

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
STROKE NON HEMORAGIC (SNH) DENGAN INTERVENSI INOVASI
PENGARUH TASK ORIENTED APPROACH (TOA) TERHADAP TINGKAT
KEMAMPUAN AKTIVITAS BERPAKAIAN DI RUANG STROKE CENTER
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DI AJUKAN OLEH

DWI HIDAYANTI SHOLIHA, S.KEP

17111024120019

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2018

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien dengan Stroke Non Hemoragic
(SNH) dengan Intervensi Inovasi Pengaruh Task Oriented Approach (TOA)
terhadap Tingkat Kemampuan Aktivitas Berpakaian di Ruang Stroke Center
RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Ners Keperawatan



DI AJUKAN OLEH

Dwi Hidayanti Sholiha, S.Kep

17111024120019

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *STROKE*
NON HEMORAGIK (SNH) DENGAN INTERVENSI INOVASI
PENGARUH *TASK ORIENTED APPROACH* TERHADAP TINGKAT
KEMAMPUAN AKTIVITAS BERPAKAIAN DI RUANG STROKE CENTER
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

Dwi Hidayanti Sholiha, S.Kep

17.1110.2412.0019

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 23 Juli 2018

Pembimbing



Ns. Joanggi W Harianto, M.Kep

NIDN. 1122018501

Mengetahui,

Koordinator Mata Kuliah Elektif



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

NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Klien Dengan *Stroke Non Hemoragic*
(SNH) Dengan Intervensi Inovasi Pengaruh *Task Oriented Approach* (TOA)
Terhadap Tingkat Kemampuan Aktivitas Berpakaian Di Ruang Stroke Center
RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

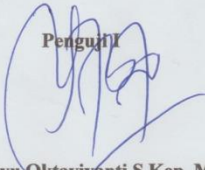
Dwi Hidayanti Sholiha S.kep

17.1110.2412.0019


Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal 23 Juli 2018


Penguji I


Ns. Wahyu Oktaviyanti S.Kep.,MM
NIP. 197210071995032003

Penguji II


Ns. Siti Khoiroh M, M.Kep
NIDN. 1115017703

Penguji III


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

Mengetahui,
Ketua
Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Dwi Rahma F. M.Kep
NIDN. 1119097601

Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien dengan Stroke Non Hemoragic (SNH) dengan Intervensi Inovasi Pengaruh Task Oriented Approach (TOA) terhadap Tingkat Kemampuan Aktivitas Berpakaian di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Dwi Hidayanti Sholiha¹, Joanggi WH²

INTISARI

Stroke non Hemoragik 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. Task Oriented Approach adalah salah satu jenis dari terapi okupasi yang digunakan dalam proses pengembalian fungsi motorik pada tubuh pasien penderita stroke. Keterampilan motorik penderita stroke diajarkan dengan memilih tugas-tugas fungsional yang kontekstual dan cocok untuk pasien tersebut sehingga dapat mengembalikan fungsi motoric secara optimal. Karya ilmiah akhir ners ini bertujuan untuk menganalisis *intervensi Task Oriented Approach (TOA)* pada pasien dengan Stroke non Hemoragik dalam mengatasi masalah keperawatan deficit perawatan diri : berpakaian. Intervensi ini dilakukan pada Tn. B (560 th) selama 4 hari yang dirawat di ruang Stroke Center AFIR RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa tindakan keperawatan dengan penerapan Task Oriented Approach menunjukkan adanya peningkatan kemampuan aktivitas berpakaian pasien dengan stroke non hemoragik (SNH).

Kata kunci: Stroke Non Hemoragik (SNH), *Task Oriented Approach (TOA)*, Berpakaian

¹Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Analysis of Nursing Clinical Praactice to Clients with Stroke Non Hemoragic (SNH)
Intervention with Innovation Task Oriented Approach (TOA) Influence on the Level
of Ability Activities Dressed in the Stroke Center
Abdul Wahab Sjahranie Hospital
Samarinda**

Dwi Hidayanti Sholiha³, Joanggi WH⁴

ABSTRACT

Stroke non hemorrhagic form of ischemia or cerebral embolism and thrombosis, usually occurs after a long rest, get up from bed or in the morning. No bleeding but causing ischemia and subsequent hypoxia can occur secondary edema. Task Oriented Approach is one kind of occupational therapy used in the process of the body's motor function in stroke patients. Motor skills of stroke patients are taught by selecting functional tasks are contextually appropriate for patients so that they can restore the motoric function optimally. End scientific work aims to analyze nurses interventions Task Oriented Approach (TOA) in patients with non-hemorrhagic stroke in addressing the problem of self-care deficit nursing: getting dressed. This intervention is performed on Mr. B (60 th) for 4 days treated in Hospital Stroke Center AFI Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The analysis shows that the nursing actions with the implementation of Task Oriented Approach showed an increased ability to dress activity of patients with non-hemorrhagic stroke (SNH).

Keywords: Non Haemorrhagic Stroke (SNH), Task Oriented Approach (TOA), Dressing

¹Student of Nurse Profession Program STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Lecturer of STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu dari tiga besar penyebab kematian di dunia diantara penyakit-penyakit berbahaya lainnya seperti kanker dan penyakit jantung. Jumlah yang disebabkan oleh 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 diseluruh dunia. Untuk negara-negara berkembang atau Asia kejadian *stroke hemorrhagic* sekitar 30% dan *ischemic* 70%. Stroke *ischemic* disebabkan antarlain oleh trombosis otak (penebalan dinding arteri) 60%, emboli 5% (sumbatan mendadak), dan lain-lain 35% (Junaidi, 2012)

Stroke adalah sekumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah ke bagian otak yang menyebabkan gangguan fungsi baik lokal ataupun global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat (WHO, 2010)

Menurut WHO (2010) menyebutkan setiap tahunnya terdapat 15 juta orang diseluruh dunia menderita stroke dimana 6 juta orang mengalami kematian dan 6 juta orang mengalami kecacatan permanen dan angka kematian tersebut akan terus meningkat dari 6 juta ditahun 2010 menjadi 8 juta ditahun 2030.

Di Indonesia sendiri insiden stroke meningkat dari tahun ke tahun seiring bertambahnya umur harapan hidup dan perubahan gaya hidup masyarakat. Kejadian stroke di Indonesia pada tahun 2013 yaitu 12,1 per 1000 penduduk sedangkan prevalensi di Kalimantan Timur berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan sebanyak 7,7% berdasarkan terdiagnosis dan gejala oleh tenaga kesehatan 10,0% (Riskesdas, 2013).

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 presentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Jumlah pasien di ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie sejak bulan Maret 2017 sampai bulan Mei 2017 mencapai 134 pasien, yaitu pasien *Stroke Hemmorigic* berjumlah 59, pasien *Stroke Non Hemmorigic* berjumlah 75 orang.

Penyakit stroke juga menjadi salah satu penyakit terminal yang tidak saja memiliki dampak jangka pendek, namun juga jangka panjang sekaligus berdampak ganda baik penderita maupun keluarga. Salah satu dari dampak stroke adalah kelumpuhan. Jadi stroke merupakan masalah medik yang sering dijumpai, gangguan *neurologik* ini sering terjadi secara mendadak dan tidak jarang menyebabkan kematian (Tahihoran, 2010). Secara teknis stroke dalam istilah medis juga disebut sebagai Cerebro Vascular Accident (CVA), serangan stroke terjadi ketika suplai darah ke bagian otak tiba-tiba terganggu sel-sel pada

bagian otak yang terlambat menerima suplai oksigen kemudian mengalami kerusakan, serangan semacam ini dapat mengakibatkan kematian atau kerusakan menahun. Pengaruh yang diakibatkan oleh stroke adalah fungsi kognitif, fungsi komunikasi, fungsi fisik dan fungsi sosioemosional (Djohan, 2006 dalam Andrian, 2014). Berbagai komplikasi pada pasien stroke salah satunya akibat imobilisasi yaitu inkontinensia alvi atau konstipasi. Umumnya penyebabnya adalah imobilisasi, kekurangan cairan dan intake makanan (Bathesda, 2008 dalam Sri, 2015).

Pada pasien stroke, 70-80% mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) dengan 20% mengalami peningkatan fungsi motoric dan sekitar 50% mengalami gejala sisa berupa gangguan fungsi motoric/kelemahan otot pada anggota ekstremitas bila tidak mendapatkan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke (Akner, 2005). Hemiparesis yang tidak mendapatkan penatalaksanaan yang optimal 30-60% pasien akan mengalami kehilangan penuh pada fungsi ektremitas dalam waktu 6 bulan pasca stroke.(Stoykov & Corcos 2009).

Berdasarkan hasil penelitian dari Erna Ariyati Kurnianingsih (2015) menyatakan pada evaluasi awal hasil menunjukkan bahwa dari 25 responden, 11 responden mengalami ketergantungan dalam aktivitas berpakaian dan 14 responden mengalami ketergantungan hanya pada bantuan lisan, dan setelah diberi terapi/ treatmen dengan TOA meningkat menjadi 13 responden mandiri, 6

responden ketergantungan hanya pada bantuan lisan, dan 6 responden mengalami ketergantungan. Artinya treatment dengan menggunakan task oriented approach dapat diandalkan sebagai salah satu metode yang baik untuk melatih pasien dalam meningkatkan kemampuan aktivitas berpakaian pasien stroke.

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk menerapkan Task Oriented Approach (TOA) Terhadap Tingkat Kemampuan Aktivitas Berpakaian Pada Pasien Pasca Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Dengan demikian, adanya intervensi terkait upaya Task Oriented Approach (TOA) diharapkan masalah keperawatan kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien pasca stroke teratasi, pola activity daily living pasien akan kembali secara bertahap.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah analisa penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dengan intervensi Pengaruh Task Oriented Approach (TOA) terhadap tingkat kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien pasca stroke di Ruang Stroke Center 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 Pengaruh Task Oriented Approach (TOA) terhadap tingkat kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien pasca stroke di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemmorigic
- b. Menganalisa intervensi Pengaruh Task Oriented Approach (TOA) terhadap tingkat kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien pasca stroke di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien

Dapat menambah pengetahuan pasien tentang tindakan mandiri yang dapat dilakukan secara kontinyu dalam mengatasi pola activity daily living terutama pada aktivitas berpakaian pasien

2. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Dapat menjadi rujukan ilmu dalam menerapkan intervensi mandiri perawat disamping intervensi medis.

3. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan khususnya dibidang keperawatan tentang Pengaruh Task Oriented Approach (TOA) terhadap tingkat kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien pasca stroke di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

4. 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.

5. 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 konstipasi.

6. Bagi Profesi Keperawatan

Menghadirkan laporan aplikasi hasil riset jurnal khususnya tentang Pengaruh Task Oriented Approach (TOA) terhadap tingkat kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien pasca stroke di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

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).

Menurut Price & Wilxon (2005) stroke adalah penyakit serebrovaskuler yang mengacu kepada setiap gangguan neurologis mendadak yang terjadi akibat keterbatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak.

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).

Menurut WHO stroke adalah tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak local atau global dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Arrif Mutaqin, 2008).

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).

Wedro (2011) mengidentifikasi 5 tanda umum yang terjadi pada stroke berdasarkan The U.S National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) yaitu:

- 1) Kekakuan atau kelemahan pada wajah, tangan atau kaki khususnya pada satu sisi. Kehilangan control gerakan dan atau sensasi baik total maupun parsial.

- 2) Gangguan dalam berbicara yang disebabkan oleh karena kelemahan pada otot wajah.
- 3) Gangguan pengelihatatan pada satu atau kedua mata.
- 4) Gangguan dalam berjalan, pusing dan kehilangan keseimbangan atau koordinasi.
- 5) Sakit kepala berat dengan penyebabnya yang tidak diketahui.

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

Perdarahan 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. Stroke non hemoragik dibagi menjadi empat yaitu:

- a) Stroke lacunar terjadi karena penyakit pembuluh halus hipertensif dan menyebabkan sindrom strok yang biasanya muncul beberapa jam bahkan lebih lama, infark lacunar terjadi setelah oklusi aterotrombotik atau hialin lipid salah satu dari cabang penentrans sirkulasi willis, arteri vertebralis dan basilaris.
- b) Stroke trombolitik yang disebabkan adanya lesi aterosklerosis yang menyebabkan stenosis atau penyempitan di arteri karotis interna, arteri cerebral media, arteri vertebralis dan arteri basalis. Stroke ini sering terjadi saat tidur, dehidrasi dan dinamika sirkulasi menurun.
- c) Stroke embolik yang terjadi akibat embolus biasanya menimbulkan deficit neurologic mendadak dengan efek maksimum sejak awal penyakit.
- d) Stroke kriptogenik yang menyebabkan oklusi mendadak pembuluh intrakranium besar tanpa penyebab yang jelas atau sumber yang tersembunyi (Price & Wilxon, 2005)

b. Klasifikasi Menurut Perjalanan Penyakit dan Stadiumnya

1) TIA (*Transient Ischemic Attack*)

TIA adalah terjadinya deficit neurologic dalam waktu 30 menit dan berlangsung kurang dari 2 jam tanpa meninggalkan gejala sisa. Selama terjadinya serangan neurologic tidak terdapat deficit neurologic permanen. TIA dapat diakibatkan karena mikroemboli dan arteriosklerosis pembuluh darah ekstrakranial dan untuk sementara mengintrupsi oksigenasi otak.

2) *Stroke In Evolution*

Stroke progresif terjadi dalam beberapa jam sampai beberapa hari. Stroke progresif ini terjadi akibat pembesaran thrombus didalam pembuluh darah arteri. Perburukan neurologic dapat ditemukan sampai 72 jam setelah jaringan otak mengalami infark.

3) *Completed Stroke*

Completed Stroke terjadi deficit neurologic tidak mengalami perbaikan dalam waktu 2-3 hari.

4) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)*

Istilah serangan otak iskemik yang reversible kadang-kadang digunakan jika gejala sisa deficit neurologic masih terjadi setelah 24 jam serangan tetapi tidak mengakibatkan gejala sisa setelah beberapa hari atau beberapa minggu.

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 polisitemia

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 sebuat 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 sistem arteri karotis (arteri darah atau munculpalak).
- b. Anjiografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan darah atau obstruksi arteri adalah titik obstruksi atau ruptur.
- c. CT Scan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- d. Lumbar Pungsi untuk menunjukkan adanya hemoragik Malformasi Arteriovenosa (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 menelan atau pasien yang kesadaran menurun dianjurkan pasangNGT
- 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, steroid dll)
- 3) Atasi dekompresi (Kraniotomi)

d. Penatalaksanaan Faktor Risiko

- 1) Atasi hipertensi

2) Atasi hiperglikemia

3) Atasi hiperurisemia

2. Terapi Okupasi

a. Pengertian Terapi Okupasi

Okupasi terapi (OT) adalah suatu upaya terapi yang melibatkan penggunaan aktivitas terapeutik dan diterapkan kepada pasien dengan gangguan fisik maupun mental dengan tujuan untuk meningkatkan kemandirian, mencegah kecacatan baru serta meningkatkan taraf kesehatan (Punwar,1988). Terapi okupasi adalah usaha penyembuhan melalui kesibukan atau pekerjaan tertentu. Terapi okupasi adalah salah satu jenis terapi kesehatan yang merupakan bagian dari rehabilitasi medis dan keperawatan.

Terapi okupasi adalah ilmu dan seni untuk mengarahkan partisipasi seseorang dalam melaksanakan suatu tugas terpilih yang telah ditentukan dengan maksud mempermudah belajar fungsi dan keahlian yang dibutuhkan dalam proses penyesuaian diri dengan lingkungan. Prinsipnya adalah pasien tidak merasa dipaksa, tetapi memahami kegiatan ini sebagai suatu kebutuhan dan akhir suatu keahlian yang dapat dijadikan bekal hidup

b. Fungsi dan Tujuan Terapi Okupasi

Terapi okupasi dilakukan secara terarah bagi pasien fisik maupun mental dengan menggunakan aktivitas sebagai media terapi dalam rangka memulihkan kembali fungsi seseorang sehingga dia dapat mandiri semaksimal mungkin. Fungsi dan tujuannya diantaranya :

1. Terapi khusus untuk pasien mental/jiwa
 - Menciptakan suatu kondisi tertentu sehingga pasien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitarnya.
 - Membantu dalam melampiaskan gerakan - gerakan emosi secara wajar dan produktif.
 - Membantu menemukan kemampuan kerja yang sesuai dengan bakat dan keadaannya.
 - Membantu dalam pengumpulan data guna penegakan diagnose dan penetapan terapi lainnya.
2. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan ruang gerak sendi, kekuatan otot dan koordinasi gerakan.
3. Mengajarkan aktivitas kehidupan sehari – hari atau Task Oriented Approach (TOA), seperti makan, berpakaian, belajar menggunakan fasilitas umum (telepon, tv, dan lain - lain), baik dengan maupun tanpa alat bantu, mandi yang bersih, dan lain - lain.

4. Membantu pasien untuk menyesuaikan diri dengan pekerjaan rutin di rumah/panti, dan memberi saran penyederhanaan (simplifikasi) ruangan maupun letak alat - alat kebutuhan sehari - hari.
5. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara dan meningkatkan kemampuan yang masih ada.
6. Menyediakan berbagai macam kegiatan untuk diujai oleh pasien sebagai langkah dalam pre-ocational training. Dari aktivitas ini akan dapat diketahui kemampuan mental dan fisik, kebiasaan kerja, sosialisasi, minat, potensi dan lain - lainnya dari si pasien dalam mengarahkannya kepekerjaan yang tepat dalam latihan kerja.
7. Membantu penderita untuk menerima kenyataan dan menggunakan waktu selama masa rawat dengan berguna.
8. Mengarahkan minat dan hoby agar dapat digunakan setelah kembali ke keluarga.

Program terapi okupasi adalah bagian dari pelayanan kesehatan untuk tujuan rehabilitasi total seseorang pasien melalui kerja sama dengan petugas lain di dalam layanan kesehatan. Dalam pelaksanaan okupasiterapi kelihatannya akan banyak overlapping dengan terapi lainnya, sehingga dibutuhkan adanya kerjasama yang terkoordinir dan terpadu.

c. Jenis Aktifitas Terapi Okupasi

Aktivitas yang digunakan dalam terapi okupasi sangat dipengaruhi sangat dipengaruhi oleh konteks terapi secara keseluruhan, lingkungan, sumber yang tersedia, dan juga oleh kemampuan tenaga kesehatan yang menjadi terapis itu sendiri (pengetahuan, keterampilan, minat dan kreativitasnya). Jenis aktivitas dalam okupasiterapi adalah :

1. Latihan gerak badan
2. Olahraga
3. Permainan
4. Kerajinan tangan
5. Kesehatan, kebersihan, dan kerapihan pribadi
6. Pekerjaan sehari - hari (aktivitas kehidupan sehari - hari)
7. Praktik pre-vokasional 4
8. Seni (tari, musik, lukis, drama, dan lain - lain)
9. Rekreasi (tamasya, nonton bioskop/drama, pesta ulang tahun dan lain-lain)
10. Diskusi dengan topik tertentu (berita surat kabar, majalah, televise, radio atau keadaan lingkungan).

d. Indikasi Terapi Okupasi

1. Seseorang yang kurang berfungsi dalam kehidupannya karena kesulitan kesulitan yang dihadapi dalam pengintegrasian perkembangan psikososialnya

2. Kelainan tingkah laku yang terlihat dalam kesulitannya berkomunikasi dengan orang lain.
 3. Tingkah laku tidak wajar dalam mengekspresikan perasaan atau kebutuhan yang primitive.
 4. Ketidak mampuan menginterpretasikan rangsangan sehingga reaksinya terhadap rangsangan tersebut tidak wajar pula
 5. Terhentinya seseorang dalam fase pertumbuhan tertentu atau seseorang yang mengalami kemunduran
 6. Mereka yang lebih mudah mengekspresikan perasaannya melalui suatu aktivitas dari pada dengan percakapan
 7. Mereka yang merasa lebih mudah mempelajari sesuatu dengan cara mempraktikannya dari pada dengan membayangkan
 8. Pasien cacat tubuh yang mengalami gangguan dalam kepribadiannya
3. Terapi Task Oriented Approach (TOA)
- A. Pengertian Task Oriented Approach

Task Oriented Approach adalah salah satu jenis dari terapi okupasi yang digunakan dalam proses pengembalian fungsi motorik pada tubuh pasien penderita stroke. TOA pada penderita stroke diusulkan oleh Mathiowetz dan Bass-Haugen (1994).

Hal ini didasarkan pada sistem kontrol motorik, perkembangan motorik terkini, dan sebagai panduan dalam pembelajaran kembali fungsi motoric yang

hilang. Dalam pendekatan ini, keterampilan motorik untuk penderita stroke diajarkan dengan memilih tugas-tugas fungsional yang kontekstual dan cocok untuk pasien tersebut. Berdasarkan kontrol motor dan prinsip-prinsip belajar, kegiatan terapi yang dipilih harus bervariasi untuk meningkatkan pengalaman belajar. Jadwal dan struktur praktek harus meningkatkan partisipasi aktif pasien dan harus mempertimbangkan kontrol motor dan prinsip-prinsip pembelajaran.

Pengaturan lingkungan harus mencakup semua faktor yang mungkin mengatur tugas tertentu. Setelah itu, umpan balik yang sesuai (dalam hal waktu dan jumlah) harus tersedia untuk meningkatkan pembelajaran motorik atau proses belajar kembali. Penerapan prinsip-prinsip ini membutuhkan pengetahuan dan keterampilan analisis tugas dari kegiatan yang ingin dilakukan (Mathiowetz & Bass-Haugen, 2008).

Pendekatan ini mengasumsikan bahwa ada sebuah organisasi heterarchial dari individu dan sistem lingkungan. Asumsi lainnya meliputi: tugas fungsional membantu mengatur perilaku fungsional. Hasil kinerja dari interaksi antara individu dan lingkungannya, pengalaman motor menggunakan strategi yang berbeda dalam membantu seseorang untuk menentukan optimal (efektif dan efisien) pola atau solusi untuk masalah motorik; pemulihan setelah cedera SSP bervariasi antara pasien karena keunikan, faktor pasien dan konteks lingkungan, serta perubahan perilaku akibat dari upaya individu untuk mengkompensasi dan mencapai kinerja tugas (Mathiowetz, 2011).

Terapi okupasi TOA secara keseluruhan belum diteliti dalam uji coba klinis secara acak. Namun, banyak prinsip-prinsip dan variasi dari TOA yang didukung dalam literatur. Sebagai contoh, efektivitas latihan yang berorientasi tugas dengan dukungan berat badan parsial didukung dalam literatur (Visintin, Barbeau, Korner-Bitensky, & Mayo, (1998); Nilsson, Carlsson, Danielsson, Fugl-Meyer, Hellstrom, Kristensen et al., 2001; Hesse, Konrad, & Uhlenbrock, 1999; Hesse, Bertelt, Schaffrin, Malezic, & Mauritz, 1994). Studi-studi tersebut menunjukkan efek menguntungkan dari apa yang dilakukan untuk meningkatkan aktivitas dan keseimbangan, untuk masing-masing dan menurun sebagai pertanda perkembangan kemampuan pasien membaik. Terapi diatur sedemikian rupa untuk menyesuaikan beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku motorik penderita stroke dan memberikan pasien pengalaman motorik melalui interaksi yang nyata dengan lingkungan dan dengan banyak pengulangan. Ini membantu pasien untuk menemukan solusi optimal untuk masalah fungsi motorik.

B. Manfaat *Task Oriented Approach*

Manfaat dari *Task Oriented Approach* adalah dengan menggunakan aktivitas sebagai media terapi dalam rangka memulihkan kembali fungsi fisik,, meningkatkan ruang gerak sendi & kekuatan otot guna menciptakan suatu kondisi tertentu sehingga pasien dapat mengembangkan kemampuannya untuk dapat berhubungan dengan orang lain dan masyarakat sekitarnya. Keterampilan motorik penderita stroke diajarkan dengan memilih tugas-tugas fungsional yang

kontekstual dan cocok untuk pasien tersebut sehingga dapat mengembalikan fungsi motoric secara optimal.

C. Kontraindikasi *Task Oriented Approach*

Kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai:

- 1) Latihan tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
- 2) Gerakan yang terkontrol dengan seksama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan memperlihatkan manfaat terhadap penyembuhan dan pemulihan.
- 3) Terdapatnya tanda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk meningkatnya rasa nyeri dan peradangan.
- 4) Tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisinya membahayakan (life threatening).

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.

1. Kesimpulan

- a. Kasus kelolaan pada Tn.B dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) + Hbs Ag didapatkan hasil sebagai berikut:
 - 1) Keluhan utama dari hasil pengkajian Tn. B anggota gerak bagian kanan dirasakan lemah. GCS E4 M6 V5 TD: 160/100 mmHg N: 98 x/I RR: 22 x/I S: 36,70 C. Klien mengatakan tidak dapat beraktivitas seperti dulu. Selama sakit klien hanya berbaring dikasur dan tidak mampu melakukan aktifitas seperti mandi, berpakaian dan mengganti baju, pemenuhan ADL's klien dibantu penuh oleh perawat.
 - 2) Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. B, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d Hipertensi, Deficit perawatan diri (berpakaian) b.d gangguan neuromuscular (kelemahan), Hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot, Resiko jatuh dengan factor resiko penurunan kekuatan ekstremitas bawah, Resiko kerusakan

- 3) integritas kulit dengan factor resiko mekanik (daya gesek, tekanan mobilitas fisik)
 - 4) Evaluasi implementasi selama perawatan mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Dengan kata lain setelah dilakukan implementasi selama 4 hari prognosis kemampuan klien menjadi lebih baik dengan 5 diagnosa teratasi sebagian.
- b. Hasil analisa penerapan *Task Oriented Approach* menunjukkan adanya peningkatan kemampuan aktivitas berpakaian pasien dengan stroke non hemoragik (SNH).

2. Saran

a. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda khususnya di ruang unit stroke dapat memberikan pelayanan kesehan secara nonfarmakologi yaitu dengan pemberian *Task Oriented Approach* unruk meningkat kemampuan aktivitas pasien pasca stroke.

b. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Bagi perkembangan ilmu keperawatankhususnya tenaga pengajar dan pelajar disarankan untuk dapat memakai hasil penelitian ini sebagai salah satu sumber informasi mengenai efektifitas *task oriented approach* terhadap kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien pasca stroke . Bagi perawat disarankan untuk dapat memakai hasil penelitian ini sebagai

sebagai salah satu *evidence base* dalam membuat intervensi keperawatan dalam mencegah terjadinya unkus dekubitus pada pasien tirah baring lama.

c. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat mengembangkan dan menerapkan intervensi *task oriented approach* terhadap kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien paska stroke

d. Bagi Pasien

Bagi pasien dan keluarga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang *task oriented approach* terhadap kemampuan aktivitas berpakaian pada pasien paska stroke dan dapat meningkatkan jalinan hubungan yang kooperatif.

DAFTAR PUSTAKA

Brunner and Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol.2. Jakarta : EGC

Data Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahrani 2016

Iskandar, Junaidi. (2012). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: Andi

Lumbantobing S. M., 2001. Stroke. Dalam Lumbantobing S. M. Neurogeriatri. Jakarta: Balai Penerbit FKUI pp 93-134

Latham (2006), Occupational Therapy Activities and Intervention Techniques for Clients with Stroke in Six Rehabilitation Hospitals stroke, American Journal of Occupational Therapist

Mathiowetz.V..& Haugen. J. B. (1994). Motor behavior research: Implications for therapeutic approaches to central nervous system dysfunction. *American Journal of Occupational Therapy* 48. 73.3-74)

Misbach, Jusuf. (2010). *Stroke : Aspek diagnosis, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.

Muttaqin. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Salemba Medika. Jakarta.

North American Nursing Diagnosis Association (2015-2017). *Nursing diagnoses: definitions and classification*. Edisi: 10, EGC

Nursing Interventions Classification, edisi Bahasa Indonesia. Edisi keenam

Nursing Outcome Classification, edisi Bahasa Indonesia. Edisi keenam

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamental of Nursing*. USA : Mosby Inc.

_____ (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Diah Nur, Onny Tampubulon & Farah Diba (Penerjemah) Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Pudiastuti, Ratna Dewi. (2013). *Penyakit-Penyakit Mematikan*. Nuha Medika. Yogyakarta

Rahayu, S, dkk. (2014). Hubungan frekuensi stroke dengan fungsi kognitif di RSUD Arifin Achmad. *Jurnal Universitas Riau. Jom PSIK. No.2*

Rowland, T (2008). *Role of Occupational Therapy After Stroke*. Retrieved November 25, 2013. <http://www.annalsofian.org>

Siregar, Cholina. (2004). *Kebutuhan dasar manusia eliminasi BAB*. FK. Universitas Sumatera Selatan. USU Digitech. 2004.

Smeltzer C. Suzanne, Bare G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

_____ . (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol. 3. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Suratun, Heryati, Manurung, S, Raenah, E. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Utami, I.M., (2009). *Gambaran Faktor-faktor Risiko yang Terdapat pada Penderita Stroke*. Tidak dipublikasikan.

Wijaya, Andra, S.P, Yessie, M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2 Keperawatan Dewasa*. Medical Book : Yogyakarta.

Price, S & Wilson, L, 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6. EGC, Jakarta.