

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG SEROJA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**



OLEH :

DARMILAKASIH
NIM : P07220120009

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG SEROJA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH :

DARMILAKASIH
NIM : P07220120009

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang Pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku



LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL 30 Mei 2023

OLEH

Pembimbing



Ns. Indah Nur Imamah., SST., M. Kes
NIDN: 4018078501

Pembimbing Pendamping



Ns. Arifin Hidayat, SST., M. Kes
NIDN: 4024129101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Ns Tini, S. Kep., M. Kep
NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik
Di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Telah Diuji

Pada tanggal 08 Juni 2023

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Ns. Wiyadi., S. Kep., M. Sc
NIDN. 4015036802

(.....)

Penguji Anggota:

1. **Ns. Indah Nur Imamah., SST., M. Kes**
NIDN. 4018078501

(.....)


2. **Ns. Arifin Hidayat., SST., M. Kes**
NIDN. 4024129101

(.....)

Mengetahui:

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


Ns. Wiyadi., S. Kep., M. Sc
NIP. 196803151991021002


Ns Tini, S. Kep., M. Kep
NIP. 198107012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Darmilakasih
Tempat/Tanggal lahir : Samarinda, 13 Januari 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Jl. Senyur 3 Blok D RT. 23 No. 37
Kelurahan Lok Bahu, Kecamatan Sungai Kunjang
Kota Samarinda Kalimantan Timur

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2006-2008 : TK Islam Muslimat Nu Darul Falah 8 Samarinda
2. Tahun 2008-2014 : SD Negeri 017 Sungai Kunjang
3. Tahun 2014-2017 : SMP Negeri 4 Samarinda
4. Tahun 2017-2020 : SMA Negeri 3 Samarinda
5. Tahun 2020-2023 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Poltekkes
Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan atas kehadiran Allah SWT atas berkat dan rahmatnya dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda”.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Dr. H. Supriadi B, S. Kp., M. Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ns. Wiyadi., S. Kep., M. Sc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns Tini., S. Kep., M. Kep, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Indah Nur Imamah., SST., M. Kes, selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.
5. Ns. Arifin Hidayat., SST., M. Kes, selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan motivasi dan masukan sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai pada waktunya.

6. Para dosen dan seluruh staf Pendidikan di Politeknik Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa Pendidikan.
7. Kepada kedua orang tua saya yaitu, Ayahanda Fahrudin, Ibunda saya Dana, serta kakak kandung saya Acip Prayitna atas semua doa dan dukungan yang tiada henti diberikan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada Muhammad Rizki Ramadhani terima kasih karena telah mendengarkan keluh kesah saya, memberikan dukungan, motivasi, dan pengingat sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan baik.
9. Kepada sahabat-sahabat saya yaitu Tasya Parnandia Hemanika dan Laksamana Bima Sakti, serta rekan-rekan D III Keperawatan Angkatan 2020 Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur yang saling bahu membahu dalam mencari ilmu dan pengalaman selama masa- masa Pendidikan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga motivasi dan dorongan serta doa yang diberikan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas mendapatkan rahmat dan karunia dari Tuhan Yang Maha Esa, amin.

Samarinda, Juni 2023

Penulis

ABSTRAK

”ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG SEROJA RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA”

Darmilakasih¹⁾, Indah Nur Imamah²⁾, Arifin Hidayat³⁾

¹⁾ Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim, darmilakasih@gmail.com

²⁾³⁾ Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan: Stroke merupakan penyebab kematian ketiga sekaligus menjadi penyebab kecacatan terbanyak di dunia. Stroke non hemoragik memiliki persentase terbesar, yaitu sekitar 70%-85%. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

Metode: Penulisan ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan dua responden yang dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan.

Hasil dan Pembahasan: Berdasarkan analisa data yang diperoleh melalui pengkajian, ditemukan diagnosis pada pasien 1 dan 2 yang sama yaitu Gangguan mobilitas fisik dan Defisit perawatan diri dan terdapat 7 diagnosis yang berbeda yaitu pola napas tidak efektif, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan menelan, gangguan komunikasi verbal, risiko gangguan integritas kulit/jaringan dan risiko jatuh. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.

Kesimpulan dan Saran: Pada pasien 1 terdapat satu diagnosis cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan dan empat diagnosis belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan. Pada pasien 2 terdapat empat diagnosis cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan dan dua tidak sesuai ekspektasi luaran keperawatan. Diharapkan untuk menambah keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik

ABSTRACT

"NURSING CARE OF PATIENTS WITH NON-HEMORRHAGIC STROKE IN THE SEROJA ROOM OF ABDUL WAHAB SJAHRIANIE HOSPITAL"

Darmilakasih¹⁾, Indah Nur Imamah²⁾, Arifin Hidayat³⁾

¹⁾ Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim,
darmilakasih@gmail.com

²⁾³⁾ Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Introduction: Stroke is the third leading cause of death as well as being the most common cause of disability in the world. Non-hemorrhagic stroke has the largest percentage, which is around 70%-85%. This study aims to study nursing care for patients with Non-Hemorrhagic Stroke at Abdul Wahab Sjahranie Hospital.

Method: This writing uses the case study method with the Nursing Care approach with two respondents who are treated at Abdul Wahab Sjahranie Hospital. Data collection uses the Nursing Care format.

Results and Discussion: Based on the analysis of the data obtained through the assessment, the diagnosis was found in patients 1 and 2 for the same, namely impaired physical mobility and self-care deficit and there were 7 different diagnoses, namely ineffective breathing patterns, decreased intracranial adaptive capacity, risk of inadequate cerebral perfusion effective, impaired swallowing, impaired verbal communication, risk of impaired skin/tissue integrity and risk of falling. Planning and implementation are supported by supporting facilities and means, evaluation is carried out directly both formative and summative.

Conclusions and Suggestions: In patient 1 there was one diagnosis that was sufficient according to nursing outcome expectations and four diagnoses did not meet nursing outcome expectations. In patient 2, there were four diagnoses that adequately matched nursing outcome expectations and two did not match nursing outcome expectations. It is expected to increase skills in providing nursing care to patients with Non-Hemorrhagic Stroke.

Keywords : Nursing Care, Non-Hemorrhagic Stroke

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Daftar Riwayat Hidup	iv
Halaman Kata Pengantar.....	vi
Abstrak	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Gambar.....	xv
Daftar Lampiran.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi Peneliti	6
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Medis.....	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Etiologi	8

2.1.3 Manifestasi Klinis.....	8
2.1.4 Patofisiologi.....	9
2.1.5 Pathway	11
2.1.6 Klasifikasi.....	12
2.1.7 Faktor-faktor risiko.....	12
2.1.8 Penatalaksanaan.....	17
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.1.10 Komplikasi.....	25
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
2.2.1 Pengkajian Keperawatan	27
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	42
2.2.3 Luaran dan Intervensi Keperawatan.....	46
2.2.4 Implementasi Keperawatan	57
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	57
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	60
3.1 Pendekatan/desain penelitian.....	60
3.2 Subyek Penelitian	60
3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	61
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	61
3.5 Prosedur Penelitian.....	61
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	62
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	62
3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data	62
3.7 Keabsahan Data	62
3.8 Analisis Data.....	63
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	64
4.1 Hasil.....	64
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	64
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	65

1. Pengkajian	65
2. Diagnosis Keperawatan	78
3. Intervensi Keperawatan	82
4. Implementasi Keperawatan	91
5. Evaluasi	105
4.2 Pembahasan	124
4.2.1 Pola napas tidak efektif	124
4.2.2 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	126
4.2.3 Risiko perfusi serebral tidak efektif	129
4.2.4 Gangguan mobilitas fisik	130
4.4.5 Gangguan menelan	134
4.2.6 Gangguan komunikasi verbal	136
4.4.7 Defisit perawatan diri	138
4.4.8 Risiko gangguan integritas kulit/jaringan	140
4.4.9 Risiko jatuh	142
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	145
5.1 Kesimpulan	145
5.2 Saran	147
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Glow Coma Scale (GCS)	31
Tabel 2. 2 Reflek patologis	34
Tabel 2. 3 Tingkat fungsi otot	36
Tabel 2. 4 Diagnosis Keperawatan.....	42
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan.....	47
Tabel 4. 1 Hasil Anamnesis Paisein I dan Pasien II.....	65
Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Fisik Paisein I dan Pasien II	67
Tabel 4. 3 Hasil Pemeriksaan penunjang Pasien I dan Pasien II	75
Tabel 4. 4 Hasil <i>CT Scan</i> Paisein I dan Pasien II.....	76
Tabel 4. 5 Hasil Penatalaksanaan Paisein I dan Pasien II	77
Tabel 4. 6 Diagnosis Keperawatan Paisein I dan Pasien II.....	78
Tabel 4. 7 Intervensi Keperawatan Pasien I.....	82
Tabel 4. 8 Intervensi Keperawatan Pasien II	86
Tabel 4. 9 Implementasi Keperawatan Pasien I.....	91
Tabel 4. 10 Implementasi Keperawatan Pasien II.....	97
Tabel 4. 11 Evaluasi Pasien I.....	105
Tabel 4. 12 Evaluasi Pasien II.....	114



DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 *Pathway* Stroke Non Hemoragik 11



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Gambar Penyumbatan Stroke Non Hemoragik.....	7
Gambar 2. 2 Angiografi Serebral.....	21
Gambar 2. 3 lumbal fungsi.....	22
Gambar 2. 4 CT Scan.....	23
Gambar 2. 5 MRI.....	23
Gambar 2. 6 USG Doppler.....	24
Gambar 2. 7 EEG.....	25



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Mini-Mental State Exam* (MMSE)

Lampiran 2. Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala *morse* (pasien dewasa)

Lampiran 3. Status fungsional/ aktivitas dan mobilisasi *Barthel Indeks*

Lampiran 4. Skala *Barden*

Lampiran 5. Surat perizinan penelitian di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Lampiran 6: Lembar konsultasi Karya Tulis Ilmiah



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga setelah kanker dan serangan jantung sekaligus menjadi penyebab kecacatan terbanyak di seluruh dunia. Efek stroke tidak dirasakan oleh orang yang menderitanya saja, tetapi juga oleh orang terdekat seperti keluarga dan orang sekitar. Penelitian mengungkapkan bahwa angka stroke terus meningkat di sejumlah negara berkembang, termasuk Indonesia (Resiko et al., 2018). Berdasarkan efek samping klinisnya, stroke terbagi jadi dua jenis, yakni stroke non hemoragik serta hemoragik. Stroke non hemoragik ialah stroke yang diakibatkan karena adanya penyumbatan di aliran darah, sementara untuk stroke hemoragik ialah stroke yang diakibatkan karena pecahnya aliran pembuluh darah ke otak. (Nurdiana, 2019).

Menurut *World Stroke Organization* (WSO), satu dari enam orang di dunia akan menderita stroke selama hidupnya, di Negara maju pasien yang menderita stroke akan langsung di berikan perawatan dan penanganan yang intensif di rumah sakit, namun stroke memang memiliki angka kematian yang tinggi yakni sebesar 20% dalam 28 hari pertama perawatan, sedangkan riset dari AHA atau *American Health Association* mengatakan bahwa di tiap 40 detik, ada satu kasus baru dengan prevelensi 795.000 sedangkan di tiap 4 menit terdapat satu pasien yang meninggal dunia. (Helen et al., 2021).

Berdasarkan Riskesdas atau Riset Kesehatan Dasar, stroke di Indonesia terus mengalami peningkatan yang awalnya 7,0 menjadi 10,9 di setiap milnya pada tahun 2018. Stroke non hemoragik memiliki persentase terbesar, yaitu sekitar 70% hingga 85% dibandingkan stroke hemoragik yaitu sekitar 15 hingga 30%. Sebanyak 70% kasus stroke non hemoragik dan 30% kasus stroke hemoragik terjadi di negara berkembang seperti asia (Fabiana Meijon, 2019). Berdasarkan data tersebut, proporsi stroke non hemoragik lebih tinggi daripada kejadian dengan stroke hemoragik.

Secara nasional, Kalimantan Timur merupakan provinsi dengan prevalensi stroke tertinggi sebesar 14,7%. Selain itu, prevelensi di papua dan Maluku utara jauh rendah dibandingkan provinsi lainnya, yaitu 4,1% dan 4,6%. (Kemenkes RI, 2018). Pada tahun 2020, di Kalimantan Timur tepatnya di RSUD Abdul Wahab Sjahranie terdapat rerata jumlah pasien di unit stroke yang dirawat inap adalah sebanyak 622 jiwa dan sebanyak 173 jiwa mengalami kematian (RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, 2021).

Pasien dengan stroke non hemoragik sering mengalami masalah neuromuskuloskeletal (Nursyiham et al., 2019). Masalah bagi pasien stroke ditentukan dari bagian otak mana mengalami kerusakan yang mempengaruhi sisi kanan atau kiri dan kemudian akan mempengaruhi perubahan pasca stroke. Sebagian besar pasien stroke membutuhkan bantuan dalam kehidupan sehari-hari karena pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas (PPNI, 2018). Permasalahan yang sering ada saat merawat pasien stroke non hemoragik yakni, defisit nutrisi,

gangguan integritas kulit atau jaringan, defisit perawatan diri, gangguan menelan, gangguan komunikasi verbal dan risiko perfusi serebral tidak efektif (PPNI, 2018).

Upaya pemerintah untuk meningkatkan kesehatan di Indonesia dengan cara menyediakan fasilitas kesehatan di seluruh daerah Indonesia secara merata. Perawat juga dapat berupaya meningkatkan kesehatan di Indonesia dengan cara memiliki pengetahuan atau wawasan lebih terkait kesehatan di masyarakat dengan mengikuti seminar-seminar tentang meningkatkan kesehatan di negara Indonesia (Roymond, 2016).

Dalam pencegahan penyakit stroke di Indonesia maka pemerintah memiliki slogan “CERDIK” (Cek Kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktifitas fisik, Diet sehat dan seimbang, Istirahat cukup, dan Kelola stres), slogan tersebut merupakan anjuran yang berguna untuk membantu masyarakat agar dapat menerapkan hidup sehat guna mencegah penyakit stroke (Kemenkes RI, 2017).

Peran sebagai perawat untuk melakukan pencegahan pada penyakit stroke yaitu dengan memberikan edukasi dalam bentuk Pendidikan kesehatan agar dapat mencegah penyakit tersebut dan memberitahukan kemasyarakat tentang penanganan jika terserang penyakit dengan Periode emas. Periode emas atau Golden Period yaitu waktu yang pas atau penting untuk menangani penyakit stroke. Waktu tersebut adalah sekitar 4,5 jam semenjak timbulnya gejala atau tanda-tanda hingga dilaksanakan pemeriksaan dan penanganan di rumah sakit. Oleh karena itu, pasien harus tiba tepat waktu di rumah sakit, yaitu sekitar 2 jam setelah serangan. Dibutuhkan waktu paling banyak sekitar 2,5 jam untuk proses

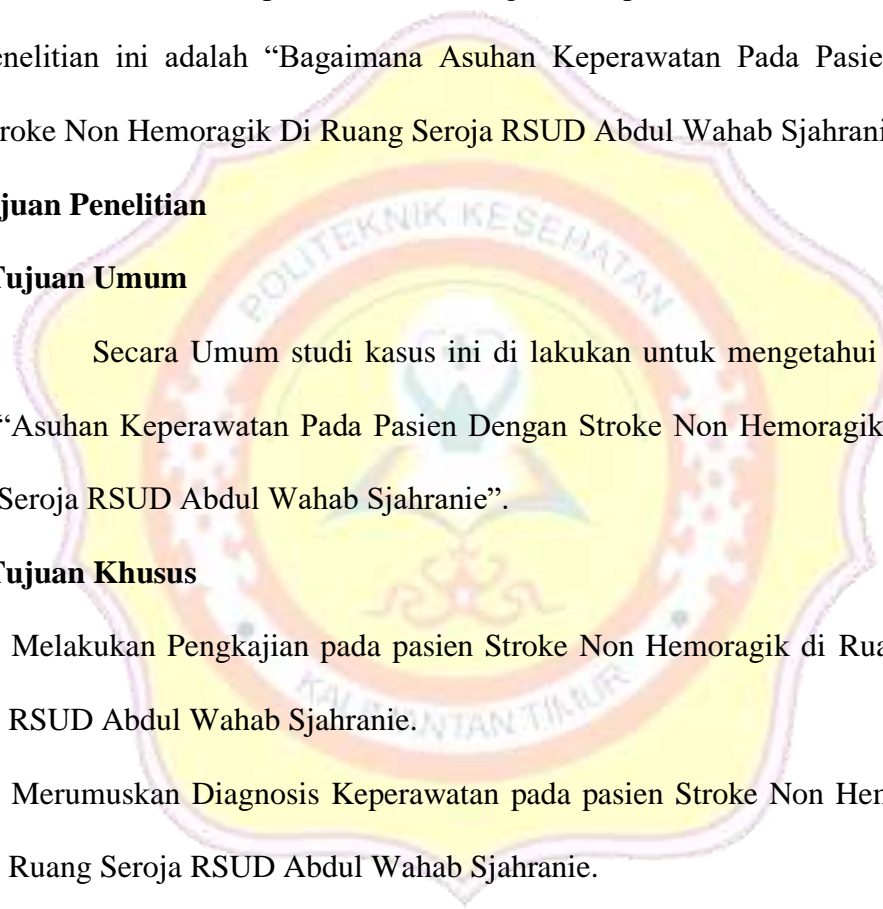
dari awal pemeriksaan sampai dengan pengobatan. Jika penanganan yang dilakukan lebih dari 4,5 jam, maka penyakit stroke yang diderita sudah parah dan memiliki resiko cacat permanen atau bahkan kematian (Ishariani et al., 2019).

Peran pemerintah dalam melakukan penyembuhan pada pasien stroke yaitu dengan menyediakan ruangan khusus stroke yaitu Stroke Center agar dapat berfokus dalam menangani atau menyembuhkan pasien dengan penyakit stroke. Pemerintah Kota Samarinda telah menyediakan RSUD Abdul Wahab Sjahranie dengan ruangan stroke center yang memiliki peralatan modern dan tenaga ahli serta konsultan yang berkualitas. RSUD Abdul Wahab Sjahranie berusaha mengembangkan pelayanan cardiovascular sehingga menjadi pusat rujukan kardiovaskular untuk wilayah Indonesia dibagian tengah. Peran perawat dalam menyembuhkan pasien yang mengalami stroke yaitu dengan memantau kondisi pasien, memantau terjadinya peningkatan tekanan darah, berikan posisi yang nyaman, dan ajarkan diit sesuai yang diprogramkan (GERMAS, 2017).

Salah satu upaya rehabilitasi yang bisa dilakukan oleh perawat dalam menangani stroke yaitu dengan melakukan terapi fisik yaitu latihan *Range of Motion* (ROM) (Rosanti, 2022). Hasil riset memperlihatkan jika Latihan ROM atau *Range of Motion* pasif terhadap rentang gerak sendi dengan p-value senilai 0,001 pada ekstremitas atas dan p-value senilai 0,001 pada ekstremitas bawah (Daulay & Hidayah, 2021).

Berdasarkan penjelasan latar belakang diatas, peneliti berminat untuk mengangkat dan melakukan penelitian terkait asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

1.2 Rumusan Masalah

Bedasarkan uraian pada latar belakang, maka peneliti merumuskan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie?”.


1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara Umum studi kasus ini di lakukan untuk mengetahui gambaran “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie”.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Melakukan Pengkajian pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.3.2.2 Merumuskan Diagnosis Keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.3.2.3 Menyusun Rencana Keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.3.2.4 Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

1.3.2.5 Melakukan Evaluasi Keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil dari karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menjadi bahan ilmu pengetahuan serta referensi untuk merawat dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil dari karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan atau saran untuk perawat di rumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil dari karya tulis ilmiah ini sebagai masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan bagi perkembangan keperawatan dan juga sebagai acuan untuk meningkatkan pemahaman khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

BAB 2

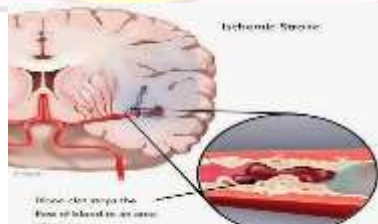
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis

2.1.1 Pengertian

Stroke non hemoragik disebut juga stroke iskemik yang disebabkan oleh gumpalan atau sumbatan pembuluh darah pada arteri yang mengalir ke otak (Kharti Gempitasari dan Betriana, 2019). Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena terdapat sumbatan yang disebabkan oleh trombus atau bekuan yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak (Minan, 2021). Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Unit et al., 2021).

Dari pengertian-pengertian diatas stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah pada arteri, sumbatan ini disebabkan oleh thrombus atau bekuan yang menyebabkan aliran darah ke otak tidak maksimal atau terhenti.



Gambar 2. 1 Gambar Penyumbatan Stroke Non Hemoragik
Sumber : www.bhaktirahayu.com

2.1.2 Etiologi

Menurut (Nusatirin, 2018), penyebab dari stroke non hemoragik, yaitu :

1) Thrombosis Cerebral.

Thrombosis ini terjadi di pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga mengakibatkan iskemi jaringan otak yang dapat menyebabkan edema dan kongesti di sekitarnya.

2) Emboli

Emboli serebral terjadi karena penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Emboli ini berasal dari thrombus di jantung yang terlepas serta menyumbat sistem arteri serebral. Proses terjadinya emboli sangat cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut (Gurel, 2017) Manifestasi klinis stroke yaitu Seseorang akan mengalami kelumpuhan pada sebagian badannya dan mengalami kelemahan, seseorang akan kehilangan rasa peka pada dirinya, seseorang akan mengalami kesulitan untuk berbicara (cedal dan pelo), mengalami gangguan penglihatan, seseorang yang telah terkena stroke akan mengalami perubahan pada bentuk mulutnya yang berubah menjadi mencong atau tidak bisa simetris lagi, gangguan daya ingat juga mulai berkurang dan bisa saja hilang, mengalami nyeri kepala yang sangat hebat, vertigo, mengalami penurunan kesadaran, gangguan pada bagian fungsi di dalam otak.

2.1.4 Patofisiologi

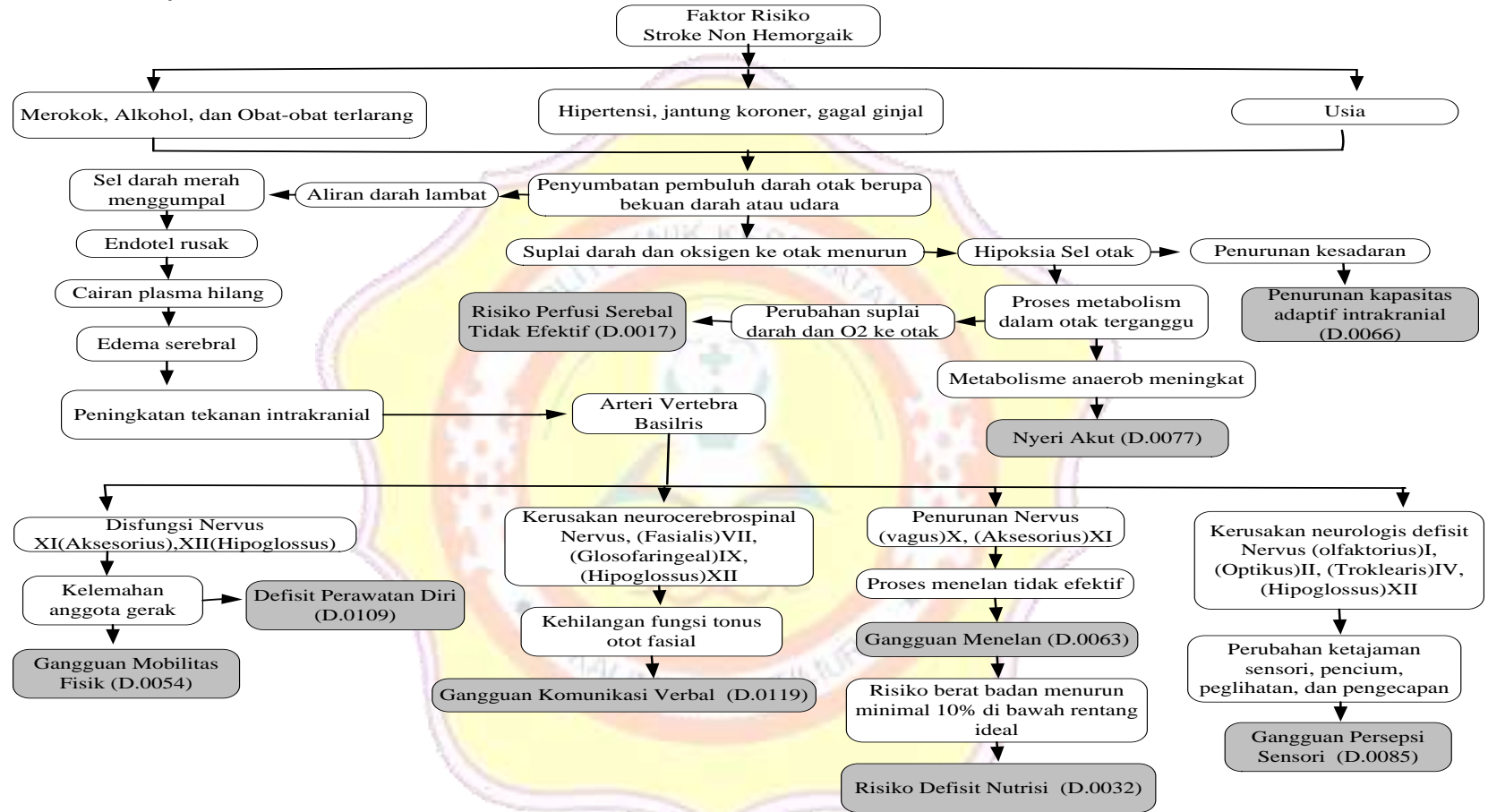
Faktor risiko yang dapat menyebabkan stroke non hemoragik yaitu ada faktor yang dapat dicegah dan ada faktor yang tidak dapat dicegah. Faktor yang dapat di cegah yaitu merokok, mengkonsumsi alcohol, dan obat-obatan terlarang. Faktor yang tidak dapat dicegah yaitu usia. Selain itu, komplikasi dari hipertensi, jantung coroner dan gagal ginjal juga bisa menyebabkan terjadinya stroke non hemoragik (Wijaya, 2013).

Stroke non hemoragik terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara sehingga suplai darah dan oksigen ke otak mengalami penurunan maka terjadilah hipoksia pada sel otak. Ketika terjadinya hipoksi pada sel otak maka proses metabolisme dalam otak mengalami gangguan yang menyebabkan terjadinya perubahan suplai darah dan oksigen ke otak. Hal tersebut akan menimbulkan masalah keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, penurunan kapasitas adaptif intrakranial (Fernandes, 2016).

Penyumbatan pada pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara mengakibatkan aliran darah menjadi lambat karena hal tersebut maka dapat terjadi penggumpalan pada sel darah merah sehingga mengakibatkan endotel pada pembuluh darah mengalami kerusakan. Endotel yang mengalami kerusakan akan menyebabkan hilangnya cairan plasma sehingga menimbulkan edema pada serebral yang mengakibatkan terjadinya peningkatan intrakranial. (Fernandes, 2017).

Ketika mengalami disfungsi pada nervus aksesorius dan hipoglossus maka tubuh akan mengalami kelemahan anggota gerak sehingga menimbulkan masalah pada gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri. Kerusakan pada neurocerebrospinal pada nervus facialis, glossofaringeus dan hipoglossus maka akan menyebabkan kehilangan pada fungsi tonus otot fasial maka timbulah masalah keperawatan yaitu gangguan komunikasi verbal. Penurunan pada nervus vagus dan aksesorius akan mengalami ganggua menelan sehingga risiko terjadinya penurunan berat badan di bawah rentang ideal sebanyak 10% maka hal tersebut memunculkan masalah keperawatan yaitu risiko deficit nutrisi. Ketika terjadi kerusakan pada neurologis pada nervus olfaktorius, optikus, troklearis dan hipoglossus indra penciuman, penglihatan dan pengecapan mengalami perubahan ketajaman sensori. Hal itu akan menimbulkan masalah keperawatan yaitu gangguan persepsi sensori (Pradana, 2015).

2.1.5 Pathway



Bagan 2. 1 Pathway Stroke Non Hemoragik
 Sumber : (Nurarif Huda, 2016 dan Wahyu Anjasmara 2021)

2.1.6 Klasifikasi

Menurut (Pangaribuan, R., dkk, 2019) Stroke non hemoragik diklasifikasikan berdasarkan perjalanan penyakitnya yaitu :

- 1) TIA (*Transien Iskemic Attack*) Serangan sepiintas secara mendadak yang dapat menyebabkan gangguan neurologi yang terjadi selama beberapa menit hingga beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.
- 2) Stroke involusi Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan hingga memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.
- 3) Stroke komplisit Kondisi stroke yang terjadi gangguan neurologis yang timbul permanen. Secara umumnya diawali karena TIA yang berulang.

2.1.7 Faktor-faktor risiko

Terdapat sejumlah faktor resiko yang bisa memicu terjadinya stroke. Menurut (Fernandes, 2016) ada dua faktor resiko yaitu faktor yang dapat dirubah dan tidak dapat dirubah, antara lain :

- 1) Faktor yang tidak dapat dirubah
 - a) Usia

Stroke bisa menyerang siapa saja tidak memandang usia, semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan terjadinya orang terserang stroke. Berdasarkan hasil penelitian, penderita stroke lebih

banyak terjadi pada usia diatas 50 tahun dibandingkan dengan yang berusia dibawah 50 tahun. Dimana pada usia tersebut semua organ tubuh mengalami penurunan fungsi organ termasuk pada pembuluh darah otak.

b) Jenis Kelamin

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

c) Riwayat Keluarga Seseorang dengan riwayat keluarga pernah mengalami stroke beresiko lebih tinggi daripada keluarga tanpa riwayat stroke.

2) Faktor resiko stroke yang dapat diubah

a) Tekanan Darah Tinggi

Tekanan darah yang tinggi (Hipertensi) merupakan faktor resiko utama penyebab stroke. Pada keadaan ini terjadi peningkatan curah jantung karena peningkatan kontraksi jantung. Peningkatan pertahanan perifer ditimbulkan oleh vasokonstriksi atau hipertrofi struktural dari dinding pembuluh darah.

b) Merokok

Merokok dapat menyebabkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat aliran darah. Merokok meningkatkan resiko terkena stroke dua hingga empat kali ini berlaku untuk seluruh jenis rokok dan untuk

semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid karena terbentuknya aneurisma dan stroke iskemik.

Asap rokok mengandung zat yang bahaya yang disebut dengan zat oksidator. Dimana zat tersebut dapat menimbulkan kerusakan dinding arteri dan menjadi tempat penimbunan lemak, sel trombosit, kolesterol, penyempitan dan pergeseran arteri diseluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai. Sehingga merokok dapat menyebabkan terjadinya arteriosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga resiko terkena stroke. Merokok adalah faktor yang kuat untuk terjadinya stroke. Menurut Zhang,dkk (2010) di Cina menyebutkan bahwa merokok memiliki pengaruh signifikan terhadap terjadinya stroke dan juga perempuan yang tinggal bersama suami yang merokok aktif (1-9 batang perhari) beresiko dua kali terkena stroke.

c) Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM) dapat mempercepat timbulnya plak dipembuluh darah yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya stroke non hemoragik. Seseorang dikatakan mengidap diabetes mellitus jika pemeriksaan gula darah puasa > 140 mg/dL, atau pemeriksaan 2 jam post prandial > 200 mg/dL. Penderita diabetes cenderung menderita obesitas, obesitas dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi yaitu,

hipertensi dan tingginya kadar kolesterol, dimana keduanya merupakan faktor resiko stroke.

d) Obesitas

Peningkatan berat badan/ obesitas dapat mengakibatkan resiko stroke. Obesitas juga dapat menimbulkan faktor resiko lainnya seperti tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol jahat, dan kadar gula darah yang merupakan factor resiko terjadinya stroke.

e) Penyakit Arteri Carotid dan Arteri lainnya

Pembuluh darah arteri carotid adalah pembuluh darah utama yang membawa darah ke otak dan ke leher. Rusaknya pembuluh darah carotid akibat adanya lemak, lemak menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga terjadinya penyumbatan pada aliran darah di arteri.

f) Kurangnya aktivitas fisik

Latihan atau aktivitas fisik penting untuk mengontrol faktor resiko stroke, seperti berat badan, tekanan darah, kolesterol, dan kadar gula darah. Pola aktivitas fisik yang sehat dengan berolahraga minimal 30 menit sehari, 3-4 kali seminggu.

g) Alkohol, kopi, dan penggunaan obat-obatan lainnya

Minum alkohol lebih dari satu gelas pada laki-laki dan lebih dari dua gelas pada perempuan dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah. Selain itu, minum tiga gelas kopi sehari dapat menyebabkan

tekanan darah dan resiko terjadinya stroke. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan faktor resiko terjadinya stroke pada usia dewasa.

h) Dislipidemia

Kadar kolesterol LDL (kolesterol jahat) dan kolesterol total yang tinggi dapat menimbulkan resiko stroke sampai dua kali lipat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian stroke 23 meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg%. Setiap kenaikan kolesterol 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25% sedangkan kenaikan HDL (*High Density Lipoprotein*) 1 mmol (38,7 mg%) menurunkan angka stroke setinggi 47%

i) Stress

Stress dapat memicu pelepasan hormon adrenaline dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Hasil studi dari penelitian lain menunjukkan bahwa stress merupakan salah satu faktor utama pemicu hipertensi, yang merupakan faktor terbesar penyebab terjadinya serangan stroke.

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2016) penatalaksanaan pada pasien stroke non hemoragik adalah sebagai berikut :

a. Penatalaksanaan umum

1) Pada fase akut

- a) Letakkan kepala pasien pada posisi 30°, kepala dan dada pada satu bidang; ubah posisi tidur setiap 2 jam; mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- b) Bebaskan jalan nafas, beri oksigen 1-2 liter/menit sampai didapatkan hasil analisa gas darah. Jika perlu, dilakukan intubasi.
- c) Demam diatasi dengan kompres dan antipiretik, kemudian dicari penyebabnya; jika kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya dengan kateter intermiten).
- d) Pemberian nutrisi dengan cairan isotonic, stroke berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Kristaloid atau koloid 1500-2000 ml dan elektrolit sesuai kebutuhan, hindari cairan mengandung glukosa atau salin isotonic. Pemberian nutrisi melalui oral hanya dilakukan jika fungsi menelan baik, dianjurkan menggunakan nasogastriktube.

- e) Pantau juga kadar gula darah >150 mg% harus dikoreksi sampai batas gula darah sewaktu 150 mg% dengan insulin drip intravena kontinu selama 2-3 hari pertama.
- f) Tekanan darah tidak perlu segera diturunkan, kecuali bila tekanan sistol >220 mmHg, diastole >120 mmHg, *Mean Arteri Blood Pleassure* (MAP) >130 mmHg (pada 2 kali pengukuran dengan selang waktu 30 menit), atau didapatkan infark miokard akut, gagal jantung kongestif serta gagal ginjal.
- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan obat yang direkomendasikan yaitu natrium nitropusid, penyekat reseptor alfabeta, penyekat ACE, atau antagonis kalsium.
- 2) Fase rehabilitasi
- Pertahankan nutrisi yang adekuat, program manajemen Bladder dan bowel, mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM), bertahankan integritas kulit, pertahankan komunikasi yang efektif, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, persiapan pasien pulang.
- 3) Pembedahan dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo peritoneal bila ada hidrosefalus obstruksi akut.

b. Penatalaksanaan medis

Terapi Farmakologis

Beberapa terapi secara farmakologis untuk stroke non hemoragik menurut (Pamungkas & Dewi, 2020):

1) Aspirin

Aspirin dapat mencegah berulangnya stroke pada pasien stroke iskemik. Untuk mendapatkan khasiat yang maksimal, diberikan aspirin dosis tinggi sebesar 1000-1300 mg perhari, untuk dosis rendah sebesar 40-300 mg perhari, kurang berkhasiat untuk mencegah kambuhnya stroke

2) Tiklodipin

Tiklodipin bekerja mencegah stroke kambuh pada pasien pasca stroke. Obat ini memiliki efek samping yang berpengaruh pada lambung dan terjadinya diare. Penderita stroke yang diberikan tiklodipin harus dipantau secara teratur dengan menghitung sel darah putih.

3) Antikoagulan

Obat antikoagulan yang sering diberikan pada pasien stroke yaitu jenis heparin dan coumarin. Efek samping yang timbul yaitu perdarahan dan berkurangnya jumlah keeping darah yang cenderung membentuk bekuan darah.

4) Trombolitik

Terapi dengan obat trombolitik untuk stroke iskemik merupakan terapi yang berbahaya jika tidak dilakukan dengan seksama. Hasil yang paling ditunjukkan jika pengobatan dilakukan dalam waktu 90 menit setelah terjadi serangan stroke disertai observasi ketat.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Fabiana Meijon, 2019), pemeriksaan penunjang pada stroke non hemoragik adalah :

1) Angiografi Serebral

Membantu mengidentifikasi penyebab terjadinya stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur serta untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular. Angiografi otak adalah penyuntikan suatu bahan yang tampak dalam citra sinar-X kedalam arteri-arteri otak. Pemotretan dengan sinar-X kemudian dapat memperlihatkan pembuluh-pembuluh darah di kepala dan leher. Angiografi otak menghasilkan gambar paling akurat mengenai arteri dan vena dan digunakan untuk mencari penyempitan atau perubahan patologis lain, misalnya aneurisma. Namun, tindakan ini memiliki resiko kematian pada satu dari setiap 200 orang yang diperiksa.



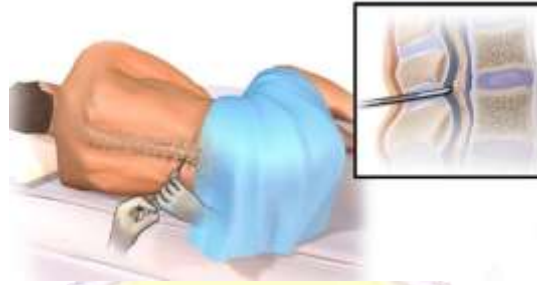
Gambar 2. 2 Angiografi Serebral
Sumber : Shutterstock, 2022

2) Lumbal Pungsi

Peningkatan tekanan yang meningkat dan bercak darah terkait pada laju pernapasan di daerah lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada sub araknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya didapatkan perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) pada hari pertama.

Lumbal pungsi adalah tindakan memasukkan jarum pungsi ke dalam ruang sub arachnoid meninges medula spinalis pada daerah cauda equina melalui daerah segmen lumbalis columna vertebralis dengan teknik yang ketat dan aseptik. Posisi pasien yaitu posisi tidur miring dengan fleksi maksimal dari lutut, paha, dan kepala semua mengarah ke perut, kepala dapat diberi bantal tipis. Hasil dari pemeriksaan lumbal pungsi yaitu tekanan yang

meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intracranial



Gambar 2. 3 lumbal fungsi
Sumber : Galeri medis balusen 2014

3) CT Scan

Pemeriksaan CT Scan ini memperlihatkan secara spesifik lokasi pembengkakan, hematoma, jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan ini menunjukkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak. CT sangat handal mendeteksi perdarahan intrakranium, tetapi kurang peka untuk mendeteksi stroke iskemik ringan, terutama pada tahap paling awal. CT dapat memberi hasil negatif - semu (yaitu, tidak memperlihatkan adanya kerusakan) hingga separuh dari semua kasus stroke iskemik



Gambar 2. 4 CT Scan
Sumber : Leonardus Selwyn 2018

4) MRI

Magnetic Resonance Imaging (MRI) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan lokasi dan luasnya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya menunjukkan area yang mengalami lesi dan infark akibat hemoragik. Pemindaian dengan MRI biasanya berlangsung sekitar 30 menit. Alat ini tidak dapat digunakan jika terdapat alat pacu jantung atau alat logam lainnya di dalam tubuh. Pemeriksaan MRI aman, tidak invasif, dan tidak menimbulkan nyeri. MRI lebih sensitif dibandingkan CT dalam mendeteksi stroke iskemik, bahkan pada stadium dini. Alat ini kurang peka dibandingkan CT dalam mendeteksi perdarahan intrakranium ringan.



Gambar 2. 5 MRI
Sumber : rsudam 2023

5) USG Doppler

Untuk mengetahui adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis). pemeriksaan dengan alat ini menggunakan gelombang suara ultrasonik untuk mengevaluasi aliran pembuluh darah otak. Selama pemeriksaan TCD, gelombang suara dipancarkan menembus tulang kepala. Data yang terekam oleh alat menggambarkan pergerakan sel-sel darah di dalam pembuluh darah otak, sehingga kecepatan dan arah dari aliran darah tersebut dapat diukur. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan yang aman dan tidak menimbulkan efek samping.



Gambar 2. 6 USG Doppler

Sumber : Hindawi 2013

6) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat permasalahan yang muncul dan pengaruh jaringan yang mengalami infark impuls listrik dalam jaringan otak yang berkurang. *Electroencephalography* (EEG) atau pemeriksaan *electroencephalography* adalah alat yang berfungsi untuk mempelajari gambar dari rekaman aktivitas listrik di otak, termasuk teknik perekaman

EEG dan interpretasinya. tes ini tidak menimbulkan ketidaknyamanan pada seseorang yang diperiksa serta tidak berisiko untuk menimbulkan sengatan listrik meskipun menggunakan elektroda.



Gambar 2. 7 EEG
Sumber : Mahendra Pratama 2021

2.1.10 Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya:

1) Bekuan darah (Trombosis)

Setelah mengalami stroke, Anda mungkin butuh beristirahat total dengan bed rest. Jika Anda terlalu lama berbaring atau tidak dapat bergerak dalam waktu lama, Anda berisiko mengalami pembekuan darah. Bekuan darah ini mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

2) Dekubitus

Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi. Pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami tirah baring sangat berisiko terjadinya ulkus dekubitus sehingga sangat diperhatikan kondisi kulit pasien.

3) Pneumonia

Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni. Pneumonia disebabkan oleh kerusakan saraf pada otot-otot yang berfungsi untuk menelan. Akibatnya makanan dan minuman yang dikonsumsi berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan.

4) Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi. Kelemahan pada satu sisi anggota tubuh penderita strokenbiasa disebut hemiparese mengakibatkan penurunan tonus otot sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi). Imobilisasi yang tidak diberikan penanganan dalam waktu yang lama akan menimbulkan komplikasi, salah satunya adalah kontraktur. Kontraktur adalah hilangnya atau menurunnya rentang gerak sendi, hal menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan mobilisasi dan gangguan aktivitas kehidupan sehari-hari

5) Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh. Setelah mengalami stroke seseorang kemungkinan mengalami kehilangan sebagian fungsi tubuhnya sehingga hal tersebut menjadi faktor yang dapat membuat perasaan sedih, tidak berdaya, dan kekurangan energi yang dapat berujung pada depresi.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan utama dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien.

a. Identitas Pasien

Meliputi nama pasien, umur (biasanya terjadi pada usia tua), agama, jenis kelamin (biasanya laki laki lebih berisiko menderita stroke), Pendidikan, alamat, dan jam masuk RS, NRM, diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan. Biasanya keluhannya yaitu kelemahan anggota

gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Serangan stroke ini biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar. Perubahan perilaku juga umum terjadi, sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Memiliki riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian ini dapat mendukung data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

Stroke merupakan penyakit kompleks yang dipengaruhi faktor genetik dan lingkungan. Riwayat keluarga juga merupakan faktor risiko stroke. Jika salah satu orang tua baik ibu maupun ayah menderita stroke maka akan membuat risiko stroke meningkat. Faktor risiko ini mungkin disebabkan oleh genetik terhadap risiko stroke, kultural dalam keluarga atau lingkungan, atau merupakan kombinasi dari genetik dan faktor lingkungan.

Biasanya ada keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

f. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis pasien stroke meliputi status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian ini juga penting untuk menilai respons emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami penurunan kesadaran dengan GCS <12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat composmentis.

Macam-macam tingkat kesadaran terbagi atas:

Metode Tingkat Responsivitas atau Kualitatif

- 1) Compos Mentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik.
- 2) Apatis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.

- 3) Delirium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta – ronta.
- 4) Somnolen : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.
- 5) Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
- 6) Semi – Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
- 7) Coma : yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri

Tabel 2. 1 *Glow Coma Scale (GCS)*

Respon Membuka Mata	Nilai
Spontan	4
Dapat membuka mata dengan rangsangan suara	3
Dapat membuka mata dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada respon	1
Respon Motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan saat diberi rangsang nyeri)	5
Menghindar saat di rangsang nyeri	4
Fleksi abnormal	3
Ekstensi abnormal	2
Tidak ada respon	1
Respon Verbal	Nilai
Orientasi baik	5
Percakapan yang membingungkan, disorientasi tempat dan waktu	4
Kata - kata tidak jelas / tidak sesuai	3
Mengeluarkan suara tanpa arti (mengerang)	2
Tidak ada respon	1

Sumber : Institute Ilmu Saraf NHS Greater Glasgow dan Clyde (2015)

b. Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke non hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat penyakit stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.

b) Nadi

Nadi biasanya di atas normal yaitu lebih dari 100x/menit

c) Pernafasan

Biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami kelemahan otot pernafasan sehingga frekuensi napas diatas 28x/menit dan

pasien stroke non hemoragik yang mengalami penurunan kesadaran maka terjadi peningkatan produksi sekret yang berlebih yang dapat menghambat aliran udara dari hidung ke paru-paru. Biasanya pasien stroke memiliki bunyi napas ronkhi atau wheezing.

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah pada suhu pasien dengan stroke non hemoragik.

c. Pemeriksaan kepala dan leher

a) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah pada rambut pasien dengan stroke non hemoragik.

b) Mata

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema.

c) Hidung

Pada pasien stroke biasanya hidung simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung.

d) Mulut dan gigi

Pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran biasanya akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor,

mukosa bibir pucat.

e) Telinga

Pada pasien stroke biasanya daun telinga sejajar kiri dan kanan, tidak tampak tanda infeksi. Ketajaman pendengaran pada pasien stroke pada umumnya mengalami penurunan.

f) Leher

Tidak ditemukan pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjaran tyroid.

d. Pemeriksaan dada/Thorax: Sistem Pernapasan

Bentuk dada normal, tidak ada pembengkakan.

Pada pemeriksaan inspeksi ditemukan biasanya simetris kiri dan kanan, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan, pada pemeriksaam palpasi biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan, tidak terdapat nyeri, pada pemeriksaan Perkusi biasanya bunyi normal sonor dan pada pemeriksaan Auskultasi biasanya suara normal vesikular

e. Pemeriksaan jantung

Pada pemeriksaan Inspeksi biasanya *ictus cordis* tidak terlihat, Gerakan dada simetris, pada pemeriksaan Palpasi biasanya *ictus cordis* teraba dan tidak terdapat nyeri tekan, pada pemeriksaan Perkusi : biasanya batas jantung sonor, pada pemeriksaan Auskultasi : biasanya suara jantung vesikuler.

f. Pemeriksaan abdomen

Pada pemeriksaan Inspeksi pada umumnya berbentuk simetris dan tidak tampak adanya pembengkakang, pada pemeriksaan Palpasi biasanya tidak ada pembesaran hepar dan tidak ada nyeri tekan, pada pemeriksaan Perkusi biasanya terdapat suara timpani dan pada pemeriksaan Auskultasi biasanya bising usus pasien terdengar

g. Ekstremitas

a) Pada pemeriksaan reflek

1. Reflek Fisiologis

Pada pemeriksaan siku, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bisep (-)) dan pada pemeriksaan trisep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek trisep (-)).

2. Reflek Patologis

Tabel 2. 2 Reflek patologis

Reflek Patologis	Cara Pemeriksaan	Interpretasi
Reflek Hoffman	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta klien berbaring telentang atau duduk dengan rileks. 2. Pegang tangan klien pada pergelangan dan jari-jarinya, mintalah klien untuk melakukan fleksi atau mengentengkan/rileks. 3. Selanjutnya, jepit jari tengah klien diantara telunjuk dan jari tengah kita. 4. Gores dengan kuat ujung jari tengah klien dengan ibu jari kita. 	Refleks Hoffman dinyatakan positif (+) bila prosedur pemeriksaan di atas menimbulkan respons fleksi jari telunjuk, serta fleksi dan adduksi ibu jari dan terkadang disertai fleksi jari lainnya

Reflek Patologis	Cara Pemeriksaan	Interpretasi
Reflek Babinsky	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien dalam posisi berbaring rileks dan santai dengan tungkai bawah diluruskan 2 Periksa memegang pergelangan kaki pasien agar posisi kaki tidak berubah 3 Periksa menggores telapak kaki pasien menggunakan ujung tumpul palu refleks secara perlahan dan usahakan tidak menimbulkan nyeri. Goresan dilakukan sepanjang sisi lateral plantar kaki dari tumit ke ujung jari melintasi metatarsal hingga ke pangkal ibu jari 	Refleks Babinski dinyatakan positif (+) bila terdapat gerakan dorsofleksi ibu jari yang mungkin disertai dengan mekarnya jari-jari lainnya. Refleks Babinski dinyatakan negatif (-) bila terjadi plantar fleksi jari-jari kaki. Jika tidak ada gerakan maka dianggap sebagai respons netral dan tidak memiliki signifikansi klinis
Reflek Caddok	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien dalam posisi berbaring rileks dan santai dengan tungkai bawah diluruskan 2 Periksa memegang daerah tulang kering pasien agar posisi kaki tidak berubah 3 Periksa menggoreskan ujung palu refleks pada kulit di bawah maleolus eksternus. Goresan dilakukan dari atas ke bawah (dari proksimal ke distal) 	Refleks Chaddock positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai pemekaran jari-jari yang lain
Reflek Openheim	<ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien dalam posisi berbaring terlentang dan rileks 2 Periksa menggunakan jari telunjuk dan jari jempol untuk mengurut tulang tibia pasien dari atas ke bawah 	Refleks Oppenheim positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai mekarnya jari-jari yang lain
Reflek Gordon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dalam posisi berbaring terlentang dan rileks 2. Periksa menggunakan kedua telapak tangan untuk melakukan pijatan pada otot betis pasien 	Refleks Gordon positif (+) jika ada respons dorsofleksi ibu jari kaki yang disertai mekarnya jari-jari yang lain

Sumber : Alomedika (2022).

b) Pada pemeriksaan otot

Penilaian skala kekuatan otot mempunyai skala ukur yang umumnya dipakai untuk memeriksa penderita yang mengalami kelumpuhan selain mendiagnosa status kelumpuhan juga dipakai untuk melihat apakah ada kemajuan yang diperoleh selama menjalani perawatan atau sebaliknya apakah terjadi perburukan pada penderita.

Tabel 2. 3 Tingkat fungsi otot

Nilai	Tingkat Fungsi Otot
0	Paralisis total
1	Tidak ada gerakan tetapi teraba / terlihat adanya kontraksi otot
2	Adanya gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi (hanya bergeser)
3	Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan / melawan tahanan pemeriksa
4	Dapat bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal

Sumber Keperawatan UMM (2020).

h. Aktivitas dan istirahat

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

i. Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, *congestive heart failure* (CHF), polisitemia, dan hipertensi arterial.

j. Integritas ego

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

k. Eliminasi

Perubahan kebiasaan buang air besar dan buang air kecil. Misalnya, inkontinensia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

l. Makanan/cairan

Nausea, vomiting, daya sensori hilang, di lidah, pipi, tenggorokan, dysphagia.

m. Pemeriksaan Neuro sensori dan neurologis

a) Pemeriksaan neuro sensori

Pusing, sinkop, sakit kepala, perdarahan sub arachnoid dan intrakranial. Kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan, dyspalopia, lapang pandang menyempit. Hilangnya daya

sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

b) Pemeriksaan neurologis

i. Nervus I (olfaktorius)

Fungsi : saraf sensorik, untuk penciuman

Cara pemeriksaan : pasien memejamkan mata, disuruh membedakan bau (kopi, teh, dan lain-lain)

kadang pada pasien stroke non hemoragik ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda

ii. Nervus II (optikus)

Tes aktivitas visual : Tutup satu mata pasien kemudian minta dia membaca dua baris dari sebuah artikel koran. Ulangi untuk mata satunya. Pada pasien stroke biasanya pasien mengalami gangguan pada penglihatan yaitu mata kabur.

Tes lapang pandang : Minta pasien mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan. Pasien memandangi hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah. Gerakkan perlahan objek tersebut, informasikan agar pasien langsung memberitahu jika ia melihat benda tersebut.

iii. Nervus III (okulomotorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata keatas dan kontraksi pupil

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya diameter pupil 2mm/2mm, 50 pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata.

iv. Nervus IV (troklearis)

Fungsi ; saraf motorik, Gerakan mata kebawah

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah.

v. Nervus V (trigeminus)

Fungsi : saraf motorik, Gerakan mengunyah, sensasi wajah

Cara pemeriksaan : menggerakkan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas dan tusuk gigi pada dahi atau pipi

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien bisa tidak dapat membedakan rasa tajam dan halus (mati rasa) dan mengalami kelemahan pada rahang.

vi. Nervus VI (abducent)

Fungsi : saraf motorik, deviasi mata ke lateral

Cara pemeriksaan : tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

vii. Nervus VII (facialis)

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

viii. Nervus VIII (vestibulokoklearis)

Fungsi : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung. Pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan pendengaran

ix. Nervus IX (glossofaringeus)

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya kurang bisa mendengar gesekan jari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dengan artikulasi yang jelas.

x. Nervus X (vagus)

Fungsi : reflek muntah dan menelan

Cara pemeriksaan : menyentuh faring posterior, pasien menelan air atau saliva, di suruh mengucap aaah..

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan.

xi. Nervus XI (aksesorius)

Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu

Cara pemeriksaan : suruh pasien menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya tidak dapat melawanan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

xii. Nervus XII (hipoglosus)

Fungsi : saraf mototrik, untuk Gerakan lidah

Cara pemeriksaan ; pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi

Pada pasien stroke non hemoragik biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Tabel 2. 4 Diagnosis Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/faktor risiko	Gejala dan Tanda
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.	1. Embolisme 2. Hipertensi	-
2	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)	Gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial	1. Edema serebral	Mayor : Subyektif : 1. Sakit kepala Objektif : 1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) melebar 2. bradikardia 3. pola napas irreguler 4. Tingkat kesadaran menurun 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Refleks neurologis terganggu

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/faktor risiko	Gejala dan Tanda
				Minor : Subjektif : - Objektif : 1. Gelisah 2. Agitasi 3. Muntah (tanpa disertai mual) 4. Tampak lesu/lemah 5. Fungsi kognitif terganggu 6. Tekanan intrakranial (TIK) ≥ 20 mmHg
3.	Nyeri akut (D.0077)	Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.	1. Agen pencedera fisiologis	Mayor : Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur Minor Subjektif : - Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri
4.	Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting (D.0109)	Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri.	1. Gangguan Neuromuskuler 2. Kelemahan	Mayor : Subjektif : 1. Menolak melakukan perawatan diri Objektif : 1. Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ketolilet/berhias secara mandiri

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/faktor risiko	Gejala dan Tanda
				2. Minat melakukan perawatan diri berkurang Minor : -
5.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	1. Penurunan kekuatan otot 2. Gangguan neuromuskular	Mayor : Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Minor : -
6.	Risiko defisit nutrisi (D.0032)	Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.	1. Ketidakmampuan menelan makanan	-
7.	Gangguan menelan (D.0063)	Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus.	1. Gangguan saraf kranialis	Mayor: Subjektif : 1. Mengeluh sulit menelan Objektif : 1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makanan tertinggal di rongga mulut Minor Subjektif: - Objektif : 1. Bolus masuk terlalu cepat 2. Refluks nasal 3. Tidak mampu membersihkan rongga mulut 4. Makanan jatuh dari mulut 5. Makanan terdorong

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/faktor risiko	Gejala dan Tanda
				keluar dari mulut 6. Sulit mengunyah 7. Muntah sebelum menelan
8.	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.	1. Gangguan neuromuskular	<p>Mayor: Subjektif : - Objektif : 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai.</p> <p>Minor : Subjektif : - Objektif : 1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi sulit memahami komunikasi 12. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 13. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Sulit menyusun kalimat 15. Verbalisasi tidak tetap 16. Sulit mengungkapkan kata-kata 17. Disorientasi orang, ruang, waktu 18. Defisit Penglihatan 19. Delusi</p>

No	Masalah Keperawatan	Definisi	Penyebab/faktor risiko	Gejala dan Tanda
9.	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Perubahan persepsi stimulasi baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi	1. Hipoksia serebral	<p>Minor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu <p>Minor : Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyatakan kesal <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. melihat ke satu arah 7. Mondar-mandir 8. Bicara sendiri

Sumber : SDKI 2017

2.2.3 Luaran dan Intervensi Keperawatan

Luaran keperawatan merupakan aspek- aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (PPNI, 2019).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme dan hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Perfusi Serebral (L.02014) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198) Observasi 1.1 identifikasi penyebab peningkatan TIK 1.2 Monitor peningkatan TD 1.3 Monitor pelebaran tekanan nadi 1.4 Monitor penurunan frekuensi jantung 1.5 Monitor ireguleritas irama napas 1.6 Monitor penurunan tingkat kesadaran 1.7 Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil 1.8 Monitor kadar CO ₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan 1.9 Monitor tekanan perfusi serebral 1.10 Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal 1.11 Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Terapeutik 1.12 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal 1.13 Kalibrasi transduser 1.14 Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan 1.15 Pertahankan posisi kepala dan leher netral 1.16 Bilas sistem pemantauan, <i>Jika perlu</i> 1.17 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 1.18 Dokumentasikan hasil

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.19 Jelaskan tujuan pemantauan</p> <p>1.20 Informasikan hasil pemantauan, <i>Jika perlu.</i></p> <p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</p> <p>1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>1.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</p> <p>1.4 Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</p> <p>1.5 Monitor PAWP, jika perlu</p> <p>1.6 Monitor PAP, jika perlu</p> <p>1.7 Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia</p> <p>1.8 Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) Monitor gelombang ICP</p> <p>1.9 Monitor status pernapasan</p> <p>1.10 Monitor intake dan output cairan</p> <p>1.11 Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.12 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>1.13 Berikan posisi semi fowler</p> <p>1.14 Hindari maneuver Valsava</p> <p>1.15 Cegah terjadinya kejang</p> <p>1.16 Hindari penggunaan PEEP</p> <p>1.17 Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>1.18 Atur ventilator agar PaCO₂ optimal</p> <p>1.19 Pertahankan suhu tubuh normal</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>Kolaborasi</p> <p>1.20 Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, <i>jika perlu</i></p> <p>1.21 Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, <i>jika perlu</i></p> <p>1.22 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i></p>
2	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Edema serebral d.d sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure), penurunan kesadaran refleks neurologis terganggu, dan tekanan intracranial ≥ 20 mmHg (D.0066)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Tekanan intracranial membaik 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 2.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 2.4 Monitor CVP (Central Venous Pressure), <i>jika perlu</i> 2.5 Monitor PAWP, <i>jika perlu</i> 2.6 Monitor PAP, <i>jika perlu</i> 2.7 Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), <i>jika tersedia</i> 2.8 Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) 2.9 Monitor gelombang ICP 2.10 Monitor status pernapasan 2.11 Monitor intake dan output cairan 2.12 Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.13 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2.14 Berikan posisi <i>semi fowler</i> 2.15 Hindari maneuver Valsava 2.16 Cegah terjadinya kejang 2.17 Hindari penggunaan PEEP

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>2.18 Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>2.19 Atur ventilator agar PaCO₂ optimal</p> <p>2.20 Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.21 Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu</p> <p>2.22 Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu</p> <p>2.23 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p> <p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (1.06198)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>2.2 Monitor peningkatan TD</p> <p>2.3 Monitor pelebaran tekanan nadi</p> <p>2.4 Monitor penurunan frekuensi jantung</p> <p>2.5 Monitor iregularitas irama napas</p> <p>2.6 Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>2.7 Monitor perlambat atau ketidaksimetrisan respon pupil</p> <p>2.8 Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan</p> <p>2.9 Monitor tekanan perfusi serebral</p> <p>2.10 Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal</p> <p>2.11 Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.12 Ambil sampel drainase cairan serebrospinal</p> <p>2.13 Kalibrasi transduser</p> <p>2.14 Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan</p> <p>2.15 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			2.16 Bilas sistem pemantauan, <i>Jika perlu</i> 2.17 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 2.18 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 2.19 Jelaskan tujuan pemantauan 2.20 Informasikan hasil pemantauan, <i>Jika perlu</i>
3.	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, sulit tidur dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Ketegangan otot menurun 5. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 3.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3.2 Identifikasi skala nyeri 3.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 3.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 3.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 3.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 3.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 3.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 3.10 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3.12 Fasilitasi istirahat dan tidur 3.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>Edukasi</p> <p>3.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>3.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>3.17 Anjurkan menggunakan</p> <p>3.18 Analgetik secara tepat</p> <p>3.19 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.20 Pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
4.	<p>Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, berpakaian, toileting b.d Gangguan Neurovaskular d.d tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ketoilet/ berhias secara mandiri. (D.0109)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan Mandi Meningkat 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkat 3. Kemampuan Makan Meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat 5. Verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri Meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri (1.11348)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>4.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>4.3 Identifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.4 Sediakan lingkungan yang terapeutik</p> <p>4.5 Siapkan keperluan pribadi</p> <p>4.6 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4.7 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>4.8 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>4.9 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>4.10 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
5.	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neurovaskuler d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun (D.0054)	Setelah dilakukantindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobiltas Fisik (L.05042) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan Otot Meningkat 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat 4. Kelemahan fisk Menurun	<p>Dukungan Mobilisasi (1.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</p> <p>5.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>5.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>5.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>5.6 Fasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>5.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>5.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>5.9 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>5.10 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
6.	Risiko Defisit nutrisi d.d ketidakmampuan menelan makanan (D.0032)	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status Nutrisi (L.03030) Membaik dengan kriteria hasil : 1. porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik	<p>Manajemen Nutrisi (1.03119)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>6.2 Indentifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>6.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>6.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>6.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>6.6 Monitor asupan makanan</p> <p>6.7 Monitor beratbadan</p> <p>6.8 Monitor hasil laboratorium</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>Terapeutik</p> <p>6.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan</p> <p>6.10 Fasilitasi menentukan pedoman diit</p> <p>6.11 Sajikan makanan secara menarik</p> <p>6.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi</p> <p>6.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>6.14 Berikan suplemen makanan</p> <p>6.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik, jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>6.16 Anjurkan posisiduduk</p> <p>6.17 Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6.18 kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <p>6.19 kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p>
7.	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis d.d mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Status Menelan (L.06052) Membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek Menelan Meningkat 3. Usaha menelan Meningkat 4. Frekuensi tersedak Menurun 5. Tersedak Menurun 	<p>Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (1.11351)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Identifikasi diet yang dianjurkan</p> <p>7.2 Monitor kemampuan menelan</p> <p>7.3 Monitor status hidrasi pasien</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.4 Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan</p> <p>7.5 Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum</p> <p>7.6 Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan</p> <p>7.7 Letakkan makanan di sisi mata yang sehat</p> <p>7.8 Sediakan sedotan untuk minum,</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>sesuai kebutuhan</p> <p>7.9 Sediakan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan</p> <p>7.10 Sediakan makanan dan minuman yang disukai</p> <p>7.11 Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian</p> <p>7.12 Motivasi untuk makan di ruang makan</p> <p>Edukasi</p> <p>7.13 Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>7.14 Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgetik, antiemetik), sesuai indikasi, jika perlu</p>
8.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral d.d pelo (D.0119)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Komunikasi Verbal (L.13118)</p> <p>Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara sedang 2. Kemampuan mendengar cukup meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat 4. Afasia cukup menurun 5. Disatria cukup menurun 6. Pelo cukup menurun 7. Gagap cukup menurun 	<p>Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara 8.2 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 8.3 Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 8.4 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.5 Gunakan metode komunikasi alternative 8.6 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 8.7 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			<p>8.8 Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>8.9 Berikan dukungan psikologis</p> <p>8.10 Gunakan juru bicara</p> <p>Edukasi</p> <p>8.11 Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>8.12 Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan bicara</p> <p>Kolaborasi</p> <p>8.13 Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis</p>
9.	Gangguan Persepsi Sensori b.d Hipoksia serebral d.d distrorsi sensori (D.0085)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Status Neurologis (L.06053) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Status kognitif meningkat 3. Fungsi sensori kranial meningkat 4. Fungsi motoric kranial meningkat 5. Komunikasi meningkat <p>Sakit kepala menurun</p>	<p>Dukungan Pengungkapan Kebutuhan (I. 09266)</p> <p>Observasi</p> <p>9.1 Periksa gangguan komunikasi verbal (mis. Ketidakmampuan berbicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>9.2 Ciptakan lingkungan yang tenang</p> <p>9.3 Hindari berbicara keras</p> <p>9.4 Ajukan pertanyaan dengan jawaban singkat, dengan isyarat anggukan kepala jika mengalami kesulitan berbicara</p> <p>9.5 Jadwalkan waktu istirahat sebelum waktu kunjungan dan sesi terapi wicara</p> <p>9.6 Fasilitasi komunikasi dengan media (mis. Pensil dan kertas, computer, kartu kata)</p> <p>Edukasi</p> <p>9.7 Informasikan keluarga dan tenaga kesehatan lain teknik berkomunikasi, dan gunakan secara konsisten</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
			9.8 Anjurkan keluarga dan staf mengajak bicara meskipun tidak mampu berbicara Kolaborasi 9.9 Rujuk pada terapis wicara, <i>jika perlu</i>

Sumber : SDKI 2017, SLKI 2019, SIKI 2018

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik/optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari rencana/intevensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Rachman, 2018).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Santa, 2019).

Terdapat dua jenis evaluasi :

1) Evaluasi formatif (Proses)

Evaluasi formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi proses harus dilakukan

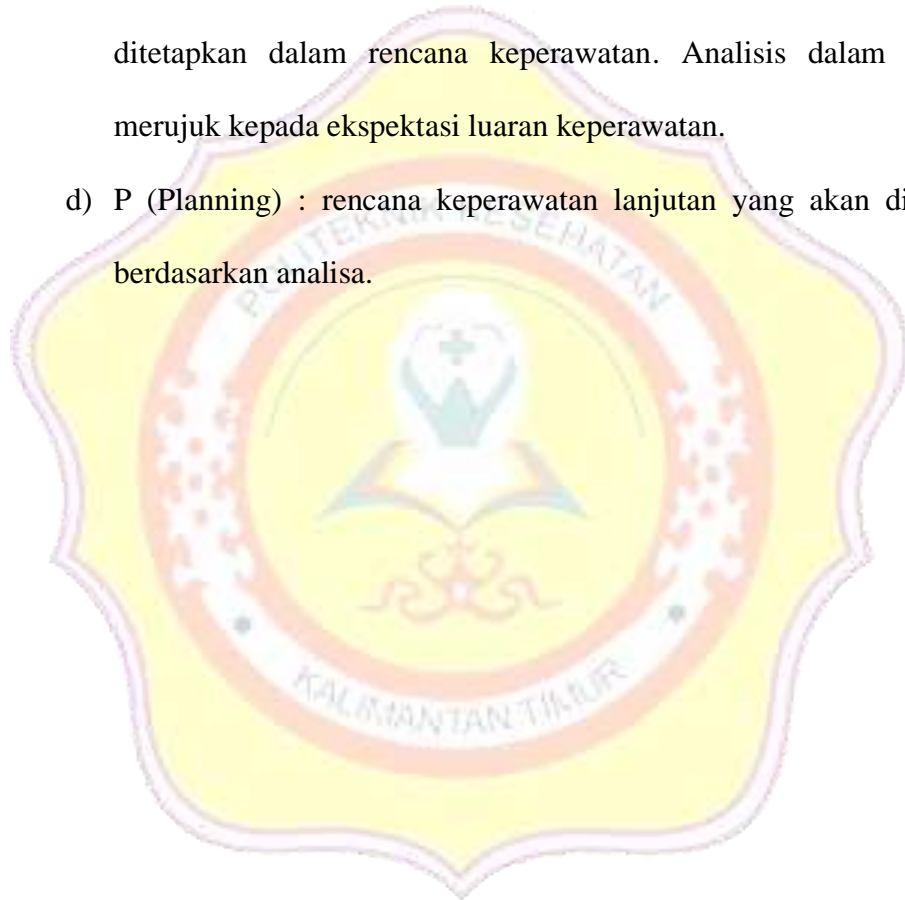
segera setelah perencanaan keperawatan di implementasikan untuk menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilakukan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi proses terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan. Contoh : membantu pasien duduk *semifowler*, pasien dapat duduk selama 30 menit dan mengatakan nyaman dengan posisinya tanpa pusing.

2) Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Tujuan dari evaluasi sumatif ini yaitu menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah tujuan tercapai/masalah teratasi, tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, tujuan tidak tercapai/ masalah tidak tertasi dan bahkan timbul masalah baru. Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan.

- a) S (Subjektif) : informasi berupa ungkapan yang di dapat dari klien setelah diberi tindakan.

- b) O (Objektif) : informasi yang di dapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c) A (Analisis) : membandingkan antara gejala mayor dan gejala minor yang terjadi pada pasien terhadap luaran keperawatan yang sudah ditetapkan dalam rencana keperawatan. Analisis dalam evaluasi merujuk kepada ekspektasi luaran keperawatan.
- d) P (Planning) : rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan analisa.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan/desain penelitian

Jenis penelitian pada Karya Tulis Ilmiah ini dengan menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Studi kasus ini dilakukan dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.2 Subyek Penelitian

Subjek penelitian pada studi kasus ini adalah pasien dengan stroke non hemoragik sebanyak dua pasien yang dirawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun kriteria sampel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.2.1 Pasien dengan Stroke Non Hemoragik

3.2.2 Pasien sebanyak 2 orang

3.2.3 Pasien berusia 30-75 tahun

3.2.3 Pasien dengan masa perawatan minimal 1-2 hari

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Stroke non hemoragik ialah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Strajhar et al., 2016). Pada kasus ini untuk menentukan stroke non hemoragik adalah berdasarkan rekam medis yang telah di diagnosis oleh dokter.

Asuhan Keperawatan pada pasien stroke non hemoragik merupakan asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan kepada klien dengan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Kec. Samarinda Ulu, Samarinda, Kalimantan Timur. Studi kasus ini dilakukan sejak pertama kali masuk rumah sakit sampai dengan pulang atau pasien yang di rawat minimal 3 sampai 6 hari.

3.5 Prosedur Penelitian

Penulisan diawali dengan penyusunan usulan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing dan penguji proposal. Maka, penelitian di lanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data penelitian berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek penelitian.

3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu:

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, Riwayat penyakit sekarang, Riwayat penyakit dahulu, Riwayat penyakit keluarga, dll) yang bersumber dari pasien, keluarga, dan perawat.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Aukskultasi) pada system tubuh manusia.
3. Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

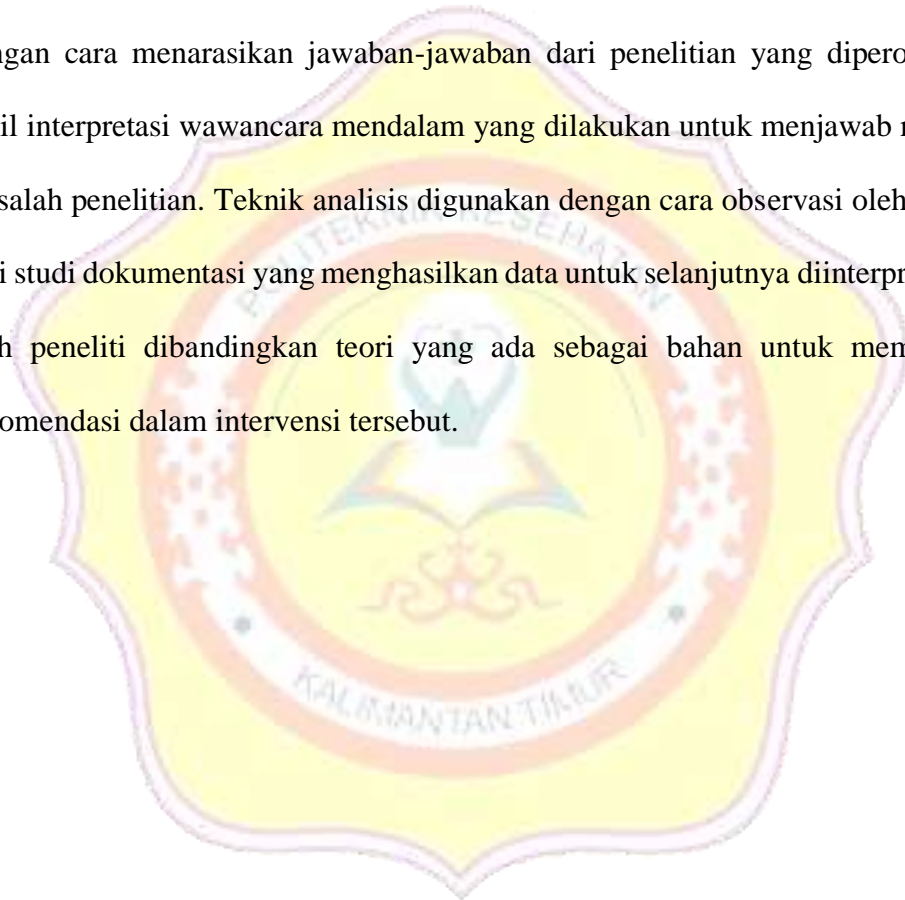
Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medical bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data bertujuan untuk membuktikan kualitas data dan informasi yang diperoleh dalam studi kasus sehingga menghasilkan data yang akurat. Disamping integritas peneliti, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber utama yaitu pasien, perawat, dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.8 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dari studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di jalan Palang Merah Indonesia No. 1 Kelurahan Sidodadi, Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit tipe A Sebagai Rumah Sakit rujukan. Fasilitas yang tersedia di RSUD Abdul Wahab Sjahranie antara lain Instalasi Gawat Darurat 24 jam, Instalasi rawat jalan, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gizi, Laboratorium, Radiologi, Radioterapi, Farmasi, Hemodialisa, Histologi/kamar mayat, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang intensif terpadu, Ruang Bersalin/VK, Gedung Paviliun, Instalasi rawat inap (kelas I, II, III, dan VIP). Untuk Instalasi rawat inap terdapat beberapa ruangan diantara lain yaitu ruang Sakura, Seroja, Flamboyan, Dahlia, Seruni, Tulip, Melati, Mawar, Cempaka, Aster, Edelweis, Anggrek, Bougenvil, Teratai, Intensive Care Unit (ICU), dan Intensive Cardiology Care Unit (ICCU).

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan Ruang Seroja yang di khususkan untuk pasien yang menderita gangguan sistem persyarafan. Studi kasus ini dilakukan mulai tanggal 1– 6 Mei 2023.

Bangunan pada ruang Seroja terdiri dari 3 kamar rawat inap, 5 ruang VIP, Nurse Station, Ruang Dokter, Ruang Kepala Ruangan, Ruang Perawat, Ruang Alat dan Obat, Ruang Gymnasium, Pantry, Ruang Terapi Wicara, Ruang Okupasi Terapi, Ruang Ortotik Prostetik, dan 1 Kolam Renang. Ruang seroja dapat menampung hingga 18 pasien.

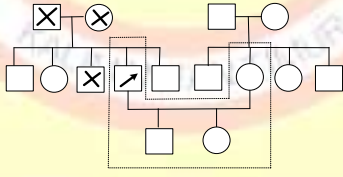
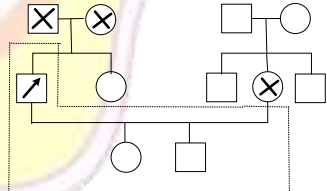
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tabel 4. 1

Hasil Anamnesis Pasien I (Tn. N) dan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
1.	Identitas pasien	Pasien bernama Tn. N, berjenis kelamin laki-laki, dengan tanggal lahir 09 oktober 1963 berusia 60 tahun, suku pasien banjar, pasien beragama islam, pendidikan terakhir pasien SD, pasien tidak bekerja, pasien tinggal di alamat jalan batu cermin. Pasien masuk rumah sakit tanggal 30 April 2023. Nomor rekam medik pasien yang terdaftar dirumah sakit adalah 01.90.33.xx. Diagnosa medis pasien stroke non hemoragik	Pasien bernama Tn. S, berjenis kelamin laki-laki, dengan tanggal lahir 08 Agustus 1951 berusia 72 tahun, suku pasien banjar, pasien beragama islam, pendidikan terakhir pasien SMK, pasien tidak bekerja, pasien tinggal di alamat jalan M. Said gang kita. Pasien masuk rumah sakit tanggal 30 April 2023. Nomor rekam medik pasien yang terdaftar dirumah sakit adalah 01.90.33.xx. Diagnosa medis pasien stroke non hemoragik
2.	Keluhan Utama	Kelemahan sebelah kanan dan bicara pelo	Penurunan Kesadaran
3.	Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang ke IGD pada tanggal 30 April 2023 pukul 13.17 dengan keluhan kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan, bicara pelo dan tidak bisa menelan. Pasien juga mengeluh sedikit	Pasien datang ke IGD pada tanggal 30 April 2023 pukul 12.03 dengan keluhan kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan dan penurunan kesadaran. Keluarga pasien mengatakan

No	Data Anamnesis	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		<p>pusing. Pasien juga mengeluh kesulitan menelan dan sedikit tersedak jika makan atau minum. Pasien mengatakan tidak ada riwayat minum alkohol dan sudah tidak lagi merokok sejak 5 tahun yang lalu. Pasien memiliki riwayat penyakit stroke non hemoragik dan hipertensi. Ketika pengkajian pada tanggal 01 Mei 2023 pasien masih bicara pelo dengan TTV TD : 167/109 mmHg, HR: 66x/menit, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, T : 36,1°C. GCS : E4V5M6.</p>	<p>bahwa pasien tidak memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol dan juga tidak merokok. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Ketika pengkajian pada tanggal 02 Mei 2023 pasien masih penurunan kesadaran dengan TTV TD : 151/80, HR: 80x/menit, RR: 25x/menit, SPO2: 98%, T : 37°C. GCS : E2V1M5.</p>
4.	Riwayat Penyakit Dahulu dan keluarga	<p>Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah dirawat dirumah sakit SMC pada tahun 2018 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik. Pasien memiliki riwayat hipertensi. Pasien mengatakan bahwa keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama</p>  <div data-bbox="667 1507 878 1724" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>□ : laki - laki ○ : perempuan X : meninggal ↗ : pasien : serumah</p> </div>	<p>keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien belum pernah dirawat dirumah sakit. Pasien memiliki riwayat hipertensi. Keluarga pasien mengatakan bahwa anggota keluarga tidak ada riwayat penyakit yang sama</p>  <div data-bbox="1049 1507 1268 1724" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>□ : laki - laki ○ : perempuan X : meninggal ↗ : pasien : serumah</p> </div>

Tabel 4. 2

Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien I (Tn. N) dan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
1.	Kondisi pasien	Alat medis yang terpasang pada pasien yaitu terpasang infus RL 20 tpm, tidak ada sianosis pada pasien. Kesadaran pasien Compos mentis dengan GCS E4V6M5. Pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 2 Nyeri muncul hilang timbul. Pada pemeriksaan status fungsional/ <i>Barthel Indeks</i> total skor pada pasien 11 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang	Posisi pasien <i>semi fowler</i> , alat medis yang terpasang pada pasien terpasang infus RL 14 tpm, pasien terpasang NGT, cateter urine, restrain pada tangan sebelah kiri dan kaki kiri, bedside monitor, tidak ada sianosis. Kesadaran pasien sopor dengan GCS E2V1M5. Keluhan nyeri pasien tidak dapat dikaji. Pada pemeriksaan status fungsional/ <i>Barthel Indeks</i> total skor pasien 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.
2.	Tanda-Tanda Vital	Tanda Vital: TD : 167/109 mmHg N : 66x/menit RR : 20x/menit SPO2 : 99% T : 36,1°C	Tanda Vital: TD : 151/80 mmHg N : 80x/menit RR : 25x/menit SPO2 : 98% (terpasang NRM 12LPM) T : 37°C
3.	Pemeriksaan kepala	Kepala : Kulit kepala pasien tampak bersih tidak ada ketombe, penyebaran rambut pasien tampak tidak merata, warna rambut pasien hitam dan terdapat uban, tidak mudah patah, tidak bercabang, dan rambut tampak cerah Mata : Sklera mata pasien terlihat putih, konjungtiva pasien tampak merah muda, palpebra tampak tidak terdapat edema, kornea terlihat jernih, Pupil	Kepala : Kulit kepala bersih tidak ada ketombe, penyebaran rambut pasien tampak tidak merata, warna rambut pasien hitam dan terdapat uban, tidak mudah patah, tidak bercabang, dan rambut terlihat kusam Mata : Sklera mata pasien terlihat putih, konjungtiva pasien tampak merah muda, palpebra tampak tidak terdapat edema, kornea

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		<p>isokor, pupil mengecil saat disorot cahaya dan membesar jika tidak disorot cahaya</p> <p>Hidung : Pasien tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal terletak ditengah, terdapat 2 lubang hidung dan tampak bersih. Ketajaman penciuman baik</p> <p>Rongga Mulut : Bibir pasien tampak warna merah muda dan sedikit agak gelap, pasien memakai gigi palsu di gigi depan atas, lidah pasien berwarna merah muda, mukosa lembab.</p> <p>Telinga : Daun telinga pasien tampak simetris dan elastis kanan dan kiri.</p> <p>Pemeriksaan Leher : Pada pasien tidak teraba Kelenjar getah bening, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah</p>	<p>trlihat jernih, Pupil isokor, pupil mengecil saat disorot cahaya dan membesar jika tidak disorot cahaya</p> <p>Hidung : Pasien tampak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal terletak ditengah, terdapat 2 lubang hidung yang tampak bersih, dan terpasang NGT pada lubang hidung sebelah kanan. Ketajaman penciuman tidak dapat dikaji.</p> <p>Rongga Mulut : Bibir pasien tampak berwarna gelap kehitaman, tidak ada gigi caries, lidah pasien berwarna merah muda, mukosa tampak kering.</p> <p>Telinga : Daun telinga pasien tampak simetris dan elastis kanan dan kiri.</p> <p>Pemeriksaan Leher : Pada pasien tidak teraba Kelenjar getah bening, tiroid tidak teraba, posisi trakea ditengah</p>
4.	Pemeriksaan Thorax	<p>Pada inspeksi ditemukan bentuk dada pasien tampak simetris dengan frekuensi nafas 20/menit, irama napas teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas dan tidak memakai alat bantu nafas.</p>	<p>Pada inspeksi ditemukan bentuk dada simetris dengan frekuensi nafas 25x/menit, irama nafas teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada bantuan otot bantu nafas, pasien menggunakan alat bantu nafas jenis Non Rebreathing Mask 12 Liter/menit.</p>

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		<p>Pada palpasi ditemukan Vocal premitus teraba diseluruh lapang paru dan ekspensi paru simetris di paru kanan dan kiri.</p> <p>Pada perkusi ditemukan suara sonor.</p> <p>Pada auskultasi Suara napas pasien vesikuler.</p>	<p>Pada palpasi ditemukan Vocal premitus tidak dapat dikaji dan ekspensi paru simetris di paru kanan dan kiri.</p> <p>pada perkusi ditemukan suara sonor.</p> <p>Pada auskultasi Suara napas pasien vesikuler.</p>
5.	Pemeriksaan Jantung	<p>Pada inspeksi didapatkan CRT <2detik, tidak ada sianosis dan tidak ada jari tabuh</p> <p>Pada palpasi didapatkan Ictus cordis teraba pada ics 5 midline clavicula sinistra, akral teraba hangat.</p> <p>Pada perkusi didapatkan batas atas berada di ICS II pada line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V Line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, dan batas kiri berada di ICS III Line sternal sinistra</p> <p>Pada auskultasi didapatkan bunyi jantung II Aorta irama reguler, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi jantung II pulmonal irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Trikuspidalis irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Mitral irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, dan tidak</p>	<p>Pada inspeksi didapatkan CRT <2detik, tidak ada sianosis dan tidak ada jari tabuh</p> <p>Pada palpasi didapatkan Ictus cordis teraba pada ics 5 midline clavicula sinistra, akral teraba hangat.</p> <p>Pada perkusi didapatkan batas atas berada di ICS II pada line sternal dextra, batas bawah berada di ICS V Line midclavicula sinistra, batas kanan berada di ICS III line sternal dekstra, dan batas kiri berada di ICS III Line sternal sinistra</p> <p>Pada auskultasi didapatkan bunyi jantung II Aorta irama reguler, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi jantung II pulmonal irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Trikuspidalis irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, bunyi Jantung I Mitral irama regular, tunggal dengan intensitas kuat, dan</p>

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		didapatkan bunyi jantung tambahan	tidak didapatkan bunyi jantung tambahan
6.	Pemeriksaan sistem pencernaan	<p>Pada inspeksi didapatkan bentuk abdomen pasien tampak bulat, tidak tampak ada bayangan vena, tidak ada terlihat adanya benjolan atau massa, tidak ada terlihat luka operasi, dan tidak terpasang drain.</p> <p>Pada auskultasi didapatkan peristaltik usus 4x/menit.</p> <p>Pada palpasi didapatkan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran pada hepar, lien maupun ginjal.</p> <p>Pada perkusi didapatkan tidak ada shifting dullnes dan tidak ada nyeri ketuk pada ginjal.</p>	<p>Pada inspeksi didapatkan bentuk abdomen pasien tampak bulat, tidak tampak ada bayangan vena, tidak ada terlihat adanya benjolan atau massa, tidak ada terlihat luka operasi, dan tidak terpasang drain.</p> <p>Pada auskultasi didapatkan peristaltik usus 4x/menit.</p> <p>Pada palpasi didapatkan tidak ada massa, tidak ada pembesaran pada hepar, lien maupun ginjal, nyeri tekan pada pasien tidak dikaji arena pasien penurunan kesadaran</p> <p>Pada perkusi didapatkan tidak ada shifting dullnes dan nyeri ketuk pada ginjal tidak dapat dikaji.</p>
7.	Status Nutrisi	<p>Pasien memiliki Berat badan 65Kg dengan tinggi badan 165cm. Indeks Masa Tubuh (IMT) pasien 23,8 dengan kategori berat badan normal. BAB pasien selama dirumah sakit 1x sehari dengan konsistensi lunak.</p> <p>Diet pasien dirumah sakit lunak dengan jenis diet rendah garam</p>	<p>Pasien memiliki Berat badan 50Kg dengan tinggi badan 150cm. Indeks Masa Tubuh (IMT) pasien 22,2 dengan kategori berat badan normal. BAB pasien selama dirumah sakit tidak teratur, jika BAB konsistensi lunak.</p> <p>Diet pasien dirumah sakit cair dengan jenis diet rendah garam dan pebtibren melalui NGT</p>
8.	Pemeriksaan Sistem Syaraf dan <i>Mini-Mental State Exam</i> (MMSE)	Skor <i>Mini-Mental State Exam</i> (MMSE) yaitu 24 dengan kategori normal	<i>Mini-Mental State Exam</i> (MMSE) pasien tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		<p>Memori pasien Pendek. Telah dilakukan pemeriksaan MMSE dengan menyebutkan 3 barang lalu beberapa menit kemudian meminta pasien menyebutkan barang namun pasien hanya mengingat 1 barang saja. Pasien dapat memahami apa yang dibicarakan. Pasien dapat mengulang dan terdapat gangguan bicara. Kognisi pasien baik dan orientasi pasien baik.</p> <p>Refleks Fisiologis Patella, bisep, dan trisep tidak ada masalah yaitu tampak fleksi</p> <p>Refleks Patologis babinsky tidak ada masalah yaitu tampak dorsofleksi</p> <p>Pemeriksaan syaraf kranial :</p> <ol style="list-style-type: none"> N1 (olfaktorius) : pasien bisa membedakan bau minyak kayu putih dan kopi N2 (optikus) : pasien dapat melihat tulisan dalam jarak 1 m N3 (okulomotor) : reflek pupil mengecil saat disorot cahaya dan membesar jika tidak disorot cahaya N4 (Troclearis) : pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah N5 (Trigeminus) : pasien mampu mengunyah makanan lunak 	<p>Memori, perhatian, bahasa, kognisi dan orientasi tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran</p> <p>Refleks Fisiologis patella, bisep, dan trisep tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran</p> <p>Refleks Patologis babinsky Tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran</p> <p>Pemeriksaan syaraf kranial tidak dapat dikaji karena pasien penurunan kesadaran</p>

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		<p>f. N6 (Abdusen) : pasien mampu menggerakkan bola mata ke kiri dan kanan</p> <p>g. N7 (Fasialis) : pasien mampu mengerutkan dahi, pasien mampu menutup mata dan mampu menggembungkan kedua pipi</p> <p>h. N8 (vestibulokolaris) : pasien dapat mendengar dengan baik jentikan tangan perawat didekat telinga</p> <p>i. N9 (glossopharyngeal) : pasien mampu membedakan rasa manis air gula dan rasa asin air garam</p> <p>j. N10 (vagus) : pasien mengalami gangguan menelan dengan tersedak jika minum</p> <p>k. N11 (aksesorius) : pasien dapat mengangkat bahu namun bahu pasien sebelah kanan tidak dapat diangkat</p> <p>l. N12 (hipoglossus) : lidah pasien tidak simetris ketika di julurkan, lebih condong arah ke kanan</p>	
9.	Sistem Perkemihan	Pasien mampu berkemih tidak menggunakan <i>folley cateter</i> . Pasien mengatakan urinya berwarna kuning bersih dengan bau khas urine. Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada kandung kemih	Pasien terpasang <i>folley cateter</i> dengan ukuran 16 yang sudah terpasang selama 3 hari. Urine pasien tampak berwarna kuning bersih dan memiliki bau khas urine
10.	Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	Pergerakan sendi pasien terdapat keterbatasan pada ekstremitas atas dan bawah pada sisi kanan pasien.	Pergerakan sendi pada pasien didapatkan keterbatasan pada ekstremitas atas dan bawah pada sisi kanan

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		<p>Kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan 3, ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri 5. Ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan mengalami kelemahan. Tidak ada kelainan tulang belakang. Tidak ada fraktur pada pasien. Tidak ada terpasang traksi, spalk, maupun gips pada pasien. Tidak ada kompartemen syndrome. Tidak tampak ikterik atau sianosis pada kulit. Turgor kulit baik. Tidak tampak ada luka dan tidak ada edema pada ekstremitas. Tidak ada pitting edema. Tidak ada ekskoriasis. Tidak ada psoriasis. Tidak ada urtikaria. Nilai Risiko Dekubitus dengan Skala Braden yaitu dengan nilai 20 (Risiko Dekubitus Rendah)</p>	<p>pasien. Kekuatan otot pasien tidak dikaji karena pasien penurunan kesadaran. Tidak tampak ada kelainan tulang belakang. Tidak tampak ada fraktur pada pasien. Tidak ada terpasang traksi, spalk, maupun gips. Tidak ada kompartemen syndrome. Tidak tampak ada ikterik atau sianosis pada kulit. Turgor kulit baik. Tidak tampak ada luka dan tidak ada edema pada ekstremitas. Tidak ada pitting edema. Tidak ada ekskoriasis. Tidak ada psoriasis. Tidak ada urtikaria. Nilai Risiko Dekubitus dengan Skala Braden yaitu dengan nilai 11 (Risiko Dekubitus Tinggi)</p>
11.	Sistem Endokrin	<p>Pada pasien tidak tampak ada pembesaran tyroid. Tidak tampak ada pembesaran kelenjar getah bening. Tidak ada tanda dan gejala trias DM. Pasien mengatakan Tidak ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi.</p>	<p>Pada pasien tidak tampak ada pembesaran tyroid. Tidak tampak ada pembesaran kelenjar getah bening. Tidak ada tanda dan gejala trias DM. Tidak terlihat ada riwayat luka sebelumnya dan tidak ada riwayat amputasi.</p>
12.	Seksualitas dan Reproduksi	<p>Pasien mengatakan tidak ada kelainan pada alat kelaminnya</p>	<p>Tidak ada kelainan pada prostat</p>
13.	Keamanan Lingkungan	<p>Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 20 (Pasien masuk kategori Risiko rendah)</p>	<p>Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 35 (Pasien masuk kategori risiko sedang)</p>
14.	Pengkajian psikososial dan spiritual	<p>Persepsi pasien terhadap penyakitnya merupakan cobaan tuhan. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya tampak sedih. Pasien kooperatif saat interaksi. Pasien tidak mengalami gangguan konsep</p>	<p>Pasien tidak dapat dikaji penurunan kesadaran, pasien tampak gelisah dan banyak melakukan gerakan</p>

No	Pemeriksaan	Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
		diri. Sebelum sakit pasien mengatakan sering beribadah. Selama sakit pasien mengatakan masih bisa melakukan ibadah.	
15.	Personal Hygiene	Pasien mengatakan selama dirumah sakit mandi 1x/hari, keramas 3 hari sekali, memotong kuku 1x/minggu, mengganti pakaian 1x/hari, menyikat gigi 1x/hari.	Pasien mandi 1x/hari dibantu perawat, keramas 3 hari sekali dibantu perawat, memotong kuku 1x/minggu dibantu perawat, ganti pakaian 1x/hari dibantu perawat, menyikat gigi 1x/hari dibantu perawat.



Tabel 4. 3

Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Pasien I (Tn. N) dan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan				Nilai Normal
		Pasien I (Tn. N)		Pasien II (Tn. S)		
		Tgl 30/04/2023	Tgl 02/05/2023	Tgl 30/04/2023	Tgl 02/05/2023	
1.	Leukosit	5,36	-	14,65	-	4.80 – 10.80
2.	Eritrosit	4,37	-	3,91	-	4.70 – 6.10
3.	hemoglobin	12,9	-	10,2	-	14.0 – 18.0
4.	hematokrit	38,8	-	32,3	-	37.0 – 54.0
5.	MCV	88,8	-	82,7	-	81.0 – 99.0
6.	MCH	29,6	-	26,0	-	27.0 – 31.0
7.	MCHC	33,3	-	31,4	-	33.0 – 37.0
8.	PLT	151	-	446	-	150 - 450
9.	RDW-SD	39,0	-	38,4	-	35.0 – 47.0
10.	RDW CV	12,4	-	13,1	-	11.5 – 14.5
11.	PDW	16,2	-	15,1	-	9.0 – 13.0
12.	MPV	9,4	-	7,5	-	7.2 – 11.1
13.	P-LCR	22	-	10	-	15 - 25
14.	PCT	0,14	-	0,34	-	0.15 – 0.40
15.	Neutrofil#	3,8	-	12,8	-	1.5 – 7.0
16.	Neutrofil%	71	-	88	-	40 - 74
17.	Limfosit#	1,25	-	0,95	-	1.00 – 3.70
18.	Limfosit%	23	-	7	-	19 - 48
19.	Monosit#	0,22	-	0,82	-	0.16 – 1.00
20.	Monosit%	4	-	6	-	3 - 9
21.	Eosinofil#	0,09	-	0,03	-	0.00 – 0.80
22.	Eosinofil%	2	-	0	-	0 - 7
23.	Basofil#	0,0	-	0,0	-	0.0 – 0.2
24.	Basofil%	0	-	0	-	0 - 1
25.	Glukosa sewaktu	104	-	198	-	70-200
26.	Ureum	24,1	-	33,2	-	19,3-49,2
27.	kreatinin	0,9	-	1,2	-	0,7-1,3
28.	Natrium	139	-	139	-	135-155
29.	Kalium	3,2	-	3,4	-	3,6-5,5
30.	HbA1c	-	6,1	103	-	4,5-6,5
31.	Cholesterol	-	205	-	197	<200
32.	Trigliserida	-	106	-	80	<150
33.	HDL Cholesterol	-	39	-	46	>45
34.	LDL Cholesterol	-	144	-	135	<130

Tabel 4. 4
 Hasil *CT Scan* pada Pasien I (Tn. N) dan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	
		Pasien I (Tn. N) 30 April 2023	Pasien II (Tn. S) 30 April 2023
1.	Bacaan Hasil <i>CT Scan</i> oleh dokter radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak perselubungan/ penebalan mucosa sinus max sinistra densitas 53 HU, dengan il axial 1,3x1,9 cm, coronal 2,2x1,2 cm, sagital 2,3x1,6cm. Serta perselubungan di sinus max dekstra. Densitas 6-10 HU, sinusitis max sinistra et dextra. Dd mucocele 2. Tampak lesi hypodens desnitas 02-08 HU di occipitale/ arachnoid dengan un axial 1,1x2,1 cm, coronal 1,8x1,1 cm, sugesti cisterna magna dd, arachoid cyst 3. Lesi hypodens di basal temporal dan thalamus sinistra densitas 10-11 HU, sugesti infark cerebri sinistra 4. Tampak pula dilatasi dari septum pellucidum 5. System ventrikel baik, mid line shift(-) 6. Pons, med oblongata serta cerebellum dbn 7. Sulci dan gyri normal 8. Perselubung/ penebalan mukosa sinus max sinistra. Densitas 53 HU dengan un terbesar 2,7x1,6cm, sinusitis max sinistra 	<p>Telah dilakukan pemeriksaan MSCT kepala tanpa kontras, irisan axial dan reformat coronal/sagital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lesi hipodns (13-17 HU) berukuran pada ganglia basalis dextra dan pada thalamus sinistra 2. Sulci/gyri tampak prominent, ruang-ruang ventrikel lebar: tidak tampak shifting midline 3. Pons dan cerebellum tidak tampak lesi hipodens/hiperdens patologik 4. Klasifikasi fisiologik di pineal body dan plexus choroideus 5. Tampak penebalan mukosa sinus maxillaris dextra et sinistra; kedua aircells mastoid yang terscan normal 6. Kedua bulbus oculi dan struktur retrobulbarnya yang terscan normal, kedua orbita intak 7. Os calvaria cranii dan maxillofacial yang terscan intak <p>Kesan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infark cerebri bilateral berukuran kecil 2. Sinusitis maxillaris bilateral

Tabel 4. 5

Hasil Penatalaksanaan pada Pasien I (Tn. N) dan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

Terapi Farmakologi	
Pasien I (Tn. N)	Pasien II (Tn. S)
Hari 1 : Senin, 01 Mei 2023 1. Clopidogrel 1x75 mg/oral 2. Neurodex 2x1/oral 3. Amlodipine 1x10mg/oral 4. RL 20 Tpm	Hari 1 : Selasa, 02 Mei 2023 1. Aspilet 1x80mg/oral 2. Neurodex 2x1/oral 3. Atorvastatin 1x20mg/oral 4. Amlodipine 1x10mg/oral 5. RL 14 Tpm
Hari 2 : Selasa, 02 Mei 2023 1. Clopidogrel 1x75 mg/oral 2. Neurodex 2x1/oral 3. Amlodipine 1x10mg/oral 4. Atorvastatin 1x20mg/oral 5. KSR 2x600mg/oral 6. RL 20 Tpm	Hari 2 : Rabu, 03 Mei 2023 1. Neurodex 2x1/oral 2. Candesartan 1x8mg/oral 3. Clopidogrel 1x75 mg/oral 4. RL 14 Tpm
Hari 3 : Rabu, 03 Mei 2023 1. Clopidogrel 1x75 mg/oral 2. Neurodex 2x1/oral 3. KSR 2x600mg/oral 4. RL 20 Tpm	Hari 3 : Kamis, 04 Mei 2023 1. Neurodex 2x1/oral 2. Candesartan 1x8mg/oral 3. Clopidogrel 1x75 mg/oral 4. RL 14 Tpm

2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 4. 6

Diagnosis Keperawatan pada Pasien I (Tn. N) dan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Pasien I (Tn. N)		Pasien II (Tn. S)	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)
1.	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan mengeluh pusing dikepala</p> <p>DO: TD: 167/109 mmHg MAP : 109 mmHg N : 66x/ menit</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (tekanan darah 167/109 mmHg) (D.0017).</p>	<p>DS : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>DO: 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2V1M5) 2. TD: 151/80 mmHg MAP : 103 mmHg 3. Hasil <i>CT Scan</i> : Tampak lesi hipodns (13-17 HU) berukuran pada ganglia basalis dextra dan pada thalamus sinistra. Infark cerebri bilateral berukuran kecil</p>	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d lesi menempati ruang d.d tekanan darah meningkat (tekanan darah 151/80 mmHg). Tingkat kesadaran menurun (GCS E2V1M5), Tampak lesi hipodns (13-17 HU) berukuran pada ganglia basalis dextra dan pada thalamus sinistra. (D.0066)</p>
2.	<p>DS: Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan sulit digerakkan</p> <p>DO: 1. Pada pemeriksaan</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien</p>	<p>DS: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>DO: 1. Pola napas pasien tampak cepat dan dangkal</p>	<p>Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular d.d adanya penggunaan oto bantu napas, frekuensi napas 25x/menit, pola</p>

No	Pasien I (Tn. N)		Pasien II (Tn. S)	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)
	<p>status fungsional/ <i>Barthel Indeks</i> total skor pada pasien 11 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang</p> <p>2. Kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan 3, ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri 5.</p>	<p>menurun, dan gerakan terbatas (D.0054)</p>	<p>2. Pasien tampak menggunakan otot bantu nafas jika tidak terpasang oksigen</p> <p>3. Frekuensi napas pasien 25x/menit</p> <p>4. Pasien terpasang alat bantu nafas NRM 12 Liter/menit</p>	<p>napas pasien cepat dan dangkal (D.0005)</p>
3.	<p>DS: Pasien mengatakan menelan makanan dan minuman agak sulit</p> <p>DO: Tampak tersedak ketika minum</p>	<p>Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis vagus d.d pasien mengeluh sulit menelan, pasien tampak tersedak (D.0063).</p>	<p>DS: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>DO: 1. Pada pemeriksaan status fungsional/<i>Barthel Indeks</i> total skor pasien 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat.</p> <p>2. Aktivitas dan mobilisasi sepenuhnya dibantu oleh perawat</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d rentang gerak pasien menurun(D.0054)</p>

No	Pasien I (Tn. N)		Pasien II (Tn. S)	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)
4.	<p>DS: -</p> <p>DO: 1. Pasien tampak sulit berbicara dengan jelas 2. Pasien tampak pelo</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d pasien mengalami kesulitan berbicara, tampak pelo, pengucapan kalimat kurang jelas (D.0119)</p>	<p>DS: Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>DO: 1. Pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri 2. Pasien penurunan kesadaran 3. Nilai <i>Barthel Indeks</i> Total skor: 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat</p>	<p>Defisit perawatan diri : Mandi b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)</p>
5.	<p>DS: Pasien mengatakan semua aktivitas harus dibantu oleh satu orang</p> <p>DO: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mandi 1x sehari 2. Pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri</p>	<p>Defisit perawatan diri : Mandi, makan, berpakaian, <i>Toileting</i>, dan berhias b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)</p>	<p>DS : Pasien tidak dapat dikaji</p> <p>DO: 1. Pasien penurunan kesadaran 2. Pasien bedrest/tirah baring 3. Berdasarkan tabel pada penilaian dekubitus, pasien mendapatkan</p>	<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas, tirah baring (D.0139)</p>

No	Pasien I (Tn. N)		Pasien II (Tn. S)	
	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Analisa Data	Diagnosis Keperawatan (SDKI)
	3. Nilai <i>Barthel Indeks</i> Total skor: 11 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang		skor 11 yang artinya berisiko tinggi dekubitus (<i>High Risk</i>)	
			DS: Pasien tidak dapat dikaji DO: 1. Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2V1M5) 2. Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 35 (Pasien masuk kategori risiko sedang) 3. Terpasang tanda <i>Fallrisk</i> pada gelang pasien 4. Pasien terpasang <i>restrain</i>	Risiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (GCS E2V1M5) (D.0143)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 7

Intervensi Keperawatan Pasien I (Tn. N) dengan Stroke Non Hemoragik di Instalasi Rawat Inap di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Senin 01 Mei 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Perfusi Serebral (L.02014) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 2. Sakit kepala menurun 3. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Terapeutik 1.4 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.5 Berikan posisi semi fowler Kolaborasi 1.6 Kolaborasi pemberian obat
2.	Senin 01 Mei 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi 2.1 Identifikasi adanya nyeri

No	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun, dan gerakan terbatas (D.0054)	Mobiltas Fisik (L.05042) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan Otot Meningkat 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat	atau keluhan fisik lainnya. 2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2.3 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 2.4 Fasilitasi melakukan pergerakan 2.5 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2.7 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
3.	Senin 01 Mei 2023	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis vagus d.d pasien mengeluh sulit menelan, pasien tampak tersedak (D.0063).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Status Menelan (L.06052) Membaik dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek Menelan Meningkat 3. Usaha menelan Meningkat 4. Frekuensi tersedak	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (1.11351) Observasi 3.1 Identifikasi diet yang dianjurkan 3.2 Monitor kemampuan menelan Terapeutik 3.3 Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3.4 Sediakan sedotan untuk minum Edukasi 3.5 Anjurkan berbicara perlahan Kolaborasi 3.6 Rujuk ke ahli

No	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			Menurun 5. Tersedak Menurun	patologi bicara atau trapis
4.	Senin 01 Mei 2023	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d pasien mengalami kesulitan berbicara, tampak pelo, pengucapan kalimat kurang jelas (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Komunikasi Verbal (L.13118) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat 3. Pelo cukup menurun	<p>Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara</p> <p>4.2 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3 Gunakan metode komunikasi alternative</p> <p>4.4 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>4.5 Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>4.6 Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>4.7 Berikan dukungan psikologis</p> <p>Edukasi</p> <p>4.8 Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.9 Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis</p>

No	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
5.	Senin 01 Mei 2023	Defisit perawatan diri : Mandi, makan, berpakaian, <i>Toileting</i> , dan berhias b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan Mandi Meningkat\ 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkat 3. Kemampuan Makan Meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) Observasi 5.1 Monitor tingkat kemandirian 5.2 Identifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 5.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5.4 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5.5 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 5.6 Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 5.7 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Tabel 4. 8

Intervensi Keperawatan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Selasa 02 Mei 2023	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d lesi menempati ruang d.d tekanan darah meningkat, Tingkat kesadaran menurun, tampak lesi di hasil <i>CT Scan</i> (D.0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan Perfusi Serebral (L.02014) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3. Gelisah menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Terapeutik 1.4 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.5 Berikan posisi semi fowler Kolaborasi 1.1 Kolaborasi pemberian obat
2.	Selasa 02 Mei 2023	Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular d.d adanya penggunaan oto bantu napas, pola napas pasien	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola napas (L.01004) membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun	Manajemen Jalan Napas (L.01011) Observasi 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2 Monitor bunyi napas tambahan (misalnya:

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
		cepat dan dangkal (D.0005)	2. Frekuensi napas membaik	gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) Terapeutik 2.3 Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> 2.4 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 2.5 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi 2.6 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
3.	Selasa 02 Mei 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d rentang gerak pasien menurun(D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobiltas Fisik (L.05042) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan Otot Meningkat 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat	Perawatan Tirah Baring (1.14572) Observasi 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang aair kecil, pneumonia) Terapeutik 3.3 Posisikan senyaman mungkin

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				3.4 pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.5 pasang siderails, jika perlu 3.6 berikan latihan gerak aktif atau pasif 3.7 pertahankan kebersihan pasien 3.8 ubah posisi setiap 2 jam Edukasi 3.9 jelaskan tujuan dilakukan tirah baring
4.	Selasa 02 Mei 2023	Defisit perawatan diri : Mandi b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan Mandi Meningkatkan 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkatkan 3. Kemampuan Makan Meningkatkan 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkatkan	Dukungan Perawatan Diri : Mandi (1.11352) Observasi 4.1 Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 4.2 Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) Terapeutik 4.3 Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sakit gigi, shampoo, pelembab kulit) 4.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 4.5 Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4.6 Fasilitasi mandi, sesuai 4.7 Pertahankan kebiasaan kebersihan diri Edukasi 4.8 Ajarkan kepada

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
				keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
5.	Selasa 02 Mei 2023	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas, tirah baring (D.0139)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan (L.14137) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Suhu kulit membaik 2. Tekstur membaik	<p>Perawatan integritas kulit (1.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>5.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>5.4 Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>5.5 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
6.	Selasa 02 Mei 2023	Risiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (GCS E2V1M5) (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun	<p>Pencegahan jatuh (1.14540)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi</p>

No	Hari/Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
			2. jatuh saat dipindahkan menurun	<p>ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>6.2 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>6.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>6.5 Pasang <i>handrall</i> tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>6.6 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 9

Implementasi Keperawatan Pasien I (Tn. N) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Hari 1 Senin, 01 Mei 2023		
	08.30	1.2 Memeriksa tanda tanda vital dan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 167/109 mmHg N : 66x/ menit RR : 20x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36,1°C GCS : E4V5M6
	08.32	1.3 Memonitor MAP	MAP : 109 mmHg
	08.35	2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Pasien mengeluh nyeri pada kaki kanan dan nyeri pada kepala
	09.00	5.1 Memonitor tingkat kemandirian	Pasien dapat melakukan aktivitas mandi namun selalu dibantu 1 orang
	10.00	3.2 Memonitor kemampuan menelan	Pasien mengatakan sulit menelan, keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien jika makan terkadang suka tersedak
	10.10	3.5 Menganjurkan berbicara perlahan	Pasien bicara secara perlahan
	10.20	4.6 Mengulangi apa yang disampaikan pasien	Pasien memberikan kebenaran dengan penyampaian ulang dari perawat
	10.25	4.1 Memonitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara	Pasien berbicara lambat dan volume sedang

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	10.30	1.6 Berkolaborasi dengan pemberian obat clopidogrel 75mg, neurodex, amlodipine 10mg dan cairal RL 20tpm	Pasien meminum obat lewat oral sesudah makan
	11.00	2.4 Memfasilitasi untuk melakukan pergerakan dengan berkolaborasi bersama fisioterapi untuk melakukan ROM aktif	Pasien kooperatif dan semangat dalam melakukan pergerakan
	12.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Tanda vital : TD : 146/86 mmHg N : 95x/ menit RR : 21x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36°C GCS : E4V5M6
	12.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 106 mmHg
	13.00	3.3 Mengatur posisi nyaman untuk makan/minum	Pasien nyaman dengan posisi <i>fowler</i> jika makan dan minum agar tidak tersedak
	13.05	3.4 Menyediakan sedotan untuk minum	Pasien mudah minum saat menggunakan sedotan
	13.30	5.6 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri	Memberitahu keluarga agar disore hari mengganti pakaian pasien agar kebersihan diri pasien terjaga
	14.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Tanda vital : TD : 168/92 mmHg N : 63x/ menit RR : 20x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36,2°C GCS : E4V5M6
	14.10	1.3 Memonitor MAP	MAP : 117 mmHg

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
2.	Hari 2 Selasa, 02 Mei 2023		
	08.30	1.2 Memeriksa tanda tanda vital dan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 167/109 mmHg N : 66x/ menit RR : 20x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36,1°C GCS : E4V5M6
	08.32	1.3 Memonitor MAP	MAP : 109 mmHg
	09.00	5.1 Memonitor tingkat kemandirian	Pasien dapat melakukan aktivitas mandi namun selalu dibantu 1 orang
	09.10	5.3 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pasien didampingi oleh keluarganya dalam beraktifitas dan mobilisasi
	10.10	4.7 Memberikan dukungan psikologis	pasien tampak senang diberikan dukungan dan motivasi
	10.30	1.6 Berkolaborasi dengan pemberian obat clopidogrel 75mg, neurodex, amlodipine 10mg, atorvastatin 20mg, KSR 600mg dan cairal RL 20tpm	Pasien meminum obat lewat oral sesudah makan
	11.00	2.4 Memfasilitasi untuk melakukan pergerakan dengan berkolaborasi bersama fisioterapi untuk melakukan ROM aktif	Pasien kooperatif dan semangat dalam melakukan pergerakan
	11.18	2.5 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga pasien membantu dalam pergerakan pasien

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	11.45	2.7 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	Pasien dan keluarga memahami mobilisasi yang telah diajarkan
	12.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Tanda vital : TD : 130/80 mmHg N : 78x/ menit RR : 21x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36,1°C GCS : E4V5M6
	12.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 96 mmHg
	12.20	3.1 Mengidentifikasi diet yang dianjurkan	Pasien mendapatkan diet lunak dengan rendah garam
	12.30	3.2 Memonitor kemampuan menelan	Pasien dapat menelan makanan sebanyak 5 sendok secara perlahan
	12.35	3.3 Mengatur posisi yang nyaman untuk makan/minum	Pasien nyaman dengan posisi <i>fowler</i>
	12.40	3.4 Menyediakan sedotan untuk minum	Pasien nyaman minum dengan sedotan
	14.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Tanda vital : TD : 141/80 mmHg N : 80x/ menit RR : 20x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36°C GCS : E4V5M6
	14.10	1.3 Memonitor MAP	MAP : 100 mmHg
3.	Hari 3 Rabu, 03 Mei 2023		
	08.30	1.2 Memeriksa tanda tanda vital dan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 167/109 mmHg N : 66x/ menit RR : 20x/ menit

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
			SPO2 : 99% Suhu : 36,1°C GCS : E4V5M6
	08.32	1.3 Memonitor MAP	MAP : 109 mmHg
	09.00	5.3 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pasien didampingi oleh keluarganya ketika ingin mandi
	09.30	5.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	Pasien bisa melakukan perawatan diri namun dibantu oleh 1 orang
	10.00	1.4 Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Ruangan tenang dan nyaman untuk beristirahat
	10.20	1.5 Memberikan posisi semi fowler	Pasien nyaman diberikan posisi <i>semi fowler</i>
	10.30	1.6 Berkolaborasi dengan pemberian obat clopidogrel 75mg, neurodex, KSR 600mg dan cairal RL 20tpm	Pasien meminum obat lewat oral sesudah makan
	11.00	2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.	Pasien mengatakan nyeri di kaki kanannya berkurang
	11.10	2.4 Memfasilitasi untuk melakukan pergerakan dengan berkolaborasi bersama fisioterapi untuk melakukan ROM aktif	Pasien kooperatif dan semangat dalam melakukan pergerakan
	11.30	2.6 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Keluarga pasien dan pasien tampak memahami penjelasan

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	11.40	4.1 Memonitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara	Pasien berbicara dengan lambat
	11.45	4.4 Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	Pasien berkomunikasi sesuai kebutuhan
	11.55	4.6 Mengulangi apa yang disampaikan pasien	Pasien memberikan kebenaran dengan penyampaian ulang dari perawat
	12.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Tanda vital : TD : 140/80 mmHg N : 80x/ menit RR : 20x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36,3°C GCS : E4V5M6
	12.05	1.3 Memonitor MAP	MAP : 100 mmHg
	13.00	3.2 Memonitor kemampuan menelan	Pasien sudah mampu menelan tapi lambat
	13.10	3.3 Mengatur posisi yang nyaman untuk makan/minum	Pasien nyaman makan/minum dengan posisi <i>fowler</i>
	13.15	3.4 Menyediakan sedotan untuk minum	Pasien nyaman minum memakai sedotan
	14.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Tanda vital : TD : 147/95 mmHg N : 76x/ menit RR : 20x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36°C GCS : E4V5M6
	14.10	1.3 Memonitor MAP	MAP : 112 mmHg

Tabel 4. 10
Implementasi Keperawatan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Hari 1 Selasa, 02 Mei 2023		
	08.30	1.1 Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)	Hasil <i>CT Scan</i> : Infark cerebri bilateral berukuran kecil
	08.38	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	Tanda vital : TD : 151/80 mmHg N : 80x/ menit RR : 25x /menit SPO2 : 98% Suhu : 37°C GCS : E2V1M5
	08.45	1.3 Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure)	MAP : 103 mmHg
	09.00	2.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	RR: 25x/ menit Suara napas vesikuler Pola napas dispneu
	09.10	2.4 Memberikan oksigen	Pasien terpasang oksigen NRM 12 LPM dengan RR : 25x/ menit dan SPO2 : 98%
	09.20	6.3 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala <i>Fall morse scale</i>	Total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 35 (Pasien masuk kategori risiko sedang)
	09.30	4.1 Memonitor kebersihan tubuh pasien dengan menyeka pasien dan	Pasien tampak bersih

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		mengganti pakaian pasien	
	09.50	4.5 Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan	Melakukan <i>oral hygiene</i> hingga mulut pasien bersih
	10.00	3.4 Mempertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut dengan menggantinya dengan yang baru	Tempat tidur pasien tampak bersih dan rapi
	10.10	3.3 Memposisikan senyaman mungkin	Pasien tampak nyaman dengan posisi <i>semi fowler</i> dan berada ditengah tempat tidur
	10.15	3.5 Memasang <i>siderails</i>	<i>Siderails</i> sudah terpasang
	10.30	1.6 Berkolaborasi pemberian obat Aspilet 80mg, Neurodex, Atorvastatin 20mg, Amlodipine 10mg dan cairan RL 14 TPM	Pasien minum obat melalui selang NGT
	11.00	3.6 Memberikan latihan gerak ROM Pasif	Pasien melakukan ROM Pasif dibantu oleh perawat dan fisioterapi
	11.10	6.4 Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci	Roda tempat tidur terkunci
	11.30	5.4 Menggunakan pelembab minyak zaitun	Kulit pasien tampak lembab
	12.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas	Tanda vital : TD : 146/86 mmHg N : 95x/ menit RR : 22x/ menit SPO2 : 98% Suhu : 36,7°C GCS : E2V1M5

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	12.10	ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	MAP : 106 mmHg
	13.00	6.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	Pasien penurunan kesadaran
	14.00	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	Tanda vital : TD : 157/75 mmHg N : 117x/ menit RR : 28x/ menit SPO2 : 98% Suhu : 36,8°C GCS : E2V1M5
	14.10	1.3 Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	MAP : 102 mmHg
2.	Hari 2 Rabu, 03 Mei 2023		
	08.30	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	Tanda vital : TD : 177/140 mmHg N : 117x/ menit RR : 29x/ menit SPO2 : 98% Suhu : 37°C GCS : E2V1M5
	08.35	1.3 Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	MAP : 152 mmHg
	09.00	4.2 Memonitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)	Pasien tampak bersih

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.10	4.3 Menyediakan peralatan mandi	Keluarga pasien sudah menyediakan sabun, minyak zaitun
	09.15	4.5 Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan	Melakukan <i>oral hygiene</i> hingga mulut pasien bersih
	09.20	4.6 Memfasilitasi mandi dengan menyeka pasien	Pasien tampak bersih dan wangi
	09.30	5.4 Menganjurkan menggunakan pelembab dengan minyak zaitun	Pasien dioleskan minyak zaitun dan kulit pasien tampak lembab
	09.32	5.5 Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	Sabun hanya dipakai sesuai kebutuhan
	09.40	3.5 Memposisikan senyaman mungkin	Pasien terletak di posisi tengah tempat tidur dan posisi semifowler
	09.45	3.6 Mempertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut	Tempat tidur pasien tampak bersih dan rapi
	10.00	6.5 Memasang <i>handrall</i> tempat tidur	<i>Handrall</i> telah terpasang
	10.20	2.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	RR: 29x/ menit Suara napas vesikuler Pola napas dispneu
	10.30	2.3 Memposisikan <i>semi-fowler</i>	Posisi pasien <i>semifowler</i>
	10.35	2.4 Memberikan oksigen NRM 12 LPM	Pasien terpasang oksigen NRM 12 LPM dengan RR : 29x/ menit dan SPO2 :98%
	11.00	1.6 Berkolaborasi pemberian obat Neurodex, candesartan 8mg, Amlodipine	Pasien minum obat melalui selang NGT

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		10mg, clopidogrel 75mg dan cairan RL 14 TPM	
11.10		3.6 Memberikan latihan gerak ROM Pasif	Pasien melakukan ROM Pasif dibantu oleh perawat dan fisioterapi
11.20		5.2 Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring	Pasien dimiringkan ke kiri
11.30		6.1 Megidentifikasi faktor risiko jatuh	Faktor pasien jatuh jika lupa memasang <i>handrall</i> dan mengunci tempat tidur
11.45		6. 4 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Roda tempat tidur terkunci
11.47		6.5 Memasang <i>handrall</i> tempat tidur	<i>Handrall</i> telah terpasang
12.00		1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	Tanda vital : TD : 148/80 mmHg N : 85x/ menit RR : 20x/ menit SPO2 : 98% Suhu : 36,3°C GCS : E2V1M5
12.10		1.3 Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure)	MAP : 102 mmHg
13.00		3.3 Memonitor kondisi kulit	Kulit pasien lembab
13.10		3.4 Memonitor komplikasi tirah baring	Tidak ada komplikasi seperti dekubitus pada pasien
13.20		3.7 mempertahankan kebersihan pasien	Keberishan pasien dan lingkungan Bersih
14.00		1.2 Memonitor tanda/gejala	Tanda vital :

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	14.10	<p>peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>1.3 Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)</p>	<p>TD : 149/92 mmHg N : 116x/ menit RR : 27x/ menit SPO2 : 98% Suhu : 37°C GCS : E2V1M5</p> <p>MAP : 111 mmHg</p>
3.	Hari 3 Kamis, 04 Mei 2023		
	08.30	1.2 Memeriksa tanda tanda vital dan tingkat kesadaran	Tanda vital : TD : 140/90 mmHg N : 80x/ menit RR : 24x/ menit SPO2 : 99% Suhu : 36°C GCS : E2V1M5
	08.32	1.3 Memonitor MAP	MAP : 106 mmHg
	08.40	2.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)	RR: 24x/ menit Pola napas dispneu
	08.45	2.2 Memonitor bunyi napas tambahan	Suara napas vesikuler
	08.50	2.4 Memberikan oksigen NRM 12 LPM	Pasien terpasang oksigen NRM 12 LPM dengan RR : 24x/ menit dan SPO2 :98%
	09.00	4.2 Memonitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)	Pasien tampak bersih
	09.10	4.5 Memfasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan	Melakukan <i>oral hygiene</i> hingga mulut pasien bersih
	09.20	4.6 Memfasilitasi mandi dengan menyeka pasien	Pasien tampak bersih dan wangi

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
	09.40	3.1 Memonitor kondisi kulit	Kulit pasien kering
	09.45	3.4 Mempertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut	Tempat tidur pasien tampak bersih dan rapi
	10.00	5.3 Menggunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering	Pasien dioleskan minyak zaitun dan kulit pasien tampak lembab
	10.10	5.2 Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring	Pasien dimiringkan kesebelah kanan
	10.20	6. 4 Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci	Tempat tidur terkunci
	10.25	6.5 Memasang <i>handrall</i> tempat tidur	<i>Handrall</i> telah terpasang
	10.30	1.4 Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Pasien hanya sendiri di kamar sehingga lingkungan tenang
	11.00	1.6 Berkolaborasi pemberian obat Neurodex, Candesartan 8mg, Clopidogrel 75.g dan RL 14 TPM	Pasien minum obat melalui selang NGT
	11.30	3.6 Memberikan latihan gerak ROM pasif	Pasien melakukan ROM Pasif dibantu oleh perawat dan fisioterapi
	12.00	3.8 Mengubah posisi setiap 2 jam	Pasien dimiringkan kesebelah kiri
	12.10	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis.	Tanda vital : TD : 135/70 mmHg

No	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
		Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	N : 80x/ menit RR : 21x/ menit SPO2 : 98% Suhu : 36,1°C GCS : E2V1M5
	12.30	1.3 Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	MAP : 91 mmHg
	12.40	6. 4 Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci	Tempat tidur terkunci
	13.00	6.5 Memasang <i>handrall</i> tempat tidur	<i>Handrall</i> telah terpasang
	13.16	1.2 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	Tanda vital : TD : 130/80 mmHg N : 110x/ menit RR : 22x/ menit SPO2 : 98% Suhu : 36,9°C GCS : E2V1M5
	14.00	1.3 Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)	MAP : 96 mmHg

5. Evaluasi

Tabel 4. 11

Evaluasi Keperawatan Pasien I (Tn. N) dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2023

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<p>Hari 1 Senin, 01 Mei 2023 14.30</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)</p>	<p>S : Pasien mengatakan sakit kepala</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 168/92 mmHg - N : 63x/ menit - GCS : E4V5M6 - MAP : 117 mmHg - Sakit kepala sedang <p>A : Perfusi serebral belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 1.6 Kolaborasi pemberian obat
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun, dan gerakan terbatas (D.0054)</p>	<p>S : Pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan masih mengalami kelemahan dan sedikit nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot sedang - Pasien dapat melakukan aktivitasnya tetapi terbatas dan butuh bantuan 1 orang - Pergerakan ekstremitas sedang - Rentang gerak ROM sedang

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Mobilitas fisik belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.4 Fasilitasi melakukan pergerakan 2.5 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>
	<p>Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis vagus d.d pasien mengeluh sulit menelan, pasien tampak tersedak (D.0063).</p>	<p>S : Pasien mengatakan sulit menelan, keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien jika makan terkadang suka tersedak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak makan dan minum nyaman ketika posisi <i>fowler</i> - Pasien minum dengan sedotan - Mempertahankan makanan dimulut sedang - Reflek menelan sedang - Usaha menelan sedang - Frekuensi tersedak sedang - Tersedak sedang <p>A : Status menelan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.1 Identifikasi diet yang dianjurkan 3.2 Monitor kemampuan menelan 3.3 Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3.4 Sediakan sedotan untuk minum</p>
	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d pasien mengalami kesulitan berbicara, tampak pelo, pengucapan kalimat kurang jelas (D.0119)</p>	<p>S : Pasien mengatakan sulit berbicara dengan jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bicara pasien pelo sedang - Kemampuan berbicara sedang - Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh sedang - Pasien terdengar tidak jelas jika berbicara

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>A : Komunikasi verbal belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.7 Berikan dukungan psikologis</p> <hr/> <p>S : Keluarga pasien mengatkan selama di rumah sakit pasien hanya mandi 1x/hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak selalu dibantu oleh istrinya - Kemampuan Mandi sedang - Kemampuan Mengenakan Pakaian sedang - Kemampuan Makan sedang - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) sedang <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.1 Monitor tingkat kemandirian 5.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p>
Hari 2 Selasa, 02 Mei 2023 14.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 147/95 mmHg - N : 80x/menit - GCS :E4V5M6 - MAP : 112 mmHg - Sakit kepala menurun <p>A : Perfusi serebral belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar,</p>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 1.4 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.5 Berikan posisi <i>semi fowler</i> 1.6 Kolaborasi pemberian obat
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun, dan gerakan terbatas (D.0054)	S : Pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan masih mengalami kelemahan O : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot sedang - Pasien dapat melakukan aktivitasnya tetapi terbatas dan butuh bantuan 1 orang - Pasien tampak bersemangat dalam melakukan pergerakan ROM Aktif - Pergerakan ekstremitas sedang - Rentang gerak ROM cukup meningkat A : Mobilitas fisik belum meningkat P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2.4 Fasilitasi melakukan pergerakan 2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis vagus d.d pasien mengeluh sulit menelan, pasien tampak tersedak (D.0063).	S : Pasien mengatakan sudah bisa menelan tanpa tersedak O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak makan dan minum nyaman ketika posisi <i>fowler</i> - Pasien minum dengan sedotan

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat makan 5 sendok lebih - Pasien diberikan diit lembek rendah garam - Mempertahankan makanan dimulut sedang - Reflek menelan sedang - Usaha menelan sedang - Frekuensi tersedak cukup menurun <p>A : Status menelan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.2 Monitor kemampuan menelan 3.3 Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3.4 Sediakan sedotan untuk minum
	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d pasien mengalami kesulitan berbicara, tampak pelo, pengucapan kalimat kurang jelas (D.0119)</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih sulit berbicara</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bicara pasien pelo sedang - Kemampuan berbicara cukup meningkat - Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh sedang - Pasien terdengar tidak jelas jika berbicara - Pasien tampak berbicara lambat dan volume sedang <p>A : Komunikasi verbal belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara 4.4 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 4.6 Ulangi apa yang disampaikan pasien

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Defisit perawatan diri : Mandi b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	<p>S : Keluarga pasien mengatikan selama di rumah sakit pasien hanya mandi 1x/hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien ampak selalu dibantu oleh istrinya - Kemampuan Mandi cukup Meningkatkan - Kemampuan Mengenakan Pakaian cukup Meningkatkan - Kemampuan Makan cukup Meningkatkan - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup Meningkatkan <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 5.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5.7 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
Hari 3 Rabu, 03 Mei 2023 14.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 141/80 mmHg - N : 76x/menit - GCS :E4V5M6 - MAP : 100 mmHg - Sakit kepala menurun <p>A : Perfusi serebral cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.4 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		1.5 Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 1.6 Kolaborasi pemberian obat
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, kekuatan otot menurun, rentang gerak pasien menurun, dan gerakan terbatas (D.0054)	<p>S : Pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan masih mengalami kelemahan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot cukup meningkat - Pasien dapat melakukan aktivitasnya tetapi terbatas dan butuh bantuan 1 orang - Pasien tampak bersemangat dalam melakukan pergerakan ROM Aktif - Pergerakan ekstremitas sedang - Rentang gerak ROM cukup meningkat <p>A : Mobilitas fisik belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.4 Fasilitasi melakukan pergerakan 2.5 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>
	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis vagus d.d pasien mengeluh sulit menelan, pasien tampak tersedak (D.0063).	<p>S : Pasien mengatakan sudah bisa menelan tanpa tersedak dan porsi makan mulai meningkat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak makan dan minum nyaman ketika posisi <i>fowler</i> - Pasien minum dengan sedotan - Pasien dapat makan dengan porsi lumayan banyak - Mempertahankan makanan dimulut cukup meningkat - Reflek menelan cukup meningkat

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> - Usaha menelan cukup meningkat - Frekuensi tersedak menurun <p>A : Status menelan belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.2 Monitor kemampuan menelan 3.3 Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3.4 Sediakan sedotan untuk minum 3.5 Anjurkan berbicara perlahan
	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular d.d pasien mengalami kesulitan berbicara, tampak pelo, pengucapan kalimat kurang jelas (D.0119)</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih sulit berbicara</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bicara pasien pelo sedang - Kemampuan berbicara sedang - Kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh sedang - Pasien terdengar tidak jelas jika berbicara <p>A : Komunikasi verbal belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor kecepatan, kuantitas, volume dandiksi bicara 4.6 Ulangi apa yang disampaikan pasien 4.7 Berikan dukungan psikologis

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Defisit perawatan diri : Mandi b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	<p>S : Keluarga pasien mengatikan selama di rumah sakit pasien hanya mandi 1x/hari</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien ampak selalu dibantu oleh istrinya - Kemampuan Mandi cukup Meningkatkan - Kemampuan Mengenakan Pakaian cukup Meningkatkan - Kemampuan Makan cukup Meningkatkan - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) cukup Meningkatkan <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor tingkat kemandirian 5.3 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 5.7 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Tabel 4. 12
 Evaluasi Keperawatan Pasien II (Tn. S) dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang
 Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
 Tahun 2023

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 Selasa, 02 Mei 2023 14.30	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d Lesi menempati ruang d.d tekanan darah meningkat, Tingkat kesadaran menurun (GCS E2V1M5), terdapat lesi pada hasil <i>CT Scan</i> (D.0066)	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran GCS : E2V1M5 - Pasien terpasang restrain pada tangan dan kaki kiri - TD : 157/75 mmHg - N : 117x/menit - MAP : 102 mmHg - Gelisah sedang <p>A : Perfusi serebral belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.2 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 1.5 Berikan posisi semi fowler 1.6 Kolaborasi pemberian obat
	Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular d.d adanya penggunaan oto bantu napas, pola napas pasien cepat dan dangkal (D.0005)	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang NRM 12 LPM - Suara napas vesikuler - Posisi pasien <i>semifowler</i> - Frekuensi napas cukup membaik 28x/menit - Tampak dispnea sedang <p>A : Pola napas belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.2 Monitor pola napas (frekuensi,

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		kedalaman, usaha napas) 2.3 Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> 2.4 Berikan oksigen, jika perlu
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d rentang gerak pasien menurun(D.0054)	S : Tidak dapat dikaji O : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak ROM menurun - Pergerakan ekstremitas menurun A : Mobilitas fisik belum meningkat P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring 3.3 Posisikan senyaman mungkin 3.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.6 Berikan latihan gerak aktif atau pasif 3.7 Pertahankan kebersihan pasien
	Defisit perawatan diri : Mandi, makan, berpakaian, <i>Toileting</i> , dan berhias b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	S : Tidak dapat dikaji O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri - Perawatan diri sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan Mandi menurun - Kemampuan Mengenakan Pakaian menurun - Kemampuan Makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun A : Perawatan diri belum meningkat

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.2 Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)</p> <p>4.3 Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sakit gigi, shampoo, pelembab kulit)</p> <p>4.5 Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p> <p>4.6 Fasilitasi mandi</p>
	<p>Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas (D.0139)</p>	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien imobilisasi sepenuhnya - Pasien tirah baring - Kondisi kulit kering - Risiko dekubitus pasien pasien mendapatkan skor 11 yang artinya berisiko tinggi dekubitus (<i>High Risk</i>) - Suhu kulit sedang - Tekstur sedang <p>A : Integritas kulit dan jaringan cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>5.4 Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>5.5 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
	<p>Risiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (GCS E2V1M5) (D.0143)</p>	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran - lingkungan pasien aman - Posisi tempat tidur paling rendah - Roda tempat tidur selalu terkunci

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<ul style="list-style-type: none"> - <i>handrall</i> selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat dipindahkan cukup menurun <p>A : Tingkat jatuh cukup menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 6.5 Pasang <i>handrall</i> tempat tidur
<p>Hari 2 Rabu, 03 Mei 2023 14.30</p>	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d lesi menempati ruang d.d tekanan darah meningkat, Tingkat kesadaran menurun (GCS E2V1M5), terdapat lesi pada hasil <i>CT Scan</i> (D.0066)</p>	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran GCS : E2V1M5 - Pasien terpasang restrain pada tangan dan kaki kiri - TD : 149/92 mmHg - N : 116x/menit - MAP : 111 mmHg - Gelisah cukup menurun <p>A : Perfusi serebral belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 1.4 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.6 Kolaborasi pemberian obat

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular d.d adanya penggunaan oto bantu napas, pola napas pasien cepat dan dangkal (D.0005)	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang NRM 12 LPM - Suara napas vesikuler - Posisi pasien <i>semifowler</i> - Frekuensi napas cukup membaik 27x/menit - Tampak dispnea sedang <p>A : Pola napas belum membaik</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2 Monitor bunyi napas tambahan 2.4 Berikan oksigen, jika perlu
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d rentang gerak pasien menurun(D.0054)	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak ROM menurun - Pergerakan ekstremitas menurun <p>A : Mobilitas fisik belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor kondisi kulit 3.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.6 Berikan latihan gerak aktif atau pasif 3.8 Ubah posisi setiap 2 jam
	Defisit perawatan diri : Mandi, makan, berpakaian, <i>Toileting</i> , dan berhias b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan Perawatan diri secara mandiri - Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan Mandi menurun - Kemampuan Mengenakan Pakaian menurun - Kemampuan Makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun <p>A : Perawatan diri belum meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.2 Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)</p> <p>4.5 Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p> <p>4.6 Fasilitasi mandi</p>
	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas (D.0139)	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien imobilisasi sepenuhnya - Pasien tirah baring - Kondisi kulit lembab - Risiko dekubitus pasien pasien mendapatkan skor 11 yang artinya berisiko tinggi dekubitus (<i>High Risk</i>) - Suhu kulit cukup membaik - Tekstur cukup membaik <p>A : Integritas kulit dan jaringan cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>5.3 Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</p>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Risiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (GCS E2V1M5) (D.0143)	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran - Lingkungan pasien aman - Posisi tempat tidur paling rendah - Roda tempat tidur selalu terkunci - <i>Handrall</i> selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat dipindahkan cukup menurun <p>A : Tingkat jatuh cukup menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>6.5 Pasang <i>handrall</i> tempat tidur</p>
Hari 3 Kamis, 04 Mei 2023 14.30	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral d.d tekanan darah meningkat, Tingkat kesadaran menurun (GCS E2V1M5), terdapat lesi pada hasil <i>CT Scan</i> (D.0066)	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran GCS : E2V1M5 - Pasien terpasang restrain pada tangan dan kaki kiri - TD : 130/80 mmHg - N : 110x/ menit - MAP : 96 mmHg - Tingkat kesadaran menurun - Gelisah menurun <p>A : Perfusi serebral cukup meningkat</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p>

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		1.3 Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 1.4 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.6 Kolaborasi pemberian obat
	Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular d.d adanya penggunaan oto bantu napas, pola napas pasien cepat dan dangkal (D.0005)	S : Tidak dapat dikaji O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terpasang NRM 12 LPM - Suara napas vesikuler - Posisi pasien <i>semifowler</i> - Frekuensi napas cukup membaik 22x/menit - Tampak dispnea sedang A : Pola napas belum membaik P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.4 Berikan oksigen, jika perlu
	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d rentang gerak pasien menurun(D.0054)	S : Tidak dapat dikaji O : <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak ROM menurun - Pergerakan ekstremitas menurun A : Mobilitas fisik belum meningkat P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor kondisi kulit 3.2 Monitor komplikasi tirah baring 3.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 3.6 Berikan latihan gerak aktif atau pasif

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
	Defisit perawatan diri : Mandi, makan, berpakaian, <i>Toileting</i> , dan berhias b.d gangguan neuromuskular d.d pasien tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri (D.0109)	S : Tidak dapat dikaji O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran - Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri - Pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri - Perawatan diri sepenuhnya dibantu oleh perawat - Kemampuan Mandi menurun - Kemampuan Mengenakan Pakaian menurun - Kemampuan Makan menurun - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) menurun A : Perawatan diri belum meningkat P : Lanjutkan intervensi 4.2 Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) 4.5 Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan 4.6 Fasilitasi mandi 4.8 Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
	Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas (D.0139)	S : Tidak dapat dikaji O : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien imobilisasi sepenuhnya - Pasien tirah baring - Kondisi kulit lembab - Risiko dekubitus pasien pasien mendapatkan skor 11 yang artinya berisiko tinggi dekubitus (<i>High Risk</i>) - Suhu kulit cukup membaik - Tekstur cukup membaik A : Gangguan integritas kulit dan jaringan cukup meningkat

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.2 Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>5.4 Anjurkan menggunakan pelembab</p> <p>5.5 Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p>
	<p>Risiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (GCS E2V1M5) (D.0143)</p>	<p>S : Tidak dapat dikaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran - Lingkungan pasien aman - Posisi tempat tidur paling rendah - Roda tempat tidur selalu terkunci - <i>Handrall</i> selalu terpasang - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat dipindahkan cukup menurun <p>A : Tingkat jatuh cukup menurun</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>6.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>6.5 Pasang <i>handrall</i> tempat tidur</p>

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuskular (D.0005)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan pola napas tidak efektif yang muncul hanya pada pasien II (Tn. S) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada Pasien I (Tn. N). Adanya pola napas tidak efektif pada pasien II (Tn. S) karena adanya penggunaan otot bantu napas, frekuensi napas 25x/ menit, pola napas cepat dan dangkal, pada pasien terpasang *Non rebreathing mask* 12 liter/menit. Pada Kondisi ini penurunan kesadaran yang mengindikasikan adanya peningkatan tekanan intrakranial menyebabkan depresi pada pusat pernapasan (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), pola napas tidak efektif adalah inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat. Pola napas tidak efektif terjadi secara patofisiologi yaitu karena adanya lesi sehingga menyebabkan peningkatan intrakranial yang mengakibatkan pasien mengalami penurunan kesadaran yang membuat penekanan pada saluran napas (Nur ulfah sari, 2017). Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi keperawatan pada Pasien II (Tn. S) yaitu Manajemen jalan napas. Manajemen jalan napas bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan napas (PPNI, 2018).

Adapun tindakan keperawatan yang diberikan selama tiga hari pada pasien adalah berupa memonitor pola napas, memosisikan pasien *semi fowler*,

terapi oksigen melalui *Non rebreathing mask* 12l iter/menit. Menurut penelitian Agina P, Rizky W, dan Waladani (2021), bahwa posisi *semi fowler* lebih efektif terhadap perubahan frekuensi pernafasan karena dapat menurunkan sesak nafas menjadi normal dengan rata-rata nilai RR sebelum dilakukan tindakan 26-30x/menit menjadi menurun setelah dilakukan tindakan pemberian posisi *semi fowler* dengan rentang normal antara 20-24x/menit dan saturasi oksigen dapat meningkatkan nilai saturasi oksigen dari hipoksemia menjadi normal. Hal ini terbukti pada Tn. S setelah diberikan posisi *semifowler* didapatkan nilai RR 22x/menit. Pemberian terapi oksigen bertujuan untuk memaksimalkan proses bernapas, meminimalkan beban pernapasan serta membantu tubuh untuk memenuhi suplai oksigen ke jaringan (Wardani, W. I., Aetyorini, Y., & Rifai, 2018). Menurut penelitian Made dan jana 2018, pemberian oksigenasi sangat berpengaruh terhadap peningkatan saturasi sehingga dapat menurunkan sesak nafas, terhitung dari oksimetri sebelum tindakan <90% menjadi nilai normal >95%. Hal ini terbukti pada Tn. S setelah diberikan terapi oksigen maka nilai saturasinya 98%.

Hasil evaluasi masalah keperawatan pola napas tidak efektif pada pasien II (Tn. S) di hari pertama, kedua, dan ketiga didapatkan pola napas belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun yaitu data di hari ketiga adalah tampak pernapasan sesak pada

pasien sedang, frekuensi napas 22x/menit, pola napas cepat dan dangkal membaik.

Penulis berasumsi belum memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena pasien masih mengalami penurunan kesadaran sehingga terjadi penekanan pada saluran napas yang mengakibatkan pasien memerlukan terapi oksigen, maka intervensi masih perlu dilanjutkan.

4.2.2 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d Lesi menempati ruang (D.0066)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Penurunan kapasitas adaptif intrakranial yang muncul hanya pada pasien II (Tn. S) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada Pasien I (Tn. N). Hasil pengkajian pada pasien II (Tn. S) didapatkan adanya riwayat hipertensi yang tidak terkontrol, hasil pemeriksaan tanda – tanda vital pasien didapatkan tekanan darah 151/80 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, dan pasien mengalami penurunan kesadaran sopor dengan nilai GCS E2V1M5.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), Penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial. Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial secara patofisiologi muncul karena mengalami penurunan kesadaran akibat hipoksia pada sel otak (Nurarif Huda, 2016). Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

terjadi karena ruptur pada pembuluh darah di otak menyebabkan terjadinya penumpukan lesi yang menekan jaringan yang ada di otak sehingga terjadi iskemia bahkan infark pada jaringan di otak (Kusuma, H., & Nurarif, 2014). Pada Tn. S hasil *CT Scan* menunjukkan adanya lesi yaitu Tampak lesi hipodns (13-17 HU) berukuran pada ganglia basalis dextra dan pada thalamus sinistra.

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien II (Tn. S) berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Adapun pemberian intervensi ini ditujukan untuk mencegah mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial (PPNI, 2018).

Adapun tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien II (Tn. S) selama tiga hari berupa memantau tekanan darah dan *mean arterial pressure* (MAP), memantau tingkat kesadaran, memberikan posisi *semi fowler* dan memberikan cairan infus Ringer Laktat 14 tpm kepada pasien. Salah satu penanganan peningkatan intrakranial adalah dengan pemberian posisi *semifowler* pada pasien stroke non hemoragik. posisi *semifowler* dapat menurunkan tekanan intrakranial melalui beberapa cara, yaitu menurunkan tekanan darah, perubahan komplians dada, perubahan ventilasi, meningkatkan aliran vena melalui vena jugular yang tak berkatup, sehingga menurunkan volume darah vena sentral yang menurunkan tekanan intrakranial (Iencean, 2013). Hasil penelitian Naveen et, all (2010) menunjukkan Ketinggian kepala ringan 30° telah terbukti mengurangi

tekanan intrakranial tanpa efek merugikan yang signifikan. Ketinggian kepala ringan 30° memperbaiki drainase vena, perfusi serebral, dan menurunkan tekanan intrakranial. Hasil penelitian Brunser et, all (2016) melalui penelitian eksperimen dengan memberikan posisi *semifowler* selama 75 menit menunjukkan bahwa posisi tersebut sangat berpengaruh terhadap penurunan tekanan intrakranial dibandingkan posisi tidur terlentang. Hal ini terbukti pada Pasien II (Tn. S) didapatkan tekanan darah membaik (130/80 mmHg), nilai MAP membaik (96 mmHg).

Hasil evaluasi pada pasien II (Tn. S) di hari pertama dan kedua didapatkan perfusi serebral belum meningkat karena data yang didapatkan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun, sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan. Adapun hasil evaluasi yang didapatkan di hari ketiga pada pasien II (Tn. S) perfusi serebral cukup meningkat karena data yang didapatkan sebagian telah memenuhi kriteria hasil yang disusun yaitu, tekanan darah membaik (130/80 mmHg), nilai MAP membaik (96 mmHg), dan kesadaran sopor GCS E2V1M5.

Penulis berasumsi cukup memenuhi ekspektasi luaran yang ditetapkan oleh penulis, karena pasien sudah menunjukkan tekanan darah dan MAP yang membaik, namun pemberian manajemen peningkatan tekanan intrakranial perlu dilanjutkan agar mencegah terjadinya keparahan yang terjadi pada pasien sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan.

4.2.3 Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d hipertensi (D.0017)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Risiko perfusi serebral yang muncul hanya pada pasien I (Tn. N) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada Pasien II (Tn. S). Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien I (Tn. N) adanya riwayat hipertensi tidak kontrol, pasien mengatakan pusing pada kepala dan pada pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 167/109 mmHg, kesadaran compos mentis dengan nilai GCS E4V5M6.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), Risiko perfusi serebral tidak efektif merupakan berisikonya yang mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak (PPNI, 2017). Risiko perfusi serebral tidak efektif menurut patofisiologi disebabkan karena tekanan darah yang sangat tinggi dan menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak yang dapat menyebabkan perfusi serebral tidak efektif (Fernandes, 2017). Risiko perfusi serebral tidak efektif terjadi karena ruptur pada pembuluh darah di otak yang menyebabkan penambahan massa di otak, hal tersebut mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial sehingga otak mengalami iskemia yang mana menyebabkan suplai oksigen ke jaringan di otak tidak adekuat (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).(PPNI, 2018)

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan pada pasien I (Tn. N) berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Adapun pemberian intervensi ini untuk mengidentifikasi dan

mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial (PPNI, 2018). Adapun tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. N) selama tiga hari berupa mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial, memantau tekanan darah dan *Mean arterial pressure* (MAP), memantau tingkat kesadaran dan memberikan cairan Ringer laktat 20tpm kepada pasien.

Hasil evaluasi yang didapatkan di hari pertama dan kedua pada pasien I (Tn. N), perfusi serebral belum meningkat karena data yang didapatkan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, sehingga intervensi perlu dilanjutkan. Adapun hasil evaluasi yang didapatkan di hari ketiga pada pasien I (Tn. N), perfusi serebral cukup meningkat karena data yang didapatkan hanya sebagian yang memenuhi kriteria hasil yang disusun, yaitu keluhan sakit kepala menurun, tekanan darah 141/80 mmHg dan MAP 100 mmHg.

Penulis berasumsi cukup memenuhi ekspektasi luaran yang ditetapkan oleh penulis, karena pasien sudah menunjukkan tekanan darah dan MAP yang membaik, namun pemberian manajemen peningkatan tekanan intrakranial perlu dilanjutkan agar mencegah terjadinya keparahan yang terjadi pada pasien sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan.

4.2.4 Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (D.0054)

Hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan adanya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pada pasien I (Tn. N) didapatkan pasien

mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, kekuatan otot menurun pada tangan dan kaki kanan nilai kekuatan otot (3), rentang gerak pasien menurun, nilai barthel indeks dengan skor pasien 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang dan gerakan pasien terbatas. Sedangkan hasil pengkajian pada pasien II (Tn. S) didapatkan pasien tirah baring, rentang gerak pasien menurun, gerakan pasien terbatas, nilai barthel indeks dengan skor pasien 0 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan berat dan aktivitas mobilisasi sepenuhnya dibantu oleh perawat.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik terjadi secara patofisiologi yaitu karena adanya disfungsi pada nervus aksesorius dan hipoglossus sehingga mengakibatkan kelemahan pada anggota gerak (Nurarif Huda, 2016). Gangguan mobilitas fisik terjadi karena adanya edema pada cerebellum sehingga mengganggu fungsi dari cerebellum itu sendiri, dan menyebabkan terjadinya defisit motorik pada pasien (Kusuma, H., & Nurarif, 2014)

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada kedua pasien, pada pasien I (Tn. N) penulis menyusun intervensi berupa dukungan mobilisasi. Dukungan mobilisasi bertujuan memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (PPNI,

2018). Pada pasien II (Tn. S) penulis menyusun intervensi berupa perawatan tirah baring. Perawatan tirah baring bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan keamanan serta mencegah komplikasi pasien yang menjalani tirah baring (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien I (Tn. N) selama tiga hari berupa mengkaji adanya keluhan fisik, dan mengajarkan pasien untuk melakukan pergerakan sederhana yaitu ROM aktif untuk melatih otot, sedangkan pada pasien II (Tn. S) tindakan keperawatan yang diberikan selama tiga hari berupa memantau kondisi kulit, komplikasi tirah baring, mempertahankan seprei bersih, rapi dan tetap kering, memasang *siderails* pada bed pasien dan memberikan latihan ROM Pasif. Jurnal penelitian yang keenam ditulis oleh Harahap (2014) Pada penelitian ini dilakukan latihan range of motion (ROM) pasif 2 x sehari selama 7 hari intervensi dengan hasil pengukuran tingkat kekuatan otot sebelum diberikan latihan nilai kekuatan otot 1 dan setelah dilakukan latihan range of motion meningkat menjadi nilai 3 latihan range of motion (ROM) efektif diberikan pada pasien stroke yang mengalami kelemahan otot khususnya pada ekstremitas karena dapat meningkatkan kekuatan otot. Berdasarkan hasil Systematic Review yang telah dilakukan tentang latihan range of motion (ROM) terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke disimpulkan bahwa latihan ROM efektif dalam meningkatkan kekuatan otot. Dengan pemberian latihan yaitu 2x sehari setiap pagi dan

sore dengan waktu 15-35 menit. Hal ini di buktikan dengan pasien I (Tn. N) dapat mengangkat tangan kanannya yang sebelumnya tidak bisa mengangkat tangan kanannya akibat kelemahan.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. N) di hari pertama, kedua dan ketiga mobilitas fisik belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun. Data yang ditemukan dihari ketiga yaitu, Pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan masih mengalami kelemahan, kekuatan otot cukup meningkat, pergerakan ekstremitas sedang, dan rentang gerak ROM cukup meningkat di buktikan dengan pasien dapat mengangkat tangan kanannya. Oleh karena itu intervensi dukungan mobilitas fisik masih perlu dilanjutkan. Hasil evaluasi pada pasien II (Tn. S) di hari pertama, kedua dan ketiga mobilitas fisik belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun. Data yang ditemukan dihari ketiga yaitu, kekuatan otot menurun dan rentang gerak ROM menurun oleh karena itu intervensi perawatan tirah baring masih perlu dilanjutkan.

Penulis berasumsi belum memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena pada kedua pasien karena gangguan neuromuskular yang terjadi membutuhkan waktu yang lama untuk kembali pulih sehingga intervensi perlu dukungan mobilisasi dan perawatan tirah baring perlu untuk dilanjutkan dan di edukasikan kepada keluarga pasien untuk mencegah

adanya atrofi otot pada pasien, serta mencegah komplikasi yang terjadi akibat tirah baring.

4.4.5 Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis (D.0063)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Gangguan menelan yang muncul hanya pada pasien I (Tn. N) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada Pasien II (Tn. S). Hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien I (Tn. N) ditandai dengan pasien mengatakan sulit menelan dan ketika di minta untuk meminum air.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), Gangguan menelan adalah fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus (PPNI, 2017). Gangguan menelan terjadi secara patofisiologi yaitu karena adanya disfungsi pada nervus vagus sehingga proses menelan tidak efektif (Nurarif Huda, 2016), gangguan menelan bisa terjadi apabila mengenai area otak yang mengatur fungsi menelan, yakni di korteks (lapisan luar) dan batang otak. Gangguan juga bisa terjadi bila saraf-saraf atau otot yang terlibat dalam proses menelan mengalami kerusakan (Kusuma, H., & Nurarif, 2014)

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi keperawatan pada Pasien I (Tn. N) yaitu Dukungan perawatan diri: makan/minum. Dukungan perawatan diri: makan/minum untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan makan/minum (PPNI, 2018).

Adapun tindakan keperawatan yang diberikan selama tiga hari pada pasien adalah berupa mengidentifikasi diet yang dianjurkan dengan diet lunak rendah garam, memonitor kemampuan menelan, mengatur posisi nyaman ketika makan/minum, dan menyediakan sedotan ketika minum. Sebagai perawat kita harus berkolaborasi dengan tenaga medis lainnya termasuk permasalahan pada pasien dengan gangguan menelan, permasalahan ini kita koordinasikan dengan ahli gizi tentang memodifikasi tekstur makanan yang diberikan agar memudahkan pasien dalam menelan dan kebutuhan nutrisi tetap terpenuhi. Terapi gizi dengan pasien gangguan menelan membutuhkan modifikasi tekstur makanan dan minuman, sehingga dapat menelan dengan mudah dan aman. Perubahan tekstur makanandan minuman secara bertahap disesuaikan dengan perkembangan kondisi pasien dan kemampuan pasien dalam menelan (Puruhita, 2017). Dibuktikan dengan pasien I (Tn. N) yaitu pasien diberikan diet dengan tekstur lunak sehingga pasien dapat mudah menelan makanan.

Hasil evaluasi masalah keperawatan gangguan menelan pada pasien I (Tn. N) di hari pertama, kedua, dan ketiga didapatkan status menelan belum membaik karena data yang ditemukan belum memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusu. Di hari ketiga data yang ditemukan yaitu, Mempertahankan makanan dimulut cukup meningkat, reflek menelan cukup meningkat, usaha menelan cukup meningkat dan frekuensi tersedak menurun.

Penulis berasumsi belum memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena pada pasien karena gangguan neuromuskular yang terjadi membutuhkan waktu yang lama untuk kembali pulih sehingga intervensi masih perlu dilanjutkan.

4.2.6 Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular (D.0119)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Gangguan komunikasi verbal yang muncul hanya pada pasien I (Tn. N) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada Pasien II (Tn. S). Hasil pengkajian yang didapatkan pasien I (Tn. N) yaitu ditandai dengan kesulitan bicara, tampak pelo, pengucapan kalimat kurang jelas.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), Gangguan komunikasi verbal adalah penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol. Gangguan komunikasi verbal terjadi secara patofisiologi yaitu karena kerusakan pada nervus fasial, glosofaringeal, dan hipoglossus sehingga kehilangan fungsi tonus (Nurarif Huda, 2016). Gangguan komunikasi verbal terjadi karena adanya faktor – faktor penghambat berupa kecacatan secara fisik maupun mental, yang dimana seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efektif salah satu penyebabnya yaitu gangguan neuromuscular (Arif Muttaqin,2008).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien berupa promosi komunikasi: defisit bicara. Promosi

komunikasi pada defisit bicara ditunjukkan untuk menggunakan teknik komunikasi tambahan pada individu dengan gangguan bicara (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien selama tiga hari berupa mengkaji kemampuan bicara pasien, mengulangi apa yang disampaikan pasien, memberikan dukungan psikologis, menganjurkan bicara perlahan dengan latihan bicara. Menurut Wardhana, 2011, Pasien Stroke yang mengalami gangguan komunikasi verbal, sangat perlu dilakukan latihan bicara perlahan. Speech Therapy sangat dibutuhkan pada pasien stroke dengan gangguan bicara mengingat bicara dan komunikasi merupakan faktor yang berpengaruh dalam interaksi sosial. Terapi “AIUEO” merupakan salah satu terapi yang bertujuan untuk memperbaiki ucapan agar dapat dipahami oleh orang lain dengan cara menggerakkan lidah, bibir, otot wajah, dan mengucapkan kata-kata. Hal ini belum terbukti pada pasien I (Tn. N) karena pasien mengatakan masih sulit berbicara, bicara pasien pelo, pasien masih terdengar tidak jelas jika berbicara.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. N) di hari pertama, kedua, dan ketiga komunikasi verbal belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, yaitu pasien mengatakan masih sulit berbicara, bicara pasien pelo, pasien masih terdengar tidak jelas jika berbicara, oleh karena itu intervensi promosi komunikasi pada defisit bicara masih perlu dilanjutkan.

Penulis berasumsi belum memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena gangguan neuromuskular membutuhkan waktu lama untuk pulih sehingga intervensi perlu dilanjutkan atau diajarkan oleh keluarga pasien dengan terapi bicara AIUEO.

4.4.7 Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular (D.0109)

Hasil pengkajian pada kedua pasien ditemukan masalah keperawatan defisit perawatan diri pada pasien I (Tn. N) didapatkan pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak, pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh satu orang, Pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, dan berhias secara mandiri. Pada pasien II (Tn. S) didapatkan pasien penurunan kesadaran, terdapat gangguan pada anggota tubuh pasien, dan Pasien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, dan berhias secara mandiri.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), Defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2017). Defisit perawatan diri terjadi secara patofisiologi yaitu karena kerusakan pada nervus aksesorius dan hipoglossus sehingga mengakibatkan kelemahan anggota gerak. Penulis berasumsi Defisit perawatan diri disebabkan oleh edema serebral sehingga mengakibatkan gangguan fungsi gerak pada anggota tubuh (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien I (Tn. N) berupa dukungan perawatan diri. Dukungan

perawatan diri bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien (PPNI, 2018). penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada pasien I (Tn. N) berupa dukungan perawatan diri khususnya mandi pada pasien bertujuan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri (PPNI, 2018).

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien I (Tn. N) selama tiga hari yaitu berupa memonitor tingkat kemandirian, mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan jadwalkan rutinitas perawatan diri. Tindakan keperawatan yang dilakukan Pada pasien II (Tn. S) selama tiga hari yaitu mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, memonitor kebersihan tubuh, menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, memfasilitasi menggosok gigi dengan oral hygiene, memfasilitasi mandi dan mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien.

Hasil evaluasi pada pasien I (Tn. N) di hari pertama, kedua, dan ketiga perawatan diri belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, Data yang ditemukan di hari ketiga yaitu pasien di bantu oleh keluarganya dalam memenuhi kebutuhan, kemampuan mandi cukup meningkat, kemampuan mengenakan pakaian cukup meningkat, kemampuan makan cukup meningkat dan kemampuan ke toilet cukup meningkat. oleh karena itu intervensi perlu dilanjutkan. Hasil evaluasi pada pasien II (Tn. S) di hari pertama, kedua, dan ketiga perawatan diri belum meningkat karena data yang

ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun, Data yang ditemukan di hari ketiga yaitu kemampuan mandi menurun, kemampuan mengenakan pakaian menurun, kemampuan makan menurun, dan kemampuan ke toilet menurun, pasien penurunan kesadaran, pasien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, pasien tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri, perawatan diri sepenuhnya dibantu oleh perawat. oleh karena itu intervensi perlu dilanjutkan.

Penulis berasumsi belum memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena gangguan neuromuskular membutuhkan waktu lama untuk pulih sehingga intervensi perawatan diri perlu dilanjutkan atau diajarkan ke keluarga pasien agar kenyamanan, kebersihan individu dan kesehatan tetap terjaga.

4.4.8 Risiko gangguan integritas kulit/jaringan d.d penurunan mobilitas (D.0139)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Risiko gangguan integritas kulit/jaringan yang muncul hanya pada pasien II (Tn. S) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada Pasien I (Tn. N). Hasil pengkajian yang didapatkan pasien II (Tn. S), ditandai dengan pasien penurunan kesadaran, nilai barthel indeks pasien 0 yang di kategorikan ketergantungan berat dan nilai risiko decubitus pasien 11 atau berisiko tinggi.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), Risiko gangguan integritas kulit/jaringan adalah berisikonya mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot,

tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). Risiko gangguan integritas kulit dapat terjadi karena kondisi pasien tirah baring terlalu lama sehingga berisiko mengalami luka decubitus (Wardani, W. I., Aetyorini, Y., & Rifai, 2018)

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi keperawatan pada Pasien II (Tn. S) yaitu perawatan integritas kulit. Perawatan integritas kulit bertujuan untuk mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban dan menjegah mikroorganisme (PPNI, 2018).

Adapun tindakan keperawatan yang diberikan selama tiga hari pada pasien adalah berupa mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, mengubah posisi pasien tiap 2 jam, menggunakan produk minyak pada kulit kering, menganjurkan menggunakan pelembab, dan menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Menurut peneliti Tiurmauli dan Agus 2020, pemberian posisi yang benar sangatlah penting dalam upaya pencegahan pressure injury/luka tekan pada pasien immobilisasi khususnya pasien tirah baring karena sasaran utama dalam mobilisasi miring kiri miring kanan adalah salah satu intervensi yang digunakan sebagai intervensi keperawatan dalam pencegahan kerusakan integritas jaringan yang dapat terjadi pada pasien dengan gangguan mobilisasi. Hasil penelitian Firman dan Siska 2021, menunjukkan bahwa penggunaan minyak zaitun dapat mencegah ulkus. Hal ini karena minyak zaitun memiliki kandungan antibakteri dan dapat

melembabkan kulit. Minyak zaitun yang dikombinasikan dengan aloe veradan hyperoxygenated fatty acid telah terbukti efektif dalam mencegah ulkus dekubitus, sehingga hal ini bisa menjadi rekomendasi kepada perawat untuk meningkatkan kualitas perawatan dalam pencegahan ulkus dekubitus pada pasien tirah baring lama. Hal ini terbukti pada pasien II (Tn. S) kulit pasien lembab, suhu kulit membaik, tekstur cukup membaik

Hasil evaluasi pada pasien II (Tn. S) di hari pertama, kedua, dan ketiga didapatkan gangguan integritas kulit dan jaringan cukup meningkat karena data yang ditemukan hanya sebagian memenuhi seluruh kriteria hasil yang disusun yaitu, suhu kulit membaik, tekstur cukup membaik, dan pasien tirah baring.

Penulis berasumsi cukup memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena pasien penurunan keadaran yang mengakibatkan pasien tirah baring sehingga intervensi perlu dilanjutkan agar pasien tidak mengalami komplikasi akibat tirah baring lama.

4.4.9 Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun (D.0143)

Pada hasil pengkajian yang dilakukan, ditemukan masalah keperawatan Gangguan komunikasi verbal yang muncul hanya pada pasien II (Tn. S) sedangkan masalah ini tidak ditemukan pada Pasien I (Tn. N). Hasil pengkajian yang didapatkan Pasien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2V1M5), total skor penilaian risiko jatuh dengan skala morse berjumlah 35 (Pasien

masuk kategori risiko sedang), terpasang tanda *Fallrisk* pada gelang pasien, pasien terpasang *restrain*.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), risiko jatuh merupakan berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Risiko jatuh terjadi secara patofisiologi yaitu karena pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak sehingga mengakibatkan terjadinya risiko jatuh dan penurunan kesadaran pada pasien gelisah juga bisa mengakibatkan risiko jatuh (Kusuma, H., & Nurarif, 2014).

Dari masalah yang muncul penulis menyusun intervensi yang dilaksanakan kepada Pasien II (Tn. S) berupa pencegahan jatuh. Pencegahan jatuh bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko jatuh akibat perubahan kondisi fisik atau psikologis (PPNI, 2018). Tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari perawatan pada Pasien II (Tn. S) yaitu mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse, memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci, memasang *handrall* tempat tidur.

Hasil evaluasi pada pasien II (Tn. S) di hari pertama, kedua, dan ketiga tingkat jatuh cukup menurun karena data yang ditemukan hanya sebagian yang memenuhi kriteria hasil yang disusun, Data yang ditemukan di hari ketiga yaitu jatuh dari tempat tidur cukup menurun.

Penulis berasumsi cukup memenuhinya ekspektasi dari kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien karena pasien penurunan keadaran dan gelisah sehingga intervensi perlu dilanjutkan agar tidak terjadinya cedera akibat terjatuh serta mengedukasi keluarga agar selalu memasang *handrall* dan memperhatikan roda tempat tidur agar selalu terkunci.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada pasien I dan II dengan Penyakit Stroke Non Hemoragik di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1 Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian dua pasien kelolaan, ditemukan persamaan dan perbedaan data. Pada persamaan data ditemukan : tekanan darah tinggi dan tidak terkontrol pada kedua pasien, pasien I (Tn. N) (167/109 mmHg) dan pasien II (Tn. S) (151/80 mmHg). Adapun perbedaan data yang ditemukan : pada pasien I (Tn. N) keluhan utama yang didapatkan ialah Kelemahan sebelah kanan dan bicara pelo, sedangkan pada pasien II (Tn. S) keluhan utama yang didapatkan adalah penurunan kesadaran.
2. Dari diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien I (Tn. N) terdapat 5 diagnosis keperawatan dan pada pasien II (Tn. S) terdapat 6 diagnosis keperawatan. Adapun perbedaan pada diagnosis yang muncul dari kedua pasien yaitu, pada pasien I (Tn. N) ditemukan adanya risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis, Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, sedangkan pada pasien II (Tn. S) ditemukan adanya penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema

serebral, pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskular, risiko gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan penurunan mobilitas, dan risiko jatuh dibuktikan dengan penurunan kesadaran.

3. Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor serta kondisi terkini dari pasien itu sendiri.
4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama tiga hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien dengan stroke non hemoragik.
5. Hasil evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan pada kedua pasien dengan stroke non hemoragik. Didapatkan pada pasien I (Tn. N) diagnosis keperawatan yang belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan yaitu berjumlah 4 yaitu, gangguan mobilitas fisik, gangguan menelan, gangguan komunikasi verbal dan defisit perawatan diri. Sedangkan diagnosis keperawatan yang cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan pada pasien I (Tn. N) berjumlah 1 yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif. pada pasien II (Tn. S) didapatkan diagnosis keperawatan belum sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 2 yaitu, gangguan mobilitas fisik dan defisit perawatan diri. Diagnosis keperawatan yang cukup sesuai ekspektasi luaran keperawatan berjumlah 4 yaitu, penurunan

kapasitas adaptif intrakranial, pola napas tidak efektif, gangguan integritas kulit/jaringan, dan risiko jatuh.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan pengetahuan dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke non hemoragik, dan dapat mengaplikasikan ilmu tersebut kepada masyarakat

5.2.2 Bagi Instansi Rumah Sakit

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan serta referensi Karya Tulis Ilmiah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

5.2.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dibidang keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik agar mengurangi jumlah penyakit stroke yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Assosiation (AHA). (2015). Heart Disease and Stroke Statistics 2015 Update. American.
- Daulay, N. M., & Hidayah, A. (2021). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 6(1), 22. <https://doi.org/10.51933/health.v6i1.395>
- Fabiana Meijon. (2019). Pemeriksaan Penunjang Pasien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 14–46.
- Fernandes, H. P. (2016). *Faktor Pemicu Stroke Non Jemoragik*. 139.
- Fernandes, H. P. (2017). konsep penyakit stroke. *International Journal of Education*, 139.
- GERMAS. (2017). *Germas Cegah Stroke*. Kemenkes RI. <https://p2ptm.kemkes.go.id/tag/germas-cegah-stroke>
- Gürel, R. (2017). Tanda dan Gejala stroke non hemoragik. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 7–43.
- Helen, M., Evilianti, M., & Juita, R. (2021). The Effect of Active Range of Motion (ROM) Training on Muscle Strength of Non-Hemorrhagic Stroke Patients in BIDDOKKES Polda Metro Jaya. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 1(1). <https://doi.org/10.53713/nhs.v1i1.22>
- Ishariani, L., Rachmania, D., Arif, M., Okraini, N., Mas, A. Y., Setianingsih, S., Darwati, L. E., Prasetya, H. A., Puspitasari, P. N., Advani, R., Naess, H., & Kurz, M. W. (2019). Hubungan Ketepatan “GOLDEN PERIOD” Dengan Derajat Kerusakan Neurologi Pada Pasien Stroke Iskemik Diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 2(1), 922–926. <https://jurnal.stikesperintis.ac.id/index.php/PSKP/article/view/335>

- Kemenkes RI. (2017). *Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementerian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kusuma, H., & Nurarif, A. H. (2014). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC. *Media Action*.
- Minan, farid faishol. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang HCU Melati Rsud Bangil Pasuruan*. 6.
- Nur ulfah sari. (2017). *Patofisiologi stroke*. Scribd.
- Nurarif huda. (2016). Patofisiologi Pada Pasien Stroke. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*.
- Nurdiana, L. (2019). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Samarinda. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Nursyiham, Ardi, M., & Basri, M. (2019). Asuhan keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSKD DADI Makssar. *Jurnal Media Keperawatan*, 10(01), 59–66. <http://journal.poltekkes-mks.ac.id/ojs2/index.php/mediakeperawatan/article/download/1555/pdf>
- Nusatirin. (2018). Asuhan Keperawatan Tn. H Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Bougenvil Rumah Sakit Tk. Ii Dr. Soedjono Magelang. In *Karya Tulis Ilmiah*.
- Pamungkas, M., & Dewi, E. (2020). Literatur Review: Analisis Penanganan Stroke Iskemik Di Instalasi Gawat Darurat Tahun 2016-2020. *Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (SEMNASKEP)*, 99–108.
- Pangaribuan, R., sutri Manjani, Y., Tarigan, J., Keperawatan Kesdam, A. I., & Medan, B. (2019). *Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Tn.Jk Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Astina Rsud Sanjiwani Gianyar Tahun 2021*.

2006, 8–24.

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia* (I (ed.)).

Pradana, P. (2015). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke. *Jurnal Kesehatan*, 9–34.

Puruhita, N. (2017). Modifikasi Tekstur Makanan dan Minuman Pasien Disfagia. *Medica Hospitalia: Journal of Clinical Medicine*, 3(3), 207–212. <https://doi.org/10.36408/mhjcm.v3i3.237>

Rachman, T. (2018). Implementasi/Pelaksanaan Tindakan Keperawatan. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 10–27.

Resiko, F., Stroke, K., & Rumah, D. I. (2018). *Faktor resiko kejadian stroke di rumah sakit*. XIV(1), 41–48.

Rosanti, elma triana. (2022). upaya atau penanganan dalam stroke non hemoragik. *Jurnal Kesehatan*, 8.5.2017, 2003–2005.

Roymond, H. S. (2016). Peran Manajer Dalam Pembinaan Etika Perawat Pelaksana Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Asuhan Keperawatan. In *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* (pp. 1–10). <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/IKESMA/article/view/1663>

RSUD Abdoel Wahab Sjahranie. (2021). *Hospital Profil 2021 RSUD Abdoel Wahab Sjahranie*.

Santa, M. (2019). Teori Keperawatan profesional. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Strajhar, et al. (2016). Asuhan Keperawatan Stroke. *Nature Methods*, 7(6), 2016.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Unit, C., Rsp, I. C. U., & Sina, I. (2021). *Penyuluhan Non Hemoragik Stroke pada Keluarga Pasien*. 3(01), 39–43.

Wardani, W. I., Aetyorini, Y., & Rifai, A. (2018). Gangguan Pola Napas Tidak Efektif Pada Pasien. *Jurnal Keperawatan Global*.

Wijaya, A. K. (2013). Patofisiologi Stroke Non-Hemoragik Akibat Trombus. *E-Jurnal Medika Udayana*, 2(10), 1–14.

