejala khusus pada pasien stroke adalah kehilangan motorik misalnya hemiplegia, hemiparesis, menurunnya tonus otot abnormal.

- h. Kehilangan komunikasi misalnya disartria yaitu kesulitan bicara disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara, disfasia atau afasia kehilangan bicara yang terutama ekspresif/ represif.
- i. Gangguan persepsi yaitu berupa homonimus hemianopsia yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis, amforfosintesis yaitu keadaan dimana cenderung berpaling
- j. Gangguan visual spasia yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial.
- k. Kehilangan sensori antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propriosetik) sulit mengintepretasikan stimulasi visual, taktil dan auditorius.

**e. Patofisiologi**

Otak sangat bergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen, bila terjadi anoreksia seperti halnya yang terjadi pada CVA/ Stroke, metabolisme di otak segera mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3 sampai 10 menit. Tetapi kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi otak akan menimbulkan hipoksia atau anoreksia.

Hipoksia menyebabkan iskemik otak. Iskemik otak dalam waktu yang lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat terjadi infark otak

yang disertai dengan edema otak karena pada daerah yang dialiri darah terjadi penurunan perfusi dan oksigen, serta meningkatkan karbondioksida dan asam laktat. Adanya gangguan perdarahan darah ke otak menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme yaitu:

- 1) Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplai sebagian otak tidak adekuat, serta selanjutnya dan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Apabila hal ini terjadi secara terus menerus dapat menimbulkan nekrosis (infark).
- 2) Dinding arteri serebral pecah sehingga akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemoragi).
- 3) Pembesaran sebat atau kelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak, misalnya: malformasiangiomatosa, aneurisma.
- 4) Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang intersisial jaringan otak (Satyanegara dalam Ariani, 2012).

#### **f. Komplikasi**

Pudiastuti (2013) menyebutkan komplikasi stroke yaitu :

- 1) Berhubungan dengan imobilisasi
  - a) Infeksi pernafasan

- b) Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
- c) Konstipasi

2) Berhubungan dengan mobilisasi

- a) Nyeri pada daerah punggung
- b) Dislokasi nyeri

3) Berhubungan dengan kerusakan otak

- a) Epilepsi
- b) Sakit kepala
- c) Kraniotomi

**g. Pemeriksaan penunjang**

Menurut Pudiastuti (2011) pemeriksaan yang dapat dilakukan pada penderita stroke adalah :

- a. Ultrasonografi Doppler mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis (arteri darah atau muncul plak).
- b. Anioografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan darah atau obstruksi arteri adalah titik obstruksi atau rupture.
- c. CT Scan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

- d. Lumbal Pungsi untuk menunjukkan adanya hemoragik Malformasi Arterivenousa (MAV)
- e. Sinar X tengkorak menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas.
- f. EEG mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

#### **h. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan stroke menurut Wijaya dan Putri (2013) adalah:

- a. Penatalaksanaan Umum
  - 1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat , posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh di mulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
  - 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit bila ada hasil AGD.
  - 3) Kosongkan kandung kemih dengan kateter bila penuh.
  - 4) Kontrol tekanan darah dipertahankan normal.
  - 5) Suhu tubuh harus dipertahankan, apabila demam kompres dan berikan antipiretik sesuai indikasi.
  - 6) Nutrisi peroral hanya boleh di berikan setelah tes fungsi menelan baik bila terdapat gangguan menlan atau pasien yang kesadaran menurun dianjurkan pasang NGT
  - 7) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi

- b. Penatalaksanaan Medis
  - 1) Trombolitik (Streptokinase)
  - 2) Antiplatelet atau antitrombolitik (Acetosal dan Ticlopidin)
  - 3) Antikoagulan (Heparin)
  - 4) Hemorrhagea (Pentoxifylin)
  - 5) Antagonis serotonin (Naftidrofuryl)
  - 6) Antagonis calcium (Nifedipine dan Piracetam)
- c. Penatalaksanaan Khusus/Komplikasi
  - 1) Atasi kejang
  - 2) Atasi TIK yang meninggi manitol, gliserol, furosemid, intubasi, stroid dll)
  - 3) Atasi dekompresi (Kraniotomi)
- d. Penatalaksanaan Faktor Risiko
  - 1) Atasi hipertensi
  - 2) Atasi hiperglikemia
  - 3) Atasi hiperurisemia

## **B. Konsep Teori *Face Drooping***

### **1. Pengertian *Face Drooping***

*Face drooping* adalah hilangnya kemampuan bergerak otot wajah, karena terganggunya saraf otak nervus facialis (nervus VII) dan nervus trigeminal (nervus V). *Face drooping* dapat dinilai dengan meminta pasien

untuk tersenyum atau menunjukkan giginya. Bila sudut bibir tidak simetris atau tertarik hanya ke salah satu sisi saja, ini adalah gejala face drooping. Biasanya terjadi pada salah satu sisi wajah, sehingga wajah nampak tidak simetris (Pinzon, 2010).

Kerusakan atau gangguan yang terjadi pada area otak, dapat menimbulkan adanya lesi atau infark. Infark yang terjadi di Pons akan mempengaruhi atau mengganggu motorik dari nervus VII atau nervus facialis, karena pons merupakan inti motorik nervus VII. Bentuk kanalis yang unik dan dikarenakan infark atau iskemik dapat menyebabkan gangguan konduksi, sehingga impuls motorik yang dihantarkan mendapatkan gangguan di lintasan supranuklear, nuklear dan infranuklear. Hal tersebut mengakibatkan nervus VII terjepit di dalam foramen stilomastoideus dan menimbulkan face drooping (Tarwoto, 2013).

Terdapat perbedaan antara gejala kelumpuhan nervus VII jenis sentral dan perifer. Pada gangguan jenis sentral, sekitar mata dan dahi yang mendapat persarafan dari 2 sisi tidak lumpuh, melainkan bagian bawah dari wajah yang akan lumpuh. Pada gangguan jenis perifer maka semua otot wajah akan lumpuh baik volunter maupun involunter (Lumbantobing, 2013).

Rehabilitasi bagi penderita stroke sangat dibutuhkan, terutama pada masa penyembuhan. Rehabilitasi berupa latihan melemaskan anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan (Wiwit, 2010). Latihan gerak pada anggota

tubuh dan wajah yang mengalami kelumpuhan, diharapkan agar fungsi motorik dapat diusahakan kembali normal (Mahendra & rachmawati, 2007).

Wajah tidak simetris diartikan sebagai fitur wajah yang tidak sejajar. Satu mata mungkin terletak lebih tinggi dari yang lain. Cuping hidung agak bengkok. Sebelah bibir tersungging lebih tinggi dari yang lain. Ukuran mata sebelah kiri lebih kecil dan kelopak mata tidak terbuka selebar sebelah kanan (Kelby, 2011, hlm.172).

## **2. *Sunnybrook Facial Grading System***

Penelitian ini menggunakan lembar observasi *sunnybrook facial grading system* untuk mengukur kesimetrisan wajah pada pasien stroke yang mengalami *face drooping*. Sumber data primer yang telah dikumpulkan dalam penelitian ini antara lain: nama, diagnosa, tanggal observasi dilakukan, gambaran kondisi kesimetrisan wajah pada mata, pipi dan mulut.

Kondisi tersebut diobservasi saat istirahat (*Resting symmetry*), simetris saat digerakkan sukarela (*Symmetry voluntary movement*) dan gerakan otot bersama yang tidak seharusnya (*Synkinesis*). Berikut gambar terlampir ;

Gambar 2.1 Sunnybrook Facial Grading System

Sunnybrook Facial Grading System								
Resting Symmetry Compared to normal side		Symmetry of Voluntary Movement Degree of muscle EXCURSION compared to normal side			Synkinesis Rate the degree of INVOLUNTARY MUSCLE CONTRACTION associated with each expression			
Eye (choose one only)								
normal	0							
narrow	1							
wide	1							
eyelid surgery	1							
Cheek (nasolabial fold)								
normal	0							
absent	2							
less pronounced	1							
more pronounced	1							
Mouth								
normal	0							
corner drooped	1							
corner pulled up/out	1							
Total	<input type="text"/>							
Resting symmetry score	Total × 5							
Patient's name		Voluntary movement score: Total × 4			Synkinesis score: Total			
Dx		Vol mov't score			Composite score			
Date		Resting symmetry score			Synk score			

© 1992 Ross BG, Fradet G, Nedzrecki JM  
Sunnybrook Health Science Centre

Setelah dilakukan observasi dilanjutkan dengan penghitungan skor untuk menentukan grade. Berikut gambar terlampir;

Gambar 2.2 Sunnybrook composite score

Sunnybrook composite score	
H-B I	100
H-B II	70 – 99
H-B III	43 – 69
H-B IV	26 – 42
H-B V	13 – 25
H-B VI	0 - 12

Gambar 2.3 House-Brackman facial grading system.

**Table 3.** House-Brackmann facial grading system.

Grade	Description	Characteristics
I	Normal	Normal facial function in all areas
II	Mild dysfunction	<i>Gross:</i> Slight weakness noticeable on close inspection; may have very slight synkinesis <i>At rest:</i> Normal symmetry and tone <i>Motion:</i> Forehead: moderate to good function Eye: complete closure with minimal effort Mouth: slight asymmetry
III	Moderate dysfunction	<i>Gross:</i> Obvious but not disfiguring difference between two sides; noticeable but not severe synkinesis, contracture, and/or hemifacial spasm <i>At rest:</i> Normal symmetry and tone <i>Motion:</i> Forehead: slight to moderate movement Eye: complete closure with effort Mouth: slightly weak with maximum effort
IV	Moderately severe dysfunction	<i>Gross:</i> Obvious weakness and/or disfiguring asymmetry <i>At rest:</i> Normal symmetry and tone <i>Motion:</i> Forehead: none Eye: incomplete closure Mouth: asymmetric with maximum effort
V	Severe dysfunction	<i>Gross:</i> Only barely perceptible motion <i>At rest:</i> Asymmetry <i>Motion:</i> Forehead: none Eye: incomplete closure Mouth: slight movement
VI	Total paralysis	No movement

### 3. Komplikasi

Dampak dari face drooping jika tidak segera ditangani dapat berakibat pada kecacatan atau face drooping permanen. Pasien dengan face drooping tidak mampu menutup mata dengan sempurna. Ekspresi wajah pasien stroke yang mengalami face drooping tidak jelas selama percakapan sehingga kesulitan mengekspresikan emosinya. Pada saat bicara tidak jelas khususnya saat marah (disatria). Dan kehilangan atau gangguan interpretasi dan formulasi symbol bahasa atau gangguan berbahasa afasia). Ketidakmampuan mulut untuk menutup dengan sempurna saat makan mengakibatkan keluarnya cairan dan makanan saat minum maupun makan. Selain itu juga

memiliki efek merugikan pada citra tubuh dan harga diri karena wajah nampak tidak simetris (Prakash,et al., 2012).

a. Disartria

Disartria adalah gangguan bicara yang diakibatkan cedera neuromuscular, gangguan bicara ini diakibatkan luka pada system saraf, yang pada gilirannya mempengaruhi bekerja baiknya satu atau beberapa otot yang diperlukan untuk berbicara. Disartria adalah gangguan artikulasi yang disebabkan oleh kerusakan sistem saraf pusat yang secara langsung mengontrol aktivitas otot-otot yang berperan dalam proses artikulasi dalam pembentukan suara pengucapan. Disartria adalah suatu jenis kelainan bicara khususnya pada kelainan artikulasi yang berdampak pada kejelasan produksi bunyi bicara, pada umumnya dikarenakan adanya gangguan atau kelainan pada susunan saraf pusat, dan biasanya berdampak pula pada gerakan -gerakan motorik ( motorik kasar ataupun halus ) sesuai dengan tingkat atau derajat keparahan/kerusakan yang terjadi (Rheni, 2005).

b. Afasia

Afasia merupakan gangguan berbahasa. Dalam hal ini pasien menunjukkan gangguan dalam memproduksi dan / atau memahami bahasa. Defek dasar pada afasia ialah pada pemrosesan bahasa tingkat integratif yang lebih tinggi. Gangguan' artikulasi dan praksis mungkin

ada sebagai gejala yang menyertai. Afasia adalah gangguan berbahasa akibat gangguan serebrovaskuler hemisfer dominan, trauma kepala, atau proses penyakit. Terdapat beberapa tipe afasia, biasanya digolongkan sesuai lokasi lesi. Semua penderita afasia memperlihatkan keterbatasan dalam pemahaman, membaca, ekspresi verbal, dan menulis dalam derajat berbeda-beda (Lumbantobing, 2011).

### C. Konsep Teori *Facial Massage*

#### 1. Pengertian

*Facial massage* merupakan latihan gerak pada wajah secara pasif. Facial massage menurut Hatayama, et al., (2008, hlm.318) adalah sebuah perlakuan atau pemberian tekanan dengan jari pada wajah. *Facial massage* memiliki efek positif bukan hanya untuk kecantikan, tapi juga untuk status psikologi dan meningkatkan aktivitas otak. Maka diharapkan dengan meningkatnya aktivitas otak, nervus facialis yang sebelumnya terganggu dapat kembali aktif sehingga kesimetrisan wajah dapat tercapai. Data menunjukkan pasien yang mengalami *facial drooping* setelah dilakukan *facial massage* aktivitas nervus meningkat (Hatayama, et al., 2008).

Intervensi lain yang dapat dilakukan adalah *facial expression*, merupakan latihan gerak pada wajah secara aktif. *Facial expression* menurut Pereira, et al., (2011, hlm.651) adalah latihan otot wajah dengan berbagai

ekspresi berdasarkan emosi seperti senang, sedih, takut, marah, terkejut dan jijik. Penambahan ekspresi wajah manusia berdasarkan emosi berguna untuk mengkaji otak manusia, yang tanpa disadari dengan mencoba berbagai ekspresi akan melatih otot wajah yang sebelumnya kaku diharapkan kesimetrisan wajah tercapai.

Terapi *facial massage* dan terapi *facial expression* dengan durasi 5-10 menit dilakukan sebanyak 3x/hari, dengan patokan waktu 12 jam dari 07.00-19.00 dibagi 3, sehingga terapi dilakukan 4 jam 1x. Terapi pagi (07.00-11.00), siang (11.00-15.00), dan sore (15.00-19.00). Intervensi dilakukan selama 5 hari dan setiap sore hari setelah dilakukan terapi dilakukan pengukuran post dengan lembar *sunnybrook facial grading system*.

## 2. Manfaat

Massage atau pengurutan adalah cara untuk penyembuhan yang memiliki banyak manfaat bagi semua sistem organ tubuh. Massage dapat mempengaruhi organ-organ tubuh sesuai dengan area yang akan dipijat.

Massage dapat menimbulkan relaksasi yang dalam sehingga meringankan jasmani dan rohani dikarenakan system saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas yang akhirnya mengakibatkan turunnya tekanan darah.

Meningkatkan fungsi kulit: Peredaran darah dalam tubuh yang meningkat akan membantu proses untuk menghasilkan kelenjar minyak yang akan lebih efektif memproduksi keringat, sehingga akan membuang zat yang

tidak berguna. Lapisan epidermis yang paling luar akan larut sehingga kondisi kulit akan lebih baik. Fungsi kulit sebagai daya penyerap akan lebih meningkat dan kulit menjadi lebih halus.

Massage berfungsi untuk menstimulasi saraf otonom yang dapat mengendurkan ketegangan otot. Dapat juga memperbaiki organ tubuh, memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal berdasarkan filosofi aliran energy yang mampu memperbaiki aliran peredaran energi didalam tubuh menjadi positif sehingga memperbaiki energy tubuh yang sudah lemah.

Meningkatkan fungsi jaringan otot: Meningkatnya sirkulasi peredaran darah dapat meningkatkan nutrisi (sari makanan) ke dalam jaringan otot sehingga kekenyalan dan elastisitas akan lebih bertahan.

### 3. Teknik Facial Massage

Berikut ada beberapa teknik facial massage untuk pasien stroke:

#### a. *Effleurage* (Menggosok)

Teknik Massage ini digunakan sebagai manipulasi *pembuka dan penutup*. Pelaksanaanya adalah jari-jari tangan rapat mencakup otot, gosokan menuju arah jantung dan dilakukan secara berirama dan kontinyu. *Pengaruh mekanis* dari *effleurage* adalah membantu kerja pembuluh darah balik (vena) dan menyebabkan timbulnya panas tubuh sehingga manipulasi *effleurage* dapat berfungsi sebagai pemanasan (*warming up*).

*Pengaruh fisiologis* dari gosokan yang kuat mempengaruhi sirkulasi darah pada jaringan yang paling dalam dan di otot-otot. Gosokan sedang lebih mengaktifkan sirkulasi pada pembuluh getah bening (lymphe), sedangkan gosokan lamban menghasilkan pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi) local dengan waktu lama yang disebut hyperaemi.

b. *Petrissage* (Memijat)

*Petrissage* adalah prosedur Massage yang dilakukan dengan teknik perasan, tekanan, dan pencomotan otot dari jaringan dalam. *Petrissage* dapat dilakukan dengan satu tangan atau kedua tangan dengan gerakan bergelombang, berirama, tidak terputus-putus dan terikat satu sama lain. Gerakan diulang-ulang beberapa kali pada tempat yang sama, kemudian tangan dipindah-pindahkan sedikit demi sedikit sepanjang kumpulan otot.

*Pengaruh mekanis* yang ditimbulkan oleh gerakan peras adalah menghancurkan sisa-sisa pembakaran dan melemaskan kekakuan di dalam jaringan.

*Pengaruh fisiologis* dari manipulasi *petrissage* terutama berhubungan dengan suatu perintah latihan bagi saraf motorik yang merangsang fungsi otot. Selain itu gerakan mengangkat, memeras dan menekan menyebabkan perbaikan aliran darah dalam otot dan menambah kekuatan (tonus) otot.

c. *Friction* (Menggerus)

*Friction* atau menggerus adalah prosedur yang sangat tua dan banyak dipergunakan dalam semua bentuk Massage. Pelaksanaanya adalah dengan gerakan putaran spiral menuju ke arah jantung. Menurut letak dan tempat bagian badan, maka manipulasi ini dapat dilakukan dengan bermacam-macam variasi yaitu dengan menggunakan jari, ibi jari, telapak tangan atau bahkan dengan sikut.

*Pengaruh mekanis* dari friction menghasilkan kelancaran aliran darah setempat (vasodilatasi local), merangsang pergantian nutrisi, dan juga sebagai pemanasan.

*Pengaruh fisiologis* adalah aksi friction di dalam melancarkan aliran darah dan pembesaran serabut otot.

d. *Shaking* (Menggoncang)

*Shaking* atau menggoncang adalah prosedur Massage yang juga sering dipakai untuk membantu para olahragawan agar otot-ototnya menjadi kendor, sehingga memudahkan sirkulasi darah.

Pelaksanaanya adalah dengan jari-jari membengkok, misalnya bagian bawah dan atas pada bagian yang berotot, lengan atas dan lengan bawah, paha atau betis yang dilakukan dengan gerakan-gerakan ke samping, ke atas dan ke bawah. Manipulasi dilakukan dengan irama yang hidup serta tangan berpindah-pindah dan berdekatan.

*Pengaruh mekanis* dari manipulasi shaking adalah jika dilakukan dengan baik, guncangan ini akan melemaskan otot-otot dan menambah fleksibilitas jaringan-jaringan.

*Pengaruh fisiologis* adalah merangsang dan memberikan desakan ke dalam, terutama pada organ tubuh bagian perut dan dada, serta mengendurkan, melemaskan, dan mengulur bagian lunak yang menyebabkan lancarnya peredaran darah dan meningkatkan kerja syaraf.

e. *Tapotement* (Memukul)

Manipulasi ini sering digunakan pada Massage olahraga, yaitu gerakan pukulan ringan dan berirama dengan jari-jari tangan, telapak tangan atau kepalan. Dapat juga dilakukan secara mekanis atau dengan bantuan alat yang digerakan tangan atau listrik. Yang sering digunakan dan lebih baik adalah manipulasi “mencincang”, yang dilakukan oleh jari-jari kedua belah tangan dengan jarak yang cukup berdekatan. Gerakan dilakukan dengan irama hidup (irama yang bersemangat), sesuai dengan keadaan dan tidak terputus-putus. Sikap tangan dapat berupa setengah mengepal, jari-jari terbuka, dengan punggung jari-jari atau dengan membentuk tangan seperti mangkuk (cupping). Biasanya tapotement diberikan di daerah pinggang-punggung dan pantat, tetapi boleh juga diberikan di tempat lain apabila diperlukan.

Dalam olahraga, manipulasi ini dipergunakan sebagai Massage pemanasan dan pengembalian pulihnya fisik ke keadaan semula.

*Pengaruh mekanis* dari aksi tapotement, yang dilakukan dengan irama cepat akan menimbulkan warna merah dan rasa panas yang berarti mengalirnya darah lebih banyak pada daerah yang diMassage.

*Pengaruh fisiologis* yang ditimbulkan dari manipulasi pukulan adalah meningkatkan peredaran darah arteri terutama pada jaringan otot, menimbulkan kontraksi otot (idiomuskuler) sehingga dapat membantu kelancaran pertukaran zat dalam tubuh.

f. *Walken* (Menggosok Melintang Otot)

Manipulasi *walken* diberikan pada daerah-daerah yang lebar. Pelaksanaannya hamper sama dengan effleurage, tetapi dilakukan dengan melintang otot dengan menyusur panjangnya otot. Walken selalu dikerjakan dengan kedua tangan dan jari-jari rapat. Gosokan kedua tangan dilakukan dengan arah yang berlawanan, satu menarik dan yang satu mendorong, arahnya naik menuju jantung.

*Pengaruh mekanis* adalah aksi walken dalam membantu pemanasan badan (warming up) dan sebagai manipulasi untuk mendeteksi kelainan-kelainan akibat cedera.

*Pengaruh fisiologis* adalah memberikan rangsangan pada persyarafan dan jaringan di bawah kulit.

g. *Vibration* (Menggetarkan)

Getaran ini dapat diberikan melalui ujung jari, dua jari atau tiga jari yang dirapatkan. Caranya dengan sikap membengkok siku, jari-jari

ditekankan pada tempat yang dikehendaki, kemudian kejangan seluruh lengan tersebut. Getaran ini biasanya diberikan pada tempat-tempat yang sensitive (peka), misalnya di lekuk bawah kepala, sekeliling persendian, di sudut luar scapula, dsb. Vibration termasuk manipulasi Massage terapi dan sangat efektif untuk memacu persyaratan dalam upaya penyembuhan.

Manipulasi dapat dilakukan beberapa kali, dan biasanya pada akhir Massage keseluruhan tubuh (*general massage*).

*Pengaruh mekanis* dari aksi vibration adalah merangsang (menstimulasi) pada organ-organ dalam yang penting.

*Pengaruh fisiologis* pada vibration adalah merangsang syaraf vegetatif (tak sadar) pada alat-alat dalam melalui aksi pada bagian luar.

#### h. *Skin Rolling* (Menggeser Lipatan Kulit)

Sering kali dilakukan untuk Massage penyembuhan (terapi). Pada tempat-tempat yang permukaannya sempit (kecil) dapat dikerjakan dengan menggunakan satu tangan, sedangkan untuk tempat-tempat yang lebar dikerjakan dengan kedua tangan secara bersama-sama. Caranya dengan mencubit kulit, ibu jari didorongkan dan jari-jari yang lain melangkah-langkah berjalan ke depan.

*Pengaruh mekanis* adalah aksi skin rolling dalam mempertinggi tonus otot dan memperbaiki pertukaran zat serta peredaran darah di bawah kulit.

*Pengaruh fisiologis* dapat melepaskan kulit dari jaringan ikat dan melebarkan pembuluh kapiler di bawah kulit.

i. Stroking (Mengurut).

Biasanya dilakukan dengan menggunakan ibu jari, kedua ujung jari, tiga jari atau ke empat ujung jari yang dirapatkan kemudian dengan tekanan menggerakkan jari-jari tersebut menyusur diantara kanan dan kiri tulang belakang (*inter vertebrae*), antar otot (*inter musculair*), antar iga (*inter costae*), dst.

Manipulasi ini juga merupakan teknik Massage pengobatan yaitu untuk menemukan kelainan-kelainan berupa pengerasan-pengerasan otot (*miogelosen*), ketegangan-ketegangan atau benjolan-benjolan pada otot tersebut.

*Pengaruh mekanis* adalah aksi Stroking dalam melemaskan jaringan sehingga sirkulasi darah dan pertukaran zat menjadi lancar dan baik.

*Pengaruh fisiologis* yaitu mempengaruhi syaraf vegtatif (syaraf tak sadar) pada jaringan-jaringan di bawah kulit.

**BAB III**

**LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

**BAB IV**

**ANALISA SITUASI**

**SILAHKAN KUNJUNGI**

**PERPUSTAKAAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH**

**KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini, penulis akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

#### **A. Kesimpulan**

1. Kasus kelolaan pada Tn. N dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) didapatkan hasil sebagai berikut:
  - a. Keluhan utama dari hasil pengkajian Tn. N didapatkan klien mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan, bicara pelo dan wajah tidak simetris berupa wajah perot sebelah kiri .
  - b. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. N adalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan hipertensi, ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan lingkungan (perokok); obstruksi jalan nafas (mucus berlebihan); fisiologis (asma), hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan mobilisasi dan gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh.

- c. Evaluasi implementasi selama perawatan mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Dengan kata lain setelah dilakukan implementasi selama 5 hari prognosis penyakit klien menjadi lebih baik, 2 diagnosa teratasi , 1 diagnosa belum teratasi dan 3 diagnosa teratasi sebagian.
2. Hasil analisa penerapan *facial massage* dan *facial expression* menunjukkan adanya peningkatan dan perubahan pada kesimetrisan wajah (*face drooping*) dengan stroke non hemoragik (SNH).

## **B. Saran**

### 1. Saran bagi pasien

Klien harus sering berlatih dan menggunakan *facial massage* dan *facial expression* ini kapan saja apa bila mengalami gejala masalah ketidaksimetrisan wajah.

### 2. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Sebagai salah satu penatalaksanaan tindakan keperawatan non-farmakologi, diharapkan perawat mampu mengimplementasikan untuk membantu pasien yang mengalami konstipasi. Sehingga dapat meningkatkan kebutuhan dasar pasien, harapan sembuh pasien serta memperpendek waktu menginap pasien di rumah sakit.

### 3. Saran bagi penulis

Mengoptimalkan pemahaman asuhan keperawatan pada pasien stroke sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keilmuan persyarafan.

#### 4. Saran bagi dunia keperawatan

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan. Sehingga, seluruh tenaga pelayanan medis dapat sering mengaplikasikan *facial massage* dan *facial expression* dalam pemberian intervensi nonfarmakologi salah satunya penanganan kesimetrisan wajah (*face drooping*).

## DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, M Gloria. (2015). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Elsevier
- Dewanto, G., Suwono. J.W., Riyanto. B., & Turana. Y. (2009). *Panduan praktis diagnosis & tata laksana penyakit saraf*. Jakarta: EGC
- Experience at the Massachusetts Eye and Ear Infirmary. *Physical Therapi*. 90 (3). 391-397
- Gunawan, D., Haryanto, A., Argo, M., & Kusuma, B. (2014). *Stroke yang Mengalami Afasia Motorik*. Jakarta: Serambi Ilmu Semesta
- Handayani, F. (2012). *Angka Kejadian Serangan Stroke Pada Wanita Lebih Rendah daripada Laki-laki*. Prosiding Seminar Nasional
- Hatayama, T., Kitamura, S., Tamura C., Nagano M., & Ohnuki K. (2008). *The facial massage reduce anxiety and negative mood status, and increased sympathetic nervous activity*. 29(6). 317- 320
- Herdman, T. Heather. (2015). *Nanda International: Defining The Knowledge Of Nursing*. Edisi 10. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC
- Irfan, M. 2010. *Fisioterapi bagi Insan Stroke edisi pertama*. Yogyakarta: Graha Ilmu. Hal 22 – 52.
- Issel, L.M. (2014). *Health program and evaluation: a practical, systematic approach for community health*. United State of America : Jones & Bartlet Learning
- Kemenkes RI. 2017. <http://p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/germas-cegah-stroke>. diakses tanggal 25 Juni 2018.
- Khotimah, Diah Khusnul. (2016). *Efektifitas Facial Massage dan Facial Expression Terhadap Kesimetrisan Wajah Pasien Stroke dengan Face Drooping di RS Mardi Rahayu Kudus*. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. Diakses Tanggal 23 Juni 2018.
- Lindsay, R., W., Robinson, M., & Hadlock, T., A. (2010). *Comprehensive Facial Rehabilitation Improves Function in People With Facial Paralysis: A 5-Year*
- Lumbantobing. (2013). *Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental*. Jakarta: FKUI
- Mahendra, B., & Rachmawati, E. (2007). *Atasi Stroke dengan Tanaman Obat*. Jakarta: Penebar Swadaya

- Misbach, J. (2011). Stroke: Aspek diagnostic, Patofisiologi, Manajemen. Jakarta: FKUI
- Moorhead, Sue. (2015). Nursing Outcomes Classification (NOC). Elsevier
- National Stroke Association. (2016). Hemiparesis. <http://www.stroke.org/wecan-help/survivors/stroke-recovery/poststroke-conditions/physical/hemiparesis> diperoleh tanggal 3 juli 2018
- Neely, J.G., Cherian. N.G., Dickerson. C.B., & Nedzelki. J.M. (2010). Sunnybrook facial grading system: Reliability and criteria for grading. *The laryngoscope*, 120: 1038-1045
- Noor, N.N. (2008). Epidemiologi. Jakarta: Rineka Cipta
- Pereira, L.M., Obara, K., Dias, J.M., Menacho, M.O., Lavado, E.L., & Cardoso, J.R. (2011). Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. 25(7). 649-658
- Pinzon, R. (2010). *Awas stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*. Yogyakarta: ANDI OFFSET
- Prakash, V., Hariohm, K., Vijayakumar. P., & Thangjam. B.D. (2012). Functional Training in the Management of Chronic Facial Paralysis. 92. 605-603
- Pudiastuti, R., D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke: Dilengkapi dengan Posyandu Lansia dan Posbindu PTM*. Yogyakarta: Nuhamedika
- Puspita, M & Putro, G. (2008). Hubungan Gaya Hidup terhadap Kejadian Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kediri. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 11 (3). 263-269
- Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
- Smeltzer, S., C. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC
- Sofyan, A., M., Sihombing, I., Y., & Hamra, Y. (2013). Hubungan Umur, Jenis Kelamin, dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke. Vol 1, No 1
- Supardi dan Rustika. (2013). *Metodologi. Riset Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media

Tarwoto. (2013). Keperawatan medikal bedah. Jakarta: Sagung Seto

WHO. (2012). Global Burden of stroke, Indonesia: WHO statistical Profile. [http://who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/](http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en/) diperoleh tanggal 28 juni 2018.

Wiwit., S. (2010). Stroke dan Penanganannya: Memahami, Mencegah, & Mengobati Stroke. Jogjakarta: Katahati