

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian Stroke Non Hemoragik

Stroke merupakan sebuah istilah yang menggambarkan serangan mendadak pada neurologis yang berlangsung kurang lebih 24 jam dan terjadi akibat terjadinya gangguan pembuluh darah. Stroke dibagi menjadi dua, yakni stroke iskemik/stroke non hemoragik dan stroke hemoragik (Annisyah, 2020). Stroke merupakan gangguan neurologis yang timbul gejala secara tiba-tiba berlangsung >24 jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovaskular. Stroke terjadi pada saat terdapat gangguan peredaran darah ke bagian otak termasuk didalamnya terdapat tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Husna, 2019).

Stroke non hemoragik (SNH) merupakan gangguan neurologis yang terjadi karena aliran darah ke otak terhenti yang disebabkan aterosklerosis atau bekuan darah yang telah menyumbat disuatu pembuluh darah. Stroke non hemoragik merupakan defisit neurologis fokal yang mempunyai awitan mendadak dan berlangsung 24 jam dimana diakibatkan oleh gangguan aliran darah di otak (Sari, 2019). Stroke non hemoragik disebabkan karena adanya gumpalan aliran darah baik karena adanya sumbatan maupun pecahnya gumpalan darah atau benda asing yang ada di dalam pembuluh darah yang menyebabkan penyumbatan ke bagian otak (Anjasmara, 2021).

2. Etiologi

Pada garis besar, stroke non hemoragik sering terjadi karena adanya emboli dari ekstrakranial atau trombosis intrakranial, tetapi juga dapat disebabkan oleh aliran darah ke otak yang berkurang. Setiap proses yang mengganggu aliran darah ke otak dapat mengakibatkan kaskade iskemik, yang dapat berujung terjadinya kematian sel-sel otak dan infark otak (Padang, 2020). Berdasarkan data tersebut penyebab dari stroke non hemoragik yaitu :

a. Emboli

Sumber emboli terdapat di arteri karotis maupun vertebralis, tetapi tidak menutup kemungkinan emboli juga dapat muncul di jantung maupun sistem vaskular sistemik.

- 1) Embolus yang dilepaskan dari arteri karotis atau vertebralis, dapat berasal dari trombus yang melekat pada intima arteri karena terjadinya trauma tumpul di bagian leher.
- 2) Embolisasi kardiogenik terjadi karena adanya penyakit jantung dengan *shunt* yang menghubungkan kanan dan kiri atrium ataupun ventrikel.
- 3) Embolisasi akibat gangguan sistemik dapat terjadi sebagai emboli septik, seperti dari abses, juga dapat terjadi akibat metaplasia neoplasma yang sudah ada di paru.

b. Trombosis

Stroke trombotik dibagi menjadi stroke pembuluh darah besar (sistem arteri karotis dan percabangannya termasuk di dalamnya) dan stroke pembuluh darah kecil. Trombosis paling sering terjadi pada titik percabangan arteri serebral yang utamanya pada daerah distribusi dari arteri karotis interna. Adanya stenosis arteri dapat menyebabkan turbulensi aliran darah. Jika

aliran darah tidak mengalir lebih dari 30 detik gambaran EEG akan mendatar, bila lebih dari 2 menit aktivitas jaringan otak akan berhenti, jika lebih dari 5 menit maka dapat terjadi kerusakan jaringan otak, dan bila lebih dari 9 menit manusia dapat meninggal (Padang, 2020).

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke non hemoragik yang timbul dari gangguan darah di otak tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi tempat gangguan peredaran darah terjadi, manifestasi klinis tersebut meliputi (Sari, 2019):

- a. Gejala akibat penyumbatan arteri karotis interna
 - 1) Buta mendadak (*amaurosis fugaks*).
 - 2) Ketidakmampuan untuk berbicara atau mengerti bahasa lisan (disfasia), bila gangguan terletak pada sisi yang dominan.
 - 3) Kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan (hemiparesis kontralateral) dan dapat disertai dengan *Syndrome Horner* pada sisi sumbatan.
- b. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri anterior
 - 1) Hemiparesis kontralateral dengan kelumpuhan tungkai yang lebih menonjol.
 - 2) Gangguan mental.
 - 3) Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh.
 - 4) Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air.
 - 5) Kejang-kejang
- c. Gangguan akibat penyumbatan arteri serebri media

- 1) Jika sumbatan di pangkal arteri, kelumpuhan terjadi lebih ringan dan bila terjadi di pangkal kelumpuhan lengan lebih menonjol.
- 2) Gangguan saraf perasa satu sisi tubuh.
- 3) Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (afasia)

d. Gejala akibat penyumbatan vertebrobasilar

- 1) Satu sampai ke empat ekstremitas mengalami kelumpuhan.
- 2) Meningkatnya refleks tendon.
- 3) Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh
- 4) Gejala-gejala serebelum seperti gemetar pada tangan (tremor), dan vertigo.
- 5) Tidak mempunya menelan (disfagia).
- 6) Gangguan motorik pada lidah, rahan dan pita suara sehingga pasien sulit bicara (disatria).
- 7) Kehilangan kesadaran sepiintas (sinkop), penurunan kesadaran secara lengkap (stupor), koma, pusing, daya ingat terganggu, disorientasi.
- 8) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan ganda (diplopia), gerakan arah bola mata yang tidak di kehendaki (nistagmus), penurunan kelopak mata (ptosis), daya gerak mata kurang, kebutaan setengah lapang pandang pada bola mata sebelah ataupun kedua mata (hemianopia homonim).
- 9) Gangguan pendengaran.
- 10) Kekakuan pada wajah, mulut, dan lidah.

e. Gejala akibat penyumbatan arteri serebri posterior

- 1) Koma.

- 2) Hemiparesis kontra lateral.
- 3) Ketidakmampuan membaca (alexia)
- 4) Kelumpuhan saraf kranialis ketiga.

f. Gejala akibat gangguan fungsi luhur.

- 1) Afasia merupakan hilangnya kemampuan dalam berbahasa. Dan afasia dibagi menjadi 2 kategori yaitu :

- a) Afasia motorik

Afasia motorik merupakan ketidakmampuan untuk berbicara, mengeluarkan isi pikiran melalui perkataannya sendiri, sementara kemampuannya untuk mengerti pembicaraan orang lain tetap baik.

- b) Afasia sensorik

Afasia sensorik merupakan ketidakmampuan untuk mengerti pembicaraan orang lain, namun masih mampu mengeluarkan perkataan dengan lancar, walau sebagian diantaranya tidak memiliki arti, tergantung dari luasnya kerusakan otak.

- 2) Alexia adalah kemampuan membaca yang hilang karena adanya kerusakan otak. Dibedakan dari dyslexia, yaitu verbal *alexia* adalah ketidakmampuan membaca kata, tetapi dapat membaca huruf. Lateral alexia adalah ketidakmampuan membaca huruf, tetapi masih dapat membaca kata. Jika terjadi ketidakmampuan keduanya maka disebut Global Alexia.
- 3) Agraphia merupakan kemampuan menulis yang hilang karena adanya kerusakan otak.

- 4) *Acalculia* merupakan hilangnya kemampuan berhitung dan mengenal angka setelah terjadinya kerusakan otak.
- 5) *Right-Left Disorientation* dan agnosia jari (*body image*) adalah sejumlah tingkat kemampuan yang sangat kompleks, seperti penamaan, melakukan gerakan yang sesuai dengan perintah atau menirukan gerakan tertentu. Kelainan ini sering bersamaan dengan Agnosia jari.
- 6) *Hemi Spatial Neglect* (Viso Spatial Agnosia) merupakan hilangnya kemampuan melaksanakan bermacam perintah yang berhubungan dengan ruang.
- 7) *Syndrom Lobus Frontal*, berhubungan dengan tingkah laku akibat kerusakan pada korteks motor dan premotor dari *hemisphere* dominan yang akan menyebabkan terjadinya gangguan bicara.
- 8) *Amnesia* merupakan gangguan mengingat yang terjadi pada trauma *capitis*, infeksi virus, stroke, anoxia, dan pasca operasi pengangkatan massa di otak.
- 9) *Demensia* merupakan hilangnya fungsi intelektual yang mencakup sejumlah kemampuan.

4. Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak yang terjadi pada pembuluh darah otak yang menyebabkan aliran darah terganggu. jaringan otak yang mengalami kekurangan oksigen selama >90 detik, fungsi jaringan otak akan menurun. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan terjadinya iskemia pada jaringan otak dan menyebabkan kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia.

Emboli yang tersumbat terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang dapat terjadi di jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, yang dapat mengganggu juga sistem sirkulasi di otak.

Okulasi akut di pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, antara lain daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti merupakan daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10cc/100g jaringan otak per menit. Sementara itu daerah penumbra merupakan daerah otak yang terganggu aliran darahnya tetapi masih lebih baik daripada daerah inti karena daerah penumbra masih mendapat suplai perfusi dari pembuluh darah lainnya. Daerah penumbra memiliki aliran darah 10-25cc/100g jaringan per menit. Daerah penumbra memiliki prognosis lebih baik dibandingkan dengan daerah inti. Defisit neurologis dari stroke non hemoragik tidak hanya bergantung pada luas daerah inti dan penumbra, melainkan pada kemampuan sumbatan yang menyebabkan kekakuan pembuluh darah atau vasospasme.

Jaringan otak yang mengalami kerusakan akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah merupakan suatu proses biomolekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia (*ischemic cascade*). Aliran darah yang terganggu, jaringan menjadi kekurangan glukosa dan oksigen yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energi membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

Metabolisme anaerob merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bergerak pada reseptor pada sel-sel saraf (utamanya NMDA/N-methyl-D-aspartame), menghasilkan influks natrium dan kalsium. Influks natrium membuat jumlah cairan intraselular meningkat dan menyebabkan edema pada jaringan. Influks kalsium merangsang pelepasan enzim protolisis (prototese, lipase, nuklease) yang memecah protein, struktur sel dan lemak. Influks kalsium juga dapat membuat kegagalan mitokondria, yakni suatu organel membran yang berfungsi mengatur metabolisme sel. Yang membuat sel otak mati atau nekrosis akibat dari kegagalan tersebut (Haryono, 2019; Maria, 2021; Rahmawati, 2022; Tim Pokja SDKI, 2016)

5. Penatalaksanaan

Menurut Harsono, (2016 dalam Rahmawati, 2022) penatalaksanaan stroke non hemoragik yaitu :

a. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) *Bedrest* total posisi kepala *head up* 15-30 °.
- 2) Terapi oksien 2-3 liter/menit dengan *nassal kanul*.
- 3) Pemasangan infus sesuai kebutuhan.
- 4) Monitor dengan ketat kelainan neurologis yang muncul.
- 5) Memposisikan miring kanan miring kiri per 2 jam dan observasi pasca pengaturan posisi.
- 6) Monitor tanda-tanda vital, dan pemeriksaan EKG.

b. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pemberian akteplase dengan dosis 0,6-0,9 g/kkBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.

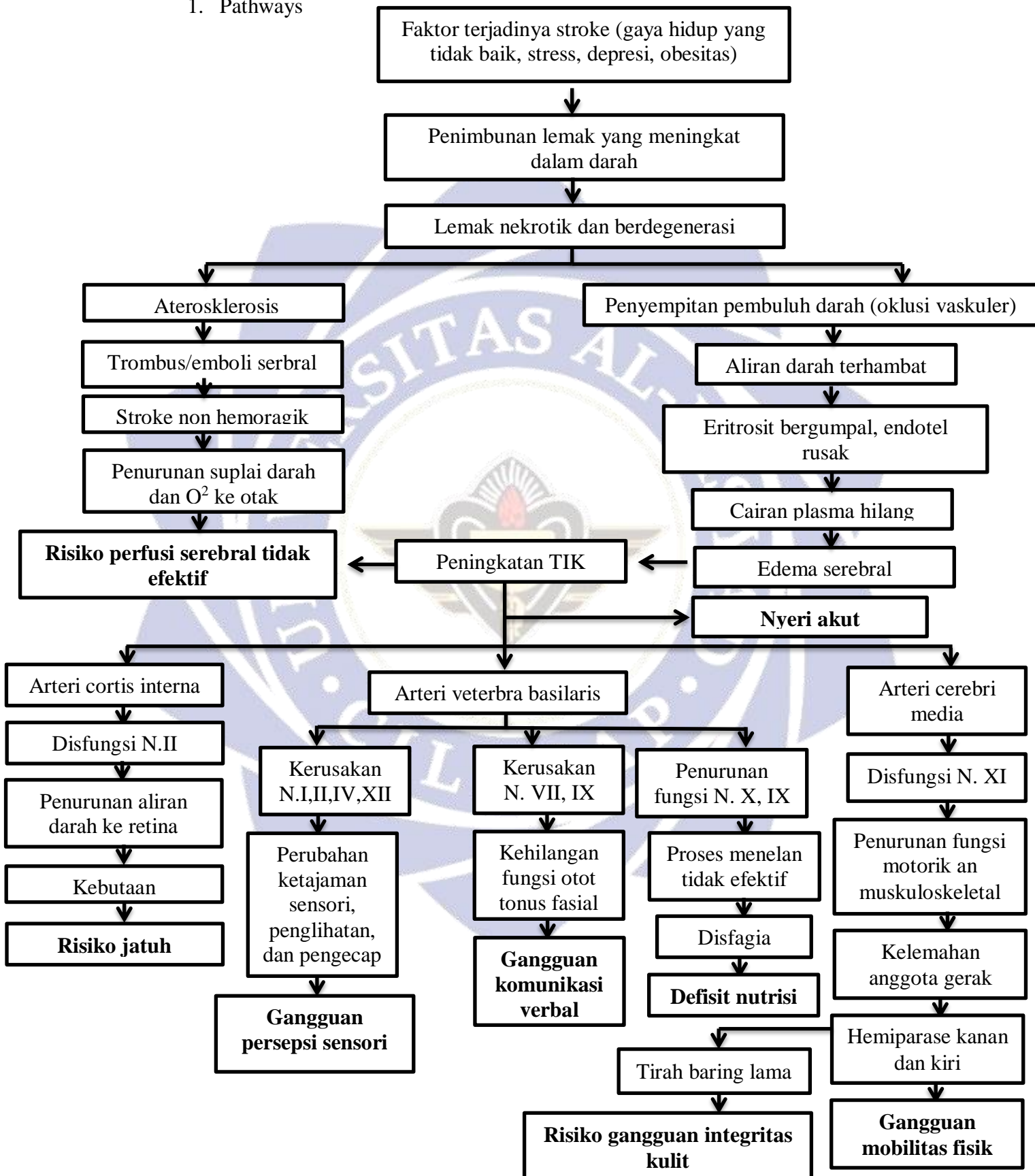
- 2) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intrakranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovaskuler.
 - 3) Pemberian obat-obatan seperti nicardipin, ACE inhibitor, beta blocker, diuretik, kalsium antagonis sebagai manajemen hipertensi.
 - 4) Pemberian obat-obatan anti diabetik oral maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
 - 5) Trombolitik merupakan penggunaan obat-obatan untuk melarutkan gumpalan darah yang merupakan penyebab utama serangan stroke non hemoragik.
 - 6) Pemberian obat-obatan antikoagulan, terapan antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli.
 - 7) Antiplatelet golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ukangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.
 - 8) Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicolin, piracetam, pentoxyfiline.
- c. Fase Rehabilitasi
- 1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
 - 2) Program manajemen *bladder* dan *bowel*.
 - 3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak *Range of Motion* (ROM).
 - 4) Terapi latihan genggam bola karet.
 - 5) Pertahankan integritas kulit.

- 6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- 7) Persiapan pasien pulang.



B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pathways



Bagan 2.1 Pathways Stroke Non Hemoragik

Sumber : (Tim Pokja SDKI, 2016; Haryono, 2019; Rahmawati, 2022)

2. Pengkajian

Menurut Lemos, dkk (2015) hal yang perlu dikaji pada pasien stroke :

a. Identitas pasien

Terdiri dari : nama, umur, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan tanggal masuk rumah sakit.

b. Riwayat penyakit sekarang

Terdiri dari : keluhan utama yang dirasakan pasien pada saat masuk rumah sakit dan keluhan yang dirasakan ketika dikaji.

c. Riwayat penyakit dahulu

Apakah pasien sebelumnya pernah dirawat, apakah pasien memiliki riwayat penyakit kronis atau menular, serta apakah pasien memiliki riwayat alergi obat dan riwayat operasi sebelumnya.

d. Riwayat penyakit keluarga

Terdiri dari genogram keluarga, dan dari keluarga apakah mempunyai riwayat penyakit menular ataupun tidak menular.

e. Keadaan umum

- 1) Tingkat kesadaran : umumnya terjadi penurunan kesadaran.
- 2) Berbicara : terkadang mengalami gangguan berbicara seperti berbicara sukar dimengerti.
- 3) Tanda tanda vital : umumnya tekanan darah tinggi.

f. Kualitatif merupakan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan.

Tabel 2. 1 Nilai GCS berdasarkan tingkat kesadaran

No	Tingkat kesadaran	Definisi	Nilai GCS
1	Compos mentis	Kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya	14-15
2	Apatis	Kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh	12-13
3	Somnolen	Kesadaran menurun, respon psikomotor lambat, mudah tertidur, kesadaran dapat pulih jika mendapat rangasangan (mudah dibangunkan), tetapi mudah tertidur kembali, mampu memberi jawaban verbal.	10-11
4	Delirium	Gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, halusinasi, kadang berkhayal	7-9
5	Stupor/ soporocoma	Keadaan seperti tidur lelap, tetapi ada respon terhadap rangasangan nyeri.	4-6
6	Koma	Tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangasangan apapun	3

g. Kuantitatif menggunakan *Glasgow Coma Scale (GCS)*

1) Respon membuka mata (E : Eye)

Spontan : (4)

Dengan perintah : (3)

Dengan nyeri : (2)

Tidak respon : (1)

2) Respon verbal (V : Verbal)

Orientasi baik : (5)

Gelisah, berteriak, menangis : (4)

Berbicara tidak jelas : (3)

Bicara sulit dimengerti : (2)

Tidak respon : (1)

3) Respon motorik (M : Motorik)

Menggunakan perintah : (6)

Melokalisasi nyeri : (5)

Manarik area nyeri : (4)

Fleksi abnormal/postur dekortikasi : (3)

Ekstensi abnormal/ postur deseberasi : (2)

Tidak respon : (1)

h. Pemeriksaan integumen

1) Kulit : tampak pucat dan turgor kulit tidak baik.

2) Kuku : perlu dilihat adanya *clubbing finger*, sianosis.

3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan.

i. Pemeriksaan kepala dan leher

1) Kepala : bentuk kepala normosephalik.

2) Wajah : umumnya wajahnya tidak simetris atau membelok pada salah satu sisi.

3) Leher : kaku kuduk jarang terjadi.

j. Pemeriksaan dada

Pada pasien stroke non hemoragik terkadang didapatkan suara nafas ronkhi, *wheezing*. Pernafasan yang tidak teratur karena sebab terjadinya penurunan refleks batuk dan menelan.

k. Pemeriksaan abdomen

Umumnya ditemukan penurunan peristaltik usus karena *bedrest* yang terlalu lama, dan kadang dijumpai dengan kembung.

l. Pemeriksaan inguinal, genetalia, dan anus.

Terkadang ditemukan masalah inkontinensia atau retensio urin.

m. Pemeriksaan ekstremitas

Sering dijumpai kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh pada pasien stroke non hemoragik.

n. Pemeriksaan nervus kranial.

Umumnya terjadi gangguan pada nervus kranialis VII dan XII sentral.

3. Diagnosa keperawatan

a. Nyeri akut (D. 0077)

Pengertian :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Etiologi :

- 1) Agen pencedera fisiologis.
- 2) Agen pencedera kimiawi.
- 3) Agen pencedera fisik.

Manifestasi klinis :

Mayor :

Subyektif

- 1) Mengeluh nyeri

Obyektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif.
- 3) Gelisah.

4) Frekuensi nadi meningkat.

5) Sulit tidur.

Minor :

Subyektif

1) *Tidak tersedia*

Objektif

1) Tekanan darah meningkat.

2) Pola nafas berubah.

3) Nafsu makan berubah.

4) Proses berfikir terganggu.

5) Menarik diri.

6) Berfokus pada diri sendiri.

7) Diaforesis

Kondisi klinis terkait :

1) Kondisi pembedahan.

2) Cedera traumatis.

3) Infeksi.

4) Sindrom koroner akut.

5) Glaukoma.

b. Defisit nutrisi (D.0019)

Pengertian :

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Etiologi :

1) Ketidakmampuan menelan makanan.

- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan.
- 3) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.
- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme.
- 5) Faktor ekonomi.
- 6) Faktor psikologis.

Manifestasi klinis :

Mayor :

Subjektif

- 1) *Tidak tersedia*

Objektif

- 1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

Minor :

Subjektif

- 1) Cepat kenyang setelah makan..
- 2) Kram/nyeri abdomen.
- 3) Nafsu makan menurun.

Objektif

- 1) Bising usus hiperaktif.
- 2) Otot pengunyah lemah.
- 3) Otot menelan lemah.
- 4) Membran mukosa pucat.
- 5) Sariawan.
- 6) Serum albumin menurun.
- 7) Rambut rontok berlebihan.

Kondisi klinis terkait :

- 1) Stroke
 - 2) Parkinson.
 - 3) *Mobius syndrome*
 - 4) *Cerbral palsy.*
 - 5) *Cleft lip.*
 - 6) *Cleft palate.*
 - 7) *Amyotropic lateral sclerosis.*
 - 8) Kerusakan neuromuskular.
 - 9) Luka bakar.
 - 10) Kanker.
 - 11) Infeksi.
 - 12) AIDS.
 - 13) Penyakit Crohn's
- c. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Pengertian :

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Etiologi :

- 1) Kerusakan integritas tulang.
- 2) .perubahan metabolisme.
- 3) Ketidakbugaran fisik.
- 4) Penurunan kendali otot.
- 5) Penuruna massa otot.

- 6) Penurunan kekuatan otot.
- 7) Keterlambatan perkembangan.
- 8) Kekakuan sendi.
- 9) Kontraktur.
- 10) Mal nutrisi.
- 11) Gangguan muskuloskeletal.
- 12) Gangguan neuromuskular.
- 13) Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia.
- 14) Efek agen farmakologis.
- 15) Program pembatasan gerak.
- 16) Nyeri.
- 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik.
- 18) Kecemasan.
- 19) Gangguan kognitif.
- 20) Keengganan melakukan pergerakan.
- 21) Gangguan sensoripersepsi.

Manifestasi klinis :

Mayor

Subjektif

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Objektif

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentang gerak (ROM)menurun

Minor

Subjektif

- 1) Nyeri saat bergerak.
- 2) Enggan melakukan pergerakan.
- 3) Merasa cemas saat bergerak.

Objektif

- 1) Sendi kaku.
- 2) Gerakan tidak terkoordinasi.
- 3) Gerakan terbatas.
- 4) Fisik lemah

Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
 - 2) Cedera medula spinalis
 - 3) Trauma.
 - 4) Fraktur
 - 5) Osteoarthritis.
 - 6) Osteomalasia.
 - 7) Keganasan.
- d. Gangguan persepsi sensoris (D.0085)

Pengertian :

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi.

Etiologi :

- 1) Gangguan penglihatan.
- 2) Gangguan pendengaran.

- 3) Gangguan penciuman.
- 4) Gangguan perabaan.
- 5) Hipoksia serebral.
- 6) Penyalahgunaan zat.
- 7) Usia lanjut.
- 8) Pemajanan toksin lingkungan.

Manifestasi klinis :

Mayor

Subjektif

- 1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan.
- 2) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, atau pengecapan.

Objektif

- 1) Distorsi sensori.
- 2) Respons tidak sesuai.
- 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, maraba, atau mencium sesuatu.

Minor

Subjektif

- 1) Menyatakan kesal

Objektif

- 1) Menyendiri.
- 2) Melamun.
- 3) Konsentrasi buruk.

- 4) Disorientasi waktu, tempat, orang
- 5) Curiga.
- 6) Melihat ke satu arah.
- 7) Mondar-manidir.
- 8) Bicara sendiri.

Kondisi klinis terkait

- 1) Glaukoma.
 - 2) Katarak.
 - 3) Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia).
 - 4) Trauma okuler.
 - 5) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak).
 - 6) Infeksi okuler.
 - 7) Presbikusis.
 - 8) Malfungsi alat bantu dengar.
 - 9) Delirium.
 - 10) Demensia.
 - 11) Gangguan amnestik.
 - 12) Penyakit terminal.
 - 13) Gangguan psikotik.
- e. Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Pengertian :

Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan atau menggunakan sistem simbol.

Etiologi :

- 1) Penurunan sirkulasi serebral.
- 2) Gangguan neuromuskuler.
- 3) Gangguan pendengaran.
- 4) Gangguan muskuloskeletal.
- 5) Kelainan palatum.
- 6) Hambatan fisik.
- 7) Hambatan individu.
- 8) Hambatan psikologis.
- 9) Hambatan lingkungan.

Manifestasi klinis :**Mayor*****Subjektif***

Tidak tersedia

Objektif

- 1) Tidak mampu berbicara atau mendengar.
- 2) Menunjukkan respon tidak sesuai.

Minor***Subjektif***

Tidak tersedia

Objektif

- 1) Afasia.
- 2) Disfasia.
- 3) Apraksia.

- 4) Disleksia.
- 5) Disatria.
- 6) Afonia.
- 7) Dislalia.
- 8) Pelo.
- 9) Gagap.
- 10) Tidak ada kontak mata.
- 11) Sulit mempertahankan komunikasi.
- 12) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh.
- 13) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh.
- 14) Sulit menyusun kalimat.
- 15) Verbalisasi tidak tepat.
- 16) Sulit memahami komunikasi
- 17) Sulit mengungkapkan kata-kata.
- 18) Disorientasi orang, ruang, waktu.
- 19) Defisit penglihatan.
- 20) Delusi.

Kondisi klinis terkait :

- 1) Stroke.
- 2) Cedera kepala.
- 3) Trauma wajah.
- 4) Peningkatan tekanan intrakranial.
- 5) Hipoksia kronis.
- 6) Tumor.

- 7) Miastenia gravis.
 - 8) Sklerosis multipel.
 - 9) Distropi mokuler.
 - 10) Penyakit alzheimer.
 - 11) Kuadriplegia.
 - 12) Labiopalatoskizis.
 - 13) Infeksi laring.
 - 14) Fraktur rahang.
 - 15) Skizoffrenia.
 - 16) Delusi.
 - 17) Paranoid.
 - 18) Autisme.
- f. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan.

Pengertian :

Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau ligamen)

Faktor risiko :

- 1) Perubahan sirkulasi.
- 2) Perubahan status nutrisi.
- 3) Kekurangan atau kelebihan volume cairan.
- 4) Penurunan mobilitas.
- 5) Bahan kimia iritatif.
- 6) Suhu lingkungan yang ekstrem.

- 7) Faktor mekanis.
- 8) Terapi radiasi.
- 9) Kelembaban.
- 10) Proses penuaan.
- 11) Neuropati perifer.
- 12) Perubahan pigmentasi.
- 13) Perubahan hormonal.
- 14) Penekanan pada tonjolan tulang.
- 15) Kurang terpapar informasi tentang upaya memepertahankan/melindungi integritas jaringan.

g. Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

Pengertian :

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor risiko :

- 1) Keabnormalan masa protrombin dan atau masa tromboplastin parsial.
- 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri.
- 3) Aterosklerosis aorta.
- 4) Diseksi arteri.
- 5) Fibrilasi atrium.
- 6) Tumor otak.
- 7) Stenosis karotis.
- 8) Miksoma atrium.
- 9) Aneurisma serebri.
- 10) Koagulopati (misal, anemia sel sabit).

- 11) Dilatasi kardiomiopati.
- 12) Koagulasi intravaskuler diseminata.
- 13) Embolisme.
- 14) Cedera kepala.
- 15) Hiperkolesteronemia.
- 16) Hipertensi.
- 17) Endokarditis infeksi.
- 18) Katup prostetik mekanis.
- 19) Stenosis mitral.
- 20) Neoplasma otak.
- 21) Infark miokard akut.
- 22) Sindrom *sick sinus*.
- 23) Penyalahgunaan zat.
- 24) Terapi trombolitik.
- 25) Efek samping tindakan (misal, tindakan operasi *bypass*).

Kondisi klinis terkait :

- 1) Stroke.
- 2) Cedera kepala.
- 3) Aterosklerotik aortik.
- 4) Infark miokard akut.
- 5) Diseksi arteri.
- 6) Embolisme.
- 7) Endokarditis infeksi.
- 8) Fibrilasi atrium.

- 9) Hiperkolesterolemia.
- 10) Hipertensi.
- 11) Dilatasi kardiomiopati.
- 12) Koagulasi intravaskular diseminata.
- 13) Miksoma atrium.
- 14) Neoplasma otak.
- 15) Segmen ventrikel kiri akinetik.
- 16) Sindrom *sick sinus*.
- 17) Stenosis karotid.
- 18) Stenosis mitral.
- 19) Hidrosefalus.
- 20) Infeksi otak (misal, meningitis, ensefalitis, abses serebri).

h. Risiko jatuh (D.0143)

Pengertian :

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor risiko :

- 1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak).
- 2) Riwayat jatuh.
- 3) Anggota gerak bawah prostesis (buatan).
- 4) Penggunaan alat bantu berjalan.
- 5) Penurunan tingkat kesadaran.
- 6) Perubahan fungsi kognitif.
- 7) Lingkungan tidak aman (misal, licin, gelap, lingkungan asing).

- 8) Kondisi pasca operasi.
- 9) Hipotensi ortostatik.
- 10) Perubahan kadar glukosa darah.
- 11) Anemia.
- 12) Kekuatan otot menurun.
- 13) Gangguan pendengaran.
- 14) Gangguan keseimbangan.
- 15) Gangguan penglihatan (misal, glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus).
- 16) Neuropati.
- 17) Efek agen farmakologis (misal, sedasi, alkohol, anastesi umum).

Kondisi klinis terkait :

- 1) Osteoporosis.
- 2) Kejang.
- 3) Penyakit sebrovaskuler.
- 4) Katarak.
- 5) Glaukoma.
- 6) Demensia.
- 7) Hipotensi.
- 8) Amputasi.
- 9) Intoksikasi.
- 10) Preeklampsi.

4. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 2 Nursing Care Plan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun. 5. Tanda-tanda vital membaik. 	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu.</i>
2	Defisit nutrisi (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat. 2. Kekuatan otot mengunyah dan menelan meningkat 3. Berat badan membaik. 4. Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik. 5. Frekuensi makan membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (L.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi. 2. Monitor asupan makanan. 3. Monitor berat badan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi menentukan pedoman diet. 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu.</i> 2. Ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.
3	Gangguan mobilitas fisik (D.0143)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan Ambulasi (L.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Rentang gerak meningkat. 4. Kaku sendi menurun. 5. Gerakan tidak terkoordinasi menurun. 6. Kelemahan fisik menurun. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor kondisi umum selama ambulasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi, <i>jika perlu</i>. 3. Latih pasien teknik nonfarmakologis (mis. Terapi okupasi, ROM secara mandiri sesuai kemampuan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini. 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi)
4	<p>Gangguan persepsi sensorial (D.0085)</p> <p>Persepsi Sensori (L.09083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan persepsi sensorial membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan tanda dan gejala persepsi dan sensorial baik penglihatan, pendengaran, makan, dan minum baik. 2. Mampu mengungkapkan fungsi persepsi dan sensorial dengan tepat. 	<p>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status mental, status sensorial, dan tingkat kenyamanan (mis. bisung, kelelahan). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensorial (mis. bisung, terlalu terang). 2. Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas). 3. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan). <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi stimulus.
5	<p>Gangguan komunikasi verbal (D.0119)</p> <p>Komunikasi Verbal (L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat. 2. Pelu, gagap menurun. 3. Pemahaman komunikasi membaik. 	<p>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, bahasa) 2. Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai bicara. 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara. 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berdiri di lapang pasien pada saat berbicara 2. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer). 3. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan. 4. Ulangi apa yang disampaikan pasien.

			5. Berikan dukungan psikologis.
			Edukasi
			1. Anjurkan berbicara perlahan.
			2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.
			Kolaborasi
			1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.
6	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139)	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas kulit meningkat. 2. Kerusakan jaringan menurun. 3. Kerusakan lapisan kulit menurun. 4. Kemerahan menurun.	Perawatan Integritas Kulit (L.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas). Terapeutik 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring. 2. Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare. 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum). 2. Anjurkan minum air yang cukup. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
7	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Perfusi Serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat. 2. Tekanan intrakranial menurun. 3. Sakit kepala menurun. 4. Kesadaran membaik.	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (L.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, bradikardia, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernafasan. Terapeutik 1. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 2. Berikan posisi semi fowler. Kolaborasi Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> .
8	Risiko jatuh (D.0143)	Tingkat Jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko jatuh menurun, dengan kriteria hasil : 1. Meminimalkan bahaya dan risiko dari lingkungan yang tidak aman. 2. Mencegah jatuh saat turun dari tempat tidur. 3. Mencegah jatuh saat berjalan. 4. Mencegah jatuh saat	Pencegahan Jatuh (L.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia ≥ 65 tahun, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan) 2. Identifikasi lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, kurangnya penerangan). Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko jatuh. 2. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur. Edukasi

menaiki tangga.	<ol style="list-style-type: none">1. Anjurkan pasien menggunakan alat bantu jalan.2. Anjurkan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin.
-----------------	---

5. Implementasi

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan berdasarkan kategori dai perilaku keperawatan yang mana perlunya tindakan untuk mencapai kriteria dan hasil yang ditentukan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup dari membantu atau mengarahkan kinerja dari aktivitas sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai suatu tujuan yang berpusat pada pasien atau klien dan memberikan evaluasi kinerja anggota dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatam kesehatan yang berkelanjutan dari klien atau pasien. Implementasi yaitu pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang dituangkan ke dalam tindakan (Potter & Perry, 2017).

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan dengan menggunakan pendekatan SOAP (Asmadi, 2019).

- a. Subjektif : data berdasarkan keluhan yang disampaikan oleh pasien setelah dilakukan tindakan.

- b. Objektif : data berdasarkan hasil pengukuran (observasi langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah melakukan tindakan).
- c. Analisis : masalah keperawatan yang terjadi jika ada perubahan status klien dalam data subjektif dan objektif.
- d. Planning : perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan atau dihentikan.

B. TERAPI OKUPASI

1. Pengertian

Terapi okupasi merupakan salah satu bentuk psikoterapi suportif yang penting dalam meningkatkan kesembuhan pasien (Buchain et al, 2016 (dalam Sari, 2019). Terapi okupasi (*Occupational Therapy*) merupakan suatu ilmu dan seni dalam mengarahkan partisipasi seseorang untuk melaksanakan suatu tugas tertentu yang telah ditentukan dengan maksud untuk memperbaiki, memperkuat, meningkatkan kemampuan dan mempermudah belajar keahlian atau fungsi yang dibutuhkan dalam tahap penyesuaian diri dengan lingkungan juga untuk meningkatkan derajat kesehatan (Budiman & Siahhan, 2014)

Terapi okupasi merupakan prosedur rehabilitasi yang di dalam aturan medis menggunakan aktivitas-aktivitas yang membangkitkan kemandirian secara manual, kreatif, rekreasional, edukasional, dan sosial serta industrial untuk memperoleh keuntungan yang diharapkan atas fungsi fisik dan respon-mental pasien (Yitnarmuti, 2014).berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa terapi okupasi merupakan suatu bentuk psikoterapi suportif berupa aktivitas-aktivitas yang membangkitkan

kemandirian secara manual, kreatif, dan edukasional untuk penyesuaian diri dengan lingkungan dan meningkatkan derajat kesehatan fisik dan mental pasien.

2. Manfaat Terapi Okupasi

Menurut Djunaedi dan Yitnarmuti (2009) manfaat terapi okupasi yakni sebagai berikut :

- a. Sebagai perlakuan psikiatri yang spesifik untuk membangun kesempatan.
- b. Terapi khusus untuk mengembalikan fungsi, dan meningkatkan ruang.
- c. Mengajarkan aktivitas kehidupan sehari-hari.
- d. Membantu pasien menyesuaikan diri dengan pekerjaan rutin di rumah.
- e. Meningkatkan toleransi kerja, memelihara, dan meningkatkan kemampuan yang masih ada.
- f. Eksplorasi provokasional untuk memastikan kemampuan fisik dan mental pasien, penyesuaian sosial, dan ketertarikan, kebiasaan-kebiasaan kerja, keterampilan, dan potensial untuk dipekerjakan.
- g. Sebagai tolak ukur dalam membantu pasien untuk menerima untuk menerima lamanya perawatan atau periode kesembuhan.
- h. Mengarahkan minat dan hobi agar dapat digunakan

3. Klasifikasi Terapi Okupasi

Menurut Creek (2013), okupasi terapi terbagi menjadi 3 area, atau yang sering disebut dengan *Occupationa Performance* antara lain, *Activity of Daily Living* (perawatan diri), *productivity* (kerja), dan *leisure* (pemanfaatan waktu luang). Pada dasarnya setiap individu memerlukan ketiga komponen

tersebut. Setiap individu memerlukan perawatan diri seperti aktivitas makan, mandi, berpakaian, berhias, dan lainnya tanpa memerlukan bantuan dari orang lain. setiap individu juga perlu bekerja agar dapat bertahan hidup dan mendapatkan kepuasan atau makna dalam hidupnya. Selain itu, refreshing juga penting, penyaluran hobi dan pemanfaatan waktu luang untuk melakukan aktivitas yang bermanfaat disela-sela kepenatan bekerja.

Semua itu terangkum dalam terapi okupasi yang bertujuan untuk mengembalikan fungsi individu agar menemukan kembali makna atau arti hidup walaupun sudah mengalami gangguan fisik atau mental. Menurut Rogers & Holm (2012) & Creek (2013) jenis terapi okupasi antara lain :

a. Aktivitas sehari-hari (*Activity of Daily Living*)

Aktivitas yang ditujukan untuk merawat diri sendiri dalam keseharian.

b. Pekerjaan

Kerja merupakan aktivitas produktif, baik dibayar maupun tidak dibayar.

c. Waktu luang

Aktivitas dalam mengisi waktu luang merupakan aktivitas yang dilakukan ketika waktu kosong atau waktu luang yang bermotivasi dan memberikan kegembiraan, hiburan, serta mengalihkan perhatian pasien.

4. Prosedur Terapi Okupasi

Menurut Tirta, Putra (2010), dan Untari (2011). Tahapan terapi okupasi yaitu :

a. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap yang sangat menentukan untuk tahap-tahap berikutnya.

b. Tahap Intervensi

Tahap intervensi terbagi menjadi 3 langkah, yaitu rencana intervensi, dan peninjauan intervensi. Intervensi merupakan rencana yang dibuat berdasarkan pada hasil evaluasi dan menggambarkan pendekatan terapi okupasi serta jenis intervensi yang dipilih, untuk mencapai target hasil akhir yang ditentukan oleh pasien. Intervensi ini dibuat secara bersama dengan pasien (termasuk dengan keluarga atau orang yang berpengaruh) dan berdasarkan tujuan serta prioritas pasien. Intervensi yang sudah disusun kemudian dilaksanakan sebagai implementasi yang diartikan sebagai tahap keterampilan dalam mempengaruhi perubahan tampilan pekerjaan pasien, membimbing pasien untuk berpartisipasi melakukan aktivitas sederhana.

Langkah ini merupakan keputusan bersama antara pasien, ahli, dan asisten terapi okupasi. Implementasi terapi okupasi dapat dilakukan secara individu ataupun berkelompok, tergantung dari keadaan pasien, dan tujuan terapi. Pelaksanaan secara individual bertujuan untuk mendapatkan lebih banyak informasi sekaligus untuk evaluasi pada pasien. Pada pasien yang belum mampu berinteraksi dengan cukup baik di dalam suatu kelompok sehingga dianggap akan mengganggu kelancaran suatu kelompok, dan pasien yang sedang menjalani latihan kerja dengan tujuan agar terapis lebih mengevaluasi pasien lebih efektif, sedangkan metode kelompok dilaksanakan untuk pasien lama atas dasar

seleksi dengan masalah yang hampir bersamaan, atau dalam melakukan suatu aktivitas untuk tujuan tertentu bagi beberapa pasien sekaligus. Sebelum memulai kegiatan baik secara individu ataupun kelompok, terapis harus mempersiapkan terlebih dahulu segala sesuatu yang menyangkut pelaksanaan kegiatan tersebut. Pasien juga perlu dipersiapkan dengan memperkenalkan kegiatan dan menjelaskan tujuan dari kegiatan tersebut sehingga pasien dapat mengerti dan dapat berpartisipasi lebih aktif.

c. Tahap Hasil Akhir

Tahap terakhir pada tahap terapi okupasi adalah hasil akhir (*outcome*). Hasil akhir ini dapat diartikan sebagai hal yang penting dari implementasi yang sudah dilakukan, termasuk kemampuan untuk berfungsi, persepsi kesehatan, dan kepuasan dengan penuh perhatian. Pada tahap ini ditentukan berhasil atau belumnya dari implementasi yang sudah dilaksanakan. Hasil akhir ini dalam bentuk terapi okupasi, kepuasan pasien, kompetensi aturan, adaptasi, pencegahan, dan kualitas hidup.

C. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

1. Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Intervensi Inovasi Terapi Okupasi Menyisir Rambut Terhadap Kekuatan Motorik Ekstremitas Atas di Ruang Stroke *Centre* di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2019.

Pasien stroke cenderung membutuhkan orang lain dalam beraktivitas, salah satu diagnosa yang diangkat adalah hambatan mobilitas fisik. Penulis

melakukan intervensi untuk mengatasi masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke berupa penerapan latihan terapi okupasi menyisir rambut yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan motorik pada bagian ekstremitas atas. Terapi okupasi menyisir rambut ini dilakukan selama 4 hari dengan 10 kali pertemuan selama 15-20 menit.

Pasca dilakukannya terapi okupasi menyisir rambut pada hari pertama didapatkan bahwa nilai MMT (*Manual Muscle Testing*) belum ada peningkatan yakni masih berada di skala 4 (sama sewaktu pengkajian awal), begitu juga di hari kedua maupun ketiga masih berada di skala 4. Namun pada hari keempat bahwasannya terjadi peningkatan nilai MMT di hari terakhir pemberian intervensi, yaitu meningkat menjadi skala 5. Dengan meningkatnya MMT, dengan otomatis kekuatan motoriknya ikut meningkat terutama pada ekstremitas bagian atas. Pasien pun menjadi pandai untuk melakukan aktivitas ringan seperti makan, minum secara mandiri. Hal tersebut bahwa terdapat peningkatan motorik pada ekstremitas atas setelah diberikan terapi okupasi menyisir rambut.

2. Penatalaksanaan Okupasi Dalam Aktivitas Menggunakan Beha Pada Pasien Stroke Hemiparesis di Klinik Sasana Husada.

Terapi okupasi memiliki fungsi untuk meningkatkan kemampuan dan mencegah dari kecacatan dalam perawatan diri, produktifitas, dan pemanfaatan saat waktu luang. Seperti halnya meningkatkan dan mengembangkan fungsi kemandirian, yaitu menggambarkan kemandirian pasien untuk mengerjakan tugas dengan bantuan yang sedikit dari orang lain. Untuk kecacatan fisik, meningkatkan fungsi kemandirian dilakukan dengan

melibatkan latihan penguatan, dan teknik yang telah dimodifikasi. Okupasi terapi dalam meningkatkan dan mengembangkan terdapat pada kasus pasien dengan gangguan fungsi difokuskan dengan mempromosikan fungsi gerak dan komunikasi.

Berdasarkan hasil observasi dan asesmen yang dilakukan, penulis mengidentifikasi permasalahan yang ada antara lain, adanya nyeri pada bahu kiri (*sinistra*) yang mengakibatkan ruang gerak pasien terbatas sehingga dalam aktivitas sehari-hari pasien mengalami kesulitan seperti berpakaian menggunakan beha, mandi, mengikat rambut. Pasien belum mampu melakukan aktivitas berpakaian memakai beha secara mandiri karena kelemahan pada ekstremitas pada bagian kiri (*sinistra*). Dengan pemberian 8 kali intervensi terlihat adanya peningkatan dalam kontrol postural dan nyeri yang berkurang pada area bahu. Dari hasil didapatkan bahwa belum ada peningkatan kemampuan pasien dalam menggunakan beha akibat fraktur yang dialami pasien

3. Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik.

Terapi non farmakologi untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik salah satunya penerapan genggam bola karena dengan penerapan genggam bola ini menambah kekuatan tangan sehingga dapat diukur. Latihan ini untuk menstimulasi motorik pada tangan dengan menggenggam bola. Gerakan mengepalkan tangan rapat-rapat akan meningkatkan otot menjadi bangkit kembali kendali otak terhadap otot-otot tersebut. Subyek dari kasus ini adalah 2 orang pasien stroke non hemoragik

dengan kriteria pasien mengalami hemiparesis sebagian. Intervensi dilakukan selama 6 hari dengan diberikan pemanasan genggam bola dalam waktu 3-10 menit.

Berdasarkan hasil dari kedua pasien bahwa setiap individu memiliki mobilitas. Penatalaksanaan stroke ini memberikan penerapan genggam bola untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik. Setiap pasien diberikan waktu yang berbeda tetapi dalam peningkatan kekuatan otot mempunyai waktu yang sama untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik yakni 6 hari. Hasil penerapan genggam bola ini terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik mengalami peningkatan.

4. Studi Kasus Penatalaksanaan Terapi Okupasi Bersumberdaya Masyarakat Dalam Aktivitas Memasak Pada Pasien Stroke di Desa Setisari

Salah satu penatalaksanaan dalam membantu meningkatkan fungsi performa dalam beraktivitas yaitu melalui terapi okupasi. Tujuan dari terapi okupasi yaitu untuk meningkatkan kemampuan dan mencegah kecacatan dalam aktivitas perawatan diri. Intervensi yang dilakukan adalah terapi okupasi bersumberdaya masyarakat selama satu bulan sebanyak 8 kali pertemuan. Pada pertemuan pertama hingga ketiga memberikan *stretching* dan *exercise* guna penguatan otot dan peningkatan ROM.

Setelah diberikan intervensi TOBM, dalam mengvaluasi kemandirian klien menggunakan COPM (*Canadian Occupational Performance Measure*). Berdasarkan penatalaksanaan TOBM yang telah dilakukan yaitu dengan latihan *stretching* dan *exercise* guna penguatan otot dan peningkatan ROM serta pemberian modifikasi alat bantu berupa talenan. Penatalaksanaan ini

memiliki efektivitas terapeutik yang signifikan dalam hal ini berdasarkan evaluasi menggunakan instrumen evaluasi perkembangan COPM, didapati bahwa klien memiliki peningkatan dalam kinerja melakukan aktivitas mengiris bawang.



