



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S DENGAN  
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT  
DALAM KAMAR 1307 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**FATH MA ABDILLAH**

**2011018**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S DENGAN  
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT  
DALAM KAMAR 1307 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**Laporan Tugas Akhir**

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan  
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

**FATH MA ABDILLAH**

**2011018**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**

## **PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Laporan Tugas Akhir adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Fath Ma Abdillah

NIM : 2011018

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juni 2023

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S Dengan  
Stroke Non Hemoragik Di Ruang Penyakit  
Dalam Kamar 1307 RSUD Koja  
Jakarta Utara**

Jakarta, 13 Juni 2023

Pembimbing



Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep

## LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S Dengan  
Stroke Non Hemoragik Di Ruang Penyakit  
Dalam Kamar 1307 RSUD Koja  
Jakarta Utara**

**Pembimbing**



(Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep)

**Penguji I**



(Ns. Yarwin Yari, M.Kep.,M.Biomed)

**Penguji II**



(Ns. Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB)

**Menyetujui**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, SE.,M. M)  
Ketua

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah Subhanahu wa ta'ala, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ellynia, SE., M.M., Selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ilmu Kesehatan RS Husada yang selalu memberikan semangat dan motivasi kepada seluruh mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
2. Ns. Veronica Y.R., M. Kep., Sp.Kep.Mat, ketua Prodi Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang sudah memberikan arahan untuk mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
3. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.J., Selaku dosen pembimbing akademik kelas 3A Diploma Tiga Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah memberikan bimbingan dan arahan untuk para mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
4. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep., selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Ns. Yarwin Yari, M.Kep.,M.Biomed dan Ns. Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku penguji dalam Laporan Tugas Akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir;
6. Dosen beserta Staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membimbing dan mengajarkan saya beserta mahasiswa yang lainnya sampai semester ini;

7. Pihak RSUD Koja Ruang Rawat Inap, yang telah mengizinkan saya dalam memberikan Asuhan Keperawatan kepada pasien dan telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
  8. Teristimewa untuk kedua orang tua Ayahanda Welly Mardian Syah dan Ibunda Almh Sukhati yang selalu memberikan do'a, dukungan, nasihat, dan menjadi penyemangat kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
  9. Nenek saya tersayang Zunimar Kinan, Tante saya Vivi Harianti, Reni Novita, Sarti, dan Mawarni yang selalu membantu saya disetiap keadaan, dan memberikan nasihat yang membangun saya ucapkan terimakasih;
  10. Keluarga saya lainnya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral;
  11. Sahabat-sahabat saya di kampus Farah Raihani, Mirda Halimatuss'adiyah, Inez Imaniar, Alya, Alfina Guswantini, dan Istiqomah Luthfia Azzahra yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini;
  12. Teman-teman seperjuangan angkatan 2023 Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada khususnya kelas 3A yang selalu memberikan dukungan setiap prosesnya;
  13. Sahabat-sahabat saya, Jassi Sepia Laren, Linda Juliana, Nadya Arsilawati, Errisa Feliana, Windi Astuti, yang sudah menghibur saya dan memberikan semangat;
  14. Sahabat saya Nidaul Sita yang sudah selalu menawarkan bantuan segala macam bentuk bantuan, selalu bersedia menjadi tempat berkeluh kesah, dan selalu memberikan dukungan dalam setiap proses saya dari awal kuliah hingga saya menyusun Karya Tulis Ilmiah ini saya ucapkan terimakasih;
  15. Terimakasih untuk teman kecil saya Salwa, Wulan, Aura, Salsa, dan Dita yang sudah memberikan motivasi terbaik, dan membawa dampak positif untuk saya.
- Akhir kata, saya berharap Allah Subhanahu wa ta'ala berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis  
Fath Ma Abdillah

## DAFTAR ISI

|  |             |
|--|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL .....</b>                             | <b>ii</b>   |
| <b>PERNYATAAN ORISINALITAS.....</b>                    | <b>iii</b>  |
| <b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>                        | <b>iv</b>   |
| <b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>                         | <b>v</b>    |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                             | <b>vi</b>   |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                                 | <b>viii</b> |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>                           | <b>ix</b>   |
| <b>BAB I: PENDAHULUAN.....</b>                         | <b>1</b>    |
| A. Latar Belakang Masalah.....                         | 1           |
| B. Tujuan .....  | 5           |
| C. Ruang Lingkup.....                                  | 6           |
| D. Metode Penulisan .....                              | 6           |
| E. Sistematika Penulisan .....                         | 7           |
| <b>BAB II: TINJAUAN TEORI .....</b>                    | <b>8</b>    |
| A. Pengertian.....                                     | 8           |
| B. Patofisiologi .....                                 | 10          |
| C. Penatalaksanaan .....                               | 14          |
| 1. Terapi.....   | 14          |
| 2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan..... | 16          |
| D. Pengkajian Keperawatan.....                         | 17          |
| E. Diagnosis Keperawatan.....                          | 20          |
| F. Perencanaan Keperawatan .....                       | 21          |
| G. Pelaksanaan Keperawatan.....                        | 30          |
| H. Evaluasi Keperawatan.....                           | 31          |
| <b>BAB III: TINJAUAN KASUS.....</b>                    | <b>33</b>   |
| A. Pengkajian .....                                    | 33          |
| B. Diagnosis Keperawatan.....                          | 54          |
| C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.....             | 54          |
| <b>BAB IV: PEMBAHASAN.....</b>                         | <b>78</b>   |
| A. Pengkajian .....                                    | 78          |
| B. Diagnosis Keperawatan.....                          | 83          |
| C. Perencanaan.....                                    | 85          |
| D. Pelaksanaan .....                                   | 87          |
| E. Evaluasi .....                                      | 88          |
| <b>BAB V: PENUTUP .....</b>                            | <b>92</b>   |
| A. Kesimpulan .....                                    | 92          |
| B. Saran.....  | 94          |
| <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>                            | <b>96</b>   |

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : *Pathway* penyakit stroke

Lampiran 2 : Laporan pendahuluan obat

Lampiran 3 : SAP ROM

Lampiran 4 : Leaflet ROM

Lampiran 5 : Lembar Konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Stroke merupakan suatu kondisi yang menggambarkan terganggunya peredaran darah di otak yang menyebabkan perubahan fungsi otak atau neurologi (Rantepadang, 2022). Stroke didefinisikan sebagai defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi secara tiba-tiba dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke. Stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke non hemoragik terjadi ketika pembuluh darah ke otak mengalami sumbatan, dan stroke hemoragik terjadi akibatnya pecahnya pembuluh darah yang menuju ke otak. Stroke non hemoragik maupun stroke hemoragik akan menyebabkan berkurangnya pasokan darah ke bagian ujung setelah sumbatan ataupun perdarahan. Hal ini menyebabkan otak kekurangan oksigen dan zat makanan dan mengakibatkan kematian jaringan saraf (Rizaldy & Asanti, 2019).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan stroke, faktor yang tidak dapat dimodifikasi yakni usia, jenis kelamin, dan lain-lain. Faktor kondisi kesehatan seperti hipertensi, penyakit jantung, dan lain-lain. Faktor perilaku seperti kebiasaan aktivitas fisik, pola makan, dan merokok. Selain itu, faktor sosial ekonomi seperti daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan penghasilan juga diduga menjadi penyebab dalam kejadian stroke. Stroke merupakan penyakit yang muncul secara mendadak, progresif, dan cepat. Penyebab gangguan fungsi syaraf pada stroke karena peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menyebabkan gejala diantaranya kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain (Rahmadiliyani & Fitria, 2019).

Stroke adalah penyebab utama kecacatan di seluruh dunia dan penyebab kematian kedua. *The Global Stroke Fact Sheet* yang dirilis pada tahun 2022 mengungkapkan bahwa risiko terkena stroke telah meningkat sebesar 50% selama 17 tahun terakhir dan sekarang 1 dari 4 orang diperkirakan mengalami stroke seumur hidup. Tahun 1990 hingga 2019, telah terjadi peningkatan kejadian stroke sebesar 70%, peningkatan kematian akibat stroke sebesar 43%, peningkatan prevalensi stroke sebesar 102% dan peningkatan *Disability Adjusted Life Years* (DALY) sebesar 143%. Sebagian besar penderita stroke secara global (86% kematian akibat stroke dan 89% DALYs) terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah. Beban yang tidak sesuai yang dialami oleh negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah ini menimbulkan masalah

baru bagi keluarga dengan sumber daya yang lebih rendah (*World Health Organization, 2022*).

Indonesia merupakan negara dengan penderita stroke terbesar di Asia Tenggara, di mana setiap tahun jumlah yang mengalami stroke diperkirakan 500 ribu orang. Berdasarkan riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) RI tahun 2018 prevalensi stroke di Indonesia 10,9%, di Jakarta prevalensi stroke 12,2% (Balitbangkes RI, 2018). Menurut data dari RSUD Koja Jakarta Utara menunjukkan angka kejadian tahun 2023 dengan jumlah pasien 127 mengalami stroke non hemoragik dari total 29.938, sehingga didapatkan presentase sebanyak 0,4%. Berdasarkan observasi lapangan pasien stroke di RSUD Koja mengalami cacat ringan dan cacat berat. Stroke dapat mengakibatkan cacat sementara atau selamanya, tergantung pada berapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagaimana gejalanya. Komplikasi yang dapat terjadi seperti kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot penderita menjadi lumpuh di satu sisi tubuh, hilangnya sensasi di lengan, atau tungkai satu sisi tubuh, kehilangan kendali atas otot-otot tertentu, seperti otot-otot di satu sisi wajah atau di bagian tubuh lain (Junaidi, 2013).

Stroke yang tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan berbagai dampak pada pasien salah satunya adalah *self-care deficit* atau ketergantungan hidup pada orang lain sehingga penderita memerlukan bantuan termasuk perawatan yang berkelanjutan untuk meningkatkan kemampuannya dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Masalah neurologis pasca stroke juga akan mempengaruhi kemampuan pasien untuk

melakukan aktivitas sehari-hari, melakukan kebersihan, berpakaian dan latihan harian lainnya bahkan dampak stroke dapat mempengaruhi kepuasan hidup pribadi (Suhardingsih, Mahfoed, & Hargono 2019). Dampak penyakit stroke tersebut menyebabkan pasien mengalami *self-care deficit* atau ketergantungan kepada orang lain dan membutuhkan bantuan keperawatan secara berkesinambungan agar secara bertahap pasien dan keluarga dapat melakukan perawatan diri (*self-care*) secara mandiri. Perawat berperan penting dalam semua fase perawatan pada pasien stroke, peran perawat tersebut terlihat melalui intervensi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Suhardingsih, Mahfoed, & Hargono 2019).

Peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dapat dilakukan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit dan perawatan pada pasien dirumah dengan stroke, memberikan pendidikan kesehatan mengenai pola hidup yang sehat agar terhindar dari berbagai faktor resiko, seperti hipertensi, obesitas, diabetes, makanan yang berkolesterol, merokok, pola hidup yang kurang sehat, mengkonsumsi alkohol berlebihan dan kurangnya aktifitas. Upaya preventif dapat dilakukan dengan cara mengurangi faktor resiko yaitu dengan mengurangi makan makanan yang mengandung tinggi garam, lemak, mengurangi aktivitas yang begitu berat dan mengubah hidup menjadi lebih sehat. Upaya kuratif yaitu memberikan penanganan pada pasien dengan stroke untuk meningkatkan kualitas hidup dengan cara mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi keadaan umum pasien,

mengubah posisi miring kanan dan miring kiri setiap dua jam sekali, memberikan posisi semi fowler dan melakukan rentang pergerakan sendi dengan cara *Range Of Motion* (ROM). Yang terakhir, upaya rehabilitatif yaitu upaya yang dilakukan untuk mengurangi tingkat kecacatan yang serius dan permanen serta ketergantungan pasien dengan melakukan pelatihan sesuai dengan kebutuhan sehari-hari pasien. Peran perawat pada pemberi asuhan keperawatan sangat diperlukan untuk mencegah ataupun mengurangi akibat lanjut pada pasien stroke.

Berdasarkan pembahasan dari latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk mengetahui secara langsung bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan stroke non hemoragik di ruang penyakit dalam RSUD Koja

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien stroke non hemoragik
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien stroke non hemoragik
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik

- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik pada pasien stroke non hemoragik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi pada pasien stroke non hemoragik
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

### **C. Ruang Lingkup**

Lingkup bahasan pada karya tulis ilmiah ini adalah asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1307 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 20 sampai dengan 22 Maret tahun 2023.

### **D. Metode Penulisan**

Metode dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, sedangkan dalam proses penulisan menggunakan teknik pengumpulan data melalui metode studi kepustakaan membaca serta mempelajari buku-buku keperawatan yang berhubungan dengan stroke non hemoragik. Metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus, dimana penulis mengelola satu kasus menggunakan proses keperawatan, sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan pengumpulan data dari rekam medis dan

catatan yang berhubungan dengan pasien, wawancara langsung dengan pasien dan keluarga serta perawatan yang ada di ruang penyakit dalam, observasi langsung yaitu dengan cara pengamatan langsung pada pasien dengan stroke non hemoragik, serta pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara langsung.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari 5 BAB yang disusun secara sistematis yaitu: BAB I terdiri dari pendahuluan yang menggunakan latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teori yang menguraikan konsep dasar yang terdiri dari pengertian, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan yang terdiri dari terapi dan tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB III terdiri dari tinjauan kasus tentang asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan atau tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB IV terdiri dari pembahasan tentang kesenjangan yang di temukan antara teori dan kasus termasuk faktor-faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan atau intervensi keperawatan, implementasi atau pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB V terdiri dari penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran dari karya tulis ilmiah ini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) yang disebabkan karena aliran darah ke otak terhambat. Stroke yang terjadi akibat aliran darah ke otak terhenti karena sumbatan disebut stroke non hemoragik. Sedangkan stroke yang terjadi akibat pembuluh darah pecah menyebabkan aliran darah menjadi tidak normal dan darah keluar merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusak disebut stroke hemoragik. Baik stroke hemoragik dan non hemoragik memerlukan penanganan cepat karena dapat mengakibatkan kecacatan permanen atau kematian (Junaidi, 2013).

Menurut Hutagalung (2021) menyebutkan stroke non hemoragik dapat dibagi berdasarkan manifestasi klinik dan proses patologik (kaosal). Pertama berdasarkan manifestasi klinik stroke non hemoragik dapat dibagi berdasarkan manifestasi klinik dan proses patologik (kaosal). Pertama berdasarkan manifestasi klinik :

1. Serangan iskemik sepintas/*Transit Ischemic Attack* (TIA). Gejala neurologik yang timbul karena peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam, tidak lebih dari seminggu.
2. Defisit Neurologik Iskemik Sepintas/*Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND). Gejala neurologik yang timbul karena peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam, tidak lebih dari seminggu.
3. Stroke Progresif (*Progresive Stroke/Permanent Stroke*). Kelainan neurologik makin lama makin berat.
4. Stroke Komplet (*Completed Stroke/Permanent Stroke*). Kelainan neurologik sudah menetap, dan tidak berkembang lagi.

Berdasarkan Kausal:

1. Stroke trombotik, terjadi karena prnggumpalan pembuluh darah di otak. Pada pembuluh darah besar trombotik terjadi karena ateroklerosis yang diikuti terbentuknya gumpalan darah dengan cepat. Trombotik juga diakibatkan oleh tingginya kadar kolestrol jahat. Sedangkan pada pembuluh darah kecil trombotik terjadi karena aliran darah ke pembuluh darah kecil terhalang bisa karena hipertensi atau indikator penyakit ateroklerosis.
2. Stroke Emboli/Non Trombotik. Stroke emboli terjadi karena adanya gumpalan dari jantung atau lapisan lemak yang lepas, sehingga terjadi penyumbatan pada pembuluh darah yang mengakibatkan darah tidak bisa mengalir oksigen ke otak.

## **B. Patofisiologi**

### **1. Etiologi**

Menurut Brunner & Suddarth (2017) mengatakan bahwa stroke biasanya diakibatkan oleh thrombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau leher), embolisme cerebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain), iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), faktor resiko, kejadian stroke dan kematian karena stroke secara perlahan menurun dinegara-negara maju dalam beberapa tahun terakhir ini, sebagai akibat dari adanya peningkatan dalam hal mengenali dan mengobati faktor-faktor resiko. Faktor-faktor resiko dapat dimodifikasi atau dihilangkan melalui perubahan gaya hidup, tekanan darah, hiperlipidemia, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan kokain, dan kegemukan. Kejadian stroke jarang terjadi pada wanita usia produktif atau usia mengandung. Adapun faktor resiko yang tidak bisa dimodifikasi adalah jenis kelamin, usia, dan riwayat keluarga.

### **2. Patofisiologi**

Menurut Kusyani & Khayudin (2022) patofisiologi stroke dijelaskan stroke non hemoragik penyebabnya di dalam thrombus atau embolus yang mengalami penyumbatan aliran darah otak. Trombus biasanya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke sekitar thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya mengakibatkan infark pada

jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang mengalir menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat sehingga terjadi gangguan neurologist fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

Stroke hemoragik, Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subaraknoid yang menimbulkan perubahan pada komponen area intrakranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat di kompensasi oleh tubuh akan dapat menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak, sehingga akan timbul kematian. Di samping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema. spasme pada pembuluh darah otak, adanya. penekanan pada daerah pembuluh darah akan menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak.

### 3. Manifestasi Klinik

Menurut Hutagalung (2019) gejala yang muncul pada penderita stroke bisa terjadi sementara lalu menghilang bahkan permanen. Gejala muncul disebabkan bagian otak tertentu tidak berfungsi karena terganggunya aliran darah ke tempat tersebut. Gejala yang muncul beragam, tergantung pada bagian otak yang terganggu. Pada penderita yang mengalami gangguan pada pembuluh darah karotis pada

cabangnya yang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media), dapat terjadi gejala-gejala gangguan rasa di daerah wajah sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi, gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai sisi (*hemiparesis/hemiplegi*), gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain (*afasia*), gangguan penglihatan, dapat berupa kebutaan satu sisi, atau separuh muka/wajah sisi atau disertai gangguan lapangan pandang separuh (*hemianopsia*), mata selalu melirik ke arah satu sisi (*deviation conjugae*), kesadaran menurun, tidak mengenal orang-orang yang sebelumnya dikenalnya (*prosopagnosia*), mulut menjadi mencong dan pembicaraan menjadi tidak jelas atau pelo (*disartri*), separuh badan serasa mati, sehingga merasa separuh anggota badan tidak ada.

Penderita yang terganggu pada bagian cabang yang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior), dapat terjadi gejala-gejala berikut kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan syaraf perasa, buang air kecil tanpa disadari, pingsan secara tiba-tiba, sulit untuk mengungkapkan maksud hati, menirukan omongan orang lain (*ekholali*).

Cabangnya yang menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior), akan memberikan gejala-gejala kebutaan seluruh lapangan pandang satu sisi atau separuh lapangan pandang pada kedua mata, rasa nyeri yang spontan, sulit memahami yang dilihat, namun dapat

mengerti jika meraba atau mendengar suaranya, kehilangan kemampuan mengenal warna.

Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris mengalami gangguan gerak bola mata, sehingga penglihatan menjadi tidak fokus (apa yang dilihat menjadi ganda atau diplopia), kehilangan keseimbangan, kedua kaki lemah atau hipotoni, tidak dapat berdiri (paraparesis inferior), vertigo, nistagmus. muntah dan gangguan menelan, pembicaraan menjadi tidak jelas dan sulit dimengerti (disartri), tuli mendadak. Kadang-kadang pada beberapa penderita, terutama pada pendarahan otak, sering gejala yang terjadi tidak seperti di atas melainkan timbul nyeri kepala secara sangat mendadak disertai muntah, leher menjadi kaku, mengantuk, bahkan koma.

#### 4. Komplikasi

Menurut Hutagalung (2021) serangan stroke tidak berakhir dengan akibat pada otak saja, dapat mengakibatkan komplikasi stroke yaitu depresi, dampak yang paling sulit bagi penderita dan orang-orang sekitarnya. Oleh karena keterbatasan akibat lumpuh dan sulit berkomunikasi menyebabkan penderita stroke sering mengalami depresi. Darah Beku, darah beku mudah terbentuk pada jaringan yang lumpuh terutama pada kaki sehingga menyebabkan pembengkakan yang mengganggu. Selain itu, pembekuan darah juga dapat terjadi pada arteri yang mengalirkan darah pada paru-paru sehingga penderita sulit bernapas dan dalam beberapa kasus mengalami kematian.

Komplikasi selanjutnya Infeksi, jika penderita stroke menjadi lumpuh, penderita harus sering dipindahkan dan digerakkan secara teratur agar bagian pinggul, sendi kaki, dan tumit tidak terluka. Bila luka-luka tidak dirawat, bisa terjadi infeksi. Pneumonia (radang paru-paru), ketidakmampuan bergerak setelah mengalami stroke membuat penderita mengalami kesulitan menelan dengan sempurna atau sering terbatuk-batuk sehingga cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya dapat mengakibatkan pneumonia.

### **C. Penatalaksanaan**

Menurut Hutagalung (2021) penatalaksanaan pada pasien stroke yaitu:

#### **1. Terapi**

##### **a. Terapi Non Farmakologi**

- 1) Jalan napas harus bebas dari benda asing seperti: gigi palsu, muntahan, lendir harus dikeluarkan dari mulut dan tenggorokan.
- 2) Tekanan darah harus dipertahankan pada posisi yang optimal supaya cukup memberikan aliran darah ke otak tetap adekuat, Jumlah hemoglobin juga dipertahankan cukup untuk menyediakan oksigenasi otak, kadar glukosa darah di kontrol.
- 3) Bila kejang, dihentikan karena akan menambah kerusakan sel otak.
- 4) Buang air kecil. Produksi urine diperhatikan supaya infeksi kandung kencing dapat dihindarkan.
- 5) Feses (defekasi). Hindarkan konstipasi atau kesulitan buang air besar.

## b. Terapi Farmakologi

Pengobatan medik yang spesifik dilakukan dengan prinsip dasar yaitu pengobatan untuk memulihkan sirkulasi otak di daerah yang terkena stroke, kalau mungkin sampai keadaan sebelum sakit. Untuk tujuan khusus ini digunakan obat-obat yang dapat menghancurkan emboli atau trombus pada pembuluh darah. Jenis obat yang digunakan antara lain:

- 1) Terapi reperfusi, antara lain: dengan pemakaian r-TPA (*recombinant tissue plasmanogen activator*) yang diberikan pada penderita stroke akut baik intravena maupun intra arterial dalam waktu kurang dari 3 jam setelah onset stroke. Diharapkan dengan pengobatan ini, terapi penghancuran trombus dan reperfusi jaringan otak terjadi sebelum ada perubahan irreversibel pada otak yang terkena terutama di daerah yang iskemik (penumbra).
- 2) Pengobatan Anti Platelet.
- 3) Obat-obat defibrinasi, mempunyai efek terhadap defibrinasi cepat, mengurangi viskositas darah dan efek antikoagulasi.
- 4) Terapi neuroproteksi, dengan menggunakan obat-obat neuroprotektor, yaitu obat yang mencegah dan memblok proses yang menyebabkan kematian sel-sel terutama di daerah penumbra. Jenis obat-obat ini antara lain phenytoin, calcium channel blocker, pentoxifylline, piracetam.

Penanganan medik fase akut dilakukan pada penderita stroke hemoragik dengan menurunkan tekanan darah sistemik yang tinggi dengan obat-obat anti hipertensi yang biasanya *short acting* untuk mencapai tekanan darah pre morbid atau diturunkan kira-kira 20% dari tekanan darah waktu masuk rumah sakit. Pemberian analgesik untuk nyeri kepala, pemberian terapi anti fibrinolitik untuk mencegah perdarahan ulang.

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan
  - a. Pembedahan dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya stroke, untuk mengembalikan aliran darah ketika stroke terjadi, atau untuk memperbaiki kerusakan vaskular atau malformasi Pada orang yang mengalami dalam bahaya mengalami stroke lainnya, endarterektomi karotis pada bifurkasi arteri karotis dapat dilakukan untuk menghilangkan plak aterosklerosis
  - b. Rehabilitasi

Berbagai jenis terapi antardisiplin diperlukan untuk rehabilitasi pasca stroke di antaranya:

- 1) Terapi fisik dapat membantu mencegah kontraktur dan memperbaiki kekuatan dan koordinasi otot. Terapi fisik mengajarkan latihan untuk memampukan pasien belajar kembali cara berjalan, duduk, berbaring, dan mengubah dari satu gerakan ke gerakan lain.
- 2) Terapi okupasi, memberi alat bantu dan merencanakan memperoleh kembali keterampilan motorik yang hilang yang sangat memperbaiki kualitas hidup setelah stroke. Keterampilan

ini termasuk makan, minum, mandi, memasak, membaca, menulis, dan toileting.

- 3) Terapi bicara, diberikan untuk membantu pasien memperbaiki menelan dan juga cara mempelajari kembali keterampilan bahasa dan komunikasi.

#### **D. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Maria (2021) pengkajian keperawatan dilakukan berdasarkan anamnesis, yaitu komunikasi secara langsung dengan pasien (autoanamnesis) maupun tidak langsung (alloanamnesis) dengan keluarganya untuk menggali informasi tentang status kesehatan pasien. Anamnesis dilakukan dengan meliputi: identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga. Perhatikan anamnesis keluhan utama pada pasien stroke:

1. Penurunan Kesadaran
  - a) Kapan terjadinya?
  - b) Lamanya penurunan kesadaran?
  - c) Bisa di bangunkan atau tidak?
  - d) Melakukan aktivitas atau tidak?
2. Kelemahan Motorik
  - a) Kapan terjadinya ?
  - b) Melakukan aktivitas atau tidak?
  - c) Mulai kapan?
3. Muntah
  - a) Frekuensinya?

- b) Sifat muntah?
- c) Langsung atau ada mual terlebih dahulu?
- d) Jenis dan warna muntah?
- e) Bila berubah posisi dari berbaring ke duduk?

4. Kejang

- a) Frekuensi dan kejang?
- b) Sesudah kejang? Sadar atau tidak sadar?
- c) Kapan terjadi?
- d) Riwayat kejang?
- e) Sifat kejang (klonik atau tonik)?

5. Nyeri kepala

6. Afasia

7. Riwayat penyakit sekarang

8. Riwayat penyakit dahulu (stroke sebelumnya hipertensi, DM, jantung, ginjal, trauma kepala)

9. Riwayat penyakit keluarga (hipertensi, jantung, DM)

10. Pengkajian Fisik

- a) Status Neurologis: Keterangan pengisian
- b) Nervus Cranialis

11. Pemeriksaan Penunjang:

- a) *Computerized Tomography Scanning* (CT-Scan), Membedakan jenis patologis stroke (perdarahan atau iskemik atau infark), dapat dilakukan segera mungkin pemeriksaan CT-Scan kepala (sebagai pemeriksaan baku emas).

- b) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) , bila keadaan memungkinkan dapat dilakukan pemeriksaan MRI. Dengan pemeriksaan MRI dapat dilihat lesi kecil (yang tidak terlihat dengan pemeriksaan CT-Scan) di kortikal, subkortikal. batang otak dan serebelum.
- c) Pemeriksaan jantung, pemeriksaan kardiovaskuler klinis dan pemeriksaan 12-lead ECG harus dikerjakan pada semua penderita stroke. Biasanya dilakukan selama 48 jam sejak kejadian stroke. Kelainan jantung sering terjadi pada penderita stroke dan penderita dengan kondisi gangguan jantung akut harus segera ditanggulangi. Sebagai contoh penderita infark miokard akut dapat menyebabkan stroke. sebaliknya stroke dapat pula menyebabkan infark miokard akut. Sebagai tambahan. aritmia kordis dapat terjadi pada penderita-penderita stroke iskemik akut. Fibrilasi atrial. sangat potensial untuk terjadi stroke, dapat terdeteksi awal. Monitor jantung sering dilakukan setelah terjadi stroke untuk menapis aritmia jantung serius.
- d) Pemeriksaan paru: Pemeriksaan klinis paru dan foto rontgen toraks adalah pemeriksaan rutin yang harus dikerjakan
- e) Pemeriksaan laboratorium darah: Beberapa pemeriksaan rutin darah dikerjakan untuk mengidentifikasi kelainan sistemik yang dapat menyebabkan terjadi stroke atau untuk melakukan pengobatan spesifik pada stroke. Pemeriksaan tersebut yaitu kadar gula darah, elektrolit, hemoglobin, eritrosit, leukosit, KED, platelet, fungsi hepar, dan fungsi ginjal

## E. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (PPNI, 2016). Menurut Nurarif & Kusuma (2015) diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada kasus stroke non hemoragik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat
5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan kelemahan
7. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
8. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi

9. Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0143).

## **F. Perencanaan Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018). Standar Asuhan Keperawatan memiliki tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan luaran. Untuk menyempurnakan standar asuhan keperawatan, perlu diterbitkan pula standar luaran keperawatan. Standar luaran keperawatan akan menjadi acuan bagi perawat dalam menetapkan kondisi atau status kesehatan seoptimal mungkin yang diharapkan dapat dicapai oleh pasien setelah pemberian intervensi keperawatan. Dengan adanya luaran keperawatan, maka tingkat keberhasilan intervensi keperawatan dapat diamati dan diukur secara spesifik (PPNI, 2016). Untuk memberikan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan Stroke Non Hemoragik.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia)

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.

Kriteria Hasil: tingkat nyeri menurun

- a. Keluhan nyeri menurun.
- b. Gelisah menurun.
- c. Kesulitan tidur menurun.
- d. Tanda-tanda vital membaik.

### Intervensi: manajemen nyeri

#### a. Observasi

- 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.

#### b. Terapeutik

Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal Teknik napas dalam terapi musik, terapi relaksasi otot progresif).

#### c. Edukasi

Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

#### d. Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

### 2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik. Kriteria Hasil: status nutrisi membaik

- a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat.
- b. Kekuatan otot mengunyah dan menelan meningkat.
- c. Berat badan membaik.

- d. Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik.
- e. Frekuensi makan membaik.

Intervensi: manajemen nutrisi

a. Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi.
- 2) Identifikasi perlunya penggunaan selang *naso gastric*.
- 3) Monitor berat badan.

b. Terapeutik

- 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet (misal piramida makanan).
- 2) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.

c. Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan.

d. Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Kriteria Hasil: mobilitas fisik meningkat

- a. Pergerakan ekstremitas meningkat.
- b. Kekuatan otot meningkat (5).
- c. Rentang gerak meningkat.
- d. Kaku sendi menurun.
- e. Gerakan tidak terkoordinasi menurun.

f. Kelemahan fisik membaik.

Intervensi: dukungan ambulasi

a. Observasi

Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.

b. Terapeutik

- 1) Latih pasien teknik non farmakologis (misal ROM secara mandiri sesuai kemampuan, genggam bola karet).
- 2) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (misal tongkat, kruk).
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

c. Edukasi

Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal berjalan dari tempat tidur ke kursi).

4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan persepsi sensori membaik. Kriteria Hasil: persepsi sensori membaik

- a. Menunjukkan tanda dan gejala persepsi dan sensori baik penglihatan, pendengaran makan dan minum baik.
- b. Mampu mengungkapkan fungsi persepsi dan sensori dengan tepat.

Intervensi: minimalisasi rangsangan

a. Observasi

Identifikasi status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (misal nyeri, kelelahan).

b. Terapeutik

1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (misal bising, terlalu terang).

2) Batasi stimulus lingkungan (misal cahaya, suara, aktivitas).

3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat.

c. Edukasi

Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (misal mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan).

d. Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi stimulus.

5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat. Kriteria Hasil: komunikasi verbal meningkat

a. Kemampuan berbicara meningkat.

b. Pelo, gagap menurun.

c. Pemahaman komunikasi membaik.

Intervensi: Promosi komunikasi: defisit bicara.

- a. Observasi
    - 1) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal memori, pendengaran, bahasa).
    - 2) Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai bicara.
  - b. Terapeutik
    - 1) Berdiri di lapang pasien pada saat berbicara.
    - 2) Gunakan metode komunikasi alternatif (misal Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer).
  - c. Edukasi

Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.
  - d. Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli terapi wicara.
6. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
- Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat. Kriteria Hasil: integritas kulit dan jaringan meningkat
- a. Elastisitas kulit meningkat (5).
  - b. Kerusakan jaringan menurun
  - c. Kerusakan lapisan kulit menurun.
  - d. Kemerahan menurun.

### Intervensi: perawatan integritas kulit

#### a. Observasi

Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misal perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas).

#### b. Terapeutik

- 1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring.
- 2) Bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare.
- 3) Gunakan minyak pada kulit kering.

#### c. Edukasi

- 1) Anjurkan menggunakan pelembab (misal lotion, serum).
- 2) Anjurkan minum air yang cukup.
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

### 7. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat.

Kriteria Hasil: perfusi serebral meningkat

- a. Tingkat kesadaran meningkat.
- b. Tekanan intra kranial menurun.
- c. Sakit kepala menurun.
- d. Kesadaran membaik

Intervensi: manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).
- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal tekanan darah meningkat, bradikardia, kesadaran menurun).
- 3) Monitor status pernapasan.

b. Terapeutik

- 1) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.
- 2) Berikan posisi semi fowler.

c. Kolaborasi

Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan.

8. Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun (D.0143).

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko jatuh menurun. Kriteria Hasil: tingkat jatuh menurun

- a. Meminimalkan bahaya dan risiko dari lingkungan yang tidak aman.
- b. Mencegah jatuh saat turun dari tempat tidur.
- c. Mencegah jatuh saat berjalan.
- d. Mencegah jatuh saat naik tangga.

Intervensi: pencegahan jatuh (I.14540)

- a. Observasi
    - 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (misal usia >65 tahun, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan).
    - 2) Identifikasi lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal lantai licin, penerangan kurang).
  - b. Terapeutik
    - 1) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko jatuh.
    - 2) Pasang *handrail* tempat tidur.
  - c. Edukasi
    - 1) Anjurkan pasien menggunakan alat bantu jalan.
    - 2) Anjurkan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin.
9. Risiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit

Kriteria Hasil: Tingkat Infeksi:

- a. Kebersihan tangan meningkat
- b. Kebersihan badan meningkat
- c. Demam menurun
- d. Kemerahan menurun
- e. Nyeri menurun

Intervensi, Pencegahan Infeksi

- a. Observasi
  - 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- b. Terapeutik
  - 1) Batasi jumlah pengunjung
  - 2) Berikan perawatan kulit pada area edema

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

## **G. Pelaksanaan Keperawatan**

Rohmah Nikmatur & Saiful (2014) pelaksanaan keperawatan merupakan realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan pada pasien stroke yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data yang berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan seperti mengobservasi kekuatan otot pasien yang mengalami kelemahan dan yang tidak mengalami kelemahan otot, serta menilai data yang baru ada tidaknya akibat lanjut dari stroke guna melakukan pencegahan dan juga pengobatan jika memang ada.

Menurut Fitriyani (2020) jenis-jenis implementasi keperawatan dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Independen, merupakan tindakan atau pelaksanaan mandiri oleh perawat dengan tujuan sebagaimana tujuan implementasi secara umum.
2. Interdependen, merupakan tindakan atau pelaksanaan yang dilakukan oleh kolaborasi atau kerjasama antar petugas pemberi layanan kesehatan. Antara perawat dengan perawat, dokter, farmasis, petugas laboratorium, dan lain sebagainya.
3. Dependen, tindakan keperawatan rujukan oleh tim pemberi layanan kesehatan lain untuk melengkapi kebutuhan pasien sesuai yang sudah disepakati bidang masing-masing.

#### **H. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Rohmah Nikmatur & Saiful (2014) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi pada dasarnya dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan yang ditetapkan sudah dicapai atau belum. Pada pasien stroke yang telah diberikan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam evaluasi yang perlu dilakukan biasanya bagaimana pergerakan sendi, tingkat mobilitas pasien, perawatan diri, kemampuan pasien berpindah. Evaluasi menggunakan komponen SOAP, yaitu:

1. S: Data Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan kepada pasien stroke sesuai dengan pemberian tindakan keperawatan

2. O: Data Objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan, seperti kekuatan otot setelah diberikan tindakan ROM mengalami perbaikan, penurunan, atau tidak ada perubahan dalam penilaian kekuatan otot.

3. A: Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi pada pasien stroke atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. P: Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai “Asuhan Keperawatan Tn. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1307 RSUD Koja Jakarta Utara” yang dilakukan selama 3x24 jam dari 20 Maret sampai 22 Maret 2023.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas Pasien**

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh dari data antara lain, pasien bernama Tn.S dengan usia 61 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, status perkawinan menikah, pendidikan tamat SD. bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, tidak bekerja, alamat Jalan Pepaya III No 42 A, sumber biaya BPJS, sumber informasi pasien dan keluarga, pasien masuk tanggal 16 Maret 2023 di Ruang Penyakit Dalam dengan nomor register 2303151589 dengan diagnosis medis Stroke Non Hemoragik

## **2. Resume**

Pasien dibawa ke Rumah Sakit Koja pada tanggal 16 Maret 2023, pasien dibawa oleh keluarganya dengan keluhan pasien tidak sadarkan diri kurang lebih 30 menit, saat dirumah pasien mengeluh nyeri kepala dan muntah 3 kali. Setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan TTV : TD: 197/110 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 23x/menit, suhu: 36,1°C, BB: 64kg. TB: 167cm. Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan masalah yang muncul diatas risiko perfusi serebral. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum, mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji skala nyeri. Sedangkan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan untuk masalah diatas yaitu memasang dan mempertahankan infus 1 kolf asering/24 jam. Amlodipine 10mg IV, Ramipril 5mg IV, Omeprazole 40mg IV, Ondansentron 4mg IV. Evaluasi secara umum pasien masih merasa pusing.

## **3. Riwayat Keperawatan**

### **a. Riwayat Kesehatan Sekarang**

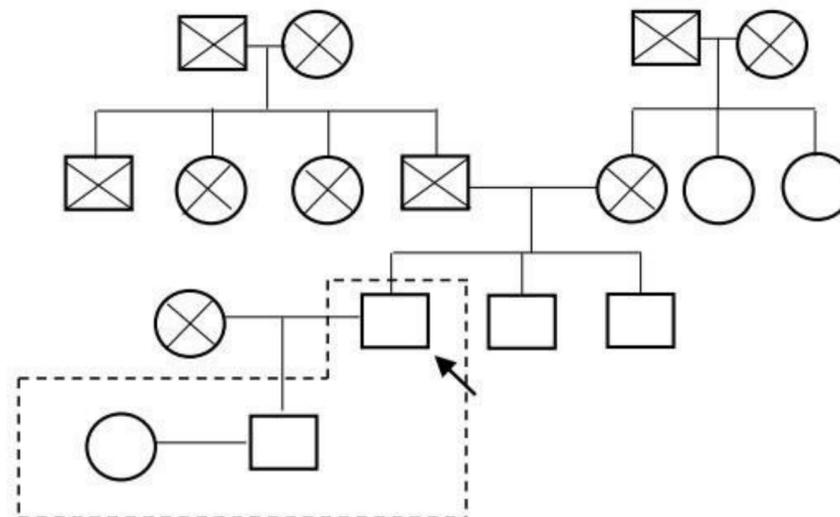
Keluhan utama pasien saat masuk rumah sakit yaitu pasien tidak sadarkan diri dirumah kurang lebih selama 30 menit.

### **b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu**

Pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun sebelumnya dan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan. Pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan. Tidak mempunyai alergi obat,

makanan, binatang, dan lingkungan. Riwayat pemakaian obat tidak ada, pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit.

**c. Riwayat Kesehatan Keluarga**



- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊠ : Laki-laki meninggal
- ⊗ : Perempuan meninggal
- ↖ : Pasien
- : Tinggal satu rumah

Pasien merupakan seorang ayah yang mempunyai satu orang anak laki-laki. Istri sudah meninggal 2 tahun yang lalu karena sakit liver. Saat ini pasien tinggal bersama anak dan menantunya.

**d. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor resiko**

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang mengalami stroke dan hipertensi.

#### **e. Riwayat Psikologis dan Spiritual**

Orang terdekat pasien adalah anaknya, pola komunikasi dengan keluarga adalah dua arah (terbuka) dan pengambilan keputusan diambil oleh anaknya, serta pasien mengikuti kegiatan masyarakat. Dampak penyakit terhadap keluarga yaitu keluarga mengatakan merasa sedih dan khawatir dengan penyakit yang diderita pasien. Pasien mengatakan bahwa masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien hanya tirah baring dan tidak mampu untuk bermobilisasi dan pasien memikirkan anaknya karena takut hanya membebani anaknya. Mekanisme koping terhadap stres yang dilakukan oleh pasien adalah tidur. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan bertemu dengan anak dan cucunya setelah menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di rumah sakit lagi. Perubahan yang dirasakan pasien sejak jatuh sakit adalah pasien hanya tirah baring dan kesulitan beraktivitas. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama atau kepercayaan yang dilakukan pasien tampak tidak ada serta lingkungan rumahnya yang padat penduduk.

#### **f. Pola Kebiasaan**

##### **1. Pola Nutrisi**

**Sebelum sakit:** pasien makan 3x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada diit

makanan, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

**Di rumah sakit:** pasien makan 3x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makan, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi. tidak ada makanan pantangan, diet makanan rendah garam, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti NGT.

## 2. Pola Eliminasi

**Sebelum sakit :** Buang air kecil (BAK) 6x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Pasien buang air besar (BAB) 1x/hari, biasanya pada waktu pagi dan malam dan terkadang sore, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat namun lunak, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif.

**Sesudah sakit :** pasien buang air kecil (BAK) melalui kateter. Warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan, dan menggunakan alat bantu kateter, selama dirawat pasien sudah 3x buang air besar (BAB) dan pasien tidak menggunakan laxatif.

### **3. Pola Personal Hygiene**

**Sebelum sakit :** Pasien mandi 2x/hari, biasanya pada pagi dan sore dengan menggunakan sabun, pasien gosok gigi menggunakan odol dan pasien mencuci rambut 3x/minggu dengan menggunakan shampoo.

**Di rumah sakit :** Pasien mendapat bantuan maksimal, selama dirawat pasien hanya di lap oleh keluarganya.

### **4. Pola Istirahat dan Tidur**

**Sebelum sakit :** Pasien tidur siang selama 2 jam/hari dan tidur malam selama 6 jam/hari dan kebiasaan sebelum tidur adalah berdoa.

**Di rumah sakit :** Pasien tidur siang 2 jam dan tidur malam 7-8 jam dan kebiasaan sebelum tidur adalah berdoa.

### **5. Pola Aktivitas dan Latihan**

**Sebelum sakit:** Pasien melakukan pekerjaannya pada waktu pagi dan siang hari, pasien tidak pernah berolahraga dan tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas.

**Di rumah sakit:** Pasien hanya tirah baring sepanjang harinya karena tidak mampu bangun sendiri dan aktivitas pasien harus dibantu.

### **6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan**

**Sebelum sakit:** Pasien merokok kurang lebih 2-3 bungkus hari pasien tidak mengonsumsi alkohol dan tidak ada ketergantungan terhadap obat-obatan terlarang.

**Di rumah sakit:** Pasien tidak merokok, pasien tidak mengonsumsi alkohol dan tidak ada ketergantungan terhadap obat-obat terlarang.

#### **4. Pengkajian Fisik**

##### **a. Pemeriksaan Umum**

Pasien memiliki berat badan sebelum sakit 65 Kg dan sesudah sakit 64 Kg, tinggi badan pasien 167 cm, tekanan darah 139/87 mmHg, frekuensi frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi napas 22x/menit dan suhu tubuh 36,2°C. Keadaan umum pasien sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

##### **b. Sistem Penglihatan**

Mata tampak simetris, kelopak mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik, pada pemeriksaan Nervus III (Okulomotorius) tampak diameter pupil 2mm/2mm, pupil isokor, pemeriksaan Nervus IV (Troklearis) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat dari atas kebawah, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak menggunakan kontak lensa, dan reaksi terhadap cahaya positif.

##### **c. Sistem Pendengaran**

Daun telinga tampak normal, tidak terdapat serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga,

perasaan penuh ditelinga tidak ada, tidak terdapat tinitus. Pada pemeriksaan nervus VIII (Akustikus) fungsi pendengaran pasien baik yang dibuktikan dengan pada saat pasien dibisikan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Pasien mampu melakukan fungsi koordinasi. Hal ini dibuktikan berdasarkan pemeriksaan, pada saat diinstruksikan pasien mampu menyetuh hidung dan jari perawat secara bergantian dan salah satu mata pasien ditutup.

**d. Sistem Wicara**

Pada pemeriksaan Nervus XII (Hipoglossus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kanan dan kiri pasien mampu melakukan, pasien mampu menjulurkan lidah dan pasien mampu memutar lidah. Pasien saat diajak berkomunikasi artikulasi pasien bisa dimengerti.

**e. Sistem Pernapasan**

Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) tampak tidak ada kelainan dalam penciuman, pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan dengan menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung, jalan napas pasien bersih, pasien tidak menggunakan otot bantu napas dalam pernapasannya, frekuensi napas 22x/menit, irama teratur, jenis napas spontan, kedalaman napas pasien tampak dalam, pasien tidak mengalami batuk dan tidak ada sputum, pada saat dilakukan palpasi dada pasien teraba simetris dan tidak teraba massa dan nyeri tekan pada saat diperkusi terdengar bunyi sonor disemua lapang paru,

suara napas vesikuler, pasien tidak merasa nyeri saat bernapas, pasien tidak menggunakan alat bantu napas.

**f. Sistem Kardiovaskuler**

**1. Sirkulasi perifer**

Frekuensi nadi 97x/menit dengan irama teratur dan denyut frekuensi nadi kuat. Tekanan darah 139/87mmHg, vena jugularis kiri dan kanan tidak tampak distensi, temperatur kulit hangat dan warna kulit tampak tidak pucat dengan pengisian kapiler <2 detik, dan tidak terdapat edema.

**2. Sirkulasi Jantung**

Kecepatan denyut apical 66x/menit, dengan irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung serta tidak terdapat nyeri dada.

**3. Sistem Hematologi**

Pasien tampak tidak pucat dan tidak ditemukan adanya pendarahan pada pasien.

**4. Sistem syaraf pusat**

Pasien hanya mengeluh pusing, tingkat kesadaran pasien composmentis dengan GCS (E4M6V5) tidak terdapat adanya tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, Reflek fisiologis normal, Reflek patologis (babinski) negatif yaitu tidak adanya gerakan dorsum fleksi ibu jari kaki, diikuti adanya pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki, kaku kuduk negatif yaitu tidak terdapat tahanan dan dagu bisa mencapai dada. Pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) meminta pasien

mengerakan rahang bawah ke kanan dan kiri dengan tangan pemeriksaan menahanya, tidak terdapat tanda-tanda kelumpuhan dan pada pemeriksaan X (Vagus) tidak ditemukan kelainan dibuktikan dengan reflek menelan pada pasien baik.

#### **5. Gangguan sistem persyarafan**

Pasien tampak berbicara dengan artikulasi yang dimengerti, pasien mengalami hemiparise kiri.

#### **6. Sistem Pencernaan**

Keadaan mulut pasien tidak tampak karies pada gigi dan pasien juga tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatis, lidah pasien tampak bersih, saliva normal, pasien tidak mengalami muntah, pasien tidak mengalamfi nyeri perut, bising usus 12x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien tidak mengalami konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen teraba lembek.

#### **7. Sistem Endokrin**

Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, napas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat ganggren.

#### **8. Sistem Urogenital**

Balance cairan per 24 jam pada tanggal 20 maret 2023 pada pukul 08.00 WIB dengan intake 1.850 (infus 1 kolf Asering+250 Asering) : 750 + oral : 600+500) ouput 1450 (urine 550+500+400) balance cairan 400, tidak ada perubahan

pola kemih, urine berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK.

### **9. Sistem Integumen**

Turgor kulit pasien tampak baik dengan temperatur hangat, warna kulit tampak tidak pucat dengan keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit, kondisi kulit tempat pemasangan infus tampak baik, serta keadaan rambut dan tekstur baik, terdapat luka dekubitus grade 1, berdiameter 7cm, diarea bokong sebelah kiri, dan tamapak kemerahan

### **10. Sistem Muskuloskeletal**

Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan melakukan pergerakan ekstermitas atas dan bawah dibuktikan dengan saat dilakukan pemeriksaan nervus XI (Assesorius) tangan kiri pasien tidak dapat melawan tahanan namun langsung terjatuh, dan kaki kiri tidak dapat digerakkan namun masih ada kontraksi otot. Pasien mengalami hemiparise ekstermitas kiri, pasien tidak mengalami sakit pada tulang, sendi, tidak terdapat fraktur, tidak terdapat kelainan bentuk tulang dan sendi, tidak terdapat kelainan pada sktruktur tulang belakang, dan keadaan tonus otot pasien baik.

Kekuatan otot

|      |      |
|------|------|
| 3333 | 5555 |
|      |      |
| 1111 | 5555 |

### 5. Data tambahan (pemahaman tentang penyakit):

Pasien mengatakan sering mendengar orang yang terkena stroke sehingga pasien dan keluarga mengetahui tentang stroke.

### 6. Data penunjang

Tanggal 19 Maret 2023

| Pemeriksaan      | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan       |
|------------------|-------|---------------|--------------|
| Hemoglobin       | 11.3  | 13.5-18.0     | g/dl         |
| Jumlah Leukosit  | 7.72  | 4.00-10.50    | / $\mu$ l    |
| Jumlah Trombosit | 219   | 163-337       | $10^3/\mu$ l |
| Natrium          | 141   | 135-147       | mEq/L        |
| Kalium           | 3.7   | 3.5 – 5.0     | mEq/L        |
| Klorida          | 100   | 96 – 108      | mEq/L        |
| Ureum            | 20.00 | 16.6 – 48.5   | mg/dL        |
| Kreatinin        | 1.15  | 0.67 – 1.17   | mg/dL        |
| Glukosa Sewaktu  | 98    | 70 – 200      | mg/dL        |
| Kolestrol HDL    | 52.0  | 41.5 – 67.3   | mg/dL        |
| Kolestrol LDL    | 110   | < 130         | mg/dL        |
| Asam Urat        | 5.0   | 3.4 – 7.0     | mg/dL        |

Hasil CT Scan 19 Maret 2023:

Tampak klasifikasi di *falk serebri*, *Cerebellopontine angle* (CPA) kanan kiri tak tampak kelainan, pons tak tampak kelainan, *folia serebri* tampak melebar, tak tampak lagi *aicell mastoid*, *sinus paranasalis* kanan kiri tak tampak kelainan, *sub acute infark* di *corona radiata* kanan dan thalamus kiri, *brain atrophy*.

## 7. Penatalaksanaan

**Terapi injeksi :** Ondansentron 2x4mg (IV) pukul 06.00 dan 18.00 WIB; Omeprazole 2x40mg (IV) pukul 06.00 dan 18.00 WIB; Cefotaxime 3x1gr (IV) pukul 06.00, 14.00 dan 22.00 WIB; Amlodipine 1x100mg (Oral) pukul 06.00 WIB; Ramipril 1x5mg (Oral) pukul 06.00 WIB; Citicolin 2x500mg (IV) pukul 06.00 dan 18.00 WIB; Paracetamol 3x500mg (Oral) pukul 06.00, 14.00, dan 22.00 WIB

## 8. Data Fokus

Tanggal 20 Maret 2023

### **Data Subyektif :**

Pasien mengatakan nyeri kepala sudah tidak ada, pasien mengatakan tangan kiri dapat digerakkan namun dengan bantuan tangan kanan, pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan, keluarga pasien mengatakan kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan hanya bisa berbaring tidak mampu duduk, keluarga pasien mengatakan ekstremitas kiri melemah sejak pasien tidak sadarkan diri, keluarga pasien mengatakan semenjak dirawat pasien hanya berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada

bokong kirinya, pasien mengatakan luka dekubitus muncul semenjak dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan nyeri semakin terasa jika bergerak pada ekstremitas bawah, P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R: bokong bagian kiri, S: 5, T: Hilang timbul

**Data Obyektif :**

Keadaan pasien sedang, pasien tampak hanya tirah baring, rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri. Pasien mengalami hemiparise pada kedua ekstremitas kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 3333, dan ekstremitas kiri bawah 1111. Keluarga pasien tampak membantu memenuhi kebutuhan ADL pasien. Pasien tampak meringis kesakitan saat menggerakkan ekstremitas bawahnya karena terdapat luka dekubitus. Terdapat luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, diarea bokong sebelah kiri. Tanda-tanda vital : TD: 139/87 mmHg, frekuensi nadii 97x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,2°C, GCS: E4M6V5, tensi awal masuk : 197/110 mmHg. Hasil CT Scan: Tampak klasifikasi di *falk serebri*, *Cerebellopontine angle (CPA)* kanan kiri tak tampak kelainan, pons tak tampak kelainan, *folia serebri* tampak melebar, tak tampak lagi *aicell mastoid*, *sinus paranasalis* kanan kiri tak tampak kelainan, *sub acute infark* di *corona radiata* kanan dan thalamus kiri, *brain athropy*.

## 9. Analisa Data

| No | Data   | Masalah                                      | Etiologi                        |
|----|--|--|---------------------------------|
| 1. | <p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri kepala sudah tidak ada</li> <li>- Pasien mengatakan tangan kiri dapat digerakkan namun dengan bantuan tangan kanan</li> <li>- Pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan pasien sedang</li> <li>- Tanda-tanda vital : TD: 139/87 mmHg, frekuensi nadi 97x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,2°C</li> <li>- GCS: E4M6V5</li> </ul> | <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> | <p>Faktor risiko hipertensi</p> |

|    |   |                                |                       |
|----|---|--------------------------------|-----------------------|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensi awal masuk :<br/>197/110 mmHg.</li> <li>- Hasil CT Scan:<br/>Tampak klasifikasi di<br/><i>falk serebri,</i><br/><i>Cerebellopontine</i><br/><i>angle</i> (CPA) kanan kiri<br/>tak tampak kelainan,<br/>pons tak tampak<br/>kelainan, <i>folia serebri</i><br/>tampak melebar, tak<br/>tampak lagi <i>ai cell</i><br/><i>mastoid, sinus</i><br/><i>paranasalis</i> kanan kiri<br/>tak tampak kelainan,<br/><i>sub acute infark</i> di<br/><i>corona radiata</i> kanan<br/>dan thalamus kiri,<br/><i>brain athropy.</i></li> </ul> |                                |                       |
| 2. | <p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan<br/>tangan kiri dapat<br/>digerakkan namun</li> </ul>  | Gangguan<br>mobilitas<br>fisik | Penurunan<br>kekuatan |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <p>dengan bantuan tangan kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan</li> <li>- Pasien mengatakan hanya bisa berbaring tidak mampu duduk, keluarga</li> <li>- Pasien mengatakan ekstremitas kiri melemah sejak pasien tidak sadarkan diri</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan semenjak dirawat pasien hanya berbaring di tempat tidur.</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak hanya tirah baring</li> <li>- Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu kesulitan dalam</li> </ul> |  |  |
|--|---|--|--|

|    |   |                                  |                             |
|----|---|----------------------------------|-----------------------------|
|    | <p>melakukan pergerakan ekstremitas kiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami hemiparise pada kedua ekstremitas kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 3333, dan ekstremitas kiri bawah 1111.</li> </ul>   |                                  |                             |
| 3. | <p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan luka dekubitus muncul semenjak dirawat di rumah sakit</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, diarea bokong sebelah kiri.</li> </ul> | <p>Gangguan integritas kulit</p> | <p>Penekanan</p>            |
| 4. | <p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka</li> </ul>   | <p>Nyeri</p>                     | <p>Agen pencidera fisik</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <p>dekubitus pada bokong kirinya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan luka dekubitus muncul semenjak dirawat di rumah sakit</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri semakin terasa jika bergerak pada ekstremitas bawah</li> <li>- P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R: bokong bagian kiri, S: 5, T: Hilang timbul</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis kesakitan saat menggerakkan ekstremitas bawahnya karena terdapat luka dekubitus.</li> </ul> |  |  |
|--|--|--|--|

|    |   |                              |   |
|----|---|------------------------------|---|
| 5. | <p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokong kirinya</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, diarea bokong sebelah kiri.</li> </ul> | <p>Risiko</p> <p>Infeksi</p> | <p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit</p> |
| 6. | <p><b>Subyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tangan kiri dapat digerakkan namun dengan bantuan tangan kanan</li> <li>- Pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan</li> <li>- Pasien mengatakan hanya bisa berbaring tidak mampu duduk</li> </ul>         | <p>Risiko jatuh</p>          | <p>Kekuatan otot menurun</p>  |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan ekstremitas kiri melemah sejak pasien tidak sadarkan diri</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan semenjak dirawat pasien hanya berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p><b>Obyektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak hanya tirah baring</li> <li>- Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri</li> <li>- Pasien mengalami hemiparise pada kedua ekstremitas kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas</li> </ul> |  |  |
|--|---|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | 3333, dan ekstremitas kiri bawah 1111. |  |  |
|--|--|--|--|

## B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa diatas maka dirumuskan diagnosis keperawatan sesuai prioritas yaitu :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penekanan.
4. Nyeri berhubungan dengan agen pencidera fisik.
5. Risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.
6. Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

## C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi

1. **Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi ditandai dengan**

**Subyektif :** Pasien mengatakan nyeri kepala sudah tidak ada, pasien mengatakan tangan kiri dapat digerakkan namun dengan bantuan tangan kanan, pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan

**Obyektif :** Keadaan pasien sedang, Tanda-tanda vital : TD: 139/87 mmHg, frekuensi nadii 97x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,2°C, GCS: E4M6V5, tensi awal masuk : 197/110 mmHg. Hasil CT

Scan: Tampak klasifikasi di *falk serebri*, *Cerebellopontine angle* (CPA) kanan kiri tak tampak kelainan, pons tak tampak kelainan, *folia serebri* tampak melebar, tak tampak lagi *aicell mastoid*, *sinus paranasalis* kanan kiri tak tampak kelainan, *sub acute infark* di *corona radiata* kanan dan thalamus kiri, *brain atrophy*.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat

**Kriteria Hasil :** Tekanan darah sistolik dan diastolik membaik 130/80, sakit kepala menurun

### **Intervensi**

### **Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial**

### **Observasi**

- a. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
- b. Monitor status pernapasan

### **Terapeutik**

- c. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- d. Berikan posisi semi fowler
- e. Pertahankan suhu tubuh normal

### **Kolaborasi**

- f. Kolaborasi pemberian amlodipine 1x100 mg (oral) dan Ramipril 1x5mg (oral)

## **Pelaksanaan**

### **20 Maret 2023**

Pukul 06.00 pemberian antihipertensi amlodipine 100 mg oral, ramipril 5mg oral, citicolin 500mg IV. Pukul 06.05 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala, tidak mual dan tidak muntah, tekanan darah 135/88 mmhg nadi 79x/menit. Pukul 06.10 WIB memonitor status pernapasan 20x/menit. Pukul 15.52 WIB meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, lingkungan kamar pasien tenang tidak bising. Pukul 17.35 WIB memberikan posisi semi fowler, pasien diberi posisi semi fowler. Pukul 21.44 WIB mempertahankan suhu tubuh normal, suhu 36°C.

### **21 Maret 2023**

Pukul 06.00 pemberian antihipertensi amlodipine 100 mg oral, ramipril 5mg oral, citicolin 500mg IV. Pukul 06.12 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tidak nyeri kepala, tidak mual dan tidak muntah, tekanan darah 124/83 mmhg nadi 99x/menit. Pukul 06.42 WIB memonitor status pernapasan 20x/menit. Pukul 15.25 WIB meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, lingkungan kamar pasien tenang tidak bising. Pukul 17.55 WIB memberikan posisi semi fowler, pasien diberi posisi semi fowler. Pukul 21.53 WIB mempertahankan suhu tubuh normal, suhu 36°C.

**22 Maret 2023**

Pukul 06.10 pemberian antihipertensi amlodipine 100 mg oral, ramipril 5mg oral, citicolin 500mg IV. Pukul 07.00 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tidak nyeri kepala, tidak mual dan tidak muntah, tekanan darah 120/86 mmhg nadi 92x/menit. Pukul 06.10 WIB memonitor status pernapasan 20x/menit. Pukul 21.08 WIB mempertahankan suhu tubuh normal, suhu 36°C.

**Evaluasi**

**Subyektif :** Pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala, tidak mual dan tidak muntah.

**Obyektif :** Diberikan amlodipine 100 mg oral, ramipril 5mg oral tekanan darah menjadi tekanan darah 135/88 citicolin 500mg IV, mmhg nadi 79x/menit frekuensi pernapasan 20x/menit, lingkungan kamar pasien tenang tidak bising, pasien diberi posisi semi fowler, suhu 36°C.

**Analisa :** Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

**Perencanaan :** Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruang penyakit dalam pada point a,b,c,d,e,f.

**2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan**

**Subyektif :**

Pasien mengatakan tangan kiri dapat digerakkan namun dengan bantuan tangan kanan, pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan hanya bisa berbaring tidak mampu

duduk, keluarga pasien mengatakan ekstremitas kiri melemah sejak pasien tidak sadarkan diri, keluarga pasien mengatakan semenjak dirawat pasien hanya berbaring di tempat tidur

**Obyektif :**

Pasien tampak hanya tirah baring, rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri. Pasien mengalami hemiparise pada kedua ekstremitas kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 3333, dan ekstremitas kiri bawah 1111.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

**Kriteria Hasil :** Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat kaki kiri 2222 tangan kanan 4444, kelemahan fisik menurun

**Intervensi**

**Dukungan Mobilisasi**

**Observasi**

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

**Terapeutik**

- e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

**Edukasi**

- f. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM
- g. Anjurkan melakukan ROM
- h. Ajarkan ROM

**Pelaksanaan****20 Maret 2023**

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokongnya sehingga tidak bisa dilakukan ROM pada pangkal paha kiri, pukul 11.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien dapat menggerakkan tangan kirinya jika dibantu dengan tangan kanan, tangan kirinya dapat diangkat namun hanya sebentar, kaki kiri tidak dapat digerakkan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 1111 ekstremitas kanan atas 5555, ekstremitas kanan bawah 5555. Pukul 15.30 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM saat di tensi tekanan darah 135/88 mmHg dan nadi 79x/menit. Pukul 19.00 WIB monitor kondisi umum selama melakukan ROM kondisi umum pasien sedang kesadaran composmentis, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anak pasien membantu pasien saat melakukan ROM. Pukul 19.10 WIB menjelaskan tujuan dan

prosedur ROM, setelah dijelaskan tujuan dan prosedur ROM keluarga dapat menjelaskan kembali pengertian, tujuan, indikasi, kontraindikasi ROM. Pukul 19.20 WIB menganjurkan melakukan ROM, keluarga mengatakan bersedia untuk rutin memberikan ROM kepada pasien. Pukul 20.00 WIB mengajarkan ROM, keluarga dan pasien kooperatif saat diajarkan ROM.

### **21 Maret 2023**

Pukul 14.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien dapat menggerakkan tangan kirinya jika dibantu dengan tangan kanan, tangan kirinya dapat diangkat namun hanya sebentar, kaki kiri tidak dapat digerakkan kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 1111 ekstremitas kanan atas 5555, ekstremitas kanan bawah 5555. Pukul 17.00 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM saat ditensi tekanan darah 124/83 mmHg dan nadi 99x/menit. Pukul 19.20 WIB monitor kondisi umum selama melakukan ROM kondisi umum pasien sedang kesadaran composmentis, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anak pasien membantu pasien saat melakukan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. Pukul 19.40 WIB melakukan ROM, pasien sudah bisa melakukan ROM sendiri pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan, sedangkan ekstremitas yang mengalami kelemahan dibantu oleh keluarga.

**22 Maret 2023**

Pukul 09.40 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokongnya sudah berkurang dan dapat melakukan ROM secara perlahan, pukul 14.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien dapat menggerakkan tangan kirinya jika dibantu dengan tangan kanan, tangan kirinya dapat diangkat namun hanya sebentar, kaki kiri hanya dapat bergeser kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 2222 ekstremitas kanan atas 5555, ekstremitas kanan bawah 5555. Pukul 16.00 WIB memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ROM saat ditensi tekanan darah 120/86 mmHg dan nadi 92x/menit. Pukul 19.05 WIB monitor kondisi umum selama melakukan ROM kondisi umum pasien sedang kesadaran composmentis, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anak pasien membantu pasien saat melakukan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. Pukul 19.40 WIB melakukan ROM, pasien sudah bisa melakukan ROM sendiri pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan, sedangkan ekstremitas yang mengalami kelemahan dibantu oleh keluarga.

### **Evaluasi**

**Subyektif :** Pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokongnya sudah berkurang dan dapat melakukan ROM secara perlahan

**Obyektif :** Pasien dapat menggerakkan tangan kirinya jika dibantu dengan tangan kanan, tangan kirinya dapat diangkat namun hanya sebentar, kaki kiri hanya dapat bergeser kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 2222 ekstremitas kanan atas 5555, ekstremitas kanan bawah 5555. tekanan darah 120/86 mmHg dan nadi 92x/menit, kondisi umum pasien sedang kesadaran composmentis, anak pasien membantu pasien saat melakukan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, pasien melakukan ROM sendiri pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan, sedangkan ekstremitas yang mengalami kelemahan dibantu oleh keluarga.

**Analisa :** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

**Perencanaan :** Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruang penyakit dalam pada point a,b,c,d,e,f,g,h.

### **3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penekanan**

#### **Subyektif :**

Pasien mengatakan luka dekubitus muncul semenjak dirawat di rumah sakit

#### **Obyektif :**

Terdapat luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, diarea bokong sebelah kiri.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas dan jaringan meningkat

**Kriteria Hasil :** Kerusakan jaringan menurun

**Intervensi**

**Perawatan Integritas Kulit**

**Observasi:**

a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Terapeutik:

b. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

c. Gunakan minyak pada kulit kering

d. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit

**Edukasi**

e. Anjurkan minum air yang cukup

f. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

**Perawatan Luka**

**Observasi:**

g. Monitor karakteristik luka

h. Monitor tanda-tanda infeksi

**Terapeutik:**

i. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan bersihkan dengan cairan NaCl

j. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu

k. Pasang balutan sesuai jenis luka.

## **Pelaksanaan**

### **20 Maret 2023**

Pukul 07.00 WIB mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, Keluarga pasien mengatakan luka muncul semenjak pasien dirawat di rumah sakit gangguan integritas kulit disebabkan pasien tidak melakukan mobilisasi hanya terbaring di tempat tidur. Pukul 07.30 WIB mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, keluarga pasien mengatakan pasien hanya tiduran posisi terlentang, posisi pasien diubah menjadi miring kanan. Pukul 08.10 WIB menggunakan minyak pada kulit kering, keluarga pasien mengatakan telah mengoleskan minyak zaitun pada bokong pasien. Pukul 12.15 WIB menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit, keluarga mengatakan tidak pernah memberikan produk yang berbahan alkohol pada kulit pasien. Pukul 13.00 WIB Menganjurkan minum air yang cukup, keluarga mengatakan bahwa pasien minum air sekitar 4 gelas dalam sehari. Pukul 15.00 WIB Memonitor karakteristik luka, luka pasien tampak merah dan basah, luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm. Pukul 17.00 WIB melakukan perawatan luka, luka pasien dibersihkan menggunakan NaCl, dioleskan salep, dan ditutup kembali menggunakan kasa.

### **21 Maret 2023**

Pukul 07.30 WIB mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, posisi pasien diubah menjadi miring kanan. Pukul 08.10 WIB menggunakan minyak pada kulit kering, keluarga pasien mengatakan telah

mengoleskan minyak zaitun pada bokong pasien. Pukul 14.45 WIB Menganjurkan minum air yang cukup, keluarga mengatakan bahwa pasien sudah minum air sekitar 3 gelas. Pukul 15.25 WIB Memonitor karakteristik luka, luka pasien tampak merah dan basah, luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm. Pukul 17.10 WIB melakukan perawatan luka, luka pasien dibersihkan menggunakan NaCl, dioleskan salep, dan ditutup kembali menggunakan kasa.

### **22 Maret 2023**

Pukul 07.20 WIB mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, posisi pasien diubah menjadi miring kiri. Pukul 08.12 WIB menggunakan minyak pada kulit kering, keluarga pasien mengatakan telah mengoleskan minyak zaitun pada bokong pasien, disekitar luka tidak ada kulit yang kering. Pukul 14.00 WIB Menganjurkan minum air yang cukup, keluarga mengatakan bahwa pasien sudah minum air sekitar 6 gelas. Pukul 15.25 WIB Memonitor karakteristik luka, luka pasien tampak merah dan bagian pinggir sudah mengering, luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, pasien mengatakan gatal pada pinggir luka. Pukul 17.10 WIB melakukan perawatan luka, luka pasien dibersihkan menggunakan NaCl, dioleskan salep, dan ditutup kembali menggunakan kasa.

### **Evaluasi**

**Subyektif :** Keluarga pasien mengatakan telah mengoleskan minyak zaitun pada bokong pasien, disekitar luka tidak ada kulit yang kering,

keluarga mengatakan bahwa pasien sudah minum air sekitar 6 gelas, pasien mengatakan gatal pada pinggir luka.

**Obyektif :** Posisi pasien diubah menjadi miring kiri, luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, luka pasien dibersihkan menggunakan NaCl, dioleskan salep, dan ditutup kembali menggunakan kasa.

**Analisa :** Gangguan integritas kulit belum teratasi

**Perencanaan :** Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruang penyakit dalam pada point a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k.

#### **4. Nyeri berhubungan dengan agen pencidera fisik ditandai dengan luka dekubitus**

**Subyektif :**

Pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokong kirinya, pasien mengatakan luka dekubitus muncul semenjak dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan nyeri semakin terasa jika bergerak pada ekstremitas bawah, P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R: bokong bagian kiri, S: 5, T: Hilang timbul

**Obyektif :**

Pasien tampak meringis kesakitan saat menggerakkan ekstremitas bawahnya karena terdapat luka dekubitus

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang

**Kriteria Hasil :** Keluhan nyeri menurun skala 3 dan meringis menurun

**Intervensi**

**Manajemen Nyeri**

**Observasi**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi respon nyeri non verbal
- c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

**Terapeutik**

- d. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

**Edukasi**

- e. Ajarkan teknik non farmakologis teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

**Kolaborasi**

- f. Kolaborasi pemberian analgetik paracetamol 500mg peroral.

**Pelaksanaan****20 Maret 2023**

Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R: bokong kiri, S: 5, T: hilang timbul. Pukul 13.20 WIB Mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak meringis kesakitan. Pukul 14.46 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dengan posisi terlentang, dan semakin berkurang jika tidak bergerak dengan posisi miring ke kanan. Pukul 21.00 WIB memberikan teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, saat nyeri muncul pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 21.10 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, suhu ruangan tidak panas, ruangan tenang dan tidak bising. Pukul 22.00 WIB Memberikan paracetamol 500mg peroral.

### **21 Maret 2023**

Pukul 11.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R: bokong kiri, S: 4, T: hilang timbul. Pukul 14.20 WIB Mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak meringis kesakitan. Pukul 14.33 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dengan posisi terlentang, dan semakin berkurang jika tidak bergerak dengan posisi miring ke kanan. Pukul 20.34 WIB memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, saat nyeri muncul pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 21.20 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, suhu ruangan tidak panas, ruangan tenang dan tidak bising. Pukul 22.00 WIB Memberikan paracetamol 500mg peroral.

### **22 Maret 2023**

Pukul 11.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus sudah berkurang P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R:

bokong kiri, S: 4, T: hilang timbul. Pukul 14.20 WIB Mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak meringis kesakitan sesekali. Pukul 14.33 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dengan posisi terlentang, dan semakin berkurang jika tidak bergerak dengan posisi miring ke kanan. Pukul 20.34 WIB memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, saat nyeri muncul pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 21.20 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, suhu ruangan tidak panas, ruangan tenang dan tidak bising. Pukul 22.00 WIB Memberikan paracetamol 500mg peroral.

### **Evaluasi**

**Subyektif** : Pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus sudah berkurang, P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R: bokong kiri, S: 3, T:hilang timbul, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dengan posisi terlentang, dan semakin berkurang jika tidak bergerak dengan posisi miring ke kanan.

**Obyektif** : Setelah diberikan paracetamol 500mg pasien tampak meringis kesakitan sesekali, saat nyeri muncul pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam, suhu ruangan tidak panas, ruangan tenang dan tidak bising.

**Analisa** : Nyeri teratasi teratasi sebagian

**Perencanaan** : intervensi dilanjutkan oleh perawata di ruang penyakit dalam pada poin a,b,c,d,e,f.

**5. Risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit**

**Subyektif :**

Pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokong kirinya

**Obyektif :**

Terdapat luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, diarea bokong sebelah kiri.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

**Kriteria Hasil : Kemerahan menurun, dan nyeri menurun.**

**Intervensi**

**Pencegahan Infeksi**

**Observasi**

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik**

- b. Batasi jumlah pengunjung
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

**Edukasi**

- d. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- e. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- f. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

**Kolaborasi**

- g. Kolaborasi pemberian antibiotik cefotaxime (IV) 3x1gr/8jam

## **Pelaksanaan**

### **20 Maret 2023**

Pukul 09.15 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus, suhu tubuh pasien 36°C, luka tampak kemerahan tidak bengkak, tidak ada puss, tidak berbau, luka tampak basah. Pukul 11.45 WIB membatasi jumlah pengunjung, pasien hanya ditunggu satu orang keluarga dan bergantian. Pukul 14.00 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 16.55 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi. Pukul 18.10 WIB mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, keluarga pasien dapat mengikuti cara mencuci tangan dengan benar. Pukul 22.30 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, keluarga pasien mengatakan pasien selalu menghabiskan makanan yang diberikan dari rumah sakit. Pukul 22.03 WIB memberikan antibiotik cefotaxime 1gr melalui intravena.

### **21 Maret 2023**

Pukul 09.55 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus, suhu tubuh pasien 36°C, luka tampak kemerahan tidak bengkak, tidak ada puss, tidak berbau, luka tampak basah. Pukul 10.25 WIB membatasi jumlah pengunjung, pasien hanya ditunggu satu orang keluarga dan

bergantian. Pukul 14.26 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 21.55 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, keluarga pasien mengatakan pasien selalu menghabiskan makanan yang diberikan dari rumah sakit. Pukul 22.03 WIB memberikan antibiotik cefotaxime 1gr melalui intravena.

### **22 Maret 2023**

Pukul 08.55 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus, suhu tubuh pasien 36°C, luka tampak kemerahan tidak bengkak, tidak ada puss, tidak berbau, luka tampak basah namun area pinggir kering. Pukul 10.17 WIB membatasi jumlah pengunjung, pasien hanya ditunggu satu orang keluarga dan bergantian. Pukul 14.14 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, perawatf selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 21.20 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, keluarga pasien mengatakan pasien selalu menghabiskan makanan yang diberikan dari rumah sakit. Pukul 22.05 WIB memberikan antibiotik cefotaxime 1gr melalui intravena.

### **Evaluasi**

**Subyektif :** Pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus, keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi. keluarga pasien

mengatakan pasien selalu menghabiskan makanan yang diberikan dari rumah sakit.

**Obyektif :** Suhu tubuh pasien 36°C, luka tampak kemerahan tidak bengkak, tidak ada puss, tidak berbau, luka tampak basah, area pinggir luka kering, pasien hanya ditunggu satu orang keluarga dan bergantian perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi, keluarga pasien dapat mengikuti cara mencuci tangan dengan benar, keluarga pasien mengatakan pasien selalu menghabiskan makanan yang diberikan dari rumah sakit.

**Analisa :** Risiko infeksi teratasi sebagian

**Perencanaan :** Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruang penyakit dalam pada poin a,b,c,d,e,f,g.

#### 6. Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

**Subyektif :**

Pasien mengatakan tangan kiri dapat digerakkan namun dengan bantuan tangan kanan, pasien mengatakan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan hanya bisa berbaring tidak mampu duduk, keluarga pasien mengatakan ekstremitas kiri melemah sejak pasien tidak sadarkan diri, keluarga pasien mengatakan semenjak dirawat pasien hanya berbaring di tempat tidur.

**Obyektif :**

Pasien tampak hanya tirah baring, rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas

kiri. Pasien mengalami hemiparise pada kedua ekstremitas kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 3333, dan ekstremitas kiri bawah 1111.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun

**Kriteria Hasil :** Jatuh dari tempat tidur menurun

### **Intervensi**

### **Pencegahan Jatuh**

### **Observasi**

- a. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis usia 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan neuropati)
- b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis lantai licin, penerangan kurang)

### **Terapeutik**

- c. Pasang *handrail* tempat tidur
- d. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

### **Edukasi**

- e. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

### **Pelaksanaan**

### **20 Maret 2023**

Pukul 11.29 WIB mengidentifikasi faktor risiko jatuh, pasien berusia 61 tahun mengalami kelemahan ekstremitas kiri dengan diagnosa

medis stroke non hemoragik. Pukul, 12.20 WIB mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, kamar pasien diberi penerangan yang cukup. Pukul 15.35 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien hanya bisa tirah baring. Pukul 22.35 WIB memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, tempat tidur terkunci dan keluarga pasien mengatakan selalu memastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci. Pukul 23.00 WIB memasang *handrail* tempat tidur, *handrail* tempat tidur terpasang. Pukul 23.20 WIB mendekati bel pemanggil dalam jangkauan pasien, bel berada tepat disamping tempat tidur pasien. 23.35 WIB mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat, keluarga dan pasien mengatakan sudah paham cara menggunakan bel untuk memanggil perawat.

### **21 Maret 2023**

Pukul 11.15 WIB mengidentifikasi faktor risiko jatuh, pasien berusia 61 tahun mengalami kelemahan ekstremitas kiri dengan diagnosa medis stroke non hemoragik. Pukul, 12.10 WIB mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, kamar pasien diberi penerangan yang cukup. Pukul 15.42 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien hanya bisa tirah baring. Pukul 22.55 WIB memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, tempat tidur terkunci dan keluarga pasien mengatakan selalu memastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci. Pukul 23.09 WIB memasang *handrail* tempat

tidur, *handrail* tempat tidur terpasang. Pukul 23.11 WIB mendekati bel pemanggil dalam jangkauan pasien, bel berada tepat disamping tempat tidur pasien.

### **22 Maret 2023**

Pukul 11.38 WIB mengidentifikasi faktor risiko jatuh, pasien mengalami kelemahan ekstremitas kiri dengan diagnosa medis stroke non hemoragik. Pukul, 12.26 WIB mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, kamar pasien diberi penerangan yang cukup. Pukul 15.25 WIB memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien hanya bisa tirah baring. Pukul 22.47 WIB memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, tempat tidur terkunci dan keluarga pasien mengatakan selalu memastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci. Pukul 23.08 WIB memasang *handrail* tempat tidur, *handrail* tempat tidur terpasang. Pukul 23.40 WIB mendekati bel pemanggil dalam jangkauan pasien, bel berada tepat disamping tempat tidur pasien.

### **Evaluasi**

**Subyektif:** Keluarga pasien mengatakan selalu memastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci.

**Obyektif:** Pasien mengalami kelemahan ekstremitas kiri dengan diagnosa medis stroke non hemoragik, kamar pasien diberi penerangan yang cukup, pasien hanya bisa tirah baring, tempat tidur terkunci,

*handrail* tempat tidur terpasang, bel berada tepat disamping tempat tidur pasien.

**Analisa:** Risiko jatuh teratasi

**Perencanaan:** Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruang penyakit dalam pada poin a,b,c,d,e.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam BAB ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Tn. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Kamar 1307 RSUD Koja Jakarta Utara” dari tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Penyebab Stroke Non Hemoragik pada pasien karena pasien memiliki kebiasaan merokok 2-3 bungkus perhari sebelum sakit hal ini sudah sesuai dengan yang dikemukakan Rahmadiliyani & Fitria, (2019) faktor yang dapat menyebabkan stroke, faktor yang tidak dapat dimodifikasi yakni usia, jenis kelamin, dan lain-lain. Faktor kondisi kesehatan seperti hipertensi, penyakit jantung, lain-lain. Faktor perilaku seperti kebiasaan aktivitas fisik, pola makan, dan merokok. Pada pengkajian selanjutnya penulis akan membahas

kesenjangan antara teori dengan pasien meliputi manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, dan penatalaksanaan.

Menurut Hutagalung, (2019) manifestasi klinis stroke beragam tergantung pada bagian otak yang terganggu. Gangguan pada pembuluh darah karotis pada cabangnya yang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media), dapat terjadi gejala gangguan rasa di daerah wajah sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi, gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai sisi (*hemiparesis/hemiplegi*), gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain (*afasia*), gangguan penglihatan, dapat berupa kebutaan satu sisi, atau separuh muka/wajah sisi atau disertai gangguan lapangan pandangan separuh (*hemianopsia*).

Sebaliknya penulis tidak menemukan semua manifestasi klinis, penulis tidak menemukan gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata atau sulit mengerti pembicaraan orang lain (*afasia*) hal ini dibuktikan saat dilakukan pemeriksaan Nervus XII (Hipoglossus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kanan dan kiri pasien mampu melakukan, pasien mampu menjulurkan lidah dan pasien mampu memutar lidah. Pasien saat diajak berkomunikasi artikulasi pasien bisa dimengerti. Menurut Purnomo, dkk (2016) Afasia adalah suatu istilah umum yang digunakan untuk mendefinisikan sekumpulan gangguan berbahasa yang terjadi setelah adanya kerusakan otak, yang sering mengenai hemisfer kiri. Afasia dapat mempengaruhi aspek ekspresif maupun reseptif dalam

komunikasi termasuk berbicara, pemahaman, menulis, membaca dan gerak/isyarat, sehingga afasia merupakan salah satu defisit kognitif yang paling membatasi pasien karena menyebabkan cacat fungsional dan tekanan psikologis yang parah.

Pada pasien tidak ditemukan gangguan penglihatan, dapat berupa kebutaan satu sisi, atau separuh muka/wajah sisi atau disertai gangguan lapangan pandangan separuh (*hemianopsia*) hal ini dibuktikan saat dilakukan pemeriksaan pada sistem penglihatan mata tampak simetris, kelopak mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik, pada pemeriksaan Nervus III (Okulomotorius) tampak diameter pupil 2mm/2mm, pupil isokor, pemeriksaan Nervus IV (Troklearis) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat dari atas kebawah, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak menggunakan kontak lensa, dan reaksi terhadap cahaya baik. Menurut Farhan (2018) Stroke yang terjadi di bagian lobus parietal atau temporal bisa mengganggu jaringan penglihatan dari saluran optik ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan.

Menurut Hutagalung (2021) serangan stroke dapat mengakibatkan komplikasi yaitu, depresi karena keterbatasan akibat lumpuh dan sulit berkomunikasi menyebabkan penderita stroke sering mengalami depresi, darah pembekuan darah juga dapat terjadi pada arteri yang mengalirkan darah pada paru-paru sehingga penderita sulit bernapas dan dalam beberapa kasus

mengalami kematian, terjadi infeksi jika penderita stroke menjadi lumpuh, penderita harus sering dipindahkan dan digerakkan secara teratur agar bagian pinggul, sendi kaki, dan tumit tidak terluka. Bila luka-luka tidak dirawat, bisa terjadi infeksi, pneumonia (radang paru-paru), ketidakmampuan bergerak setelah mengalami stroke membuat penderita mengalami kesulitan menelan dengan sempurna atau sering terbatuk-batuk sehingga cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya dapat mengakibatkan pneumonia.

Penulis tidak menemukan semua komplikasi yang dikemukakan, hanya satu komplikasi yang ditemukan pada kasus yaitu infeksi. Pasien ditemukan luka dekubitus grade 1, dengan diameter 7cm. Menurut Alimansur dan Santoso (2019) penurunan persepsi sensori pada penderita stroke akan menyebabkan penderita kehilangan rasa atau sensasi, ketika ada jaringan kulit yang mengalami kerusakan penderita tidak bisa merasakannya sehingga cenderung tidak melakukan perubahan posisi sehingga penekanan di area tersebut berlanjut dan terjadilah luka dekubitus.

Menurut Maria (2021) pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu CT-Scan, MRI, pemeriksaan jantung, pemeriksaan paru, dan pemeriksaan laboratorium darah. Sedangkan pemeriksaan penunjang pada pasien hanya dilakukan pemeriksaan CT-Scan, dan pemeriksaan laboratorium darah. Pemeriksaan lain tidak dilakukan karena dari hasil CT-Scan dan pemeriksaan laboratorium darah sudah cukup memberikan gambaran yang cukup untuk membantu menegakkan diagnosa medis pada pasien.

Hasil CT Scan tampak klasifikasi di falk serebri, cerebellopontine angle (CPA) kanan kiri tak tampak kelainan, pons tak tampak kelainan, folia serebri

tampak melebar, tak tampak lagi aicell mastoid, sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan, sub acute infark di corona radiata kanan dan thalamus kiri, brain atrophy, tekanan darah pasien awal masuk 197/110 mmHg, kolestrol HDL 52.0 mg/dL (41.5 – 67.3), kolestrol LDL 110 mg/dL (< 130).

Menurut Hutagalung, (2021) penatalaksanaan pada pasien stroke yaitu diberikan terapi reperfusi, pengobatan anti platelet, obat-obat defibrinasi, terapi neuroproteksi, obat-obat anti hipertensi, analgesik, dan terapi anti fibrinolitik untuk mencegah perdarahan ulang.

Penatalaksanaan medis yang ada dalam teori dan diberikan kepada pasien yaitu terapi neuroproteksi, pasien diberikan citicolin 2x500mg (IV), anti hipertensi pasien diberikan amlodipine 1x100mg (oral) ramipril 1x5mg (oral), dan analgesik pasien diberikan paracetamol 3x500mg (oral).

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian.

Hambatan lainnya saat ditahap pengkajian adalah kesulitan mendapatkan hasil CT-Scan karena tidak semua pasien di RSUD Koja ada bukti cetak tertulis kesan CT-Scan oleh Ahli radiologi direkam medis dan hanya terdapat di komputer data pasien, namun penulis menemukan hambatan dalam mendapat hasil CT-Scan saat pertama kali pasien masuk ke RSUD Koja. Menurut informasi dari kepala perawat ruangan bahwa pada saat ini hasil CT- Scan tidak dicantumkan di rekam medis dan hasil tidak langsung di cantumkan di

komputer harus menunggu beberapa hari, sebagai solusinya penulis penulis berkonsultasi dengan kepala ruangan, sehingga penulis bisa mendapatkan kesan dari hasil CT-Scan milik pasien.

## **B. Diagnosis Keperawatan**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) ada delapan diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien stroke yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi, risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun.

Terdapat 5 diagnosis yang ditemukan pada pasien dengan dikemukakan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi, risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun. Terdapat perbedaan dengan teori hal ini dikarenakan pengangkatan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien yang dilihat dari data subjektif dan objektif mayor maupun minor.

Sebaliknya diagnosis yang dikemukakan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) namun tidak ditemukan pada pasien yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan hal ini dibuktikan pasien dapat menelan makanan dengan baik dan pasien tidak terpasang NGT, gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat dibuktikan dengan saat dilakukan pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) tampak tidak ada kelainan dalam penciuman, pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan dengan menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung, pada pemeriksaan Nervus IV (Troclearis) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat dari atas kebawah, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak menggunakan kontak lensa, dan reaksi terhadap cahaya positif, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dibuktikan dengan pasien saat diajak berkomunikasi artikulasi pasien bisa dimengerti.

Diagnosis yang tidak dikemukakan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) namun ditemukan pada pasien yaitu risiko infeksi dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokong kirinya, terdapat luka dekubitus grade 1 berdiameter 7cm, diarea bokong sebelah kiri. Menurut Pahria dan Adiningsih (2023) dekubitus adalah cedera lokal pada kulit atau jaringan biasanya disebabkan oleh penonjolan tulang sebagai hasil dari tekanan tak henti-hentinya atau tekanan dalam kombinasi dengan gesekan.

Dekubitus juga dapat menimbulkan komplikasi seperti infeksi yang merupakan komplikasi utama paling umum dari dekubitus.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya banyak referensi seperti text book maupun jurnal online yang banyak tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke non hemoragik, banyaknya sumber yang tersedia sempat membuat penulis kebingungan dalam menentukan acuan, alternatif yang penulis lakukan adalah dengan melakukan analisa dan diskusi dengan pembimbing ditemukanla acuan yang cocok untuk digunakan. Hambatan yang dialami penulis saat melakukan perumusan diagnosa adalah adanya masalah keperawatan namun saat dilakukan perumusan data yang diperoleh kurang dari 80% untuk memenuhi kriteria diangkatnya sebuah diagnosa. Alternatif yang dilakukan oleh penulis agar tetap dapat menyelesaikan masalah keperawatan namun tidak harus mengangkat diagnosa adalah dengan melakukan beberapa modifikasi dalam perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

### **C. Perencanaan**

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada kasus, dan disesuaikan dengan kebutuhan dasar manusia yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Pada tahap perencanaan keperawatan penulis membuat perencanaan keperawatan mulai dari tujuan, kriteria hasil hingga intervensi. Tujuan keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam, dan kriteria hasil disusun secara spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, rasional dan mempunyai batas waktu yang diinginkan.

Menurut Tim Pokja SIKI PPNI DPP PPNI (2018) perencanaan keperawatan yang terdapat pada diagnosis gangguan mobiltas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yaitu dukungan mobilisasi terdapat mobilisasi sederhana misalnya duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, dan pindah dari tempat tidur ke kursi, tidak terdapat rancana latihan ROM. Namun penulis melakukan modifikasi pada perencanaan di diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan memasukkan latihan ROM, hal ini dikarenakan keadaan pasien tidak memungkinkan untuk bangun dari tempat tidur karena pasien mengalami penurunan kekuatan otot, tetapi pasien harus tetap dapat meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Menurut Eka Pratiwi Syahrim, dkk (2019) ROM disesuaikan dengan kondisi pasien karena ROM merupakan terapi yang bertujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, sehingga pasien mampu memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari secara mandiri atau dengan bantuan minimal meskipun dengan keterbatasan fisik. Pasien mampu menggunakan segala sumber daya yang masih dimilikinya seperti separuh anggota gerak yang masih berfungsi, bantuan alat untuk berjalan dan bantuan keluarga agar tubuhnya berfungsi seperti semula.

Faktor pendukung yang ditemukan oleh penulis yaitu tersedianya sumber-sumber yang memadai untuk dijadikan acuan penyusunan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien, dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan penulis menemukan hambatan dalam memberikan perencanaan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien dalam literatur yang digunakan

terdapat rencana yang perlu penulis modifikasi agar sesuai dengan keadaan pasien.

#### **D. Pelaksanaan**

Tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dan semua tindakan keperawatan dilakukan pendokumentasian selama 3x24 jam. Saat pelaksanaan penulis mengalami kesulitan namun sudah ditemukan alternatif dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif saat dilakukan tindakan dan mampu bekerja sama dengan baik, serta kepercayaan yang diberikan kepada penulis oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan.

Diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, penulis mengalami kesulitan yaitu dalam melaksanakan intervensi ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan yaitu ROM, kaki kiri pasien jika digerakkan nyeri pada pangkal pahnya, pasien mengatakan nyeri timbul karena luka dekubitus yang ada pada bokongnya, sebagai solusi penulis melakukan ROM dengan mengecualikan ekstremitas kaki kiri bagian pangkal paha.

Hambatan yang dialami penulis adalah pada saat akan melakukan tindakan pemberian obat injeksi intravena pada diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif dan risiko infeksi adalah kurang tersedianya peralatan berupa bak injeksi dan perlak di ruangan sehingga terkadang penulis pada saat

memberikan terapi injeksi tidak menggunakan bak injeksi dan perlak tapi digantikan dengan keranjang kecil sebagai pengganti bak injeksi. Namun hal tersebut tidak sesuai dengan *standard operating procedure* (SOP).

Menurut Lestari (2016) pengertian pemberian obat injeksi merupakan memasukkan sejumlah obat ke dalam vena dengan tujuan tertentu dengan menggunakan spuit. Dimana standar operasional peralatan yang harus disediakan alat meliputi, obat sesuai order, tornikuet, alkohol swab, bengkok, tempat sampah medis, pengalas, sarung tangan tidak steril, *septic box*, baki/nampan atau *trolly*. Pada hambatan ini penulis belum menemukan alternatif, meskipun di ruangan tersedia keranjang kecil yang sering digunakan oleh perawat ruangan sebagai pengganti bak injeksi namun hal tersebut belum sepadan untuk dijadikan alternatif memperhatikan tingkat kebersihan dari peralatan yang digunakan serta kesesuaian dengan SOP.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi yang dilakukan penulis, dilakukan sesuai dengan teori meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah dilakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil lebih mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun.

Terdapat 1 diagnosis keperawatan yang diangkat teratasi, 4 teratasi sebagian karena pasien sudah mengalami perbaikan, 1 belum teratasi. Menurut Nasution (2018) Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara

tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya.

Diagnosis pertama adalah diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, hal ini di dukung oleh data pasien mengatakan sudah lebih baik karena pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala, tidak mual dan tidak muntah, tekanan darah 135/88 mmHg frekuensi nadi 79x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36°C.

Diagnosis keperawatan kedua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pasien belum teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus pada bokongnya sudah berkurang dan dapat melakukan ROM secara perlahan, pasien dapat menggerakkan tangan kirinya jika dibantu dengan tangan kanan, tangan kirinya dapat diangkat namun hanya sebentar, kaki kiri hanya dapat bergeser kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas 3333, ekstremitas kiri bawah 2222 ekstremitas kanan atas 5555, ekstremitas kanan bawah 5555, kondisi umum pasien sedang kesadaran composmentis, anak pasien membantu pasien saat melakukan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, pasien melakukan ROM sendiri pada ekstremitas yang tidak mengalami kelemahan, sedangkan ekstremitas yang mengalami kelemahan dibantu oleh keluarga.

Diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan penekanan mengalami perbaikan dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan telah mengoleskan minyak zaitun pada bokong pasien, disekitar luka tidak ada kulit yang kering, pasien mengatakan gatal pada

pinggir luka, grade 1 berdiameter 7cm, luka pasien dibersihkan menggunakan NaCl, dioleskan salep, dan ditutup kembali menggunakan kasa.

Diagnosis keperawatan yang keempat yaitu nyeri berhubungan dengan penekanan mengalami perbaikan dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus sudah berkurang, P: luka dekubitus, Q: nyut-nyutan, R: bokong kiri, S: 3, T: hilang timbul, pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dengan posisi terlentang, dan semakin berkurang jika tidak bergerak dengan posisi miring ke kanan, pasien tampak meringis kesakitan sesekali, saat nyeri muncul pasien tampak melakukan teknik relaksasi napas dalam, suhu ruangan tidak panas, ruangan tenang dan tidak bising.

Diagnosis keperawatan yang kelima yaitu risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit mengalami perbaikan dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka dekubitus, keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi. keluarga pasien mengatakan pasien selalu menghabiskan makanan yang diberikan dari rumah sakit, suhu tubuh pasien 36°C, luka tampak kemerahan tidak bengkak, tidak ada puss, tidak berbau, luka tampak basah, area pinggir luka kering, pasien hanya ditunggu satu orang keluarga dan bergantian perawat selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, keluarga dapat menyebutkan kembali tanda dan gejala infeksi, keluarga pasien dapat mengikuti cara mencuci tangan dengan benar, keluarga pasien mengatakan pasien selalu menghabiskan makanan yang diberikan dari rumah sakit.

Diagnosis keperawatan yang keenam yaitu risiko jatuh ditandai dengan penurunan kekuatan otot teratasi dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan selalu memastikan tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci, pasien mengalami kelemahan ekstremitas kiri dengan diagnosa medis stroke non hemoragik, kamar pasien diberi penerangan yang cukup, pasien hanya bisa tirah baring, tempat tidur terkunci, *handrail* tempat tidur terpasang, bel berada tepat disamping tempat tidur pasien.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dengan jelas, pasien dan keluarga pasien yang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga penulis bisa mendapatkan luaran yang jelas dari evaluasi pasien. Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam evaluasi keperawatan adalah tidak adanya perbaruan data pemeriksaan penunjang pemeriksaan hasil lab. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien-pasien yang telah membaik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut biasanya memang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lagi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Tn.S Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Koja”. Maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Stoke Non Hemoragik.

#### **A. Kesimpulan**

Penyebab Stroke Non Hemoragik pada pasien akibat adanya riwayat hipertensi dan kebiasaan pasien merokok setiap hari sehingga aliran darah ke otak menjadi terganggu. Pada pengkajian keperawatan, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang dan juga penatalaksanaan penulis menemukan beberapa kesenjangan yang ditemukan pada pasien dengan sumber literatur yang peroleh penulis. Pengkajian pada pasien berjalan cukup lancar, hambatan yang dialami saat pengkajian dapat dicari solusinya sehingga data yang dibutuhkan bisa terkumpul.

Terdapat 5 diagnosis yang ditemukan pada pasien dengan dikemukakan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yaitu nyeri akut berhubungan

dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, risiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi, risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun.

Terdapat satu diagnosa yang tidak dikemukakan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun muncul di kasus yaitu risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit. Selain itu terdapat diagnosa yang dikemukakan oleh Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun tidak muncul pada pasien adalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan faktor risiko hipertensi, risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun.

Perencanaan keperawatan disusun menyesuaikan dengan teori, dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi dimodifikasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuaikannya berdasarkan jam dinas yaitu selama tiga hari. Referensi yang cukup banyak membantu kelancaran dalam menyusun intervensi, hamatan yang dialami penulis saat menyusun intervensi dapat ditemukan solusinya sehingga penulis dapat memberika intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan, tindakan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan

dengan baik, namun ada beberapa yang mengalami hambatan, namun sudah didapatkan solusinya. Pada tahap evaluasi enam diagnosa keperawatan tercapai sebagian yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit, nyeri akut, risiko infeksi, dan risiko jatuh.

Sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna untuk semua pihak, diantaranya :

## **B. Saran**

### **1. Bagi perawat ruangan**

Diharapkan bagi seluruh tenaga medis dalam melakukan pendokumentasian untuk setiap kegiatan di rekam medis pasien hendaknya lebih dirapihkan lagi penulisannya dan ditulis lebih jelas sehingga bisa dibaca dengan mudah oleh tim tenaga kesehatan lain yang memerlukan informasi tersebut demi terjaminnya keselamatan pasien dan kelancaran selama pemberian asuhan keperawatan. Bagi perawat ruangan alangkah baiknya untuk selalu menerapkan prosedur yang dilakukan sesuai dengan SOP guna untuk keselamatan pasien dan melindungi keselamatan diri.

### **2. Untuk Penulis**

Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik. Hal ini dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literatur dari jurnal atau artikel, dan melakukan update informasi terbaru tentang Stroke Non

Hemoragik disesuaikan dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK). Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis supaya dalam memodifikasi perencanaan keperawatan bisa sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan cara membanding setiap literatur yang ada dan mencocokkan dengan keadaan pasien.

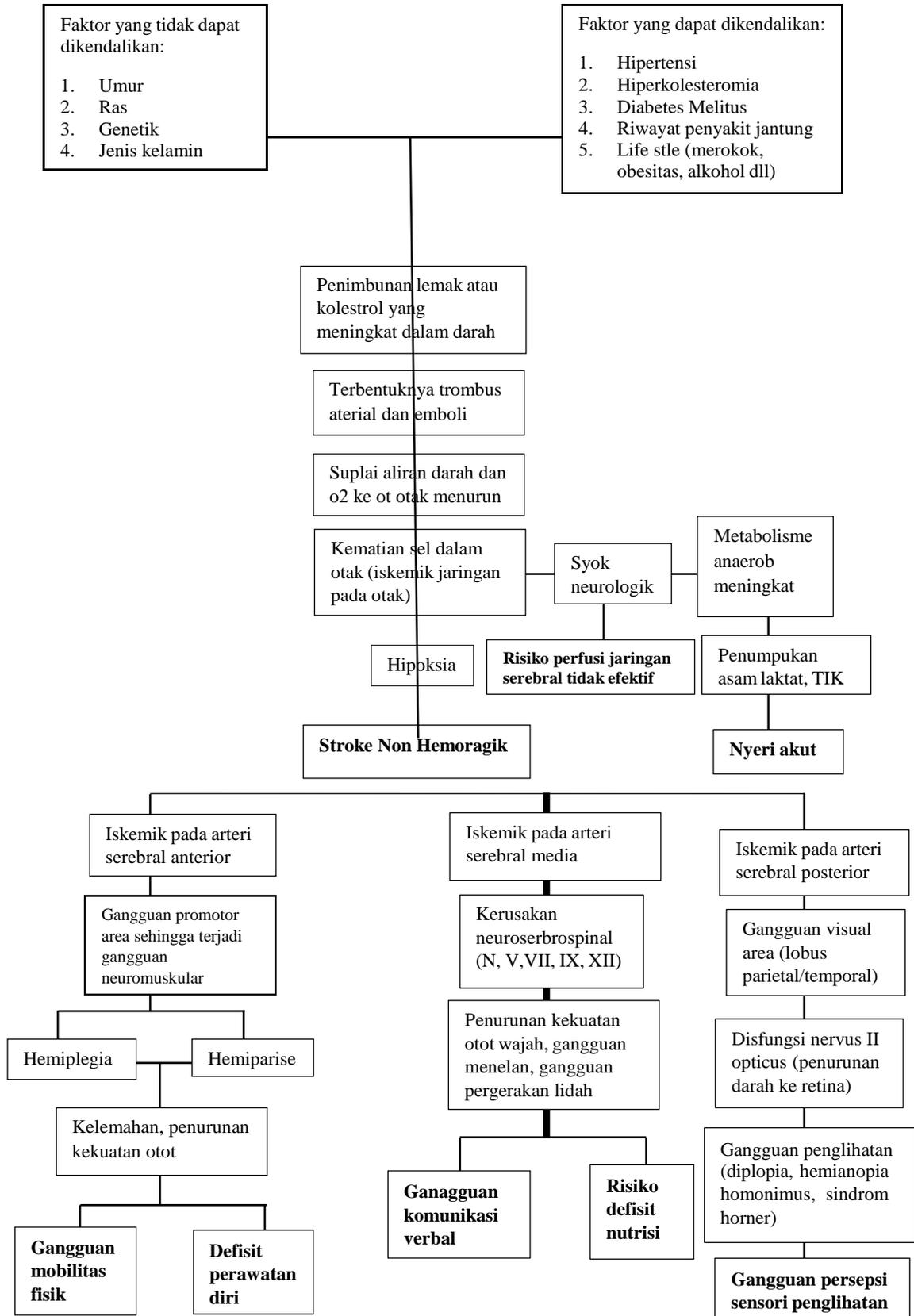
## DAFTAR PUSTAKA

- Alimansur, Moh, & Puguh Santoso. 2019. "Faktor Resiko Dekubitus Pada Pasien Stroke." *Jurnal Ilmu Kesehatan* 8 (1): 82. <https://doi.org/10.32831/jik.v8i1.259>.
- Balitbangkes RI. 2018. "Laporan Riskesdas 2018 Nasional.Pdf." *Lembaga Penerbit Balitbangkes*. [http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf](http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf).
- Brunner, and Suddarth. 2017. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. 8th ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Eka Pratiwi Syahrim, Wahdaniyah, Maria Ulfah Azhar, and Risnah Risnah. 2019. "Efektifitas Latihan ROM Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke: Study Systematic Review." *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)* 2 (3): 186–91. <https://doi.org/10.56338/mppki.v2i3.805>.
- Farhan, Zahara. 2018. "Pengaruh Latihan Vokal Terhadap Perubahan Kemampuan Menelan Pada Pasien Stroke Infark Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut Tahun 2015." *Jurnal Soshum Insentif*, 43–55. <https://doi.org/10.36787/jsi.v1i1.33>.
- Fitriyani, Noor. 2020. "Buku Ajar: Modul Praktikum Metodologi Keperawatan." *Universitas Kristen Indonesia*, 179. [http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/649/1/MODUL PRAKTIKUM Metodologi Keperawatan.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/649/1/MODUL_PRAKTIKUM_Metodologi_Keperawatan.pdf).
- Hutagalung, M. Siregar. 2019. *Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati Dan Menyembuhkan*. Edited by Qorry 'Aina Abata. 1st ed. Bandung: Nusa Media.
- Hutagalung, M. Siregar. 2021. *Mengenal Stroke Serta Karakteristik Penderita Stroke Haemoragik Dan Non Haemoragik: Panduan Lengkap Stroke*. Nusamedia.
- Junaidi, Iskandar. 2013. *Stroke, Waspada! Ancamannya*. Edited by Dorce Tandung. Yogyakarta: ANDI Yogyakarta.
- Kusyani, Asri, & Bayu Khayudin. 2022. *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa Dan Perawat Profesional*. Edited by Guepedia. Bojonegoro: Guepedia. <https://doi.org/978-623-407-126-9>.
- Lestari. 2016. *Farmakologi Dalam Keperawatan*. Edited by Mawardi Suhardi, Saputri. 1st ed. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.

- Maria, Insana. 2021. *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta: Deepublish. <https://doi.org/978-623-02-2362-4>.
- Nasution, Minda Ihsaniah. 2018. "Keberhasilan Asuhan Keperawatan." *Evaluasi Asuhan Keperawatan Sebagai Penentu Keberhasilan Asuhan Keperawatan*, 6. <https://osf.io/7yf2x/download/?format=pdf>.
- Nurarif, & Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Medis Dan Nanda Nic Noc*. Yogyakarta: Medication Publishing.
- Pahria, Tuti, & Dian Adiningsih. 2023. "Pengaruh Penggunaan Virgin Coconut Oil (Vco) Terhadap Pencegahan Dekubitus : Systematic Review" 7: 564–72.
- PPNI. 2016. *Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2016. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI.
- Purnomo, Andrew M., Lidwina S. Sengkey, & Christina A. Damopolii. 2016. "Angka Kejadian Afasia Pada Stroke Di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2015." *E-CliniC* 4 (2). <https://doi.org/10.35790/ecl.4.2.2016.14346>.
- Rahmadiliyani, Nina Rahmadiliyani, & Aida Fitria. 2019. "Ketepatan Penentuan Kode Diagnosis Utama Penyebab Kematian Pada Kasus Stroke Di RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandungan." *Jurnal Kesehatan Indonesia* 9 (2): 104. <https://doi.org/10.33657/jurkessia.v9i2.165>.
- Rantepadang, Andreas. 2022. *Penanganan Pasien Stroke*. Edited by Hendrik Efriyadi. 1st ed. Vol. . Yogyakarta: Bintang Semesta Media.
- Rizaldy, Pinzon, & Laksmi Asanti. 2019. *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan Dan Pencegahan*. Yogyakarta: ANDI.
- Rohmah Nikmatur, & Walid Saiful. 2014. *Proses Keperawatan: Teori Dan Aplikasi*. Edited by Sandra Meita. 2nd ed. Ar-Ruzz Media.
- Suhardingsih, A V Sri, Moh Hasan Mahfoed, & Rahmat Hargono. 2019. "Peningkatan Self-Care Agency Pasien Dengan Stroke Iskemik Setelah Penerapan Self-Care Regulation Model." *Jurnal Ners* 7 (1): 13–23.
- World Health Organization. 2022. "World Stroke Day 2022." World Health Organization. 2022. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022->

world-stroke-day-2022#:~:text=The Global Stroke Factsheet released,a stroke in their lifetime.

### Pathway Stroke Non Hemoragik



Sumber: Arif Mutaqin, 2017 & Arief, 2019

## Laporan Pendahuluan Obat

### A. Ondansetron

Ondansetron adalah obat untuk saluran pencernaan yang digunakan sebagai terapi ini pertama untuk mengatasi dan/atau mencegah mual dan muntah.

#### **Indikasi Obat:**

Indikasi ondansetron adalah sebagai antiemesis profilaksis pada prosedur kemoterapi, tindakan operasi, ataupun radioterapi. Dosis ondansetron yang digunakan untuk mengatasi mual dan muntah akibat obat kemoterapi disesuaikan berdasarkan tingkat emetogenik obat.

#### **Kontra Indikasi:**

Kontraindikasi ondansetron mutlak adalah riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini.

### B. Omeprazole

Omeprazole merupakan obat golongan proton pump inhibitor (PPI) yang digunakan untuk pengelolaan penyakit yang berhubungan dengan peningkatan asam lambung, seperti ulkus peptikum, gastritis akibat infeksi *Helicobacter pylori*, dan gastroesophageal reflux disease (GERD).

#### **Indikasi Obat:**

Indikasi omeprazole adalah pada berbagai kondisi medis yang berhubungan dengan peningkatan asam lambung. Omeprazole injeksi sebagai terapi pilihan untuk kondisi yang tidak bisa menerima peroral.

**Kontra Indikasi:**

Kontraindikasi omeprazole adalah pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole.

**C. Cefotaxime**

Cefotaxime merupakan antibiotik spektrum luas golongan sefalosporin generasi ketiga yang dapat digunakan untuk terapi infeksi saluran pernapasan bawah, infeksi saluran kemih, gonorrhea, meningitis, bakteremia, dan sepsis. Cefotaxime bersifat bakterisidal yang bekerja dengan cara menghambat pembentukan dinding sel bakteri, sehingga bakteri lisis.

**Indikasi Obat:**

Indikasi cefotaxime adalah untuk penatalaksanaan infeksi saluran pernapasan bawah, infeksi saluran kemih, pelvic inflammatory disease, infeksi intraabdominal, infeksi sistem saraf pusat, infeksi pada tulang dan kulit, serta pada bakteremia dan sepsis. Cefotaxime juga dapat digunakan sebagai antibiotik profilaksis sebelum tindakan pembedahan, dengan dosis tunggal 1 gram.

**Kontra Indikasi:**

Kontraindikasi absolut penggunaan cefotaxime adalah pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas tipe cepat setelah penggunaan cefotaxime, komponen penyusun cefotaxime, atau golongan cephalosporin lain. Segera hentikan pemberian cefotaxime bila muncul tanda-tanda hipersensitivitas, seperti ruam kulit, urtikaria, atau bila pasien tampak gelisah.

#### **D. Amlodipine**

Amlodipine merupakan obat antihipertensi golongan penyekat kanal kalsium generasi kedua yang digunakan dalam penatalaksanaan hipertensi dan angina. Amlodipine menurunkan tekanan darah dengan menghambat masuknya ion kalsium transmembran ke dalam jantung dan otot polos, sehingga menyebabkan dilatasi vaskular perifer.

##### **Indikasi Obat:**

Indikasi amlodipine adalah terapi tunggal atau ganda, terapi tunggal untuk kontrol tekanan darah, terapi ganda dapat dikombinasikan dengan diuretikum tiazid, penghambat beta adrenoseptor, atau inhibitor, enzim pengubah angiotensin.

##### **Kontra Indikasi:**

Kontraindikasi amlodipine adalah pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini. Peringatan pemberian amlodipine diperlukan terkait pasien dengan gangguan fungsi hepar, gagal ginjal, gagal hati kongestif, dan pasien lansia.

#### **E. Ramipril**

Ramipril adalah obat golongan Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), yang digunakan dalam tata laksana penyakit kardiovaskular, seperti hipertensi, gagal jantung, dan infark miokard. Obat ini bekerja dengan mempengaruhi sistem renin-angiotensin-aldosteron (SRAA), sehingga menyebabkan vasodilatasi sistemik dan menurunkan volume cairan intravaskular melalui pencegahan retensi natrium dan air.

##### **Indikasi Obat:**

Indikasi ramipril adalah untuk menurunkan tekanan darah, misalnya dalam tata laksana hipertensi dan CHF. Penurunan tekanan darah sebagai pendukung untuk diuretic atau glikosida jantung, mengurangi risiko stroke, kematian karekardivaskular pada orang tua atau penderita DM.

**Kontra Indikasi:**

Kontraindikasi ramipril adalah pada pasien yang hipersensitif terhadap produk ini atau obat angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) lainnya. Penggunaan ramipril juga harus diperhatikan pada pasien yang hamil dan menyusui.

**F. Citicolin**

Suplemen makanan yang digunakan untuk meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di otak. Suplemen ini bekerja dengan meningkatkan sintesis fosfatidilkolin (fosfolipid membran saraf utama) dan meningkatkan produksi asetilkolin sehingga digunakan untuk terapi penyakit alzheimer dan jenis demensia, trauma kepala, penyakit serebrovaskular seperti stroke, penurunan kemampuan berpikir yang berkaitan dengan usia seperti pikun, penyakit parkinson.

**Indikasi Obat:**

Kehilangan kesadaran yang menyertai trauma serebral, kecelakaan lalulintas, dan bedah otak. Gangguan psikiatrik atau gangguan saraf. Untuk memperbaiki aliran darah serebral misalnya pada stroke iskemik.

**Kontra Indikasi:**

Hipertonia pada sistem saraf parasimpatis.

## **G. Paracetamol**

Paracetamol atau acetaminophen adalah obat analgesik non-opiat yang berfungsi untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam. Nyeri yang dapat diatasi dengan paracetamol adalah nyeri ringan sampai sedang. Paracetamol dapat digunakan pada beberapa keluhan seperti nyeri kepala, nyeri otot, arthritis, nyeri punggung, nyeri pada gigi, dan demam.

### **Indikasi Obat:**

Indikasi paracetamol adalah untuk meringankan rasa sakit pada keadaan sakit kepala, sakit kepala, dan menurunkan demam.

### **Kontra Indikasi:**

Paracetamol tidak dapat digunakan pada pasien yang memiliki hipersensitivitas terhadap paracetamol dan penderita gangguan fungsi hati yang berat.

Sumber:

ISO. 2019. *Informasi Spesialite Obat Indonesia Volume 52*. PT. ISFI.

Penerbitan, Jakarta

### **SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)**

|                   |                                    |
|-------------------|------------------------------------|
| Pokok Bahasan     | : Range Of Motion (ROM)            |
| Sub Pokok Bahasan | : Manfaat dan Cara Range Of Motion |
| Sasaran           | : Tn. S (61 tahun) dan keluarga    |
| Hari/Tanggal      | : Selasa, 21 Maret 2023            |
| Tempat            | : Ruang Penyakit Dalam Lt.13       |
| Waktu             | : 20 menit                         |
| Penyuluh          | : Fath Ma Abdillah                 |

---

#### **I. Tujuan Instruksional Umum ( TIU )**

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 20 menit diharapkan Tn.S dan keluarga dapat mengetahui dan memahami tentang gerakan ROM, tujuan dari gerakan ROM, prinsip gerakan ROM, klasifikasi gerakan ROM, dan cara gerakan ROM.

#### **II. Tujuan Instruksional Khusus ( TIK )**

Setelah mendapatkan penyuluhan, keluarga diharapkan dapat :

1. Klien dan keluarga mampu menyebutkan kembali pengertian dari ROM
2. Klien mampu menyebutkan tujuan dari Gerakan ROM.
3. Klien mampu menyebutkan prinsip dari gerakan ROM.
4. Klien dan Keluarga mampu menyebutkan klasifikasi dari ROM
5. Klien dan keluarga mampu mempraktekkan/ mendemonstrasikan cara gerakanROM pada ekstremitas bawah

#### **III. Materi Penyuluhan**

1. Menjelaskan definisi ROM
2. Menjelaskan tujuan ROM
3. Menjelaskan indikasi ROM
4. Menjelaskan kontraindikasi ROM
5. Menjelaskan prinsip gerakan ROM

6. Menjelaskan klasifikasi ROM

7. Menjelaskan gerakan ROM

#### **IV. Metode Penyuluhan**

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi
- c. Demonstrasi dan redemonstrasi

#### **V. Media Penyuluhan**

- a. Leaflet
- b. Lembar balik

#### **VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan**

| <b>No</b> | <b>Kegiatan</b>        | <b>Uraian Kegiatan</b>  |  |
|-----------|------------------------|---|--|
|           |                        | <b>Penyuluh</b>   | <b>Audience</b>  |
| 1         | Pembukaan<br>(5 Menit) | <ol style="list-style-type: none"><li>a. Mengucapkan salam</li><li>b. Menyampaikan tujuan penyuluhan</li><li>c. Melakukan apresiasi</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>a. Menjawab salam</li><li>b. Menyetujui tujuan penyuluhan</li><li>c. Mengikuti apresiasi</li></ol> |

|   |                                  |  |  |
|---|----------------------------------|--|--|
| 2 | Penyampaian Materi<br>(10 menit) | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai konsep</li> <li>b. Memberikan penyuluhan dan berdiskusi bersama pasien tentang :</li> <li>c. Menjelaskan pengertian ROM</li> <li>d. Menjelaskan Tujuan ROM</li> <li>e. Menjelaskan kontraindikasi</li> <li>f. Menjelaskan prinsip gerakan ROM.</li> <li>g. Menjelaskan klasifikasi ROM</li> <li>h. Menjelaskan gerakan ROM</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi</li> <li>b. Menyimak materi dan berdiskusi</li> <li>c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</li> <li>d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</li> <li>e. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</li> <li>f. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</li> <li>g. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</li> <li>h. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</li> <li>i. Meredemonstrasikan Teknik Relaksasi Napas Dalam</li> <li>j. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</li> </ul> |
|---|----------------------------------|--|--|

|   |                      |  |   |
|---|----------------------|--|---|
| 3 | Penutup<br>(5 menit) | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan evaluasi</li> <li>b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi</li> <li>c. Mengucapkan salam</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjawab pertanyaan</li> <li>b. Menyimak kesimpulan</li> <li>c. Menjawab salam</li> </ul> |
|---|----------------------|--|---|

## VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural
  - a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
  - b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
  - c. Tempat dipersiapkan sebelum pelaksanaan
  - d. Mahasiswa, dan pasien berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati
2. Evaluasi Proses
  - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
  - b. Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
  - c. Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi Hasil
  - a. Mampu menjawab pertanyaan dan mengulang kembali pengertian ROM
  - b. Keluarga dan pasien mengetahui tentang tujuan dilakukan ROM
  - c. Keluarga dan pasien mengetahui prinsip dari gerakan ROM
4. Pertanyaan evaluasi
  - a) sebutkan kembali pengertian dari ROM?
  - b) Sebutkan tujuan dari Gerakan ROM?
  - c) Sebutkan prinsip dari gerakan ROM?
  - d) Sebutkan klasifikasi dari ROM?
  - e) Mempraktekan / mendemonstrasikan cara gerakan ROM pada ekstremitas bawah?

## VIII. Sumber

Perry, Peterson dan Potter. 2005. *Buku Saku Keterampilan dan Prosedur Dasar ; Alih bahasa, Didah Rosidah, Monica Ester ; Editor bahasa Indonesia, Monica Ester – Edisi 5.* Jakarta, EGC

Suratun, 2008. *Klien Gangguan sitem Muskuloskeletal. Seri Asuhan Keperawatan ; Editor Monika Ester.* Jakarta : EGC

Meltzer, Suzanne C & Bare, Brenda G. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth.* Alih bahasa, Agung Waluyo, dkk. Editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester. Ed. 8 Vol. 3. Jakarta : EGC.

## LAMPIRAN MATERI

### **Range Of Motion**

#### **A. PENGERTIAN ROM**

ROM adalah gerakan dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan. (Suratun, 2008). Latihan range of motion (ROM) merupakan istilah baku untuk menyatakan batasan gerakan sendi yang normal dan sebagai dasar untuk menetapkan adanya kelainan ataupun untuk menyatakan batas gerakan sendi yang abnormal. (Arif, M, 2008)

Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan persendian atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. (Potter & Perry, 2005)

#### **B. TUJUAN**

Latihan ini memberikan manfaat yaitu :

1. Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot
2. Memperbaiki tonus otot
3. Meningkatkan pergerakan sendi
4. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan
5. Meningkatkan massa otot
6. Mengurangi kelemahan
7. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada persendian

#### **C. Indikasi dilakukan ROM**

1. Stroke atau penurunan kesadaran
2. Kelemahan otot
3. Fase rehabilitasi fisik
4. Klien dengan tirah baring lama

#### **D. Kontra indikasi**

1. Kelainan sendi atau tulang
2. Nyeri hebat
3. Sendi kaku atau tidak dapat bergerak

#### **E. Prinsip Gerakan ROM**

1. ROM harus diulang pada tiap gerakan sebanyak 8 kali dan di lakukan sehari minimal 2 kali
2. ROM harus dilakukan perlahan dan hati-hati
3. Bagian – bagian tubuh yang dapat digerakkan meliputi persendian seperti leher, jari, lengan , siku, tumit, kaki, dan pergelangan kaki
4. ROM dapat dilakukan pada semua bagian persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit

##### **1. Gerakan ROM Pasif**

Latihan ROM yang dilakukan dengan bantuan perawat setiap gerakan. Indikasinya adalah pasien semi koma dan tidak sadar, pasien usia lanjut dengan mobilisasi terbatas, pasien tirah baring total, atau pasien dengan paralisis.

Gerakan yang dapat dilakukan meliputi

- a) Fleksi → Gerakan menekuk persendian
- b) Ekstensi → yaitu gerakan meluruskan persendian
- c) Abduksi → gerakan satu anggota tubuh ke arah mendekati aksis tubuh
- d) Adduksi → gerakan satu anggota tubuh ke arah menjauhi aksis tubuh
- e) Rotasi → gerakan memutar melingkari aksis tubuh
- f) Pronasi → gerakan memutar ke bawah
- g) Supinasi → gerakan memutar ke atas
- h) Inversi → gerakan ke dalam
- i) Eversi → gerakan ke luar

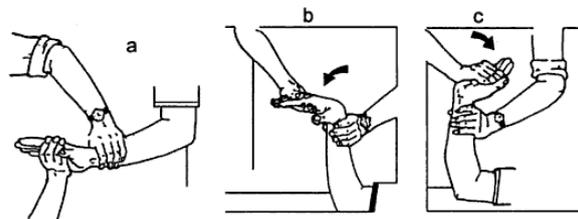
## 2. Gerakan ROM Aktif

Latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukannya. Indikasinya adalah pasien yang dirawat dan mampu untuk ROM sendiri dan Kooperatif.

### A. Gerakan ROM Pasif

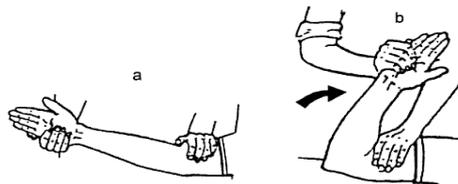
Latihan Pasif Anggota Gerak Atas

#### a. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan



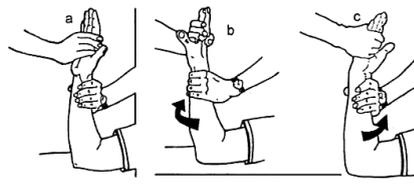
Gambar 10-4 Latihan ROM pasif: fleksi dan ekstensi pergelangan tangan.

#### b. Fleksi dan Ekstensi Siku



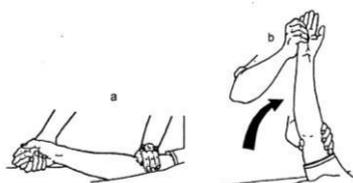
Gambar 10-5 Latihan ROM pasif: fleksi dan ekstensi siku.

#### c. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah



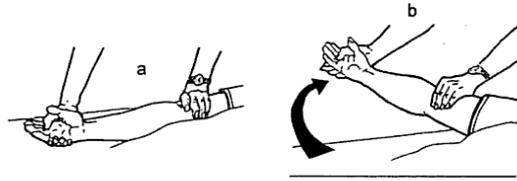
Gambar 10-6 Latihan ROM pasif: pronasi dan supinasi lengan bawah.

#### d. Fleksi dan Ekstensi Bahu



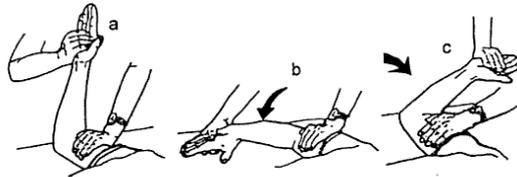
Gambar 10-7 Latihan ROM pasif: fleksi dan ekstensi bahu.

e. Abduksi dan Adduksi Bahu



Gambar 10-8 Latihan ROM pasif: abduksi dan adduksi bahu.

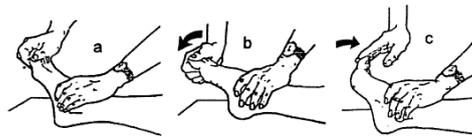
f. Rotasi bahu



Gambar 10-9 Latihan ROM pasif: rotasi bahu.

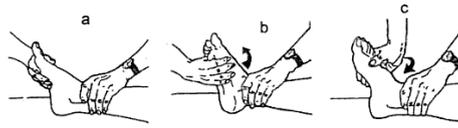
Latihan Pasif Anggota Gerak Bawah

a. Fleksi dan Ekstensi Jari-jari kaki



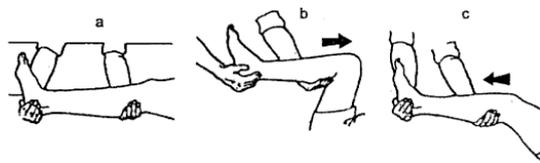
Gambar 10-10 Latihan ROM pasif: fleksi dan ekstensi jari-jari kaki.

b. Inversi dan Eversi Kaki



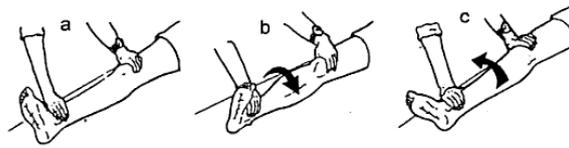
Gambar 10-11 Latihan ROM pasif: inversi dan eversi kaki.

c. Fleksi dan ekstensi Lutut



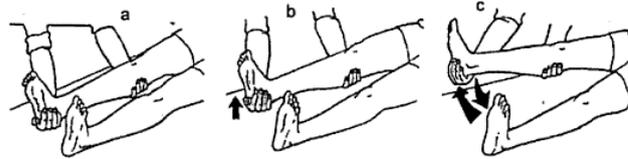
Gambar 10-13 Latihan ROM pasif: fleksi dan ekstensi lutut.

## B. Rotasi Pangkal Paha



Gambar 10-14 Latihan ROM pasif: rotasi pangkal paha.

## C. Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha



Gambar 10-15 Latihan ROM pasif: adduksi dan abduksi pangkal paha.

## LEAFLET ROM

### Tujuan ?

TUJUAN ROM

- Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot
- Memperbaiki tonus otot
- Meningkatkan pergerakan sendi
- Memperbaiki toleransi otot untuk latihan
- Meningkatkan massa otot
- Mengurangi kelemahan
- Mencegah kontraktur dan kekakuan pada persendian



### Pengertian ROM

Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan persendian atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot



STIKES RS Husada

# ROM

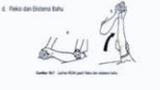


Di susun oleh :  
Fath Ma Abdillah

### Tahapan ROM

- a. Fleksi dan ekstensi pangkal tangan
 

Gambar 10-1 Latihan ROM pangkal tangan dan ekstensi pangkal tangan.
- b. Fleksi dan ekstensi Siku
 

Gambar 10-2 Latihan ROM pangkal lengan dan ekstensi.
- c. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah
 
- d. Fleksi dan ekstensi Bahu
 

Gambar 10-3 Latihan ROM pangkal lengan dan ekstensi bahu.
- e. Abduksi dan Adduksi Bahu
 

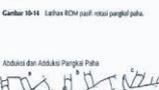
Gambar 10-4 Latihan ROM pangkal lengan dan abduksi bahu.
- f. Rotasi Bahu
 

### Latihan Pasif Anggota Cerek Bawah

- a. Fleksi dan Ekstensi Jari-jari kaki
 

Gambar 10-10 Latihan ROM pasif fleksi dan ekstensi jari-jari kaki.
- b. Inversi dan Eversi Kaki
 
- c. Fleksi dan ekstensi Lutut
 

Gambar 10-12 Latihan ROM pasif fleksi dan ekstensi lutut.
- d. Rotasi Pangkal Paha
 

Gambar 10-13 Latihan ROM pasif rotasi pangkal paha.
- e. Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha
 

Gambar 10-14 Latihan ROM pasif abduksi dan adduksi pangkal paha.



### INDIKASI & KONTRA INDIKASI

**Indikasi**  
 Dilakukan ROM  
 Stoke atau penurunan kesadaran  
 Kelemahan otot  
 Fase rehabilitasi fisik  
 Klien dengan tirah baring lama

**Kontra indikasi**  
 Kelainan sendi atau tulang  
 Nyeri hebat  
 Sendi kaku atau tidak dapat bergerak

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Pembimbing : Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep

Nama Mahasiswa : Fath Ma Abdillah

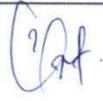
Judul : Asuhan Keperawatan Tn.S Dengan Stroke Non

Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja

| No | Tanggal       | Konsultasi (saran/perbaikan)  | Tanda Tangan  |
|----|---------------|---|---|
| 1. | 19 Maret 2023 | Arahan penulisan KTI  |    |
| 2. | 20 Maret 2023 | Konsultasi pengambilan kasus di Rumah Sakit   |    |
| 3. | 21 Maret 2023 | Konsultasi mengenai pelaksanaan ujian tindakan  |   |
| 4. | 24 Maret 2023 | Bimbingan kasus asuhan keperawatan yang diambil   |  |
| 5. | 11 Maret 2023 | Konsultasi BAB I:<br>Perbaikan penulisan latin menggunakan italic, cari prevelensi stroke di Jakarta, tambahkan dampak kualitas hidup pasien. |  |
| 6. | 19 April 2023 | Konsultasi BAB I & II:<br>Perbaikan kalimat, perbaikan penulisan citasi, perbaikan penggunaan singkatan,                                      |  |

|     |             |   |   |
|-----|-------------|---|---|
|     |             | perbaiki penulisan imbuhan,<br>meratakan paragraf,<br>melengkapi BAB II.  |   |
| 7.  | 3 Mei 2023  | Konsultasi BAB I & II:<br>Perbaiki penulisan masih<br>banyak yang typo, tambahkan<br>statment perawat dalam latar<br>belakang, perbaiki penulisan<br>kutipan.       |    |
| 8.  | 8 Mei 2023  | Konsultasi BAB I, II, & III:<br>Ganti implementasi dan<br>evaluasi keperawatan pada<br>BAB II, perbaiki penulisan<br>obat, perbaiki genogram.                       |   |
| 9.  | 13 Mei 2023 | Konsultasi BAB I, II, & III:<br>Perbaikan isi kelengkapan<br>BAB II dan BAB III.  |  |
| 10. | 22 Mei 2023 | Konsultasi BAB I,II,III,:<br>Perbaiki isi kelengkapan<br>BAB II, perbaiki penulisan<br>intervensi agar ditulis yang<br>hanya dilakukan, perbaiki<br>kriteria hasil. |  |

|     |             |   |   |
|-----|-------------|---|---|
| 11. | 3 Juni 2023 | <p>Konsultasi BAB I,II,III, &amp; IV:</p> <p>Perbaiki isi kelengkapan BAB II, perbaiki isi kelengkapan BAB II, menambahkan data penguat dari jurnal untuk pembuktian BAB 4.</p> |    |
| 12. | 7 Juni 2023 | <p>Konsultasi BAB I, II,III,, &amp; IV:</p> <p>Masih ada yang typo dalam penulisan, diagnosis keperawatan agar dibuat lebih detail.</p>   |    |
| 13. | 8 Juni 2023 | <p>Konsultasi BAB II, III, IV &amp; V:</p> <p>Perbaiki kelengkapan bab III, menambahkan data pendukung pada implementasi, perbaiki saran</p>                                    |  |
| 14. | 9 Juni 2023 | <p>Konsultasi BAB I-V:</p> <p>Perbaiki penggunaan kalimat dan, pada, tidak boleh diawal kalimat, perbaiki penomoran sesuai buku</p>   |  |

|    |              |  |   |
|----|--------------|--|---|
|    |              | panduan, perbaikan kerapihan<br>paragraf |   |
| 15 | 12 Juni 2023 | Konsultasi lampiran,<br>persiapan sidang |  |