

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN
SISTEM NEUROLOGI STROKE NON HEMORAGIK
PADA Tn. A DI RUANG MELANIA RUMAH SAKIT
SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Butet Silalahi
NIM. 052025048

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN
SISTEM NEUROLOGI STROKE NON HEMORAGIK
PADA Tn. A DI RUANG MELANIA RUMAH SAKIT
SANTA ELISABETH MEDAN
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Butet Silalahi
NIM. 052025048

**PROGRAM PENDIDIKAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 31 JANUARI 2026

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep)

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc)



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 31 JANUARI 2026

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Murni Sari D. Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : 1. Dr. Lilis Novitarum, S.Kep., Ns., M.Kep

2. Lindawati Simorangkir S.Kep., Ns., M.Kes



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh :

Butet Silalahi
Medan, 31 Januari 2026

Menyetujui,
Ketua Penguji

(Murni Sari D, Simanullang, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

Anggota

(Dr. Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

(Lindawati Simorangkir, S.Kep.,Ns.,M.Kes)

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dan tepat pada waktunya . Adapun judul Karya Ilmiah Akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Neurologi Stroke Non Hemoragik Pada Tn. A Di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Penulisan ini bertujuan untuk melengkapi tugas dalam menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan. Penyusunan ini telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karenanya penulis mengucapkan terimakasih banyak kepada:

1. Mestiana Br Karo, Ns., M.Kep., DNSc selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas unuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sabta Elisabeth Medan
2. Lindawati F. Tampubolon. S.Kep.,Ns.,M.Kep selakuKetua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan
3. Murni Sari Dewi Simanullang. S,Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing dan penguji 1 yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahahan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik.
4. Dr. Lilis Novitarum. S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing dan penguji II yang telah sabra dan banyak memberikan waktu dalam



membimbing dan memberikan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik.

5. Lindawati Simorangir. S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing dan penguji III yang telah sabra dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik.
6. Seluruh staf dosen dan tenaga kependidikan di Sekolah Tinggi Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing dan membantu penulis selama menjalani pendidikan
7. Seluruh teman-teman Mahasiswa program pendidikan profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Angkatan 2024 yang memberikan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih belum sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk Karya Ilmiah Akhir ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberkati dan memberikan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penulis. Akhir kata, penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang membantu penulis untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.



Harapan penulis semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam Profesi Keperawatan

Medan, 31 Januari 2026
Penulis

Butet Silalahi

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



SINOPSIS

Butet Silalahi, 052025048

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn. A Dengan Gangguan Sistem Neurologi: Stroke Non Hemoragik Di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

Program Studi Profesi Ners 2025

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler. Saat terjadi stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga terjadinya iskemik yang berakibat kurangnya aliran glukosa, oksigen dan bahan makanan lainnya ke sel otak. Dampak yang paling serius yang ditimbulkan oleh penyakit stroke yaitu kematian. Namun jika penderita stroke tidak meninggal, akibat yang umumnya dirasakan adalah kelemahan pada anggota gerak (hemiparesis) hingga kecacatan, gangguan bicara, bicara pelo, sakit kepala. Beberapa faktor risiko yang mengakibatkan terjadinya stroke non hemoragik yaitu hipertensi, penyakit kardiovaskuler, asam urat, diabetes melitus, umur, jenis kelamin, dan faktor risiko lainnya seperti merokok, konsumsi alkohol, penggunaan kokain, obesitas, dan riwayat stroke. Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan, mencatat hasil informasi dari pasien yang telah dikumpulkan, membuat data dasar dan respon pasien tentang kesehatan. Hasil analisis yang baik mempengaruhi identifikasi masalah keperawatan yang akan ditentukan. Adapun keluhan pasien yaitu pasien mengeluh lemas, sakit kepala dan oyong dan mengalami lemah bagian anggota tubuh sebelah kiri, rentang gerak otot kiri terjadi penurunan kekuatan otot, observasi tekanan darah 160/90 mmHg, T/P: 37/90 x/I, RR: 20x/I.

Dari pengkajian tersebut muncul beberapa diagnosa antara lain :

- 1) Penurunan kapasitas adaptif berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Intervensi keperawatan adalah perancangan tindakan yang akan dilakukan dalam asuhan keperawatan dengan tujuan meningkatkan status kesehatan pasien. Dibutuhkan data yang cukup akurat beserta diagnose keperawatan yang telah ditentukan. Perancangan harus disesuaikan dengan buku intervensi agar mendapatkan hasil yang optimal. Intervensi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan sama (tidak terdapat kesenjangan) yaitu diambil dari pedoman buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia sesuai dengan diagnosa keperawatan (masalah) yang ditemui.



Implementasi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan terdapat kesenjangan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu penurunan kapasitas adaptif, gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal. Pada tahap implementasi penulis berusaha menyesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, meski tidak semua tindakan keperawatan dilaksanakan. Penulis menyesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien saat itu dengan melibatkan keluarga dan perawatan yang ada diruangan.

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
PERSYARATAN GELAR	
.....	iError!
Bookmark not defined.	
LEMBAR PENGESAHAN	
.....	iiError!
! Bookmark not defined.	
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
PANITIA PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR	vi
SINOPSIS	ix
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
Tujuan khusus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Stroke Non Hemoragik	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Anatomi dan Fisiologis.....	5
2.1.3 Saraf-Saraf Kepala.....	7
2.1.4 Etiologi	9
2.1.5 Patofisiologis Stroke Non Hemoragik	10
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.7 Komplikasi.....	14
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik	15
2.1.9 Penatalaksanaan.....	16
2.1.10 Kekuatan Otot.....	18
2.2 Konsep Dasar Keperawatan	19
2.2.1. Pengkajian	19
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	33
2.2.3. Rencana Keperawatan	34
2.2.4. Pelaksanaan Keperawatan	40
2.2.5. Evaluasi Keperawatan	40
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN	41
BAB 4 PEMBAHASAN	73
4.1 Pengkajian Keperawatan	73



4.2	Diagnosa Keperawatan	75
4.3	Intervensi Keperawatan	78
4.4	Implementasi Keperawatan	80
4.5	Evaluasi Keperawatan	81
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN		83
5.1	Simpulan.....	83
5.2	Saran	84
DAFTAR PUSTAKA.....		85



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama dan banyak ditemukan di masyarakat. Stroke tidak hanya di Indonesia saja melainkan menjadi kasus yang serius yang dihadapi hampir di seluruh dunia. Stroke terjadi karena tersumbatnya aliran darah ke otak sehingga terjadi gangguan neurologis yang dapat menyebabkan kematian, kelumpuhan anggota gerak, kecacatan, gangguan bicara / bicara pelo, gangguan proses fikir atau daya ingat (Prasetia & Susanto, 2022).

Stroke non-hemoragik dapat menyebabkan kerusakan pada otak, terutama di area tertentu yang disebut hemiparesis. Hal ini terjadi karena kerusakan pada area Brodman 4-6 yang merupakan pusat motorik, mengakibatkan penurunan kekuatan otot dan ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dampak akhir dari cacat fisik dan mental pada pasien pasca stroke adalah penurunan kualitas hidup (Anita et al, 2020).

Dampak yang paling serius yang ditimbulkan oleh penyakit stroke yaitu kematian. Namun jika penderita stroke tidak meninggal, akibat yang umumnya dirasakan adalah kelemahan pada anggota gerak (hemiparesis) hingga kecacatan. Kelemahan anggota gerak pada klien stroke dapat mempengaruhi kekuatan otot, melemahnya otot disebabkan oleh kurangnya suplai darah ke otak. Kelainan pada sistem neurologis dapat bertambah jika ada pembengkakan di area otak (oedema serebri) sehingga tekanan di dalam rongga otak meningkat. Hal ini dapat

menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada jaringan otak (Pradana, 2021).

Data dari *World Stroke Organization* pada tahun 2022, setiap tahun terdapat kasus baru stroke sebanyak 12.224.551 orang dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 diantara 6 orang di dunia pernah mengalami stroke di sepanjang hidupnya. Tercatat angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 orang dan terdapat 143.232.184 orang mengalami kecacatan akibat stroke yang pernah dialami (Feigin et al, 2022).

Di Asia kejadian stroke hemoragik sekitar 30% dan iskemik 70%. Hal ini berbeda dengan negara-negara maju bahwa kejadian stroke hemoragik sekitar 10% dan stroke iskemik sekitar 90%, diantara stroke iskemik terjadi karena kardioemboli 50%, oklusi arteri besar 25%, oklusi arteri kecil 10% dan sisanya karena kausa yang tidak diketahui (cryptogenic) (Budianto et al, 2022).

Faktor resiko yang dapat menyebabkan terjadinya stroke yaitu faktor resiko yang dapat diubah terdiri dari hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, kenaikan kadar kolestrol, obesitas, kurangnya aktivitas fisik, sering mengkonsumsi alkohol dan merokok. Sedangkan, faktor resiko yang tidak dapat diubah yaitu usia, jenis kelamin, ras dan genetik (Indriyani et al, 2023).

Peran perawat untuk pencegahan pada 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 Peran perawat untuk pencegahan pada 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 (Helen et al, 2021).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sejak tahun 2016 telah memperkenalkan program “CERDIK” sebagai bagian dari strategi promotif dan preventif dalam mengatasi Penyakit Tidak Menular (PTM), termasuk stroke. CERDIK merupakan singkatan dari : Cek kesehatan rutin, enyahkan asap rokok, rajin bergerak, diet sehat dan bergizi seimbang, istirahat cukup, serta kelola stres.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system neurologi pada pasien Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
4. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn. A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Stroke Non Hemoragik

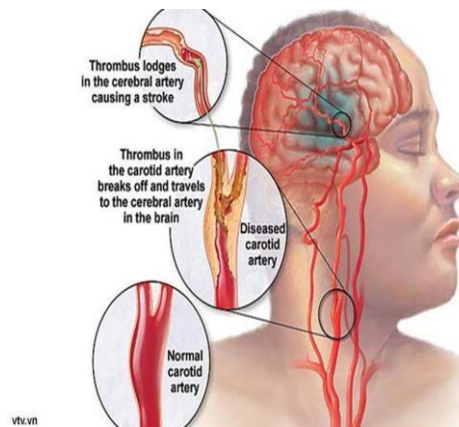
2.1.1. Defenisi

Stroke non hemoragik merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler. Saat terjadi stroke, aliran darah ke otak terganggu sehingga terjadinya iskemik yang berakibat kurangnya aliran glukosa, oksigen dan bahan makanan lainnya ke sel otak (Brunner and Suddarth, 2015).

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis yang disebabkan oleh perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda yang sesuai pada bagian otak yang terkena, yang dapat menimbulkan cacat atau kematian. Stroke disebabkan oleh perubahan suplai darah normal ke otak yang menyerang secara tiba-tiba dan harus segera di obati untuk mencegah defisit neurologis dan cacat permanen (Ignatavicius and Workman 2010).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting dan sebagai pusat pengatur dari segala kegiatan manusia. Otak terletak di dalam rongga tengkorak. Otak manusia mencapai 2% dari keseluruhan berat tubuh, mengkonsumsi 25% oksigen dan menerima 1,5% curah jantung. Bagian utama otak adalah otak besar (Cerebrum), otak kecil (Cerebellum), dan batang otak (Lewis, 2014).



Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

- a. Otak Besar (cerebrum) Otak besar merupakan pusat pengendali kegiatan tubuh yang disadari, yaitu berpikir, berbicara, melihat, bergerak, mengingat, dan mendengar. Otak besar dibagi menjadi dua belahan, yaitu belahan kanan dan belahan kiri. Masing-masing belahan pada otak tersebut disebut hemister. Otak besar belahan kanan mengatur dan mengendalikan kegiatan tubuh sebelah kiri, sedangkan otak belahan kiri mengatur dan mengendalikan bagian tubuh sebelah kanan
- b. Otak kecil (cerebellum) Otak kecil terletak di bagian belakang otak besar, tepatnya di bawah otak besar. Otak kecil terdiri atas dua lapisan, yaitu lapisan luar berwarna kelabu dan lapisan dalam berwarna putih. Otak kecil dibagi menjadi dua bagian, yaitu belahan kiri dan belahan kanan yang dihubungkan oleh jembatan varol. Otak kecil berfungsi sebagai pengatur keseimbangan tubuh dan mengkoordinasikan kerja otot ketika seseorang akan melakukan kegiatan. Dan pusat keseimbangan tubuh. Otak kecil

dibagi tiga daerah yaitu otak depan, otak tengah, dan otak belakang. Otak depan meliputi: Hipotalamus, merupakan pusat pengatur suhu, selera makan, keseimbangan cairan tubuh, rasa haus, tingkah laku, kegiatan reproduksi, meregulasi pituitari. Talamus, merupakan pusat pengatur sensori, menerima semua rangsan yang berasal dari sensorik cerebrum. Kelenjar pituitary, sebagai sekresi hormon. Otak tengah dengan bagian atas merupakan lobus optikus yang merupakan pusat refleksi mata. Otak belakang, terdiri atas dua bagian yaitu otak kecil dan medulla oblongata. Medula oblongata berfungsi mengatur denyut jantung, tekanan darah, mengatur pernapasan, sekresi ludah, menelan, gerak peristaltic, batuk, dan bersin.

- c. Batang otak Batang otak merupakan struktur pada bagian posterior (belakang) otak. Batang otak merupakan sebutan untuk kesatuan dari tiga struktur yaitu medulla oblongata, pons dan mesencephalon (otak tengah).
- d. Otak tengah (Mesencephalon) Otak tengah merupakan penghubung antara otak depan dan otak belakang, bagian otak tengah yang berkembang adalah lobus optikus yang berfungsi sebagai pusat refleksi pupil mata, pengatur gerak bola mata, dan refleksi akomodasi mata.

2.1.3 Saraf-Saraf Kepala

- a. *Nervus olfaktorius*, saraf pembau yang keluar dari otak dibawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
- b. *Nervus optikus*, Mensarafi bola mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak.

- c. *Nervus okulomotoris*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf parasimpatis untuk melayani otot siliaris dan otot iris.
- d. *Nervus troklearis*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital. Saraf pemutar mata yang pusatnya terletak dibelakang pusat saraf penggerak mata.
- e. *Nervus trigeminus*, bersifat majemuk (sensoris motoris) saraf ini mempunyai tiga buah cabang, fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar. Sarafnya yaitu:
- 1) *Nervus oltamikus*: sifatnya sensorik, mensarafi kulit kepala bagian depan kelopak mata atas, selaput lendir kelopak mata dan bola mata.
 - 2) *Nervus maksilaris*: sifatnya sensoris, mensarafi gigi atas, bibir atas, palatum, batang hidung, rongga hidung dan sinus maksilaris.
 - 3) *Nervus mandibula*: sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi otot-otot pengunyah. Serabut-serabut sensorisnya mensarafi gigi bawah, kulit daerah temporal dan dagu.
- f. *Nervus abduzen* sifatnya motoris, mensarafi otot-otot orbital, fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata
- g. *Nervus fasialis*, sifatnya majemuk (sensori dan motorik) serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan selaput lendir rongga mulut. Di dalam saraf ini terdapat serabut-serabut saraf otonom (parasimpatis) untuk wajah dan kulit kepala fungsinya sebagai mimik wajah untuk menghantarkan rasa pengecap.

- h. *Nervus Vestibulokoklearis*, sifatnya sensori, mensarafi alat pendengaran membawa rangsangan dari pendengaran dan dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar.
- i. *Nervus glossofaringeus*, sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak
- j. *Nervus vagus*, sifatnya majemuk (sensoris dan motoris) mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan para simpatis faring, laring, paru- paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. fungsinya sebagai saraf perasa.
- k. *Nervus asesorius*, saraf ini mensarafi muskulus sternokleidomastoid dan muskulus trapezium, fungsinya sebagai saraf tambahan.
- l. *Nervus hipoglossus*, saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyangung.

2.1.4 Etiologi

Menurut Brunner and Suddarth (2015), terhambatnya aliran darah menuju otak dapat disebabkan oleh beberapa hal, yaitu:

- a. Trombosis serebri Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang menjadi penyebab umum dari stroke.
- b. Emboli serebri Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir didalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga

tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang pecah dilepaskan ke dalam aliran darah dan akhirnya tersumbat didalam sebuah arteri (kecil).

2.1.5 Patofisiologi Stroke Non Hemoragik

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasinya kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau

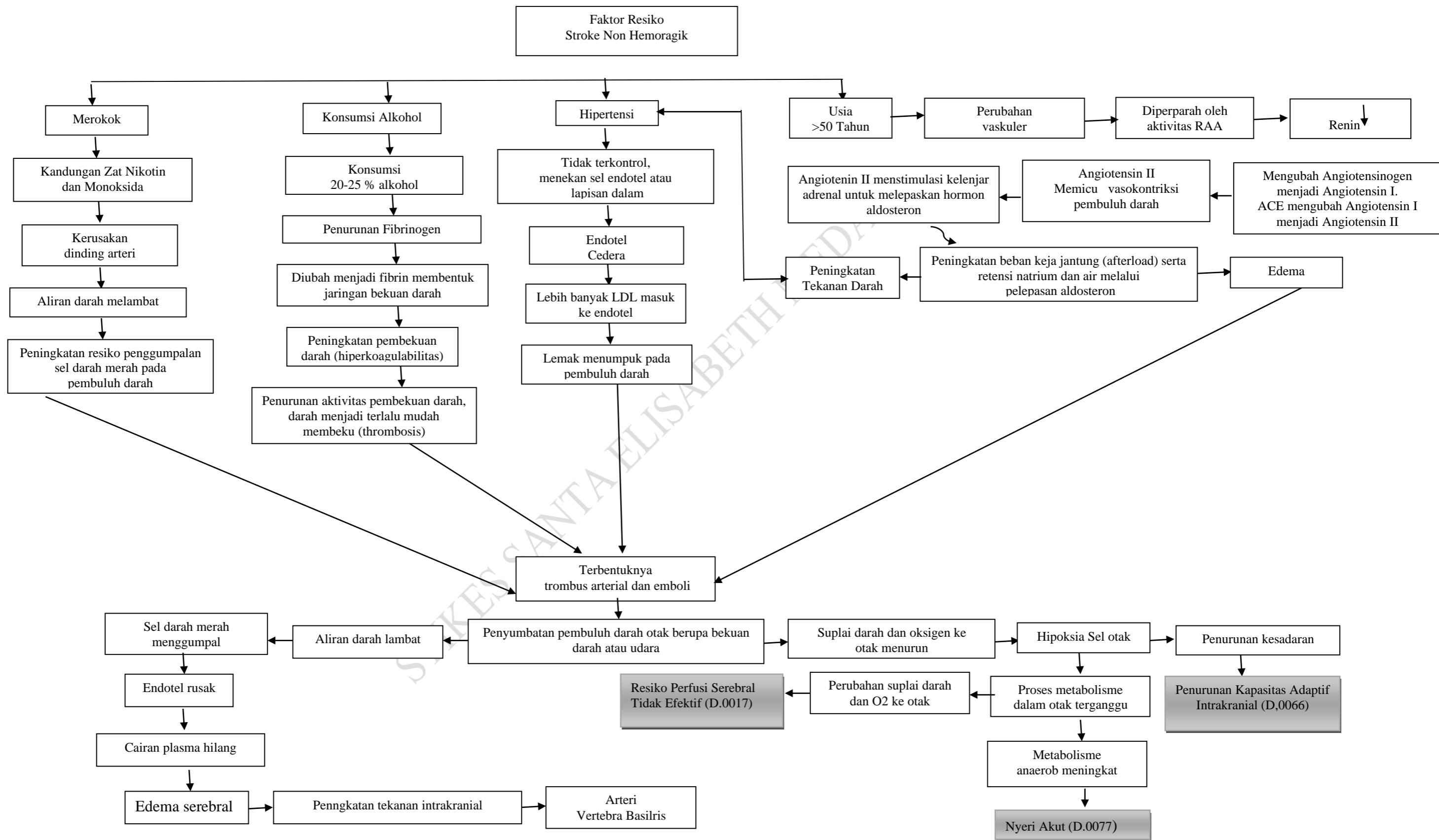
ensefalitis atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral jika aneurisma pecah atau ruptur.

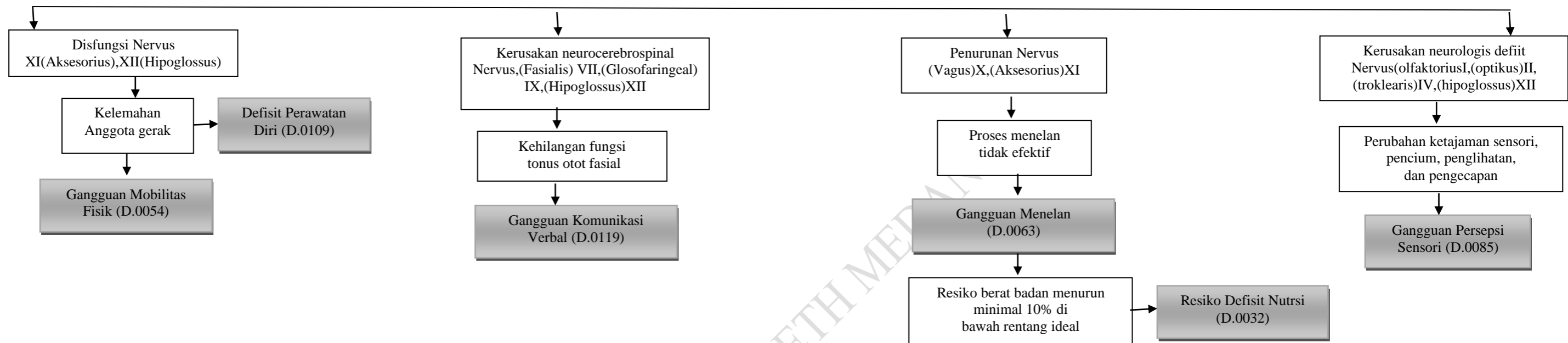
Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebrovaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi (Arif Mutaqqin, 2010).





STIKES SANTA ELISABETH MEDIAN

2.1.6 Manifestasi Klinis

Kerusakan otak kanan (stroke pada otak kanan)

1. Kelumpuhan sisi kiri (hemiplegia)
2. Kelemahan sisi kiri (hemiparase)
3. Defisit persepsi spasial
4. Cenderung menyangkal atau meminimalkan masalah
5. Performa cepat, rentang perhatian pendek
6. Masalah keamanan yang impulsif
7. Gangguan penilaian
8. Gangguan konsep waktu

(Arif Mutaqqin, 2010).

Kerusakan otak kiri (stroke pada otak kiri)

1. Kelumpuhan sisi kanan (hemiplegia)
2. Gangguan bicara/bahasa (afasia)
3. Disartria (bicara pelo atau cadel)
4. Kinerja lambat, hati-hati
5. Sadar akan deficit: depresi, kecemasan
6. Gangguan pemahaman untuk bahasa, matematika
7. Inkontinensia (baik bowel maupun bladder)

2.1.7 Komplikasi

Menurut Brunner and suddarth (2010), komplikasi stroke antara lain:

a. Komplikasi Stroke Non Hemoragik (Iskemik)

Darah otak yang cukup sangat penting untuk oksigenasi otak. Jika aliran darah otak tidak mencukupi, jumlah oksigen yang disuplai ke otak akan berkurang dan terjadi iskemia jaringan. Oleh karena itu, mempertahankan curah jantung dalam kisaran normal 4 hingga 8 L/menit, atau terkadang lebih besar, dapat meningkatkan aliran darah otak dan pengiriman oksigen.

b. Komplikasi Stroke Hemoragik

Potensi komplikasi termasuk pendarahan ulang; vasospasme serebral yang mengakibatkan iskemia serebral; hidrosefalus akut, yang terjadi

ketika darah bebas menghalangi reabsorpsi cairan serebrospinal (CSF) oleh vili arachnoid; dan kejang.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya (Brunner and Suddarth, 2015):

- a. Angiografi Serebral Pemeriksaan ini menggunakan sinar rontgen untuk mengidentifikasi pembuluh darah yang tidak mendapatkan cukup oksigen yang adekuat pada arteri dan vena. Pemeriksaan angiografi serebral membantumenentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi.
- b. Electro Encefalography (EEG) Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi penyebab spesifik dari gelombang otak, yaitu menunjukkan adanya perlambat gelombang dan pengurangan volume otak karena aliran darah di otak berkurang dan laju melambat di bagian otak yang mengalami kematian.
- c. USG Doppler Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstrakranial dengan menentukan adanya stenosis arteri karotis.
- d. CTScan Pemeriksaan dengan memastikan lokasi jaringan otak yang mengalami edema serebral dan iskemik. Pada 24 hingga 48 jam dapat terlihat di bagian otak yang berwarna lebih gelap atau gelap (hitam ringan atau berat) akibat kekurangan oksigen di jaringan otak.
- e. MRI Pemeriksaan menunjukkan hasil adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal yang terlihat di area iskemik.

- f. Pemeriksaan laboratorium Pemeriksaan darah rutin (hemoglobin, hematokrit, eritrosit, leukosit, trombosit) dan pemeriksaan kimia klinik (kolesterol, asamurat, trigliserida).

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut (Lewis et al. 2011), penatalaksanaan stroke antara lain:

a. Terapi obat

1) Stroke non hemoragik (iskemia)

Terapi obat untuk stroke iskemik adalah terapi fibrinolitik. Aktivator plasminogen jaringan rekombinan (tPA) digunakan untuk menghasilkan fibrinolisis lokal dengan mengikat fibrin dalam trombus. Tindakan fibrinolitik tPA terjadi ketika plasminogen diubah menjadi plasmin, yang tindakan enzimatiknya kemudian mencerna fibrin dan fibrinogen, dan kemudian melisiskan bekuan darah.

2) Stroke hemoragik

Antikoagulan dan inhibitor trombosit dikontraindikasikan pada pasien dengan stroke hemoragik. Terapi obat utama pada pasien stroke hemoragik adalah penatalaksanaan hipertensi. Agen oral dan IV dapat digunakan untuk mempertahankan tekanan darah dalam kisaran normal hingga tinggi-normal (tekanan darah sistolik kurang dari 160 mmHg). Profilaksis kejang pada periode akut setelah perdarahan intraserebral dan subarachnoid merupakan situasi yang spesifik dan harus didiskusikan dengan tim perawatan kolaboratif.

b. Terapi pembedahan**1) Stroke non hemoragik (iskemik)**

Pengambil stent (mis Solitaire FR, Trevo) adalah cara membuka arteri yang tersumbat di otak dengan menggunakan sistem stent yang dapat dilepas. Selama prosedur, kateter digunakan untuk memandu stent kecil dari arteri femoralis di daerah selangkangan ke arteri yang terkena di otak. Stent diarahkan ke bagian arteri tempat bekuan darah berada terbentuk. Stent memperluas dinding bagian dalam arteri dan memungkinkan darah segera sampai ke otak pasien untuk mencegah kerusakan otak sebanyak mungkin. Bekuan tersebut merembes ke dalam jaring stent. Kemudian, setelah beberapa menit, stent dan bekuan darah dikeluarkan bersamaan.

2) Stroke hemoragik

Intervensi bedah untuk stroke hemoragik termasuk evakuasi segera aneurisma-termasuk hematoma atau hematoma serebelar yang berukuran lebih dari 3 cm. individu yang memiliki malformasi arteriovenosa (AVM) mungkin mengalami stroke hemoragik jika AVM pecah. Pengobatan AVM adalah pembedahan reseksi atau radiosurgery (misalnya pisau gamma). Keduanya mungkin merupakan neuroradiologi intervensi yang mendahului embolisasi darah yang mensuplai AVM.

c. Penatalaksanaan umum

- 1) Memposisikan kepala dan badan 20-30 derajat, ubah posisi tidur tiap 2 jam, mobilisasi dapat dimulai secara bertahap bila hemodinamik sudah stabil
- 2) Bebaskan jalan napas dan berikan oksigen 2-3 liter per menit
- 3) Pemasangan kateter untuk mengosongkan kandung kemih
- 4) Kontrol tekanan darah dan suhu tubuh
- 5) Pemberian nutrisi melalui oral diberikan pada klien dengan fungsi menelan yang masih baik dan pemasangan NGT (Nasogastric Tube) pada klien dengan penurunan kesadaran, karena klien dengan penurunan kesadaran mengalami kesulitan menelan.
- 6) Latih mobilisasi jika memungkinkan
- 7) Latih rentang gerak / ROM (Range of Motion) baik ROM aktif maupun ROM pasif kolaborasi dengan pihak rehabilitasi.

2.1.10 Kekuatan otot

Orang yang normal memiliki kekuatan yang sangat bervariasi dan standar untuk kekuatan yang normal kendati diakui secara kasar harus mempertimbangkan variabel seperti usia, jenis kelamin dan pelatihan otot. Biasanya sisi tubuh yang dominan sedikit lebih kuat dibandingkan sisi yang lain. Lakukan tes kekuatan otot dengan meminta pasien bergerak secara aktif melawan tahanan yang anda lakukan atau dengan menahan gerakan anda. Sebuah otot akan lebih kuat ketika serabut-serabutnya memendek dan lebih lemah ketika memanjang.

Jika ototnya terlalu lemah untuk mengatasi tahanan yang anda berikan, lakukan tes kekuatan otot tersebut terhadap gravitasi saja atau tanpa adanya gravitasi. Sebagai contoh, ketika lengan bawah diistirahatkan dalam posisi pronasi, gerakan dorsifleksi pada sendi pergelangan tangan dapat diuji terhadap gravitasi saja. Ketika lengan bawah berada dalam posisi diantara pronasi dan supinasi gerakan ekstensi pada sendi pergelangan tangan dapat diuji tanpa gravitasi. Terakhir, jika pasien tidak mampu menggerakkan bagian tubuhnya, melakukan pengamatan atau perabaan untuk menemukan kontraksi otot yang lemah (Lewis et al. 2014).

Tabel 2.1. Skala kekuatan otot

Skala	Keterangan
0	Otot tidak mampu bergerak, tidak ada kontraksi atau lumpuh total
1	Adanya sedikit kontraksi otot, namun terdapat gerakan pada persendian yang harus digerakan oleh otot tersebut.
2	Dapat menggerakkan otot tetapi tidak dapat melawan gravitasi
3	Dapat menggerakkan otot dan melawan tetapi tidak kuat
4	Dapat menggerakkan dan melawan tahanan minimal
5	Bebas bergerak dan dapat melawan tahanan (normal)

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen, (2007) pengkajian primer pada pasien stroke dapat diperoleh dari data subjektif dan objektif.

a. Data Subjektif

- 1) Riwayat kesehatan masa lalu: kaji adanya penyakit hipertensi, stroke sebelumnya, TIA, aneurisma, penyakit jantung (termasuk infark miokard), aritmia, gagal jantung kongestif, endokarditis

inefektif, hiperlipidemia, polisitemia, diabetes, asam urat.

- 2) Riwayat pengobatan : kaji adanya penggunaan antihipertensi dan antikoagulan
- 3) Nutrisi metabolik: kaji adanya anoreksia, mual, muntah, disfagia, gangguan pencernaan dan penciuman.
- 4) Eliminasi : kaji adanya perubahan pola pencernaan dan kandung kemih
- 5) Aktivitas Latihan : kaji adanya hilangnya gerakan dan sensasi, adanya sinkop, kelemahan di satu sisi, kelemahan umum, dan mudah lelah.
- 6) Persepsi Kognitif : Kaji adanya mati rasa, kesemutan di satu sisi tubuh, kehilangan ingatan, perubahan dalam bicara, bahasa, kemampuan memecahkan masalah, nyeri, sakit kepala, mungkin tiba-tiba dan parah (perdarahan), gangguan penglihatan.

b. Data objektif

- 1) Keadaan Umum : labilitas emosional, lesu, apatis atau agresif
- 2) Pernafasan : Hilangnya refleks batuk, pernafasan yang sulit atau tidak teratur, takipnea, ronki (aspirasi), oklusi saluran pernafasan, apnea.
- 3) Kardiovaskuler : Hipertensi, takikardia, bruit karotis
- 4) Saluran pencernaan: Inkontinensia usus, penurunan atau hilangnya bisung usus, konstipasi.
- 5) Saluran perkemihan : frekuensi urine, urgensi, inkontinensia urine
- 6) Neurologis : Defisit motorik dan sensorik kontralateral, termasuk paresis, paralysis, genggaman tangan yang tidak seimbang, afasia (ekspresif reseptif global), disartria (ucapan cadel), defisit penglihatan, apraxia,

gangguan persepsi atau spasial, perubahan tingkat kesadaran (kantuk hingga koma), meningkat dan tanda Babinski, flaksiditas diikuti oleh spastisitas, ataksia, kekakuan nukal.

- 7) Temuan yang mungkin ada CT scan dan MRI positif menunjukkan ukuran, lokasi dan lesi.

Menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen, (2007) pengkajian sekunder harus mencakup pemeriksaan neurologis komprehensif pada pasien stroke. Skrining neurologis pasien dengan stroke meliputi status fungsional yaitu:

- a. Tingkat kesadaran
- b. Kognitif
- c. Kemampuan motoric
- d. Fungsi saraf kranial
- e. Sensasi rasa
- f. Proprioepsi
- g. Kemampuan otak kecil
- h. Refleks tendon dalam

Selain itu, pengkajian pada klien dengan stroke dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan nervus / saraf kranial, dan pemeriksaan refleksi.

- a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe*. (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2007)

1) Penampilan / Keadaan Umum

Pada klien stroke pada umumnya tampak lemah, lesu, merasakan nyeri hebat pada kepala.

2) Kesadaran

Biasanya pada klien stroke mengalami penurunan kesadaran, tingkat kesadaran somnolen, apatis, sopor, soporoskoma pada awal terserang stroke, sedangkan pada masa pemulihan tingkat kesadaran letargi dan dapat composmentis (GCS 13-15).

Tes	Respon	Skor
Eye (E)	- Membuka mata spontan	4
	- Rangsang suara	3
	- Rangsang nyeri	2
	- Tidak ada respon	1
Motorik (M)	- Mengikuti perintah	6
	- Melokalisir nyeri	5
	- Fleksi menarik	4
	- Fleksi abnormal	3
	- Ekstensi abnormal	2
	- Tidak ada respon	1
Verbal (V)	- Orientasi baik	5
	- Orientasi terganggu	4
	- Kata-kata tidak jelas	3
	- Suara tidak jelas (bergumam)	2
	- Tidak ada respon	1

Tingkat kesadaran berdasarkan nilai / skor GCS :

- Nilai 14-15 : Composmentis
- Nilai 12-13 : Apatis
- Nilai 10-11 : Delirium
- Nilai 7-9 : Somnolen
- Nilai 5-6 : Sopor
- Nilai 4 : Soporos komas
- Nilai 3 : Coma

3) Vital sign

Suhu, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, dan berat badan. Pada klien dengan stroke biasanya memiliki tekanan darah tinggi ($>140/90$ mmHg), nadi biasanya normal, pernapasan biasanya mengalami gangguan bersihan jalan napas, dan suhu biasanya tidak ada masalah / normal.

4) Kepala

Kaji kebersihan kepala, kaji apakah ada hematoma, bekas operasi atau luka di kepala. Pada klien stroke biasanya wajah tidak simetris antara kanan dan kiri karena kerusakan nervus VII (*nervus facialis*).

5) Mata

Kaji apakah penglihatan terasa kabur karena kerusakan nervus II (*nervus optikus*), kaji adanya gangguan dalam menggerakkan bola mata menyamping pada nervus VI (*nervus abducentis*), gangguan dalam menggerakkan bola mata ke atas dan bawah pada nervus IV (*nervus trochlearis*). Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema.

6) Hidung

Kaji apakah ada gangguan penciuman akibat kerusakan nervus I (*nervus olfactorius*). Biasanya simetris hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung.

7) Telinga

Kaji apakah ada gangguan pendengaran karena kerusakan nervus VIII

(*nervus acusticus/auditori*). Biasanya pasien kurang bisa mendengar gesekan jari perawat namun tergantung lokasi kelemahan yang dialami klien, dan klien hanya bisa mendengar suara yang keras dengan artikulasi yang jelas.

8) Mulut dan Tenggorokan

Kaji apakah mulut simetris atau tidak pada *nervus VII (nervus facialis)*, kaji kemampuan pengecap, kemampuan menelan, dan gerak lidah pada *nervus IX* dan *nervus X (nervus glossofaringeus dan nervus vagus)*. Pada klien stroke biasanya mulut moncong, tidak simetris, tenggorokan mengalami gangguan menelan. Pada klien apatis, sopor, soporoskoma, hingga koma, biasanya mengalami masalah bau mulut, mukosa bibir kering, gigi kotor. Pada *nervus XII (nervus hipoglossus)* :

Biasanya klien mampu menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kiri dan ke kanan namun saat berbicara krang jelas.

9) Leher

Kaji adanya kaku kuduk, benjolan pada leher, pembesarkanelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis. Umumnya normal.

10) Dada

a. Jantung (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) Inspeksi : Dilihat apakah ada kelainan atau tidak Palpasi : Ictus cordis teraba atau tidak. Perkusi : Terdengar suara pekak, redup, sonor, hipersonor Auskultasi :Dengarkan suara jantung apakah terdengar kuat lup dup

atau tidak (S1 dan S2).

b. Paru (inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi) Inspeksi : Dilihat bentuk dada simetris atau tidak, pengembangan dada, ada trauma pada dada atau tidak. Palpasi : Apakah ada benjolan atau tidak, ada perubahan bentuk atau tidak, taktil fremitus sama atau tidak. Perkusi : Apakah terdengar redup, sonor, atau hipersonor Auskultasi: Apakah terdengar vesikuler, bronchial, tracheal. Umumnya pada klien stroke non hemoragik tidak mengalami gangguan pada pemeriksaan dada.

11) Abdomen (inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi)

Inspeksi: kaji adanya luka atau jejas, kaji adanya kemerahan atau ruam pada abdomen, kaji bentuk abdomen. Auskultasi: Dengarkan bising usus berapa kali permenit. Perkusi: Terdengar bunyi timpani (normal) atau hipertimpani (abnormal). Palpasi: Kaji adanya nyeri tekan pada abdomen, palpasi dangkal atau dalam. Umumnya tidak ada gangguan pada pemeriksaan abdomen.

12) Genetalia

Kaji kebersihan daerah genetalia, kaji adanya inkontinensia urin atau retensi urin, terdapat rambut pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak. Umumnya tidak ada gangguan pada genetalia.

13) Ekstremitas atas dan bawah

Kaji adanya kelemahan anggota gerak atau kelumpuhan, kaji kekuatan otot ekstremitas, rentang gerak biasanya terbatas, edema, nyeri tekan

atau nyeri gerak, penggunaan alat bantu gerak.

pengkajian kekuatan otot ekstremitas:

Nilai 0 : Bila tidak ada kontraksi otot

Nilai 1 : Bila terlihat kontraksi namun tidak ada gerakan sendi

Nilai 2 : Bila ada gerakan sendi namun tidak melewati gravitasi

Nilai 3 : Bila dapat melewati gravitasi namun tidak dapat menahan tekanan pemeriksaan.

Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang

Nilai 5 : Bila dapat melawan kekuatan tahanan dengan kekuatan penuh

14) Kulit

Kaji kebersihan kulit, kaji warna kulit, kaji turgor kulit (*capillary refill time*), kaji adanya edema, kaji adanya lesi atau tidak.

15) Pemeriksaan Saraf Kranial / Pemeriksaan Nervus (Sulistyaningsih, *et al*, 2022)

a. Nervus I (*Olfactorius*/Penciuman). Untuk menentukan ada tidaknya gangguan penciuman, caranya:

1. Tutup mata klien
2. Tutup salah satu lubang hidung klien
3. Berikan bau-bauan yang baunya tajam seperti kopi, tembakau, vanila, dll
4. Minta klien untuk menyebutkan

5. Cek satu per satu lubang hidung
- b. Nervus II (*Opticus* / Penglihatan). Untuk mengetahui ketajaman penglihatan dan lapang pandang, caranya:
 1. Tutup salah satu mata klien
 2. Minta klien untuk membaca buku, majalah, atau Koran
 3. Tes tajam penglihatan dengan *snellen chart*
 4. Tes lapang pandang dengan gerakan jari
 5. Cek satu per satu mata kanan dan kiri
- c. Nervus III (*Oculomotorius*), untuk mengetahui respon pupil terhadap cahaya, caranya: sorotkan cahaya senter/ *penlight* ke mata, lihat reaksi pupil
- d. Nervus IV (*Tochlearis*). Untuk mengetahui pergerakan bola mata
Caranya:
 1. Kepala lurus ke depan, pandangan lurus ke depan
 2. Minta klien untuk menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah
- e. Nervus V (*Trigeminus*), Untuk mengetahui sensasi kornea, mukosa mulut, dan hidung. Tes ini biasanya dilakukan bersama-sama untuk nervus V dan nervus VII. Sensasi refleks kornea:
 1. Tutup salah satu mata klien
 2. Minta klien melirik ke arah mata yang tertutup
 3. Sentuhkan ujung kapas pada kornea dan lihat apakah klien berkedip.

4. Tes Sensori: Sentuh pipi, dahi, dan dagu klien dengan air panas / airdingin. Minta klien menebak apakah air panas atau air dingin yang disentuh ke pipi/dahi/dagu.
5. Tes Motorik: Kaji kemampuan klien untuk melakukan gerakan mengunyah atau mengatupka gigi saat melakukan palpasi otot-otot masseter dan temporal
- f. Nervus VI (*Abdusen*). Untuk mengetahui gerakan bola mata menyamping, caranya:
 1. Penlight dinyalakan dari samping digerakkan ke depan
 2. Minta klien melihat mengikuti sinar dari samping ke depan tanpa kepala
- g. Nervus VII (*Facialis*). Untuk mengetahui seluruh otot wajah mempunyai fungsi sensorik dan motorik. Biasanya dilakukan bersama-sama dengan nervus V, caranya:
 1. Minta klien tersenyum, mengencangkan wajah, menggembungkan pipi, menaikkan dan menurunkan alis mata perhatikan kesimetrisannya
 2. Minta klien mengidentifikasi rasa asin atau manis di lidah bagian depan
- h. Nervus VIII (*Acusticus* / Pendengaran). Untuk mengetahui kemampuan Pendengaran klien, caranya:
 1. Minta klien menutup salah satu telinga, periksa kemampuan

klien mendengarkan kata-kata yang diucapkan pemeriksa atau lakukan tes dengan garputala, lakukan bergantian telinga kanan dan kiri. Tes vestibular : kaji keseimbangan klien dengan meminta klien berdiri dan berjalan apakah bisa melakukan atau tidak.

i. Nervus IX (*Glossofarineus*). Untuk mengetahui kemampuan pengecap, kemampuan menelan, dan gerak lidah. Caranya :

1. Minta klien untuk mengidentifikasi rasa asam, asin, atau manis pada bagian belakang lidah
2. Masukkan *tongue spatel* untuk menimbulkan refleksi “gag”
3. Minta klien untuk menggerakkan lidah

j. Nervus X (*Vagus*). Untuk mengetahui pergerakan palatum, sensasi faring, tonsil, dan pergerakan pita suara. Caranya :

1. Minta klien bersuara “Ah” observasi gerakan palatum dan faringeal
2. Lihat palatum: simetris atau deviasi
3. Gunakan *tongue spatel* untuk menimbulkan reflek “gag”
4. Periksa keras bicara klien

k. Nervus XI (*Accessories*). Mengetahui gerakan kepala dan bahu. Caranya :

1. Minta klien menoleh ke samping melawan tahanan, apakah
2. *Sternocleido mastoideus* terlihat
3. Minta klien mengangkat bahu dan pemeriksa menahan bahu

klien

1. Nervus XII (*Hypoglossus*). Mengetahui gerakan lidah saat berbicara dan menelan dan menelan, inspeksi posisi lidah, caranya:

1. Minta klien untuk mengeluarkan lidah ke arah garis tengah dan minta untuk menggerakannya ke kanan dan ke kiri
2. Bagaimana gerakan lidah saat menelan
3. Minta klien mengeluarkan dan memasukkan lidah dengan cepat beberapa kali.

16) Pemeriksaan Refleks (Sulistyaningsih *et al.*, 2022)

a) Refleks Fisiologis

1. Refleks kornea. Kapas digulung ujungnya sampai runcing, minta klien melirik, kemudian sentuh kornea berlawanan dengan lirikan. Respon positif: mata berkedip
2. Refleks Faring. Faring digores dengan menggunakan *tongue spatel*. Refleks positif : muntah, refleks negatif : tidak muntah
3. Refleks Cahaya. Sinari pupil dengan senter / *penlight*. Respon positif : pupil mengecil
4. Refleks Abdominal. Gores dinding perut dari arah lateral ke arah umbilikus. Respon positif : ada kontraksi dinding perut.
5. Refleks Kremaster. Gores paha bagian dalam dari atas ke bawah. Respon positif : skrotum pada sisi yang sama naik.
6. Refleks Anal. Gores kulit sekitar anus. Respon positif terjadi kontraksi otot spincter ani

7. Refleks *Bulbocavernosa*. Menekan *gland* penis dengan satu tangan, jari tangan yang lain masuk ke dalam anus. Respon positif :saat *gland* penis di tekan spincter ani kontraks.
8. Refleks *Bicip*. Fleksikan sedikit siku klien, dan letakkan lengan bawah klien di atas paha dengan posisi telapak tangan menghadap ke bawah, letakkan ibu jari non-dominan anda horizontal di atas tendon bicip klien kemudian berikan ketukan (hentakan ke bawah) dengan palu refleksi si atas ibu jari anda. Amati adanya fleksi ringan yang normal pada siku klien, dan rasakan kontraksi otot bicip pada ibu jari anda,Respon positif : kontraksi otot bicip dan fleksi lengan bawah.
9. Refleks *Tricip*. Fleksikan siku klien, dan sangga lengan klien dengan telapak tangan non-dominan. Palpasi tendon tricip sekitar 2-5 cm diatas siku, kemudian ketukkan palu reflek langsung pada tendon. Amati adanya ekstensi ringan yang yang normal pada siku. Ekstensi yaitu gerak meluruskan anggota tubuh . respon positif : kontraksi otot tricip dengan gerakan ekstensi lengan bawah.
10. Refleks *Brachioradialia* letakkan lengan klien dalam posisi istirahat di atas lengan bawah anda atau di atas kaki klien sendiri. Kemudian ketukkan palu reflek secara langsung pada radius 2-5 cm diatas pergelangan tangan atau prosesus stiloid, yakni tonjolan tulang pada pergelangan tangan sejajar ibu jari.

Amati adanya fleksi dan supinasi normal pada lengan klien. Jari-jari tangan juga dapat sedikit ekstensi. Respon positif : gerakan fleksi lengan bawah

11. Refleks *Patella* / Lutut. Minta klien duduk di tepi meja periksa agar kaki klien dapat menjuntai dengan bebas dan tidak menjejak tanah. Tentukan lokasi tendon patela yang berada tepat di bawah patela (tempurung lutut), kemudian ketukkan palu perkusi langsung pada tendon. Amati adanya ekstensi kaki atau tendangan kaki yang normal saat otot kuadrisep berkontraksi. Respon positif : ada gerakan ekstensi tungkai bawah.

12. Refleks *Achilles*. Posisi klien sama seperti pemeriksaan refleks patela. Dorsifleksikan sedikit pergelangan kaki klien dengan menopangkan kaki klien pada tangan anda

a) Reflek Patologis

1. Reflek *Hofman Tromner*. Jari tengah klien diekstensikan, lalu ujungnya digores. Respon positif : ada gerakan fleksi jari yang lain.

2. Reflek *Jaw*. Minta klien untuk membuka mulut, ketuk dagu klien. Respon positif : mulut terkatup.

3. Reflek *Babinski*. Gunakan benda yang agak tajam, seperti gagang palu perkusi, kunci, ujung peniti atau stik aplikator yang tumpul. Gores tepi lateral telapak kaki klien, mulai dari tumit, bantalan tumit, kemudian ke bantalan depan telapak kaki,

sampai ke ibu jari kaki. Amati respon klien. Respon positif : jari-jari kaki meregang dan ibu jari kaki bergerak ke atas.

4. Reflek *Chaddock*. Menggores dorsolateral kaki dari belakang ke depan. Respon positif : ada dorsoekstensi ibu jari dan abduksi jari-jari yang lain.

5. Reflek *Oppenheim*. Gores daerah tibia dengan jari tengah dan telunjuk dari proksimal ke distal. Respon positif: ada gerakan dorsoekstensi ibu jari dan abduksi jari-jari yang lain

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik menurut Lewis, Heitkemper & Dirksen, (2007) yaitu:

- a. Perubahan perfusi jaringan (otak) berhubungan dengan penurunan aliran darah serebral.
- b. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan mengeluarkan sekret.
- c. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral (50-60 mm Hg) dan peningkatan TIK sekunder akibat trombus, embolus, atau perdarahan yang dibuktikan dengan TIK awal.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum, atrofi otot, atau kelumpuhan ekstremitas.
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan sisa afasia yang dimanifestasikan oleh penolakan dan ketidakmampuan berbicara, masalah dalam menemukan kata, penggunaan kata-kata yang tidak tepat, ketidakmampuan mengikuti arahan verbal.
- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan motorik, kelumpuhan, dan hilangnya kemampuan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- g. Gangguan menelan, tersedak berhubungan dengan kelemahan atau kelumpuhan otot yang terkena.
- h. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan gangguan impuls berkemih atau ketidakmampuan mencapai toilet atau buang air kecil.

2.2.3. Rencana Keperawatan

Menurut (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2007) yaitu:

a. Perubahan perfusi jaringan (otak) berhubungan dengan penurunan aliran darah serebral sekunder

Ekspektasi : Perfusi serebral meningkat

Hasil yang diharapkan :

1. Tekanan intrakranial (ICP) <15 mmhg
2. GCS yang stabil dan meningkat

Intervensi : Pemantauan Tekanan Intrakranial

1. Kaji ICP, tingkat kesadaran (LOC), dan pola pernapasan setidaknya setiap jam untuk mengidentifikasi kondisi pasien dan untuk memungkinkan

pemberitahuan diri kepada dokter mengenai perubahan signifikan.

2. Berikan obat sesuai resep untuk mengurangi resiko pembentukan trombus lebih lanjut
3. Menerapkan tindakan, seperti mengobati hipoksia, mengurangi rasa sakit, dan mempertahankan kateter urine yang paten untuk mencegah peningkatan ICP.

b. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan mengeluarkan sekret

Ekspektasi : Tidak ada gangguan pernafasan

Hasil yang diharapkan : Mampu mengeluarkan secret

Intervensi : Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

1. Kaji adanya batuk yang lemah dan tidak efektif, kemacetan bronkus, suara nafas tambahan, perubahan warna, jumlah, dan konsistensi dahak untuk menentukan apakah ada faktor resiko.
2. Amati peningkatan sekresi paru, perubahan warna sekret, dan suhu.
3. Auskultasi paru untuk mengetahui bunyi nafas setiap hari dan sesuai kebutuhan untuk menentukan kecukupan perjalanan pernafasan.
4. Anjurkan pasien dan keluarag dalam program memberi makan dan tindakan darurat untuk mencegah aspirasi dan gangguan pernafasan yang diakibatkannya.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum, atrofi otot, atau kelumpuhan ekstremitas

Ekspektasi : Mobilitas fisik meningkat

Hasil yang diharapkan :

- 1) Mampu mentransfer dan ambulasi secara maksimal tingkat kemampuan
- 2) Mampu melakukan aktivitas kegiatan sehari-hari sendiri atau dengan bantuan

Intervensi : Dukungan Mobilisasi

- 1) Menilai dan mendokumentasikan rentang gerak, kemampuan transfer dan kemampuan memposisikan untuk menentukan tingkat masalah dan merencanakan intervensi yang tepat.
- 2) Berikan latihan rentang gerak pasif atau aktif pada ekstremitas yang terkena setidaknya untuk mencegah atrofi dan kontraktur otot yang tidak perlu.
- 3) Jaga keselarasan dengan bantalan penyangga dan alas kaki sesuai prosedur.
- 4) Mengajarkan dan membantu keluarga dan pasien dengan teknik posisi untuk mencegah kontraktur
- 5) Tindak lanjuti dengan teknik aktivitas kehidupan sehari-hari yang direkomendasikan oleh ahli terapi okupasi atau fisik untuk membantu pasien menerapkan pengajaran dari spesialis ke dalam kehidupan dan aktivitas sehari-hari.
- 6) Dorong mobilitas diri sebanyak mungkin untuk mempertahankan aktifitas fisik pada tingkat setinggi mungkin dan untuk meningkatkan rasa kendali

pasien.

- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan sisa afasia yang dimanifestasikan oleh penolakan dan ketidakmampuan berbicara, masalah dalam menemukan kata, penggunaan kata-kata yang tidak tepat, ketidakmampuan mengikuti arahan verbal**

Ekspektasi : Mampu berkomunikasi secara efektif

Hasil yang diharapkan : Kemampuan bicara meningkat

Intervensi : Dukungan komunikasi

- 1) Menilai kekurangan dan kekuatan komunikasi yang tepat untuk menentukan jenis masalah dan merencanakan intervensi yang sewajarnya
- 2) Beri pertanyaan yang menghasilkan jawaban “Ya” dan “Tidak” secara perlahan dan waktu yang cukup untuk memberikan respons agar pasien tidak kewalahan dengan rangsangan verbal
- 3) Gunakan syarat untuk mendukung isyarat verbal
- 4) Ajarkan teknik khusus untuk meningkatkan kemampuan bicara
- 5) Bicaralah perlahan dan gunakan alat bantu visual seperti kartu flash untuk menghindari frustrasi dan kemarahan akibat menyelesaikan masalah.

- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan motorik, kelumpuhan, dan hilangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.**

Ekspektasi : Dukungan Perawatan Diri

Hasil yang diharapkan : Mampu melakukan ADL sendiri atau dengan bantuan keluarga atau staf

Intervensi : Dukungan Perawatan Diri

- 1) Observasi atau laporan verbal tentang ketidakmampuan makan, mandi dan menggunakan toilet, berpakaian, atau berdandan secara mandiri.
- 2) Kaji tingkat perawatan diri untuk menentukan sejauh mana masalah dan buat rencana yang tepat
- 3) Mendorong kemandirian, memberikan pengawasan atau bantuan bila diperlukan untuk menghindari ketergantungan
- 4) Tindak lanjuti dengan teknik ADL yang direkomendasikan oleh ahli pekerjaan atau fisik untuk membantu pasien menerapkan pengajaran dari spesialis dan keluarga.

f. Gangguan menelan, tersedak berhubungan dengan kelemahan atau kelumpuhan otot yang terkena.

Ekspektasi: Tidak ada tanda atau gejala dari aspirasi

Hasil yang diharapkan: Mampu mentoleransi makanan dan cairan tanpa tersedak

Intervensi: Dukungan kesulitan menelan

- 1) Kaji pasien untuk menentukan kemampuan menelan dan adanya reflek muntah
- 2) Minta pasien duduk tegak saat makan dan selama 30 menit untuk mencegah tersedak
- 3) Ajarkan pasien untuk mengambil gigitan kecil dan meletakkan makanan pada sisi mulut yang sehat, dagu tetap dibawah, dan usap tenggorokan untuk merangsang menelan.
- 4) Setelah pasien makan, periksa rongga mulut untuk mencari makanan

yang ada di kantong, dan ajari pasien dan keluarga teknik untuk mencegah pengumpulan dan pembusukan makanan serta resiko infeksi yang diakibatkannya.

- 5) Berikan makanan bertekstur, makanan dingin untuk memudahkan dan memperkecil menelan bahaya tersedak.
- 6) Jika ada masalah dengan produksi dahak dan air liur, hindari produk susu, yang meningkatkan produksi lendir dan air liur
- 7) Berikan perawatan mulut setelah makan untuk meningkatkan kenyamanan dan kesehatan mulut
- 8) Beritahu ahli gizi tentang perlunya mengubah tekstur makanan atau cairan sesuai kebutuhan

g. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan gangguan impuls berkemih atau ketidakmampuan mencapai toilet atau buang air kecil

Ekspektasi: Kemampuan Eliminasi urine secara mandiri

Hasil yang diharapkan: Pengeluaran urine yang terkontrol

Intervensi : Dukungan berkemih secara terkontrol atau metode buatan

- 1) Catat buang air besar dan buang air kecil pasien untuk menentukan intervensi yang tepat
- 2) Catat warna, dan karakter urine setiap hari dan sesuai kebutuhan untuk memastikan deteksi dini infeksi dan untuk mencegah urine yang sangat pekat
- 3) Jika kateter mentep digunakan, lakukan perawatan keteter setiap giliran kerja dan diperlukan untuk menghindari infeksi dan memastikan aliran urin tidak terganggu

- 4) Tawarkan untuk irneren dan toileting dan yakinkan pasien sebagai kesediaan untuk membantu masalah buang air kecil untuk menunjukkan sikap peduli

2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan intervensi renca perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Lewis, 2007).

Komponen tahap implementasi antara lain:

1. Tindakan keperawatan mandiri
2. Tindakan keperawatan edukatif
3. Tindakan keperawatan kolaboratif
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

2.2.5 Evaluasi keperawaatan

Menurut Lewis (2007) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa yang Mengkaji : Butet Silalahi	NIM:052025048
---	---------------

Unit : St Melania
Ruang/Kamar : 47.1
Tgl. Masuk RS : 06 Mei 2025
Tgl. Masuk ICU: 06-08 Mei 2025
Tgl. Masuk Ruangan : 09 Mei 2025

Tgl. Pengkajian : 10 Mei 2025
Waktu Pengkajian : 09.00 WIB
Auto Anamnesese :
Allo Anamnesese :

1. IDENTIFIKASI

a. KLIEN

Nama Initial : Tn A
Tempat/Tgl Lahir (umur) : 16 Juli 1970 (55 tahun)
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Status Perkawinan : Sudah menikah
Jumlah Anak : 2 orang
Agama/Suku : Kristen/Batak
Warga Negara : Indonesia Asing
Bahasa yang Digunakan : Indonesia
 Daerah.....
 Asing.....

Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Tukang rumput
Alamat Rumah : Jln Medan polonia

b. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny R
Alamat : Jln.Medan polonia
Hubungan dengan klien : Istri

2. DATA MEDIK

a. Dikirim oleh : UGD (namanya).....
 Dokter praktek(namanya)

b. Diagnosa Medik :

b.1. Saat Masuk : SNH (Stroke Non Hemoragik)

b.2. Saat Pengkajian : SNH (Stroke Non Hemoragik)

3. KEADAAN UMUM

a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan* / **sedang*** / berat*
(*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi* / **baring lemah*** / duduk* / aktif* / gelisah* /
posisi tubuh* / pucat* / Cyanosis */ sesak napas* /
penggunaan alat medik yang digunakan NGT dan Kateter
Lain-lain :.....

(*pilih sesuai kondisi pasien)

b. RIWAYAT KESEHATAN

1). Keluhan Utama :

Pasien mengatakan badan lemas,sakit kepala dan oyong serta kaki dan tangan kiri mengalami kelemahan sulit digerakkan dan berbicara pelo

2). Riwayat kesehatan sekarang :.

Pasien mengatakan badan lemas,sakit kepala dan oyong kaki dan tangan kirinya masih mengalami kelemahan dan pasien berbicara pelo

3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2021 dan pasien mempunyai riwayat kebiasaan merokok dan mnum alkohol waktu muda

4. TANDA-TANDA VITAL**a. Kesadaran :**

- 1). **Kualitatif** : Compos mentis Somnolens Coma
 Apatis Soporocomatous

2). Kuantitatif :

- Skala Coma Glasgow :
> Respon Motorik : 6
> Respon Bicara : 5
> Respon Membuka Mata: 4
> Jumlah : 15

3). Kesimpulan : Compos mentis

- b. Flapping Tremor / Asterixis : Positif Negatif

c. Tekanan darah : 160/90 mm Hg

MAP 113 mm Hg

Kesimpulan : Tekanan darah tinggi

- d. Suhu : 37 °C Oral Axillar Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 18 X/menit

- 1). Irama : Teratur Kusmuall Cheynes Stokes
2). Jenis : Dada Perut

5. PENGUKURAN

Tinggi Badan : 175 cm

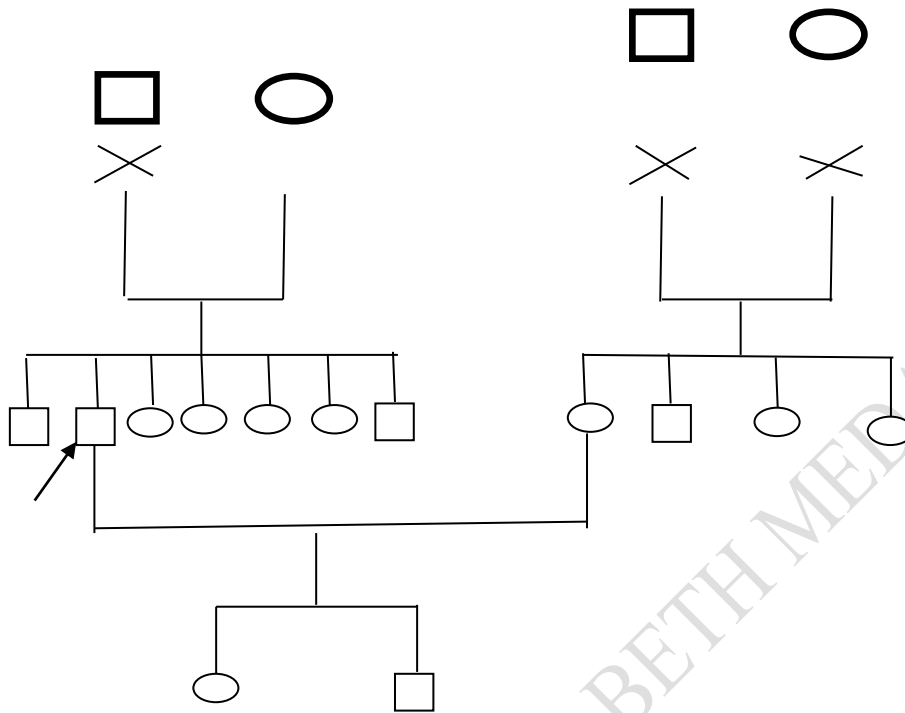
Berat Badan : 70 kg

IMT : 22,86

Kesimpulan : Normal

Catatan :

6. **GENOGRAM :** (3 generasi / keturunan)v



Keterangan:

- :Perempuan
- :Laki-laki
- ↗ :Pasien
- ✕ :Meninggal

7. **PENGAJIAN POLA KESEHATAN**

1. **PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN**

1). **Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :**

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
Hipertensi	2021	Pasien mengatakan Mengonsumsi rutin obat Candesartan 16 mg

Kapan Catatan

2). Data Subyektif

Pasien mengatakan tahun 2021 baru mengetahui mempunyai penyakit hipertensi dan pasien juga mengkonsumsi obat hipertensi dan pasien juga tidak sering mengkonsumsi obat

3. Data Obyektif

- Kebersihan rambut : Terlihat bersih tidak ada lesi atau ketombe
- Kulit kepala : Terlihat bersih , tidak ada lesi
- Kebersihan ulit : Bersih dan lembab
- Kebersihan rongga mulut : Mukosa bibir terlihat kering
- Kebersihan genitalia : Tidak ada dikaji
- Kebersihan anus : Tidak ada dikaji

II. NUTRISI DAN METABOLIK**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien mengatakan makan 2 kali sehari dan banyak makan dan selalu selera makan dan tidak ada alergi makanan

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit nafsu makannya berkurang dan makan melalui selang NGT makanan yang masuk 2500 cc

2). Data Obyektif**a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)**

- Keadaan nutrisi rambut : Rambut tipis berwarna hitam
- Hidrasi kulit : Lembab, kulit sawo matang
- Palpebrae : Tidak terdapat ingkaran hitam
- Conjunctiva : Tidak Anemis
- Sclera : Tidak Ikterik
- Rongga mulut : Bersih

- Gusi : Tidak ada perdarahan
- Gigi Geligi :
 - Utuh
 - Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas
(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah
- Gigi palsu :
 - Tidak ada
 - Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas
(beri tanda pada gigi yang palsu) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah
- Kemampuan mengunyah keras : Tidak mampu
- Lidah : Bersih
- Tonsil : Ada pembesaran T
 Tidak ada pembesaran
- Pharing : Tidak ada peradangan
- Kelenjar parotis : Ada pembesaran
 Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid : Ada pembesaran
 Tidak ada pembesaran
- Abdomen
 - = Inspeksi : Bentuk simetris
 - = Auskultasi : Peristaltik 16 X / menit
 - = Palpasi : Tanda nyeri umum
 - * Massa tidak ada
 - * Hidrasi kulit tidak ada ruam
 - * Nyeri tekan : R. Epigastrica
 Titik Mc. Burney
 R. Suprapubica
 R. Illiaca

= Perkusi

* Ascites Negatif

Positif, Lingkar perut.../.../...Cm

- Kelenjar limfe inguinal Teraba ada pembesaran

Tidak teraba pembesaran

- Kulit :

= Uremic frost Negatif Positif

= Edema Negatif Positif

= Icteric Negatif Positif

= Tanda-tanda radang tidak ada peradangan

= Lain-lain (yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

III. POLA ELIMINASI

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari bentuk feses lunak dan berwarna kuning BAK lancar 4-5 kali sehari

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudah 2 hari tidak BAB untuk BAK pasien terpasang kateter urine berwarna kuning jernih produksi urine kurang lebih 1.900 cc dalam 24 jam

2). Data Obyektif

Peristaltik 16 kali /menit:Normal

a. Observasi

b. Pemeriksaan Fisik

- Palpasi Suprapubika : Kandung kemih

Penuh kosong

- Nyeri ketuk ginjal :
 - = Kiri : Negatif Positif
 - = Kanan : Negatif Positif
- Mulut Urethra : Tidak dikaji
- Anus :
 - = Peradangan : Negatif Positif
 - = Hemoroid : Negatif Positif
 - = Penemuan lain : Tidak ada ditemukan

IV. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan beraktivitas menjadi tukang rumput dan pasien selalu membawa mobil untuk berpergian atau sedang mengantar anak-anaknya untuk sekolah

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit pasien tidak bisa beraktivitas seperti sehari-sehari hari hanya bisa berbaring ditempat tidur dan anggota tubuhnya mengalami kelemahan sehingga pasien melakukan aktivitasnya dibantu oleh keluarga ataupun perawat

2). Data Obyektif

a). Observasi

b). Aktivitas Harian

- Makan
- Mandi
- Berpakaian
- Kerapian
- Buang air besar
- Buang air kecil
- Mobilisasi ditempat tidur
- Ambulansi

0	: mandiri
1	: bantuan dengan alat
2	: bantuan orang
3	: bantuan

- Postur tubuh / gaya jalan : Bedrest
- Anggota gerak yang cacat :Lengan dan tungkai kiri lemah

c). Pemeriksaan Fisik

- Perfusi pembuluh perifer kuku : 2 detik kembali
- Thorax dan Pernafasan

= Inspeksi : Bentuk Thorax :Simetris

* Stridor Negatif Positif

* Dyspnea d'effort Negatif Positif

* Sianosis Negatif Positif

= Palpasi :

= Perkusi : Sonor Redup Pekak

Batas paru hepar : ICS 8 dextra

Kesimpulan : Normal

= Auskultasi :

Suara Napas : Normal

Suara Ucapan : Kurang jelas (Bicara
Pelo)

Suara Tambahan : Tidak ada

- Jantung

= Inspeksi : Ictus Cordis : tidak terlihat

= Palpasi : Ictus Cordis :Teraba

Thrill: Negatif Postitif

= Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung :Normal (ICS II linea sternalis
dextra)

Batas kanan jantung :Normal (ICS III linea sternalis
dextra)

Batas kiri jantung :Normal (ICS III linea sternalis
sinistra)



= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : Lup

Bunyi Jantung II P : Lup

Bunyi Jantung I T : Dup

Bunyi Jantung I M : Dup

Bunyi Jantung III Irama Gallop : Negatif

Positif

Murmur : Negatif

Positif : Tempat :

Grade :

HR : 82X

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot : Negatif Positif, lokasi di :

= Rentang gerak : Menurun (terjadi penurunan

Kekuatan otot)

* Mati sendi: Ditemukan

Tidak ditemukan

* Kaku sendi Ditemukan

Tidak ditemukan

= Uji kekuatan otot :

Kiri

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik :

= Reflex Patologik : Babinski,

* Kiri Negatif Positif

* Kanan Negatif Positif

= Clubing Jari-jari : Negatif Positif

= Varices Tungkai : Negatif Positif

- Columna Vertebralis
 - = Inspeksi : Tidak ditemukan kelainan bentuk
 - = Palpasi : Ditemukan kelainan bentuk
 - * Nyeri tekan : Negatif Positif
 - * N. VIII Rombeng Test :
 - Negatif
 - Positif
 - Tidak diperiksa, alasannya : Pasien bedrest
 - * Kaku duduk : Tidak ditemukan

V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur dan istirahat tercukupi biasanya dalam sehari 6-8 jam.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit dan dirawat waktu istirahatnya lebih banyak

2). Data Obyektif

a). Observasi :

- Ekspresi wajah mengantuk : Negatif
 Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap : Negatif
 Positif

VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL**1). Data Subyektif****a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien mengatakan sebelumnya pendengaran, penciuman baik dan tidak ada masalah. Klien juga sebelumnya sudah tahu bahwa ia memiliki riwayat hipertensi sehingga klien menjaga pola makan

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sama seperti diatas

2). Data Obyektif**a). Observasi**

Pasien terlihat berbaring lemah ditempat tidur dan pasien terlihat bersemangat untuk sembuh

b). Pemeriksaan Fisik**- Penglihatan**

- = Cornea : Normal
- = Visus :Dapat melihat dengan jelas
- = Pupil : Isokor
- = Lensa Mata : Okuler
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Normal

- Pendengaran

- = Pina : Simetris
- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Normal
- = Tes Pendengaran :Dapat mendengar dengan baik

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :
Pasien dapat merasakan rangsangan nyeri yang diberikan

VII. POLA PERSEPSI DIRI / KONSEP DIRI

(perasaan kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap dirinya mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri dan identitas dirinya)

1). Data Subyektif**a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien mengatakan ia adalah seorang kepala keluarga dan sangat mencintai anak dan istrinya

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan berharap cepat sembuh dan kembali kerumah melakukan aktivitas sehari-hari

2). Data Obyektif**a). Observasi**

- Kontak mata saat bicara : Fokus
- Rentang perhatian : Perhatian penuh/fokus
: Mudah teralihkan
: Tidak ada perhatian/
tidak fokus
- Suara dan cara bicara : Kurang jelas berbicara pelo

b). Pemeriksaan Fisik

- Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- Penggunaan protesa : Tidak Ada
- Bila ada pada organ : Hidung Payudara
 Lengan Tungkai

VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

1). Data Subyektif**a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien menyatakan hubungan dengan keluarga dan teman-temannya terjalin dengan baik dan sering juga bersosialisasi

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan semenjak sakit hanya bisa terbaring di tempat tidur dan tidak bisa berkumpul bersama keluarga besar dan teman-temannya

2). **Data Obyektif Observasi**

Pasien terlihat dijenguk oleh keluarga dan teman-temannya

IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS

(masalah sexual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sudah menikah dan memiliki 2 orang anak tidak ada masalah dalam sistem reproduksinya

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam reproduksinya

2). **Data Obyektif**

a. Observasi

Tidak ada terlihat masalah

b. Pemeriksaan Fisik

Tidak ditemukan kelainan

X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu bercerita kepada istrinya dan anak-anaknya

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan mau bercerita kepada istri, anaknya beserta keluarganya mengenai keadaanya dan keluhan yang dirasakannya saat ini

2). Data Obyektif

a). Observasi

Pasien terlihat sering mengobrol dengan istri dan anaknya bahkan istrinya pun sering bertanya bagaimana perkembangan keadaan pasien

b). Pemeriksaan Fisik

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak ada

= Basah : Tidak ada

XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN

1). Data Subyektif

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu berdoa setiap hari dan setiap minggu selalu beribadah ke gereja serta aktif mengikuti doa lingkungan

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hanya berdoa ditempat tidur

2). Data Obyektif

Observasi

Pasien terlihat berdoa di tempat tidur saat makan dan mendengarkan lagu lagu rohani

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Butet Silalahi)

ANALISA DATA

Nama/Umur : Tn A /55 tahun

Ruang/Kamar : Melania/47.1

D a t a		Etiologi	Masalah
Subyektif	Obyektif		
- Pasien mengatakan badan lemas, sakit kepala, oyong	- KU: Lemah - TD:160/90 mmHg - Hasil Ct Heads: Infract pons kanan	Edema serebral (stroke iskemik)	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
- Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan	- Kekuatan otot menurun 5 2 Kiri 5 2 Kiri - Rentang gerak menurun - Gerakan terbatas	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
-	- KU:Lemah - Bicara pelo - Disfasia - Sulit mempertahankan komunikasi - Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh - Verbalisasi tidak tepat	Gangguan neuromuskuler	Gangguan komunikasi verbal

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn A/55 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/47.1

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Penurunan kapasitas adaptif berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik) ditandai dengan pasien mengeluh badan lemas, sakit kepala dan oyong, serta pasien post op dari ICU TD:160/90, hasil ct heads: Infract pons kanan	Butet
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan pasien mengeluh lemas, dan mengalami lemah tangan dan kaki kiri sulit digerakkan, rentang gerak otot kiri terjadi penurunan kekuatan otot dan tampak pasien dibantu dalam pemenuhan ADL nya oleh keluarga $\begin{array}{r} 5 \mid 2 \text{ Kiri} \\ 5 \mid 2 \text{ Kiri} \end{array}$	Butet
3	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan berbicara pelo, disfasia, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, dan verbalisasi tidak tepat	Butet

PRIORITAS MASALAH**Nama/Umur** : Tn A/55 Tahun**Ruang/Kamar** : Melania/47.1

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	Nama jelas
1	10 mei 2025	(D. 0066) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)	Butet
2	10 mei 2025	(D. 0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Butet
3	10 mei 2025	(D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Butet

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. A/55 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/47.1

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan
1	(D. 0066) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L. O6049) <ol style="list-style-type: none">1. Sakit kepala menurun2. Tekanan darah membaik	Pemantauan tekanan intrakranial (I. 06198) Observasi : <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral)2. Monitor peningkatan TD3. Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik : <ol style="list-style-type: none">1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral Edukasi : <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian obat citicoline 1 amp sesuai resep dokter
2	(D. 0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none">1. Pergerakan ekstremitas meningkat	Latihan Rentang Gerak (I.05177) Observasi : <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan2. Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak sendi (ROM) meningkat 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pakaian yang longgar 2. Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 3. Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapi mengembangkan program latihan jika perlu
3	(D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Komunikasi verbal meningkat (L.13118) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh 	<p>Defisit bicara (L.13492)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: pendengaran, bicara) <p>Terapeutik :</p>



		meningkat 3. Disfasia menurun 4. Pelo menurun	1. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) Edukasi : 1. Anjurkan berbicara perlahan
--	--	---	---

PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. A/55 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/47.1

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
10/05/25	1,2,3	09.00	Melakukan pengkajian kepada Tn. A 55 tahun dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik	
(Dx 1)	1	10.00	Melakukan monitor TTV TD: 160/90 mmHg, T: 37 °C, RR:18x/i, P:80x/i, SPO2: 99%	
	1	10.30	Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TD -Pasien mengatakan sakit kepala dan lemah anggota tubuh sebelah kiri	
	1	10.50	Melakukan pemantauan kondisi umum pasien, pasien tampak lemah dan cenderung berbaring di tempat tidur	
(Dx 2)	2	11.00	Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan -Pasien mengatakan lemah anggota gerak sebelah kiri	
	2	11.30	Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak. -Pasien mengatakan terkadang kepala terasa sakit jika berubah posisi	
	2	12.00	Menjelaskan tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya latihan rentang gerak (ROM)	
		13.00	Kolaborasi dalam pemberian terapi farmakologi dengan dokter memberikan obat inj citicoline 1 amp dan inj keterolac 1 amp	
	2	14.00	Mengajak pasien untuk melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi, mengajarkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis (ROM) -Pasien terlihat kooperatif dan semangat dalam melakukan pergerakan	

		14.20	<p>Mengkaji tingkat kemampuan klien saat berkomunikasi</p> <p>-Bicara klien masih pelo tetapi dapat dimengerti</p> <p>Memberitahu pasien untuk berbicara perlahan</p> <p>-klien berbicara perlahan</p>	
11/05/25	1,2,3	07.30	Melakukan pengkajian kembali dan menanyakan kabar pasien kembali serta keluhan apa yang dirasakan hari ini	
(Dx 1)	1	08.00	Melakukan Monitor TTV TD:140/90 mmHg, T : 36.9°C, RR : 20x/i, P : 88x/i, SPO2 : 99%.	
	1	08.40	Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TD -Pasien mengatakan sakit kepala masih ada tetapi sudah mulai berkurang	
	1	09.00	Melakukan pemantauan kondisi umum pasien, pasien tampak lemah dan berbaring ditempat tidur	
	2	09.30	Mengkaji tingkat kemampuan dalam beraktivitas -Klien mengatakan anggota tubuh sebelah kirinya masih lemah	
	2	09.50	Memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar	
	2	10,00	Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam melakukan rentang gerak atau ROM -Mengantar pasien untuk dilakukan fisioterapi	
	2	13.00	Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan dan Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak -Setelah dilakukan rentang gerak anggota tubuh sebelah kiri klien dapat digerakkan sedikit demi sedikit	

	3	14.00	Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan diksi bicara pasien -Bicara klien masih kurang jelas tetapi klien dapat menyusun kalimat dengan baik
	3	14.30	Menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan -Klien mulai berbicara pelan dan sudah bisa mengatur dengan perlahan
12/05/25	1,2,3	15.00	Melakukan pemantauan kondisi umum pasien, tampak pasien sudah lebih rileks
(Dx 1)	1	15.20	Melakukan monitor TTV ; TD :130/90 mmHg, T : 36,9°C, RR : 20x/I, P : 88x/i, SPO2 : 99%.
	1	16.00	Monitor adanya keluhan sakit kepala -Pasien mengatakan sakit kepala masih ada tetapi sudah mulai berkurang dari sebelumnya
	1	16.30	Mempertahankan posisi kepala dan leher netral
	2	17.00	Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, -Setelah dilakukan rentang gerak anggota tubuh sebelah kiri klien dapat digerakkan secara perlahan -Kekuatan otot klien bertambah 5 3 5 3
	2	18.00	Mengajarkan pasien untuk latihan secara perlahan agar terhindar dari cedera
	2	18.30	Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian longgar untuk menghindari cedera
	2	18.50	Melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi,menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis (ROM)
	3	19.20	Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan



			diksi bicara pasien serta mengajarkan pasien untuk berbicara perlahan -Klien sudah mulai berbicara perlahan dan sudah menyusun kalimat dengan baik	
<p>STIKES SANTA ELISABETH MEDAN</p>				

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur : Tn. A/55 Tahun

Ruang/Kamar : Melania/

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
10 Mei 2025 (Dx : 1)	<p>S: Pasien mengatakan sakit kepala dan oyong</p> <p>O: Ku :lemah, Kes : CM Obs. TTV -TD: 160/90 mmHg, T: 37 °C, RR:18x/i, P:80x/i, SPO2: 99% -Tampak pasien cenderung tiduran</p> <p>A: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi -Monitor peningkatan TD -Pertahankan posisi kepala dan leher netral</p>	Butet
(Dx : 2)	<p>S: Pasien mengatakan badan masih lemas dan anggota gerak sebelah kiri belum bisa digerakkan</p> <p>O: Keadaan Umum: Lemah, Kes:CM - Terlihat lemah pada anggota gerak sebelah kiri - Rentang gerak otot kiri menurun 5 2 5 2 - ADL dibantu oleh keluarga ditempat tidur - Latihan fisioterapi</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: - Lanjutkan intervensi latihan rentang gerak - Kolaborasi dengan tim kesehatan fisioterapi</p>	
(Dx 3)	<p>S: Pasien mengatakan sulit bicara dan terkadang dibantu keluarga untuk mengerti apa yang pasien katakan</p> <p>O: Bicara pasien masih pelo</p>	

	<p>A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">-Monitor kecepatan. Tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara-Ulangi apa yang disampaikan pasien-Anjurkan bicara perlahan	
11 Mei 2025 (Dx :1)	<p>S: Pasien mengatakan masih sakit kepala masih ada tetapi sudah mulai berkurang</p> <p>O: Ku : lemah, Kes : CM Obs. TTV -TD: 140/90 mmHg, T: 36 °C, RR:20x/i, P:88x/i, SPO2: 99% -Tampak pasien cenderung tiduran</p> <p>A: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">-Monitor peningkatan TD-Pertahankan posisi kepala dan leher netral	
(Dx : 2)	<p>S: Pasien mengatakan melakukan gerakan pasif yang telah diajarkan dengan bantuan keluarga sehingga dapat digerakkan sedikit demi sedikit</p> <p>O: Keadaan umum: Lemah, Kes:CM -Tampak anggota gerak sebelah kiri masih mengalami kelemahan - Kekuatan otot klien masih lemah -ADL dibantu keluarga -Latihan fisioterapi</p> <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">-Identifikasi indikasi dilakukan latihan-Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi-Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak-Gunakan pakaian longgar cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak-Kolaborasi dengan fisioterapi	

(Dx 3)	<p>S: Pasien mengatakan bicaranya sudah tidak begitu susah</p> <p>O: Bicara pasien masih pelo tetapi dapat sedikit dipahami</p> <p>A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan. Tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara -Ulangi apa yang disampaikan pasien -Anjurkan bicara perlahan 	
12 Mei 2025 (Dx 1)	<p>S: Pasien mengatakan sakit kepala masih ada tetapi sudah mulai berkurang dari sebelumnya</p> <p>O: Ku: Lemah Kes: CM</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tampak wajah lebih rileks -Obs. TTV ; TD: 130/90 mmHg, T : 36,9°C, RR : 20x/I, P : 88x/i, SPO2 : 99%. <p>A: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitor peningkatan TD -Pertahankan posisi kepala dan leher netral -Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat 	
(Dx 2)	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan dengan perlahan anggota gerak tubuh kiri dengan perlahan dengan bantuan keluarga juga</p> <p>O: Keadaan umum: Lemah, Kes:CM</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tampak anggota gerak sebelah kiri masih mengalami kelemahan - Kekuatan otot klien bertambah <p style="margin-left: 40px;">5 3 5 3</p> <ul style="list-style-type: none"> -ADL dibantu keluarga -Latihan fisioterapi <p>A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifikasi indikasi dilakukan latihan -Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat 	



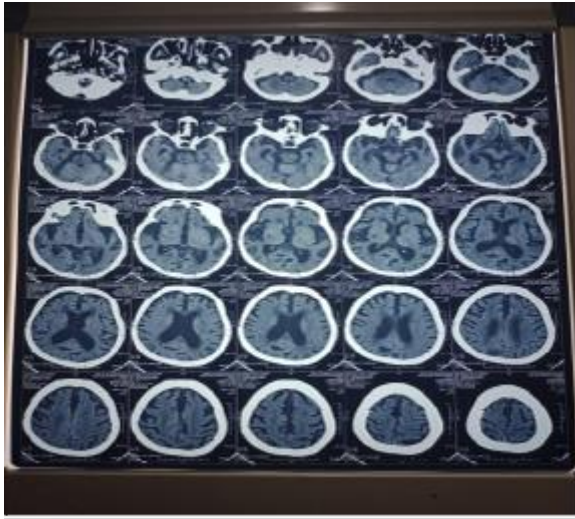
	<p>bergerak</p> <ul style="list-style-type: none">-Gunakan pakaian longgar cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak-Kolaborasi dengan fisioterapi	
(Dx 3)	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa menyusun kalimat perlahan</p> <p>O: Bicara pasien sudah mulai jelas walaupun belum sepenuhnya</p> <p>A: Gangguan komunikasi verbal teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	

DAFTAR TERAPI

Obata/Tindakan	Golongan	Waktu Pemberian	Manfaat
Nicardipine 50 cc	Calcium channel blocker (CCB)	Secara intravena (IV)	Untuk mengatasi hipertensi berat atau krisis hipertensi
Meropenem 3x1 gr	Antibiotik beta laktam golongan carbapenem	Secara intravena (IV) setiap 8 jam	Untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri
Inj.Omeprazole 40 mg/12 jam IV	Golongan obat resep		Untuk mengatasi asam lambung yang berlebihan
Citicoline 1x1 amp	Obat resep	Secara intravena (IV) 1-2 kali sehari	Obat vitamin saraf untuk meningkatkan daya ingat,mempercepat masa pemulihan akibat stroke atau cedera kepala atau gangguan kognitif lainnya
Eperison 2x1 tab	Obat resep (Muscle relaxant)	Secara oral 3 kali sehari setelah makan	Untuk mengurangi ketegangan dan kekakuan otot
Candesartan 1x16 mg	Angiotensin receptor blocker (ARB)		Untuk menurunkan tekanan darah tinggi pada hipertensi
Amlodipine 1x10 mg	Calcium Channel Blocker (CCB)		Untuk mengendalikan tekanan darah tinggi dan mencegah nyeri dada (Angina)

PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Pemesiksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leucocyte (WBC)	10,0	$10^3/\text{mm}^3$	3.6-10.6
Hemoglobin (HB)	14,7	g/dL	13.2-17.3
Erythrocyte (RBC)	4,95	$10^6/\text{mm}^3$	4.40-5.90
Hematocrit (HCT)	44,2	L	% 40.0-52.0
Mean Corpuscular Volume (MCV)	89	μm^3	80-100
Mean Corpuscular Hemoglobin (MCH)	29.7	pg	26.0-34.0
Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC)	33.2	mg/dL	32.0-36.0
Redcell Distribution Width (RDW)	11.2	%	11.5-14.5
Platelet (PLT)	365	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Mean Platelet Volume (MPV)	7.8	μm^3	6.0-10.0
Lymphocyte (LYM)	30.2	%	25.0-40.0
Monocyte (MON)	1.7	%	2.0-8.0
Neutrophil (NEU)	64.4	%	50.0-70.0
Eosinophil (EOS)	2.9	%	2.0-4.0
Basophil (BAS)	0.8	%	0.0-1.0
Absolute Lymphocyte Count (ALC)	2.990	/uL	
LED/BBS	15	mm/Jam	0-10
Natrium	141	mmol/L	130-145
Kalium	4,5	mmol/L	3.3-5.2
Chlorida	103	mmol/L	90-105
Ureum (BUN)	56	mg/dL	17-43

Hasil Ct Scan**Name: CT Head Scan Routine Brain-Tnpa Contrast**

Result: Dilakukan CT Scan kepala potongan axial dengan slice thickness 5 mm dimulai di daerah basis sampai vertex. Potongan dibuat sejajar supraorbitomeatal/canthomeatal (orbitomeatal). Scanning tanpa memakai kontras media i.v. jaringan lunak di daerah cerebri melebar. Tampak lesi hypodense multiple pada basa ganglia kanan dan corona radiata kanan. Ventrikel lateralis kanan/kiri, ventrikel 3, ventrikel 4 melebar. Parenkim cerebellum dalam batas normal. Volume cerebellum terlihat mengecil. Tampak lesi hypodense pada pons kanan. Sisterna basalis dan ambiens normal. Daerah sela tursika dan jxtasella serta daerah "cerebello-pontine angle" masih dalam batas normal. Sinus paranasal yang tervisualisasi tampak normal. Bulbus oculi dan ruang retrobulber bilateral dalam batas normal.

Summary: Infarct pons kanan

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1. Pengkajian

Pengkajian adalah mencatat hasil informasi dari pasien yang telah dikumpulkan, membuat data dasar dan respon pasien tentang kesehatan. Hasil analisis yang baik mempengaruhi identifikasi masalah keperawatan yang akan ditentukan. Tujuan pengkajian untuk mendapatkan data dan informasi yang cukup untuk menentukan masalah keperawatan yang dibutuhkan (Dinarti & Mulyanti, 2019).

Pengkajian keperawatan pada Tn. A telah dilakukan pada tanggal 10 Mei 2025 pukul 09:00 WIB dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di ruang Melania RSUD Santa Elisabeth Medan. Pengertian dari stroke non hemoragik itu sendiri yaitu tersumbatnya pembuluh darah dikarenakan adanya gangguan suplai darah ke otak sehingga aliran darah yang menuju ke otak terhenti (Tamburion et al., 2020). Berdasarkan faktor presipitasi dan predisposisi pada Tn. A mempunyai riwayat hipertensi dan merokok sehingga dapat memicu terjadinya stroke non hemoragik.

Klien dengan stroke non hemoragik memiliki tanda dan gejala berupa kelemahan anggota gerak, kelumpuhan separuh badan, sakit kepala, vertigo, penurunan kesadaran, gangguan daya ingat, gangguan penciuman, gangguan pendengaran, dan gangguan berbicara atau berbicara pelo ¹ Apabila ditemukan salah satu atau beberapa dari tanda dan gejala tersebut, maka diharapkan klien

dapat segera melakukan pemeriksaan ke dokter atau rumah sakit. Pada klien dengan identitas Tn. A di ruang Melania mengalami tanda dan gejala yang serupa dengan tanda dan gejala tersebut, diantaranya yang dimiliki klien yaitu kelemahan anggota gerak atau kelumpuhan separuh badan pada badannya sebelah kiri, klien mengalami sakit kepala secara terus menerus. Pada Tn. A berbicara pelo dan kesadaran composmentis dengan GCS 15.

Pada pemeriksaan pola kesehatan fungsional, pada pola nutrisi dan metabolik didapatkan hasil klien sejak sakit tidak nafsu makan, porsi makannya berkurang dan makan melalui selang NGT, pada pola aktivitas dan latihan didapatkan hasil klien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, klien mengalami kesusahan dalam melakukan aktivitas, dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, memakai baju, makan, minum, berpindah tempat, dan BAB/BAK klien tidak dapat melakukannya sendiri semuanya harus dibantu karena anggota gerak sebelah kiri mengalami kelemahan / kelumpuhan.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik (Head to Toe) didapatkan hasil keadaan umum cukup baik, penampilan klien tampak lemah dan lesu, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 100x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit, suhu 37°C, berat badan 70 kg. Pemeriksaan kepala menunjukkan hasil normal, pada mata kemampuan penglihatan normal, pada telinga kemampuan pendengaran juga normal, selain itu pada hidung, mulut dan tenggorokan, leher, dada, abdomen, dan genitalia menunjukkan hasil normal tidak ada masalah / gangguan. Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada ekstremitas atas dan bawah ditemukan klien mengalami kelemahan pada anggota gerak kiri, yaitu tangan kiri dan kaki kiri susah

digerakkan, kaku, dan kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 2, sedangkan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan kanan bawah 5.

Pada pemeriksaan saraf kranial / pemeriksaan nervus I sampai dengan nervus XII didapatkan hasil semuanya normal tidak ada gangguan / masalah.

Klien mendapatkan terapi RL 20 tpm, citicolin inj 500 mg 1 x 1, omeprazole inj 40 mg , amlodipine tab 10mg 1 x 1, captopril 25mg tab 2 x 1, candesartan 16 mg tab 1 x 1, eperison 2 x 1 tab, Furosemide 2 x 1, meropenem 3 x 1 gr

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik menurut Lewis, Heitkemper & Dirksen, (2007) yaitu:

- a. Perubahan perfusi jaringan (otak) berhubungan dengan penurunan aliran darah serebral.
- b. Resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan mengeluarkan sekret.
- c. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan penurunan tekanan perfusi serebral (50-60 mm Hg) dan peningkatan TIK sekunder akibat trombus, embolus, atau perdarahan yang dibuktikan dengan TIK awal.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum, atrofi otot, atau kelumpuhan ekstremitas.
- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan sisa afasia yang dimanifestasikan oleh penolakan dan ketidakmampuan berbicara, masalah dalam menemukan kata, penggunaan kata-kata yang tidak tepat,

ketidakmampuan mengikuti arahan verbal.

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan motorik, kelumpuhan, dan hilangnya kemampuan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- g. Gangguan menelan, tersedak berhubungan dengan kelemahan atau kelumpuhan otot yang terkena.
- h. Perubahan eliminasi urin berhubungan dengan gangguan impuls berkemih atau ketidakmampuan mencapai toilet atau buang air kecil.

Ada kesenjangan antara teori dengan kasus yang ditemukan yaitu pada diagnosa keperawatan. Kesenjangan pada tahap diagnosa secara teori pada pasien Stroke Non Hemoragik ditemukan kasus Tn. A tidak ada perubahan perfusi jaringan (otak), resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas, defisit perawatan diri, gangguan menelan, perubahan eliminasi urin sehingga muncul beberapa diagnosa antara lain :

1. Penurunan kapasitas adaptif berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Adapun alasan penulis tidak mengangkat diagnosa lainnya dikarenakan tidak ada atau kurangnya data penunjang yang kuat untuk menegakkan diagnosa- diagnosa tersebut, seperti perubahan perfusi jaringan (otak) tidak ada masalah nadi perifer tidak teraba dan CRT >3 detik. Diagnosa kedua yaitu resiko

ketidakefektifan bersihan jalan nafas Tn.A tidak ada mengeluh sesak napas observasi TTV; RR: 20x/I, SPO2: 99% sehingga tidak cocok untuk diangkat diagnosa resiko ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Diagnosa ketiga defisit perawatan diri berdasarkan pengkajian ADL pasien dibantu dengan keluarga, pasien tampak rapi dan bersih sehingga diagnosa defisit perawatan diri tidak cocok diambil karena bertolak belakang dengan data yang ada. Diagnosa keempat gangguan menelan saat dilakukan pengkajian Tn. A tidak ada kesulitan dalam menelan dan tidak adanya refleks muntah sehingga penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut. Diagnosa kelima yaitu perubahan eliminasi urin, Tn. A mengaku tidak ada masalah dengan organ perkemihan nya selama ini untuk BAK lancar hanya saja masih menggunakan selang kateter dan tidak ada masalah sehingga tidak cocok untuk diangkat diagnosa perubahan eliminasi.

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial, Tn. A mengatakan sakit kepala dan badan lemas. Data objektif Tn. A tekanan darah meningkat TD : 160/90 mmHg, KU tampak lemah. Hal ini sesuai dengan gejala dan tanda mayor minor serta kondisi klinis terkait yaitu: sakit kepala, tekanan darah meningkat, refleks neurologis terganggu dan KU tampak lemah.

Gangguan mobilitas fisik Tn. A mengatakan tangan dan kaki kiri mengalami kelemahan. Data obyektif Tn. A kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, dan gerakan terbatas. Hal ini sesuai dengan gejala dan tanda minor serta kondisi klinis terkait.

Menurut Agustin, Susanti and Sumarni, 2024 mengatakan hal ini disebabkan oleh keluhan mengenai kesulitan menggerakkan ekstremitas sebelah

kiri, mengakibatkan penurunan kekuatan otot dan membuat klien kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari.

Menurut asumsi penulis, bahwa ketika otot-otot tubuh melemah, kemampuan untuk melakukan gerakan dan aktivitas sehari-hari menjadi terhambat, rentang gerak yang terbatas juga membuat pasien sulit untuk melakukan gerakan yang normal. Oleh karena itu penting untuk melakukan latihan fisik teratur atau ROM ataupun berkolaborasi dengan fisioterapi untuk meningkatkan mobilitas fisik.

Gangguan komunikasi verbal dari hasil pengkajian di dapatkan data objektif Tn. A berbicara pelo dan disfasia, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, dan verbalisasi tidak tepat. Hal ini sesuai dengan gejala dan tanda mayor minor serta kondisi klinis terkait.

Penulis berasumsi, menganjurkan pasien untuk berbicara mampu meningkatkan komunikasi pasien selain itu keluarga ikut serta dalam membantu pasien untuk berbicara hal ini dapat meningkatkan kemampuan komunikasi verbal pasien

4.3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perancangan tindakan yang akan dilakukan dalam asuhan keperawatan dengan tujuan meningkatkan status kesehatan pasien. Dibutuhkan data yang cukup akurat beserta diagnose keperawatan yang telah ditentukan. Perancangan harus disesuaikan dengan buku intervensi agar mendapatkan hasil yang optimal. Intervensi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan sama (tidak terdapat kesenjangan) yaitu diambil dari

pedoman buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia sesuai dengan diagnosa keperawatan (masalah) yang ditemui.

Intervensi pada diagnosa keperawatan yang pertama dengan melakukan pemantauan tekanan intrakranial dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam di harapkan penurunan kapasitas adaptig intrakranial meningkat dengan kriteria sakit kepala menurun, tanda-tanda vital membaik, dan refleks neurologis membaik. Intervensi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi peningkatan TIK, monitor TD, monitor tingkat kesadaran, berikan posisi kepala dan leher netral, kolaborasi pemberian obat resep yaitu obat citicoline

Intervensi pada diagnosa keperawatan yang kedua dilakukan selama 3 x 24 jam dengan tujuan mobilitas fisik meningkat dan kriteria hasil pergerakan sktremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, dan gerakan terbatas menurun. Intervensi akan dijabarkan oleh penulis secara rasional, yang mana intervensi untuk diagnosa keperawatan tersebut yaitu dukungan mobilisasi. Yang pertama yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, secara rasional untuk mengetahui apakah ada nyeri atau keluhan lain yang dirasakan klien. Selanjutnya identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, secara rasional untuk mengetahui kemampuan dan batasan klien melakukan pergerakan. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, rasional untuk memantau kondisi pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama pasien melakukan mobilisasi atau pergerakan. Fasilitasi melakukan pergerakan, secara rasional untuk menurunkan risiko terjadinya kelumpuhan

permanen pada klien dan meningkatkan status mobilitas fisik pada klien. Libatkan keluarga membantu pasien melakukan pergerakan, secara rasional keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan pergerakan agar memudahkan pasien. Anjurkan melakukan mobilisasi dini, rasional untuk mengurangi risiko terjadinya kelumpuhan permanen pada tubuh klien, agar tidak menimbulkan luka baru misalnya dekubitus karena tirah baring terlalu lama. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, secara rasional melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot.

Intervensi berikutnya yaitu pada diagnosa ketiga dengan komunikasi verbal dilakukan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan bicara meningkat, kemampuan ekspresi wajah/tubuh meningkat, disfasia menurun, pelo menurun

4.4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan antara tinjauan teoritis dengan kasus pasien kelolaan terdapat kesenjangan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal. Pada tahap implementasi penulis berusaha menyesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat berdasarkan tujuan yang ingin dicapai, meski tidak semua tindakan keperawatan dilaksanakan. Penulis menyesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien saat itu dengan melibatkan keluarga dan perawat yang ada diruangan.

Pada diagnose pertama penurunan kapasitas adaptif intrakranial penanganan yang dilakukan adalah memonitor adanya keluhan sakit kepala, memonitor peningkatan TD. Pada diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik penanganan yang

di lakukan adalah mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, keterbatasan pergerakan sendi, memonitor lokasi ketidaknyaman atau nyeri pada saat bergerak, menganjurkan pasien untuk memakai pakaian longgar untuk menghindar cedera saat latihan gerak, melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi, memberikan dukungan positif saat latihan gerak sendi, mengajarkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis (ROM). Pada diagnosa kedua gangguan komunikasi verbal penanganan yang di lakukan adalah mengkaji tingkat kemampuan klien saat berkomunikasi, memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara klien, menganjurkan pasien untuk berbicara perlahan

4.5. Evaluasi keperawatan

Pada tahap ini dilaksanakan asuhan keperawatan dengan semua kriteria masalah. Pada pasien Tn. A setelah dilakukan implementasi dan evaluasi selama 3 hari. Pada diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial pasien mengatakan masih sakit kepala, oyong dan lemas masih ada dan tekanan darah masih tinggi setelah dilakukan implementasi pada hari kedua dan dilakukan pemantauan neurologi dan kolaborasi terapi dengan dokter pasien mengatakan masih sakit kepala dan oyong masih ada tetapi sudah mulai berkurang begitu juga pada evaluasi ketiga maka dilanjutkan intervensi. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik pasien mengatakan badan masih lemas dan anggota gerak sebelah kiri belum bisa digerakkan dan dilakukan evaluasi hari pertama dilakukan fisioterapi dan mengajak pasien untuk melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai indikasi, memberikan dukungan positif saat latihan gerak sendi, mengajarkan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis (ROM), hari kedua mengkaji tingkat kemampuan

dalam beraktivitas dan memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar dan hari ke tiga dilanjutkan intervensi. Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal di dapatkan data obyektif pasien berbicara pelo, disfasia dan sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh dan dilakukan evaluasi hari pertama mengkaji tingkat kemampuan klien saat berkomunikasi bicara klien masih pelo tetapi dapat dimengerti hari kedua memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan diksi bicara pasien masih pelo tetapi dapat sedikit dipahami dan hari ketiga pasien mengatakan sudah bisa menyusun kalimat perlahan dan bicara pasien sudah mulai jelas walaupun belum sepenuhnya.

BAB 5

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi yang telah dilaksanakan oleh penulis dengan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik diawali dengan pengkajian, menentukan diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi oleh sebab itu penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

Stroke non hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah akibat adanya gangguan suplai darah ke otak sehingga aliran darah ke otak terhenti. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya, sebagian otak tidak menerima suplai darah yang membawa oksigen yang diperlukan, sehingga mengalami kematian sel/jaringan.

Pada karya ilmiah akhir dengan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan stroke non hemoragik, penulis menemukan kesimpulan berupa :

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada Tn. A dengan stroke non hemoragik di ruang melania Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, dilakukan selama tiga hari yaitu pada tanggal 10 Mei 2025 sampai dengan tanggal 12 Mei 2025. Saat dilakukan pengkajian mulai dari identitas, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pola fungsional, hingga pemeriksaan fisik, penulis menemukan adanya kelemahan pada anggota gerak klien sebelah kiri mengalami kelemahan dan tidak bisa

digerakkan, Kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas dan kiri bawah bernilai 2, sedangkan pada ekstremitas kanan atas dan kanan bawah bernilai 5.

Masalah keperawatan yang muncul pada Tn. A diantaranya yaitu penurunan kapasitas adaptif berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah.

2. Intervensi

Intervensi keperawatan pada Tn.A ditetapkan penulis sesuai dengan Standar Interevensi Keperawatan Indonesia. Intervensi ditetapkan selama 3x24 jam dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan masing-masing diagnosa keperawatan. Untuk diagnosa keperawatan yang pertama intervensi keperawatannya yaitu pemantauan tekanan intrakranial, untuk diagnosa keperawatan kedua intervensi keperawatannya yaitu latihan rentang gerak untuk diagnosa ketiga yaitu pemantauan neurologis. dan untuk diagnosa keempat yaitu deficit bicara

3. Implementasi

Implementasi keperawatan pada Tn.A dilakukan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Dan Evaluasi keperawatan pada Tn. A dilakukan setiap hari selama tiga hari dari tanggal 10 Mei 2025 sampai dengan tanggal 05 Mei 2025. Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan yang pertama dan ketiga selama tiga hari didapatkan hasil evaluasi tujuan dan kriteria hasil tercapai, dan masalah teratasi . Pada

diagnosa keperawatan yang kedua, dan ketiga didapatkan hasil evaluasi tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi.

5.2. Saran

Diharapkan setelah menyusun laporan asuhan keperawatan kritis dengan Stoke Non Haemorrhagic (SNH) mahasiswa/i mampu mengembangkan ilmunya dan meningkatkan pelayanan yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, T., Susanti, I.H. and Sumarni, T. (no date) 'Implementasi Penggunaan Range Of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot Klien Stroke Non Hemoragik', (100), pp. 140–146.
- Brunner & Suddart. 2025. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.Edisi12., Jakarta; EG
- Feigin, V, L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P . (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*
- Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.(2022) Iskemia. Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1, Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenerian RI Tahun 2018*.
- Lewis *et al.* (2014) *medical- surgical nursing: assessment and management of clinical problems*.
- Muttaqin, A. (2010). *Pengantar Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Penerbit Salemba Medika.
- WHO. (2020). *The Top 10 Cause Of Death, World Health Organization*.
- World Stroke Organization. (2022). *Global Stroke Fact Sheet 2022*.

DOKUMENTASI



LAMPIRAN

EBN (Evidence Based Practice)

Jurnal Cendikia Muda
Volume 5, Nomor 1, Maret 2025
ISSN : 2807-3469

IMPLEMENTASI POSISI *HEAD UP 30°* TERHADAP SATURASI OKSIGEN
PASIEEN STROKE NON HEMORAGIK

IMPLEMENTATION OF *30° HEAD UP POSITION* ON OXYGEN SATURATION
NON-HEMORRHAGIC STROKE PATIENTS

Oktavianus Restu Santama¹, Immawati², Indhit Tri Utami³

^{1,2,3}Akademi Keperawatan Dharma Wacana

Email: oktavianusrestusantama@gmail.com

ABSTRAK

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang mendadak dan tiba-tiba yang berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan aliran darah otak. Aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan hemodinamik termasuk saturasi oksigen. Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk dapat membantu tatalaksana pasien pasca serangan stroke untuk meningkatkan saturasi oksigen yaitu mengatur posisi kepala lebih tinggi yaitu *30°* atau posisi *head up 30°*. Tujuan dari implementasi ini yaitu untuk membantu meningkatkan saturasi oksigen pasien stroke non hemoragik. Karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus. Subyek yang digunakan yaitu dua pasien stroke non hemoragik di Ruang Saraf RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro tahun 2024. Analisa data dilakukan menggunakan analisis deskriptif dengan melihat saturasi oksigen sebelum dan setelah implementasi *head up 30°* selama 3 hari dengan durasi waktu pemberian 30 menit. Sebelum implementasi saturasi oksigen pada subyek I adalah 95% dan pada subyek II adalah 93%. Setelah implementasi, saturasi oksigen subyek I menjadi 97% dan subyek II menjadi 96%, kedua subyek mengalami kenaikan saturasi oksigen dengan rata-rata 1.67% perhari. Pasien stroke non hemoragik diharapkan dapat menerapkan *head up 30°* dalam upaya meningkatkan saturasi oksigen.

Kata Kunci : *Head Up 30°*, Saturasi Oksigen, Stroke.

**PENERAPAN RANGE OF MOTION (ROM) AKTIF *CYLINDRICAL GRIP*
TERHADAP KEKUATAN OTOT PASIEN STROKE NON HEMORAGIK**

***IMPLEMENTATION OF ACTIVE CYLINDRICAL GRIP RANGE OF MOTION (ROM).
ON MUSCLE STRENGTH IN NON-HEMORRHAGIC STROKE PATIENTS***

M. Agus Rafiudin¹, Indhit Tri Utami², Nury Luthfiyatil Fitri³
^{1,2,3}Akademi Keperawatan Dharma Wacana Metro
Email: rafiudinagus@gmail.com

ABSTRAK

Stroke merupakan gangguan pada otak yang dapat menyebabkan kecacatan dan kelemahan. Kelemahan otot (hemiparese) yang terjadi pada ekstremitas atas merupakan penyebab pasien stroke mengalami gangguan fungsional, diketahui bahwa ekstremitas atas memiliki peranan yang besar dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari setiap orang. Penatalaksanaan bisa diberikan pada penderita stroke adalah latihan ROM aktif *Cylindrical Grip*. Tujuan dari penerapan ini adalah untuk membantu meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke. Rancangan karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus (*case study*). Subyek yang digunakan yaitu dua pasien stroke non hemoragik sesuai kriteria inklusi. Analisa data dilakukan menggunakan analisis deskriptif dengan melihat kekuatan otot sebelum dan setelah penerapan menggunakan alat ukur *handgrip dynamometer*. Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan ROM aktif *Cylindrical Grip* 2 kali sehari selama 7 hari dengan waktu 10 menit, terjadi peningkatan kekuatan otot pada kedua subyek penerapan, dimana kekuatan otot subyek I dari 16.2 kg menjadi 19.0 kg dan pada subyek II dari kekuatan otot 29.5 kg menjadi 34.5 kg. ROM aktif yang dilakukan secara rutin mampu meningkatkan kekuatan otot.

Kata Kunci : *Cylindrical Grip*, Kekuatan Otot, ROM, Stroke Non Hemoragik.

**PENERAPAN TERAPI BICARA A.I.U.E.O UNTUK MENINGKATKAN
KEMAMPUAN KOMUNIKASI VERBAL PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG REHABILITAS MEDIK RSUD CIBABAT**

Ami Yulianti^{1*}, Oky Octaviani², Novi Malisa³

^{1,2,3}Program Studi DIII Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Dustira

Email: ¹yuliantiami674@gmail.com, ²octavianiokyo@gmail.com, ³novimalisa2022@gmail.com

ABSTRACT

Stroke is the second leading cause of death after heart disease and the third leading cause of disability worldwide (American Heart Association, 2020). Non-hemorrhagic stroke refers to a decline in brain function due to disrupted blood supply to parts of the brain, resulting in vessel blockage or narrowing. This study aimed to evaluate the effectiveness of A.I.U.E.O speech therapy in enhancing verbal communication in non-hemorrhagic stroke patients in the medical rehabilitation unit at Cibabat Regional General Hospital. A.I.U.E.O speech therapy is an intervention that supports improved verbal communication in patients with speech disorders. This case study used a nursing process approach involving two patients with impaired verbal communication. The intervention was administered for 3 consecutive days, with each session lasting 15 minutes. Results showed improved verbal communication abilities by the third day following at least three therapy sessions. Patient 1 could articulate words clearly, construct longer sentences, showed more responsive facial expressions, improved conversation comprehension, and experienced reduced slurred speech. Patient 2 could articulate several words, showed responsive facial expressions, moderately improved conversation comprehension, and had moderate slurring. Contributing factors included diet in patient 1 and excessive stress in patient 2, which slowed recovery. In conclusion, A.I.U.E.O speech therapy is effective in enhancing verbal communication abilities in non-hemorrhagic stroke patients and is recommended as part of nursing care to support stroke rehabilitation.

Keywords: A.I.U.E.O Speech Therapy, Non Hemorrhagic Stroke, Verbal Communication Disorder.

Lampiran bimbingan



Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Prodi Ners Tahap Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan




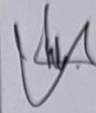

Nama Mahasiswa : Butet Silalahi
NIM : 052015048
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem
Neurologi Stroke Non Hemoragik Pada Tn. A.
Di Ruangan Malaria Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

Nama Pembimbing I : Murni Sari D. Simanullang, S.Kep., Ns., M.Kep
Nama Pembimbing II : Dr. Lilis Maulitanam, S.Kep., Ns., M.Kep
Nama Pembimbing III : Linda Wati Simorangkir, S.Kep., Ns., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF		
				PEM I	PEM II	PEM III
1.	26/ 02 - 26	Murni Sari D. Simanullang S.Kep., Ns., M.Kep	- Sistematis - Penambahan materi Pembahasan.			
2.	27/ 02 - 26	Dr. Lilis Maulitanam S.Kep., Ns., M.Kep	- Pathway			
3.	02/ 03 - 26	Dr. Lilis Maulitanam S.Kep., Ns., M.Kep	- Pathway			

Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Prodi Ners Tahap Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan



4.	03/03-26	Dr. Iriy Mourkum S.Kep.,Ns., M.Kep	- Pathway - Penulisan Pathway. Acc			
5.	02/03-24	Linda wari Simorangkir S.Kep.,Ns.,M.Kep	. Anaisa Daz			
6.	09/03-26	Murni Sari D. Simanungkalas S.Kep.,Ns.,M.Kep	Perbaikan Bab 9 Acc.	