

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN STROKE  
NON HEMORAGIK DI RUANG BAITUL IZZAH 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

NURUL AULIA PUTRI

NIM : 40902000001

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2023**

**HALAMAN JUDUL**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN STROKE  
NON HEMORAGIK DI RUANG BAITUL IZZAH 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nurul Aulia Putri

40902000001

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

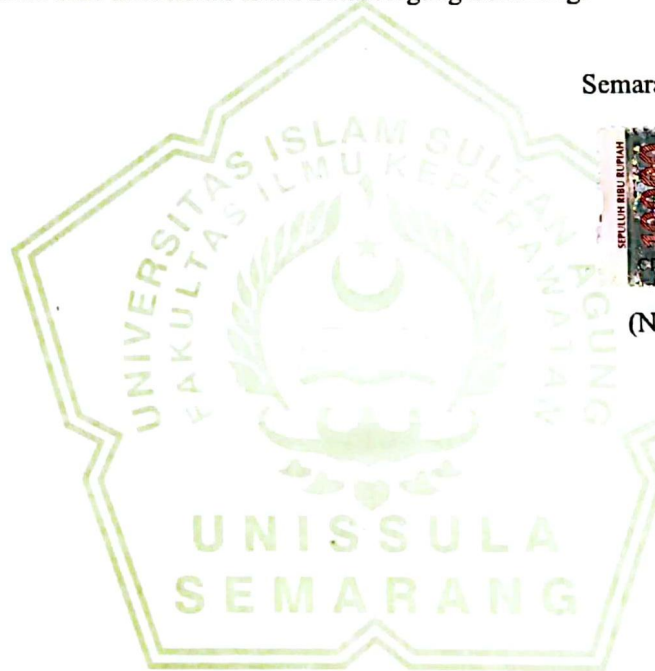
## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 19 Mei 2023



(Nurul Aulia Putri)



## HALAMAN PERSETUJUAN

**Karya Tulis Ilmiah berjudul :**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN STROKE  
NON HEMORAGIK DI RUANG BAITUL IZZAH 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Nurul Aulia Putri

NIM : 40902000001

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 22 Mei 2023

Pembimbing



Ns. Mohammad Arifin Noor, S.Kep., M.Kep., Sp. KMB

NIDN : 0627088403

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada Hari Senin Tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 14 Juni 2023

Penguji I

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep.

NIDN. 0615098802

(.....)

Penguji II

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN. 0605108901

(.....)

Penguji III

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp. KMB.

NIDN. 0627088403

(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

## HALAMAN MOTTO

Bukan malang yang jadi musuh dari perjalanan, tapi malas dan menunda  
berjuanglah musuh dari sebuah kesuksesan

To get a succes, your courage must be greater than your fear

@\_nurullputri



## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillahirabbil 'alamin, puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang” ini dengan lancar.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat terselesaikan dengan baik berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kekuatan, dan kesabaran sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.H. selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang.
4. Bapak Ns. Muhammad Abdurrouf, M.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang.
5. Bapak Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep, Sp.KMB., selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dengan penuh kesabaran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan kepada penulis selama 3 tahun masa kuliah dan selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Pihak Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh dari kampus sehingga penulis dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Keluarga hebat saya, Ayahku (Nur Khalimi), Ibuku (Munasiyah), Kakakku (Nabila Mahmudah Noor), dan Adikku (Muhammad Robith Bilhaq), yang telah memberikan dukungan, semangat, nasihat, waktu, biaya, dan semua yang telah dicurahkan kepada saya dengan penuh kasih sayang memberikan ilmu, doa, dan bantuan moril dan material.
9. Teman-teman dekat saya dan teman sekelompok bimbingan karya tulis ilmiah yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dan dukungan kepada saya, serta selalu mendoakan satu sama lain.
10. Teman-teman D3 Keperawatan angkatan 2020 dan seluruh teman-teman Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang, serta teman-teman dari fakultas dan prgram studi lain yang ikut membantu dan mendukung dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Semua pihak yang terkait yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih atas bantuan, dukungan, dan kerja samanya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dan dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan di masa mendatang.

Semarang, 15 Mei 2023



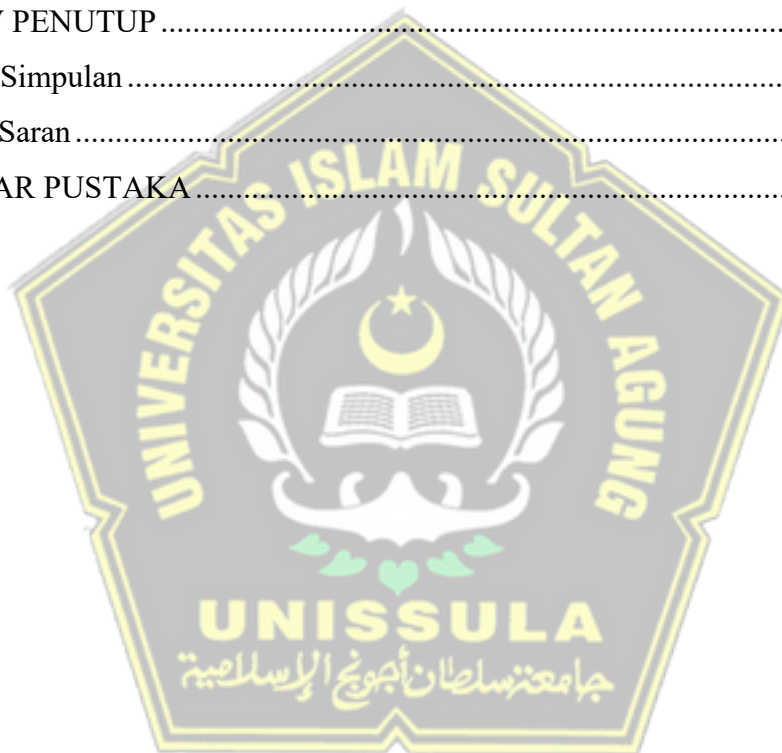
Nurul Aulia Putri



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
BAB II KAJIAN PUSTAKA .....	6
A. Konsep Dasar Penyakit .....	6
1. Pengertian .....	6
2. Etiologi .....	6
3. Patofisiologi .....	7
4. Manifestasi Klinis .....	9
5. Pemeriksaan Diagnostik .....	10
6. Komplikasi .....	11
7. Penatalaksanaan Medis .....	12
B. Konsep Dasar Keperawatan .....	13
1. Pengkajian Keperawatan .....	13
2. Diagnosis Keperawatan dan Fokus Intervensi .....	27
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN .....	35
A. Pengkajian .....	35
B. Analisa Data .....	50
C. Diagnosa Keperawatan .....	51
D. Intervensi .....	51
E. Implementasi .....	53

F. Evaluasi .....	63
BAB IV PEMBAHASAN .....	68
A. Pengkajian .....	68
B. Diagnosa Keperawatan .....	71
C. Intervensi .....	74
D. Implementasi .....	76
E. Evaluasi .....	78
F. Keterbatasan Penulisan .....	79
BAB V PENUTUP .....	83
A. Simpulan .....	83
B. Saran .....	85
DAFTAR PUSTAKA .....	86



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Lobus pada korteks serebral (Sumber : Kurniawan, 2016).....8



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 *Glasgow Coma Scale* (Black,1997).....17



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. 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 pikir atau daya ingat. Stroke dapat menyebabkan kematian karena menyerang secara mendadak pada penderitanya. Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020, stroke menjadi penyakit penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (WHO, 2020).

Menurut 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 negara maju stroke menjadi penyebab nomor satu admisi klien ke rumah sakit dengan proporsi kematian sebesar 20% dalam 28 hari pertama perawatan (Prasetia & Susanto, 2022).

*Center For Disease Control* melaporkan pada tahun 2020 bahwa di Amerika Serikat satu orang meninggal dunia karena stroke setiap empat menit. Hal ini dipertegas dengan pernyataan yang menunjukkan sekitar 31% dari 56,5 juta orang atau 17,7 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskular. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskular, 7,4 juta disebabkan oleh penyakit jantung koroner dan sekitar 6,7 juta disebabkan oleh stroke (Kemenkes RI, 2020). Angka kejadian stroke iskemik atau stroke non

hemoragik lebih tinggi jika dibandingkan dengan stroke hemoragik. Di negara maju seperti Amerika, angka kejadian stroke hemoragik antara 15% sampai 30%, sedangkan angka kejadian stroke iskemik antara 70% sampai 85%. Di negara berkembang seperti Asia, kejadian stroke hemoragik sekitar 30% dan angka kejadian stroke iskemik 70%.

Hasil dari Laporan Nasional Riskesdas 2018 mengemukakan secara nasional prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Jumlah penderita stroke terbanyak pada tahun 2018 yaitu pada klien berusia lebih dari 75 tahun sebanyak (50,2%) dan terendah pada rentang umur 15-24 tahun sekitar (0,6%). Selain itu, angka kejadian stroke pada klien laki-laki lebih banyak jika dibandingkan pada klien perempuan dengan perbandingan sebesar 11% dan 10,9% (Riskesdas, 2018).

Jumlah penderita stroke di Indonesia menurut diagnosis tenaga kesehatan pada tahun 2020, diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang. Di Jawa Tengah prevalensi stroke pada tahun 2020 terdapat di peringkat kedua yaitu sebesar (14,6%), sedangkan di peringkat pertama yaitu Kalimantan Timur sebesar (14,7%), dan disusul di peringkat ketiga Sulawesi Utara sebesar (14,2%).

Stroke non hemoragik biasanya terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah otak yang disebabkan oleh thrombosis, emboli, dan hipoperfusi global yang mengakibatkan menurunnya suplai darah ke jaringan otak dan menjadi iskemia. Adapun 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 yang berlebihan, penggunaan kokain, obesitas, dan riwayat stroke.

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 & Faradisi, 2021).

Salah satu masalah keperawatan yang perlu penanganan lebih lanjut pada klien stroke yaitu gangguan mobilitas fisik, karena klien stroke akan merasa kehilangan kekuatan pada anggota gerak atau mengalami kelemahan anggota gerak sehingga penderita akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas karena keterbatasan ruang gerak. Oleh karena itu peran perawat dalam hal ini yaitu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh meliputi bio psiko sosio kultural spiritual. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat kepada klien stroke dengan gangguan mobilitas fisik diantaranya adalah dengan latihan rentang gerak atau *Range of Motion* (ROM) dan latihan mobilisasi karena tindakan ini sangat efektif untuk mencegah terjadinya kekakuan pada otot. Selain itu perawat juga memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga tentang tujuan peningkatan mobilitas fisik.

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. M dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang

- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang
- c. Mahasiswa mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang
- d. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang
- e. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang
- f. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

### **C. Manfaat Penulisan**

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain :

#### **1. Institusi Pendidikan**

Digunakan sebagai bahan bacaan ilmiah, pedoman studi bagi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke non hemoragik, serta sebagai kerangka perbandingan atau penyempurnaan dari ilmu keperawatan yang telah ada sebelumnya.

#### **2. Profesi Keperawatan**

Untuk memberikan pemahaman serta pengetahuan mengenai asuhan keperawatan kepada klien dengan stroke non hemoragik meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **3. Lahan Praktek**

Menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik sehingga lebih mudah dalam melaksanakan tindakan keperawatan.



#### 4. Masyarakat

Sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan pada masyarakat agar mengetahui perkembangan, dampak, pencegahan, dan penanganan stroke.



## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai infark otak, sumsum tulang belakang atau retina dan mewakili semua stroke secara menyeluruh (Utomo, 2022). Menurut (Hariyanti *et al.*, 2020) stroke non hemoragik yaitu penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara tiba-tiba akibat terhentinya aliran darah di otak.

Stroke non hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah akibat adanya gangguan suplai darah ke otak sehingga aliran darah ke otak terhenti (Tamburion, 2020). 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 (P2PTM Kemenkes, 2019).

Jadi, stroke non hemoragik adalah gangguan persarafan yang terjadi secara mendadak/tiba-tiba pada penderitanya yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak mengalami gangguan.

##### **2. Etiologi**

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak baik sebagian maupun keseluruhan terhenti. Penyumbatan pembuluh darah disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya hipertensi, merokok, diabetes mellitus, dan kolesterol tinggi.

a. Hipertensi

Faktor risiko yang paling utama pada stroke non hemoragik yaitu hipertensi (Utomo, 2022). Hipertensi sering disebut sebagai *the silent killer* karena tanpa keluhan dan 6 kali lebih berisiko meningkatkan stroke (Kemenkes RI, 2022). Tekanan darah yang lebih dari rentang normal (>140/90 mmHg) menyebabkan pengerasan dinding pembuluh darah arteri lebih cepat dan mengakibatkan penghancuran lemak sehingga mempercepat proses aterosklerosis.

b. Merokok

Merokok menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya stroke non hemoragik, karena zat-zat kimia beracun yang terkandung di dalam rokok akan menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga akan memicu terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah.

c. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus dapat menyebabkan stroke non hemoragik disebabkan oleh proses aterosklerosis (Utomo, 2022). Diabetes dapat meningkatkan risiko stroke dua kali lipat. Semakin tinggi kadar gula dalam darah, maka akan semakin mudah terkena stroke (Pinzon, 2019).

d. Hiperkolesterolemia / Kolesterol Tinggi

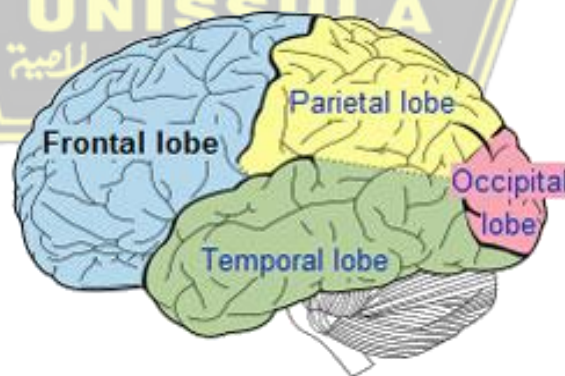
Hiperkolesterolemia yaitu peningkatan kadar kolesterol dalam darah. Kolesterol yang berlebihan di dalam darah dapat membentuk plak pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan penyempitan pembuluh darah atau aterosklerosis (Susiwati, Sunita, & Farizal, 2018).

### 3. Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Ketika plak fibrosis (*ateroma*) terbentuk di lokasi yang terbatas seperti di percabangan

arteri. Trombosit kemudian melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan meningkatkan ukuran plak sehingga membentuk trombus. Gumpalan darah (trombus) dan emboli di pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap di pembuluh darah distal, menyebabkan penurunan aliran darah ke otak sehingga sel otak akan kekurangan nutrisi dan oksigen.

Otak sangat tergantung pada oksigen. Ketika aliran darah ke setiap bagian otak tersumbat oleh trombus dan emboli maka akan terjadi hipoksia jaringan otak. Kekurangan oksigen sesaat pada otak dapat menimbulkan gejala yang dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron. Area nekrotik itu kemudian disebut infark. Pada stroke non hemoragik otak akan mengalami iskemia dan infark yang sulit ditentukan. Stroke menyebar setelah serangan awal sehingga bisa terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) serta dapat terjadi kematian pada area yang luas, tergantung pada daerah otak mana yang terkena (Wijaya & Putri, 2013). Terjadinya peningkatan TIK dapat menyebabkan nyeri kepala hebat, papiledema, dan muntah proyektil / *vomiting* (Muttaqin, 2008).



Gambar 2. 1 Lobus pada korteks serebral (Sumber : Kurniawan, 2016)

Lokasi lesi yang timbul beragam yang dapat dikelompokkan pada cerebrum, cerebellum, dan ganglia temporalis. Pada cerebrum terdiri dari beberapa lobus diantaranya yaitu lobus frontalis, lobus parietalis,

lobus temporalis, dan lobus oksipitalis. Lobus temporal berfungsi untuk mempengaruhi indra dan memori. Jika terjadi lesi (infark, perdarahan, dan tumor) pada lobus temporalis menyebabkan afasia reseptif. Menurut Penelitian (Priftis *et al*, 2020) dalam (Narwanto *et al*, 2022) Gejala yang muncul akibat adanya kerusakan pada lobus temporalis (area wernicke) yaitu berupa gangguan pendengaran dan afasia, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan dan tertulis, klien kesulitan memahami atau mendengar ucapan dari lawan bicaranya.

Lobus parietal berfungsi sebagai sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi. Kerusakan pada lobus parietalis dapat menimbulkan gejala nyeri kepala, selain itu juga dapat berupa mati rasa. Hal ini dikarenakan kerusakan pada lobus parietalis khususnya bagian korteks somatosensori primer peka terhadap sentuhan, nyeri, tekanan, dan sebagainya. Selanjutnya pada lobus oksipitalis berfungsi sebagai penglihatan. Jika terjadi kerusakan pada lobus oksipitalis dapat mengakibatkan penurunan penglihatan. Pada lobus frontal berfungsi untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, dan intelektual. Kerusakan lobus frontalis bagian area broca (yang merupakan pusat bahasa) berupa disorientasi, selain itu juga berupa disartria, kerusakan otak dan saraf yang mengontrol pergerakan otot-otot bicara (Narwanto *et al*, 2022).

#### 4. Manifestasi Klinis

Gejala yang dapat timbul diantaranya yaitu terjadi secara mendadak, terdapat nyeri kepala berat, *parasthesia* (kesemutan), paresis (kelumpuhan atau penurunan kekuatan otot pada sebagian anggota badan), serta gangguan gerak. Pada tahapan awal stroke, gambaran klinis biasanya berupa kelumpuhan (*paralysis*) dan hilang atau melemahnya refleks tendon, kesulitan menelan (*dysphagia*), gangguan komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, serta disfungsi kandung kemih (Agustin, Susanti, Sumarni, 2022).

Selain itu manifestasi klinis yang lain yang dapat terjadi pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya :

- a. Penyumbatan pembuluh darah secara tiba-tiba karena trombus
- b. Dapat terbentuk trombus yang kemudian lepas sebagai emboli
- c. Menyebabkan aneurisma yaitu pembuluh darah menjadi lebih lemah atau lebih tipis sehingga mudah robek
- d. Gangguan berbicara dan bahasa
- e. Gangguan memori/daya ingat
- f. Nyeri kepala hebat
- g. Vertigo
- h. Kelemahan atau kelumpuhan pada separuh badan
- i. Gangguan fungsi otak
- j. Penurunan kesadaran

#### 5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya (Amanda, 2018) :

- 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 membantu menentukan 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 perlambatan 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. *CT Scan*

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, asam urat, trigliserida).

## 6. **Komplikasi**

Komplikasi yang dapat terjadi pada klien dengan stroke non hemoragik antara lain:

- a. Hipoksia serebral
- b. Bekuan darah (trombosis) terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan (edema)
- c. Dekubitus
- d. Pneumonia. Penderita stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan baik, sehingga cairan menumpuk di paru-paru dan menyebabkan pneumonia.
- e. Atrofi dan kekakuan sendi. Hal ini karena kurang gerak dan imobilisasi.

Pada penderita stroke yang terlambat atau tidak segera ditangani dengan tepat maka dapat menimbulkan terjadinya komplikasi yang lebih

kompleks, yaitu dapat mengakibatkan kecacatan permanen atau kecacatan yang tidak dapat disembuhkan (Mauliddiyah, Ulfah, & Siwi, 2022).

## 7. Penatalaksanaan Medis

Menurut penelitian (Setyopranoto, 2016), ada beberapa penatalaksanaan pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya yaitu :

### 1) Penatalaksanaan Umum

- a. Memposisikan kepala dan badan 20-30 derajat, ubah posisi tidur tiap 2 jam, mobilisasi dapat dimulai secara bertahap bila hemodinamik sudah stabil
- b. Bebaskan jalan napas dan berikan oksigen 2-3 liter per menit
- c. Pemasangan kateter untuk mengosongkan kandung kemih
- d. Kontrol tekanan darah dan suhu tubuh
- e. 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.
- f. Latih mobilisasi jika memungkinkan
- g. Latih rentang gerak / ROM (*Range of Motion*) baik ROM aktif maupun ROM pasif.

### 2) Penatalaksanaan Medis

- a. Trombolitik (*streptokinase*)

Menggunakan *Recombinant Tissue Plasminogen Activator / rTPA*. Golongan obat ini sebagai terapi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke, untuk memperbaiki aliran darah dengan menguraikan bekuan darah. Terapi ini dimulai dalam waktu 3 jam sejak manifestasi klinis stroke timbul dan hanya dilakukan setelah kemungkinan perdarahan atau penyebab lainnya telah disingkirkan.



b. Antikoagulan (heparin, warfarin)

Untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli. Terapi ini diberikan bila klien berisiko tinggi mengalami kekambuhan emboli, infark miokard yang baru terjadi, atau fibrilasi atrial.

c. Antiplatelet (Aspirin)

Digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

d. Antioksidan (astaxanthin dan antioksidan lainnya)

Berpotensi sebagai antitrombosis dan anhipertensi pada kerusakan otak.

e. Antihipertensi

Obat antihipertensi parenteral yang paling banyak digunakan yaitu nicardipin dan antihipertensi oral yang paling banyak digunakan yaitu amlodipine.

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan data dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan mengenai klien. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir. Pengumpulan data mengenai klien dapat dilakukan melalui observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Rosdahl & Kowalski, 2014). Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2000) dasar data pengkajian pada klien dengan stroke diantaranya :

a. Aktivitas / Istirahat

Gejala : Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot). Tanda : gangguan tonus otot, paralisis, dan terjadi kelemahan umum; gangguan penglihatan; dan gangguan tingkat kesadaran

b. Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung, riwayat hipotensi postural, dan polisitemia. Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme, disritmia, perubahan EKG, frekuensi nadi bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung / kondisi jantung, obat-obatan, dan efek stroke), terjadi desiran pada karotis, femoralis, dan arteri iliaka / aorta yang abnormal.

c. Integritas Ego

Gejala yang timbul berupa perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa. Tanda yang muncul yaitu emosi labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira, serta kesulitan untuk mengekspresikan diri.

d. Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih, misalnya inkontinensia urine atau anuria, distensi abdomen bising usus negatif.

e. Makanan / Cairan

Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pengecapan pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah. Tanda : kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas (faktor risiko).

f. Neurosensori

Gejala : sakit kepala, kelemahan / kesemutan / kebas (biasanya terjadi setelah serangan TIA, yang ditemukan dalam berbagai derajat dalam stroke jenis yang lain); sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”; penglihatan menurun; penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan yang lain; pada sentuhan hilangnya rangsang sensorik kontralateral (pada sisi tubuh yang berlawanan) pada ekstremitas dan kadang-kadang pada ipsilateral (yang satu sisi) pada wajah; gangguan rasa pengecapan dan penciuman.

Tanda : status mental / tingkat kesadaran: biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik; biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya

adalah trombosis yang bersifat alami; gangguan tingkah laku (seperti letargi, apatis, menyerang); gangguan fungsi kognitif (penurunan memori, pemecahan masalah). Ekstremitas : kelemahan/*paralysis* (kontralateral pada semua jenis stroke), genggaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral. Pada wajah terjadi *paralysis* atau *parase (ipsilateral)*. Afasia : gangguan atau kehilangan fungsi bahasa mungkin afasia motorik (kesulitan untuk mengungkapkan kata), afasia reseptif (kesulitan untuk memahami kata-kata secara bermakna), afasia global (gabungan dari kedua afasia tersebut). Kehilangan kemampuan menggunakan motorik ketika klien ingin menggerakkannya (*apraksia*). Ukuran pupil tidak sama, dilatasi atau miosis pupil *ipsilateral* (perdarahan / herniasi). Kehilangan kemampuan mengenali/menghayati masuknya rangsang visual, pendengaran, taktil (agnosia), seperti gangguan persepsi, gangguan kesadaran terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelalaian terhadap bagian tubuh yang terkena. Kekakuan *nukal* (biasanya karena perdarahan). Kejang (biasanya karena adanya pencetus perdarahan).

g. Nyeri / Kenyamanan

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena). Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/fasia.

h. Pernapasan

Gejala : merokok (faktor risiko). Tanda : ketidakmampuan menelan, batuk, terjadi hambatan jalan nafas, timbulnya pernapasan yang tidak teratur, suara napas terdengar ronki.

i. Keamanan

Tanda : motorik / sensorik : masalah penglihatan, perubahan persepsi orientasi tempat tubuh (stroke kanan), kesulitan melihat objek dari sisi kiri (pada stroke kanan), hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang nyeri, tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenal, gangguan dalam memutuskan sesuatu, perhatian

sedikit terhadap keamanan, tidak sabar, serta gangguan berespon terhadap panad atau dingin.

j. Interaksi Sosial

Tanda : masalah berbicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain.

k. Penyuluhan / Pembelajaran

Gejala : adanya riwayat hipertensi dan stroke pada keluarga (faktor risiko), pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alkohol (faktor risiko)

Pertimbangan rencana pemulangan : Mungkin memerlukan obat, bantuan dalam hal transportasi perawatan diri, penyiapan makanan; perubahan dalam susunan rumah secara fisik, tempat transisi sebelum kembali ke lingkungan rumah.

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

a. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe* (Tarwanto, 2013).

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).

Tabel 2.1 Glasgow Coma Scale (Black,1997)

<b>Tes</b>	<b>Respon</b>	<b>Skor</b>
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 :

- a) Nilai 14-15 : Composmentis
- b) Nilai 12-13 : Apatis
- c) Nilai 10-11 : Delirium
- d) Nilai 7-9 : Somnolen
- e) Nilai 5-6 : Sopor
- f) Nilai 4 : Soporos koma
- g) 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 kurang jelas.

## 9) Leher

Kaji adanya kaku kuduk, benjolan pada leher, pembesaran kelenjar 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.

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

1) Nervus I (*Olfactorius* / Penciuman)

Untuk menentukan ada tidaknya gangguan penciuman.

Caranya :

- a) Tutup mata klien
- b) Tutup salah satu lubang hidung klien
- c) Berikan bau-bauan yang baunya tajam seperti kopi, tembakau, vanilla, dll
- d) Minta klien untuk menyebutkan
- e) Cek satu per satu lubang hidung



2) Nervus II (*Opticus* / Penglihatan)

Untuk mengetahui ketajaman penglihatan dan lapang pandang.

Caranya :

- a) Tutup salah satu mata klien
- b) Minta klien untuk membaca buku, majalah, atau koran
- c) Tes tajam penglihatan dengan *snellen chart*
- d) Tes lapang pandang dengan gerakan jari
- e) Cek satu per satu mata kanan dan kiri

3) Nervus III (*Oculomotorius*)

Untuk mengetahui respon pupil terhadap cahaya.

Caranya : sorotkan cahaya senter / *penlight* ke mata, lihat reaksi pupil.

4) Nervus IV (*Trochlearis*)

Untuk mengetahui pergerakan bola mata

Caranya :

- a) Kepala lurus ke depan, pandangan lurus ke depan
- b) Minta klien untuk menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah

5) Nervus V (*Trigeminus*)

Untuk mengetahui sensasi kornea, mukosa mulut, dan hidung. Tes ini biasanya dilakukan bersama-sama untuk nervus V dan nervus VII.

a) 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

b) Tes Sensori :

- (1) Sentuh pipi, dahi, dan dagu klien dengan air panas / air dingin

(2) Minta klien menebak apakah air panas atau air dingin yang disentuh ke pipi/dahi/dagu.

c) Tes Motorik

(1) Kaji kemampuan klien untuk melakukan gerakan mengunyah atau mengatupkan gigi saat melakukan palpasi otot-otot masseter dan temporal

6) Nervus VI (*Abdusen*)

Untuk mengetahui gerakan bola mata menyamping.

Caranya :

- a) Penlight dinyalakan dari samping digerakkan ke depan
- b) Minta klien melihat mengikuti sinar dari samping ke depan tanpa kepala menengok

7) Nervus VII (*Facialis*)

Untuk mengetahui seluruh otot wajah mempunyai fungsi sensorik dan motorik. Biasanya dilakukan bersama-sama dengan nervus V.

Caranya :

- a) Minta klien tersenyum, mengencangkan wajah, mengembungkan pipi, menaikkan dan menurunkan alis mata, perhatikan kesimetrisannya.
- b) Minta klien mengidentifikasi rasa asin atau manis di lidah bagian depan

8) Nervus VIII (*Acusticus* / Pendengaran)

Untuk mengetahui kemampuan pendengaran klien.

Caranya :

- a) 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.
- b) Tes vestibular : kaji keseimbangan klien dengan meminta klien berdiri dan berjalan apakah bisa melakukan atau tidak.

9) Nervus IX (*Glosofaringeus*)

Untuk mengetahui kemampuan pengecap, kemampuan menelan, dan gerak lidah.

Caranya :

- a) Minta klien untuk mengidentifikasi rasa asam, asin, atau manis pada bagian belakang lidah
- b) Masukkan *tongue spatel* untuk menimbulkan refleksi “gag”
- c) Minta klien untuk menggerakkan lidah

10) Nervus X (*Vagus*)

Untuk mengetahui pergerakan palatum, sensasi faring, tonsil, dan pergerakan pita suara.

Caranya :

- a) Minta klien bersuara “Ah” observasi gerakan palatum dan faringeal
- b) Lihat palatum : simetris atau deviasi
- c) Gunakan *tongue spatel* untuk menimbulkan reflek “gag”
- d) Periksa keras bicara klien

11) Nervus XI (*Accessories*)

Mengetahui gerakan kepala dan bahu.

Caranya :

- a) Minta klien menoleh ke samping melawan tahanan, apakah *Sternocleido mastoideus* terlihat
- b) Minta klien mengangkat bahu dan pemeriksa menahan bahu klien

12) Nervus XII (*Hypoglossus*)

Mengetahui gerakan lidah saat berbicara dan menelan, inspeksi posisi lidah.

Caranya :

- a) Minta klien untuk mengeluarkan lidah ke arah garis tengah dan minta untuk menggerakkannya ke kanan dan ke kiri
- b) Bagaimana gerakan lidah saat menelan

- c) Minta klien mengeluarkan dan memasukkan lidah dengan cepat beberapa kali

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

1) Refleks Fisiologis

a) Refleks Kornea

Kapas digulung ujungnya sampai runcing, minta klien melirik, kemudian sentuh kornea berlawanan dengan lirik. Respon positif : mata berkedip

b) Refleks Faring

Faring digores dengan menggunakan *tongue spatel*. Refleks positif : muntah. Refleks negatif : tidak muntah

c) Refleks Cahaya

Sinari pupil dengan senter / *penlight*. Respon positif : pupil mengecil

d) Refleks Abdominal

Gores dinding perut dari arah lateral ke arah umbilikus. Respon positif : ada kontraksi dinding perut.

e) Refleks Kremaster

Gores paha bagian dalam dari atas ke bawah. Respon positif : skrotum pada sisi yang sama naik

f) Refleks Anal

Gores kulit sekitar anus. Respon positif : terjadi kontraksi otot *spincter ani*

g) 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.

h) Refleks *Bicep*

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 bicep 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 bicep pada ibu jari anda. Respon positif : kontraksi otot bicep dan fleksi lengan bawah

i) Refleks *Triceps*

Fleksikan siku klien, dan sangga lengan klien dengan telapak tangan non-dominan. Palpasi tendon trisep sekitar 2-5 cm di atas siku, kemudian ketukkan palu reflek langsung pada tendon. Amati adanya ekstensi ringan yang normal pada siku. Ekstensi yaitu gerak meluruskan anggota tubuh. Respon positif : kontraksi otot triceps dengan gerakan ekstensi lengan bawah.

j) Refleks *Brachioradialis*

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 di atas pergelangan tangan atau prosesus stiloideus, 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.

k) 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

1) Refleks *Achilles*

Posisi klien sama seperti pemeriksaan refleks patela. Dorsifleksikan sedikit pergelangan kaki klien dengan menopangkan kaki klien pada tangan anda. Kemudian ketukkan palu perkusi langsung pada tendon *Achilles* tepat di atas tumit. Amati dan rasakan respon klien. Respon positif : ada gerakan fleksi plantar (hentakan ke bawah).

2) Refleks Patologis

a) Reflek *Hofman Tromner*

Jari tengah klien diekstensikan, lalu ujungnya digores. Respon positif : ada gerakan fleksi jari yang lain.

b) Reflek *Jaw*

Minta klien untuk membuka mulut, ketuk dagu klien. Respon positif : mulut terkatup.

c) 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.

d) Reflek *Chaddock*

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

e) 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. Diagnosis Keperawatan dan Fokus Intervensi

### a. Diagnosa Keperawatan (PPNI, 2017)

Berdasarkan SDKI, diagnosa keperawatan yang tepat untuk klien dengan stroke non hemoragik yaitu :

#### 1) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Definisi : keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab : kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensoripersepsi.

Tanda dan gejala:

##### a) Mayor :

Subyektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Obyektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

##### b) Minor :

Subyektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak. Obyektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah

Kondisi klinis terkait : stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan

#### 2) Nyeri Akut (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia, iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda :

a) Mayor :

Subyektif : mengeluh nyeri. Obyektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Minor :

Subyektif : (tidak tersedia). Obyektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

Kondisi klinis terkait : kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, dan glaukoma

### 3) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab : hambatan lingkungan (mis. kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan / pemeriksaan / tindakan)

Gejala dan tanda :

a) Mayor :

Subyektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Obyektif : (tidak tersedia).



## b) Minor

Subyektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.

Obyektif : (tidak tersedia).

Kondisi klinis terkait : nyeri/kolik, hipertiroidisme, kecemasan, penyakit paru obstruktif kronis, kehamilan, periode pasca partum, kondisi pasca operasi.

## b. Fokus Intervensi (PPNI, 2018)

## 1) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

## a) Luaran : Mobilitas fisik meningkat (L.05042)

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....x... jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- (1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- (2) Kekuatan otot meningkat
- (3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- (4) Nyeri menurun, kecemasan menurun
- (5) Kaku sendi menurun
- (6) Gerakan terbatas menurun
- (7) Kelemahan fisik menurun.

## b) Intervensi : Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Definisi : memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.

Tindakan :

## (1) Observasi :

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

## (2) Terapeutik :

- (a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- (b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- (c) Libatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan

## (3) Edukasi :

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- (c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

## 2) Nyeri Akut (D.0077)

## a) Luaran : Tingkat nyeri menurun (L.08066)

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun

- (1) Meringis menurun
- (2) Gelisah menurun
- (3) Kesulitan tidur menurun
- (4) Frekuensi nadi membaik

## b) Intervensi : Manajemen Nyeri (I.08238)

Definisi : mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan :

- (1) Observasi
  - (a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- (b) Identifikasi skala nyeri
  - (c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
  - (d) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
  - (e) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
  - (f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
  - (g) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
  - (h) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- (2) Terapeutik
- (a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
  - (b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
  - (c) Fasilitasi istirahat dan tidur
  - (d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- (3) Edukasi
- (a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
  - (b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - (c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
  - (d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
  - (e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- (4) Kolaborasi
- (a) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

### 3) Gangguan Pola Tidur (D.0055)

#### a) Luaran : Pola tidur membaik (L.05045)

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil :

- (1) Keluhan sulit tidur menurun
- (2) Keluhan sering terjaga menurun
- (3) Keluhan tidak puas tidur menurun
- (4) Keluhan pola tidur berubah menurun
- (5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun

#### b) Intervensi : Dukungan Tidur (I.09265)

Definisi : memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur

Tindakan :

##### (1) Observasi

- (a) Identifikasi pola aktivitas dan istirahat
- (b) Identifikasi faktor pengganggu tidur
- (c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- (d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

##### (2) Terapeutik

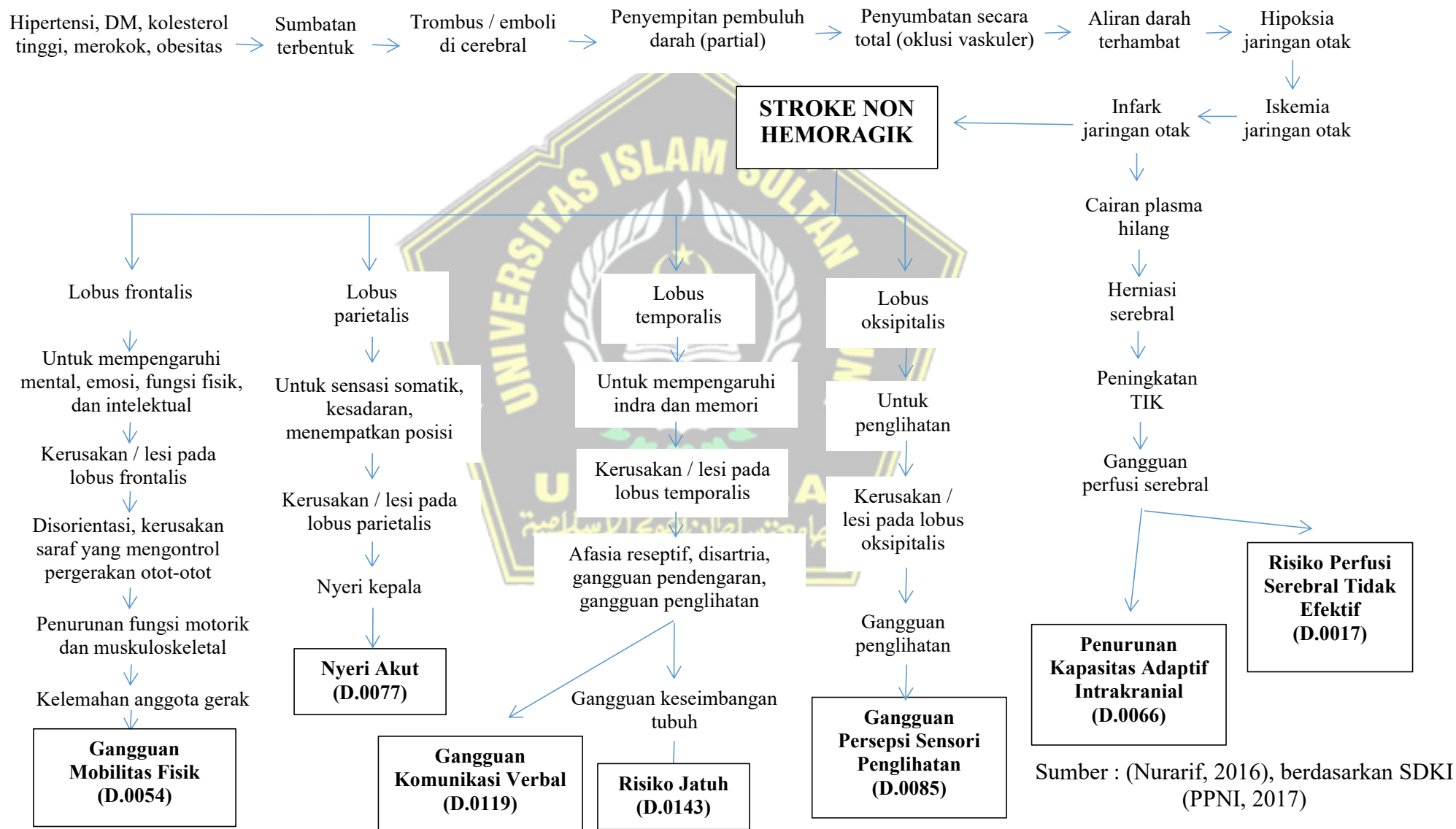
- (a) Modifikasi lingkungan
- (b) Batasi waktu tidur siang
- (c) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- (d) Tetapkan jadwal tidur rutin
- (e) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- (f) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

(3) Edukasi

- (a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- (b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- (c) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- (d) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- (e) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah *shift* bekerja)
- (f) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya



### C. PATHWAYS



## **BAB III**

### **LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.00 WIB di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang, dengan melakukan wawancara secara langsung kepada klien, mengobservasi secara langsung, melakukan pemeriksaan fisik, melihat rekam medik, melihat hasil laboratorium dan hasil radiologi, melihat catatan pemberian obat / terapi, serta melihat catatan perkembangan klien.

##### **I. Data Umum**

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

Ketika dilakukan pengkajian didapatkan data identitas klien Ny. M berusia 51 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, klien bekerja sebagai petani, klien berasal dari suku Jawa dan merupakan Warga Negara Indonesia, alamat rumah klien di Sayung, Demak. klien masuk rumah sakit pada tanggal 19 Februari 2023 pada pukul 13.00 WIB dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

Penanggung jawab klien bernama Tn. I berusia 62 tahun, berjenis kelamin laki-laki, merupakan suami dari klien, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai petani, tinggal di Sayung Demak, berasal dari suku Jawa dan merupakan Warga Negara Indonesia.

###### **2. Status Kesehatan Saat Ini**

###### **a. Keluhan Utama**

Klien mengatakan tangannya sebelah kanan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit saat digerakkan, serta terasa lemah. klien mengatakan sakitnya ini sudah lama sekitar 7-8 bulan, dan sering kontrol ke rumah sakit

setiap seminggu sekali. Selain tangan kanan dan kaki kanan mengalami kelemahan, klien juga mengatakan kepalanya terasa sangat sakit sejak sebelum dibawa ke rumah sakit sampai saat ini (hari ketiga dirawat di rumah sakit) masih terasa sangat sakit, pusing, dan keliyengan terus menerus. Dilakukan pengkajian PQRSST didapatkan hasil penyebab nyeri karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri berdenyut, regio atau lokasi nyeri pada kepala, skala nyeri 5 skala numerik, dan waktu timbulnya nyeri secara terus menerus.

b. Lamanya Keluhan

Klien mengatakan sakitnya ini sudah lama yaitu sekitar 7 sampai 8 bulan, namun saat ini kembali parah sehingga harus dirawat di rumah sakit.

c. Alasan Masuk Rumah Sakit

Klien mengatakan sudah sekitar 7 sampai 8 bulan menderita stroke dan hanya diperiksakan / kontrol setiap seminggu sekali di rumah sakit. Lama-lama penyakitnya semakin parah, klien merasakan kepalanya sangat sakit, pusing, pandangan kabur, hingga akhirnya pingsan. Klien dibawa oleh suaminya ke rumah sakit dalam keadaan pingsan / tidak sadarkan diri. Klien sampai di rumah sakit masuk IGD. Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanannya mengalami kelemahan, susah digerakkan, terasa kaku, dan sakit saat digerakkan. Sehingga pada tanggal 19 Februari 2023 pukul 13.00 WIB klien dirawat inap di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan dirinya memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol, dan asam urat. Klien mengatakan dirinya belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, baru kali ini pertama kalinya dirawat di rumah sakit. Klien mengatakan tidak memiliki alergi



terhadap obat atau yang lainnya. Klien tidak mengetahui mengenai imunisasinya.

#### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara, kedua orang tuanya telah meninggal dunia. Klien memiliki 4 orang anak yang mana 3 laki-laki dan 1 perempuan. Klien tinggal dalam satu rumah bersama suami dan keempat anaknya. Klien mengatakan orang tuanya dulu pernah memiliki riwayat penyakit, yaitu ibunya memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus. Saat ini semua anggota keluarganya sehat, tidak ada yang sedang menderita penyakit.

#### 5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien mengatakan rumahnya bersih dan rapi, lingkungan rumahnya juga bersih karena setiap hari disapu oleh anaknya sehingga selalu bersih. Klien mengatakan rumahnya aman dan nyaman untuk ditempati serta terhindar dari bahaya.

## II. Pola Fungsional Gordon (Data Fokus)

### 1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Persepsi klien tentang kesehatan diri yaitu klien mengatakan sehat itu penting dan selama dirawat klien menginginkan segera pulih dan sehat kembali agar bisa beraktivitas kembali. Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakitnya bahkan selama dirawat klien mengatakan belum mengerti juga tentang penyakitnya dan cara perawatannya, hanya sekadar tahu menderita stroke. Upaya yang biasa dilakukan klien dalam mempertahankan kesehatan yaitu selalu makan tepat waktu tidak pernah telat, makan makanan bergizi, dan istirahat yang cukup. Sedangkan selama dirawat, upayanya yaitu selalu makan tepat waktu makanan yang diberikan oleh rumah sakit walaupun tidak dihabiskan dan selalu rutin minum obat yang diberikan rumah sakit agar segera sembuh.

Klien mengatakan bila sakit biasanya berobat ke rumah sakit, setiap seminggu sekali selalu rutin kontrol ke rumah sakit. klien juga mengatakan selain berobat ke RS juga sering mengkonsumsi obat warung seperti bodrex karena kepalanya sering pusing dan sakit. klien mengatakan dirinya tidak mengkonsumsi alkohol, tidak mengkonsumsi kopi, tidak merokok, tidak mengkonsumsi obat-obatan terlarang hanya mengkonsumsi obat warung untuk sakit kepala, dan jarang berolahraga. Dalam berobat ke rumah sakit biasanya klien menggunakan BPJS.

## 2. Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit pola BAB lancar, BAB sehari sekali, warnanya kuning kecoklatan, konsistensinya lembek, tidak menggunakan obat pencahar. Sedangkan selama sakit biasanya pola BAB tidak teratur, kadang sehari sekali kadang 2 hari sekali, dengan warna feses kuning kecoklatan, konsistensi lembek, menggunakan diaper, dan tidak menggunakan obat pencahar. klien tidak terpasang kolostomi ataupun ileostomi.

Klien mengatakan sebelum sakit pola BAK normal dalam sehari 4-5 kali sehari, dengan warna urine sedikit kuning, dengan volume urine  $\pm 1000$  ml sehari. Sedangkan selama sakit pola BAK masih normal sama seperti sebelum sakit, sehari 4-5 kali dengan warna urine sedikit kuning, volume urine  $\pm 1.500$  ml sehari.

## 3. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan sebelum sakit masih bisa bekerja sebagai petani, sedangkan kondisinya saat ini sangat mengganggu pekerjaannya, sekarang sudah tidak bisa bekerja sekitar 7-8 bulan karena stroke yang dialaminya. Klien mengatakan sebelum sakit jarang berolahraga dan selama sakit susah berolahraga karena tubuhnya yang sakit dan lemah untuk gerak. Klien mengatakan sebelum sakit masih bisa bergerak bebas dan masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari dengan mudah, namun selama sakit mengalami

keterbatasan dalam melakukan gerak dan berpindah tempat, sehingga sulit untuk melakukan aktivitas, hanya bisa berbaring di tempat tidur. Dulu dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, memakai pakaian, bersolek, makan dan minum bisa sendiri tanpa dibantu, sekarang karena kondisinya stroke jadi untuk melakukan perawatan diri harus dibantu oleh orang lain karena sebagian tubuhnya sebelah kanan mengalami kelumpuhan.

Klien mengatakan sebelum sakit dapat BAK/BAB sendiri tanpa dibantu, sedangkan selama sakit BAK/BAB di diaper karena mengalami kesulitan gerak, sehingga menggunakan diaper. Klien tidak memiliki keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas baik sebelum sakit maupun selama sakit. Klien mengatakan sebelum sakit masih kuat bekerja sebagai petani tidak mudah kelelahan, dan selama sakit juga tidak mudah merasa kelelahan karena tidak melakukan aktivitas berat dengan kondisinya saat ini yang mengalami stroke.

#### 4. Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sebelum sakit pola tidurnya normal 7-8 jam sehari di malam hari yaitu dari pukul 9 malam / 21.00 WIB sampai pukul 5 pagi, atau paling lambat tidur jam 10 malam, sedangkan di siang hari jarang tidur, sedangkan selama sakit susah tidur / tidak bisa tidur dan sering terbangun karena merasakan kepalanya sakit, tubuhnya sakit dan lemah, serta merasa tidak nyaman dengan lingkungan rumah sakit, sehingga tidurnya terganggu. Klien merasa tidak puas dalam tidurnya. Klien mengatakan biasanya jam 02.00 atau jam 03.00 baru bisa tidur dan bangun jam 05.00. Klien hanya tidur 3-4 jam tiap malam dan itupun sering terbangun, sedangkan di siang hari klien tidak bisa tidur. Klien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami kesulitan tidur, sedangkan selama sakit mengalami kesulitan tidur dan sering terbangun.

#### 5. Pola Nutrisi-Metabolik

Klien mengatakan sebelum sakit pola makannya normal 3 kali dalam sehari (pagi, siang, malam) dan selalu habis satu porsi tiap kali makan, pola minumnya sehari biasanya sehari 6-8 gelas ukuran @250 ml, berat badan sebelum sakit 56 kg, sedangkan selama sakit nafsu makannya masih baik, tidak mengalami kesulitan menelan makanan, sehari makan 3x namun tiap kali makan tidak habis satu porsi hanya dihabiskan 3/4 dari porsi makan yang diberikan rumah sakit, ola minum dalam sehari menghabiskan 2 botol air mineral ukuran sedang @600 ml, berat badan selama sakit 55 kg.

#### 6. Pola Kognitif-Perseptual sensori

Klien mengatakan sebelum sakit dan selama sakit kemampuan penglihatan dan pendengarannya memang sedikit berkurang karena faktor usia yang sudah menua. Begitu juga dengan kemampuan kognitifnya. Klien mengatakan sebelum sakit dan selama sakit kemampuan mengingat, bicara, dan memahami sedikit berkurang karena faktor usia yang sudah menua sehingga susah mengingat dan terkadang tidak nyambung saat diajak bicara. Klien mengatakan sebelum sakit jarang pusing, namun selama sakit atau selama dirawat kepalanya terus menerus terasa pusing dan sakit sekali. Dengan pengkajian PQRST didapatkan penyebab nyeri / P = tekanan darah tinggi, kualitas nyeri / Q = berdenyut, regio atau lokasi nyeri / R = kepala, skala nyeri / S = 5 skala numerik, dan waktu timbulnya nyeri / T = terus menerus .

#### 7. Pola Persepsi diri dan konsep diri

Persepsi diri klien mengatakan ingin segera sembuh agar bisa kembali beraktivitas. Status emosi klien mengatakan perasaannya saat ini sangat sedih karena tidak bisa beraktivitas normal seperti dulu dan sedih karena tangan dan kakinya sebelah kanan sulit digerakkan. Gambaran konsep diri klien mengatakan sebelum sakit sangat bersyukur dan menyukai semua bagian tubuhnya, dan walaupun saat

ini sedang stroke dan tangan dan kakinya sebelah kanan susah digerakkan, namun tetap bersyukur anggota tubuhnya masih lengkap. Identitas klien sebelum sakit dirinya adalah seorang perempuan dan bangga dengan identitasnya sebagai perempuan, sedangkan selama dirawat dirinya adalah seorang perempuan dan tetap bangga dengan identitasnya sebagai perempuan. Peran klien sebelum sakit dirinya adalah seorang ibu dan nenek, sedangkan selama sakit dirinya berperan sebagai seorang ibu, nenek, dan juga sebagai klien. Ideal diri klien mengatakan memiliki harapan yang besar yaitu hidup bahagia bersama keluarga dan sehat selalu, namun selama dirawat klien hanya berharap semoga cepat sembuh dan segera kembali beraktivitas seperti semula. Klien mengatakan masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya ramah, rukun, dan saling menghargai, begitupun selama sakit masyarakat di sekitar tempat tinggalnya tetap menghargainya sehingga dirinya tidak mengalami harga diri rendah.

#### 8. Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan sebelum sakit dan selama sakit dalam mengambil keputusan dibantu oleh anggota keluarganya. Klien mengatakan sebelum dan selama sakit dalam menghadapi masalah selalu memecahkan masalah dengan kepala dingin. Biasanya upayanya dalam menghadapi masalah yaitu dengan meminta saran atau solusi pada anggota keluarganya.

#### 9. Pola Seksual-Reproduksi

Klien mengatakan sudah menikah dan sudah memahami tentang fungsi seksual. Klien mengatakan tidak mengalami gangguan seksual. Klien mengatakan tidak ada permasalahan selama melakukan aktivitas seksual. Riwayat menstruasi klien mengatakan setiap bulan teratur dan lamanya menstruasi 6-7 hari. Riwayat kehamilan klien mengatakan memiliki 4 anak, dengan jumlah kehamilan 4 dan jumlah kelahiran 4

#### 10. Pola Peran-Berhubungan dengan orang lain

Klien mampu berkomunikasi dengan baik, namun terkadang kurang jelas dan tidak nyambung. klien mengatakan orang terdekat yang lebih berpengaruh baginya yaitu anak dan suaminya. Klien mengatakan bila mempunyai masalah meminta bantuan kepada suaminya. Klien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keluarga, semua berhubungan dengan baik dan rukun.

#### 11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan dirinya beragama Islam dan selalu sholat lima waktu. Klien mengatakan selama dirawat jarang sholat karena kesulitan gerak dan kondisinya yang lemah, kecuali jika ada perawat yang mengingatkan dan membantunya untuk sholat. Klien mengatakan tidak ada keyakinan atau kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan. Klien mengatakan tidak ada nilai/keyakinan/kebudayaan yang bertentangan dengan pengobatan yang dijalannya.

### III. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) pada klien didapatkan keadaan umum klien cukup baik, kesadaran composmentis GCS E: 4 M: 6 V: 5 dengan total 15. Penampilan klien tampak lemah, lesu, dan meringis nyeri. Tanda-tanda vital pada klien didapatkan TD : 180/90 mmHg, N : 70x/menit, RR : 20x/menit, S: 36,8°C, dan BB : 55 kg. Pada pemeriksaan kepala didapatkan bentuk kepala mesocephal, warna rambut hitam dan ada beberapa putih beruban, rambut kotor, lepek, terdapat ketombe dan kotoran di rambut, dan mudah rontok. Mata klien tampak sayu kurang tidur, kemampuan penglihatan berkurang, tidak menggunakan alat bantu lihat, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, tampak adanya sekret pada mata. Hidung bersih tidak ada sekret, tidak terpasang alat bantu pernapasan, tidak ada nafas cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada sinusitis, tidak terpasang NGT, tidak

mengalami gangguan penciuman / penghidu. Bentuk telinga kanan dan kiri simetris, telinga kurang bersih, pendengaran sedikit berkurang, tidak terpasang alat bantu pendengaran, terdapat serumen.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan mulut dan tenggorokan didapatkan hasil bibir klien tampak kering, lidah putih kotor, gusi dan gigi terlihat kotor, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan makanan, tidak ada inflamasi, edema, ataupun perdarahan pada gusi, terdapat karies gigi dan beberapa gigi tanggal. Pemeriksaan pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada deviasi trakea, tidak ada benjolan pada leher.

Pada pemeriksaan jantung saat dilakukan inspeksi tidak ada kelainan, dilakukan palpasi ictus cordis tidak teraba jelas karena tertutup kelenjar mammae, perkusi menunjukkan hasil terdengar suara pekak, dan saat dilakukan auskultasi suara jantung terdengar kuat lup dup S1 S2. Pada pemeriksaan paru saat dilakukan inspeksi bentuk dada kanan dan kiri simetris, tidak ada jejas, tidak ada kelainan, pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, dilakukan palpasi tidak ada benjolan, perkusi terdengar sonor, dan auskultasi terdengar vesikuler.

Dilanjutkan dengan pemeriksaan abdomen dengan melakukan inspeksi pada abdomen tidak ada luka post operasi, tidak ada jejas, tidak ada kemerahan, perut datar dan simetris, dilakukan auskultasi terdengar bising usus 18 x/menit, saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani, dan saat dipalpasi tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pemeriksaan genetalia didapatkan hasil daerah genetalia bersih, tidak ada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak terpasang kateter, tidak ada hemoroid, tidak terpasang rectal tube.

Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah didapatkan klien mengalami kelemahan pada anggota gerak kanan. Tangan kanan dan kaki kanan kaku, susah digerakkan, dan nyeri saat digerakkan, kekuatan

otot ekstremitas ka/nan atas dan kanan bawah 2, sedangkan kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 5, kuku kotor dan panjang, tidak terdapat edema, turgor kulit elastis, *Capillary Refill Time* < 2 detik, warna kulit sawo matang, terdapat luka bekas tusukan infus di tangan kiri, tidak terdapat edema, tidak terdapat infeksi pada daerah bekas tusukan infus.

#### IV. Data Penunjang

##### 1. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiology. Pemeriksaan radiology dilakukan pada tanggal 19 Februari 2023 pada pukul 10.27 WIB, dilakukan pemeriksaan thorax besar (non kontras) dan CT Scan brain (tanpa kontras). Pada Foto Thorax (inspirasi kurang), cor menunjukkan apeks bergeser ke *laterocaudal*, pulmo menunjukkan corakan *bronchovaskuler* meningkat dan tak tampak bercak pada kedua lapang paru, emidiafragma kanan setinggi costa 8 posterior, *sinus costophrenicus* kanan kiri balik. Didapatkan kesan suspek *cardiomegaly* dan pulmo tak tampak kelainan. Selain foto thorax dilakukan CT Scan kepala (tanpa kontras). Tampak lesi hipodens pada *crus anterior capsula interna* kanan, *nucleus caudatus* kanan dan pons paramedian kiri. Tampak lesi *hipodens* batas tegas pada lobus *occipital* kiri. Tak tampak lesi *hiperdens* densitas perdarahan pada intra maupun *ektraaxial*. Differensiasi substansia alba dan *grisea* tampak baik. Tampak kalsifikasi fisiologis pada *pleksus choroideus* kanan kiri dan *glandula pineal*. *Sulkus corticalis* dan *fissure sylvii* kanan kiri tampak baik. Ventrikel lateral kanan kiri, III dan IV normal. Tak tampak *midline shifting*. *Cisterna perimesencephalic* tampak baik. Cerebelum tak tampak kelainan. Pada *bone window* : Tak tampak kesuraman pada sinus paranasal. Tak tampak deskripsi pada *ossa cranium* dan *maksilofacial*.



Didapatkan kesan infark akut *crus anterior capsula interna* kanan, *nucleus caudatus* kanan dan *pons* paramedian kiri. Infark kronis lobus *occipital* kiri.

Pemeriksaan penunjang lainnya yaitu pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 20 Februari 2023 pukul 11.21 WIB. Dilakukan pemeriksaan kimia klinik meliputi glukosa 2 jam PP dengan hasil H 246 mg/dL (nilai rujukan normal : 70-99 mg/dL, prediabetes : 100-125 mg/dL, diabetes :  $\geq 200$  mg/dL); asam urat dengan hasil L 2.5 mg/dL (nilai rujukan : 2.6-5.7 mg/dL); kolesterol total dengan hasil H 364 mg/dL (nilai rujukan :  $< 200$  mg/dL); HDL kolesterol dengan hasil 38 mg/dL (nilai rujukan : 37-92 mg/dL); LDL kolesterol dengan hasil H 152 mg/dL (nilai rujukan : 60-130 mg/dL); trigliserida dengan hasil H 784 mg/dL (nilai rujukan :  $< 160$  mg/dL).

## 2. Diit

Diit yang diberikan untuk klien pada tanggal 21 Februari 2023 yaitu bubur rendah gula.

## 3. Terapi

Pemberian obat-obatan atau terapi untuk klien pada tanggal 21 Februari 2023 yaitu :

a. RL 20 tpm

b. Neurobion drip 2x1

- Indikasi : mengobati kerusakan sel saraf (neuropati)
- Kontraindikasi : Aritmia jantung, infark miokard, gastritis
- Efek Samping : ruam kulit, diare, penglihatan kabur, gatal

c. Ranitidine 2x1 IV

- Indikasi : untuk GERD (*gastroeophageal reflux disease*), ulkus peptikum, esofagitis erosif
- Kontraindikasi : klien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap ranitidine atau sediaannya.
- Efek Samping : nyeri dada, mual, sakit kepala, demam

d. Atorvastatin 20 mg 1x1 PO

- Indikasi : untuk menurunkan kolesterol total, kolesterol LDL, apolipoprotein-B, dan trigliserida pada klien dengan hiperkolesterolemia.
- Kontraindikasi : wanita hamil, ketidakseimbangan elektrolit seperti kadar kalium tinggi, klien dengan hipersensitivitas terhadap komponen dalam obat ini
- Efek Samping : Perut kembung, mual, diare, sakit perut, insomnia, sakit kepala.

e. Ezelin 1x28 ui SC

- Indikasi : untuk klien DM
- Kontraindikasi : Kondisi hipoglikemia, hipersensitivitas terhadap komponen obat ini.
- Efek Samping : Hipoglikemia, reaksi lokal pada daerah injeksi, pembengkakan, penambahan BB

f. Folat Acid 1x1 PO

- Indikasi : anemia megaloblastic yang disebabkan oleh defisiensi folic acid
- Kontraindikasi : anemia perniciososa
- Efek Samping : mual, masuk angin, sesak napas, ruam, gatal, pembengkakan pada kulit

g. Citicollin 500 mg 2x1 IV

- Indikasi : mempercepat rehabilitasi ekstremitas atas / tangan pada klien hemiplegia pasca apoplexi, paraisis ringan pada ekstremitas bawah / kaki
- Kontraindikasi : -
- Efek Samping : sakit perut, mual, kemerahan pada kulit, pusing

h. Mecobalamin 500 mg 1x1 IV

- Indikasi : Neuropati perifer, anemia defisiensi vitamin B12
- Kontraindikasi : Hipersensitif

- Efek Samping : mual, muntah, siare, sakit perut, sakit kepala.
- i. Clopidogrel 1x75 mg PO
- Indikasi : mengurangi kejadian aterosklerosis pada klien stroke yang belum lama, infark miokard.
  - Kontraindikasi : Tukak lambung, perdarahan intrakranial
  - Efek Samping : sakit kepala, ruam, insomnia.
- j. Humalog 3x16 ui SC
- Indikasi : Diabetes Mellitus
  - Kontraindikasi : Tidak untuk pemberian intravena, hipersensitivitas.
  - Efek Samping : Lipodistrofi, reaksi alergi lokal dan sistemik, hipoglikemia
- k. Amlodipine 10 mg 1x1 PO
- Indikasi : Untuk klien hipertensi
  - Kontraindikasi : Hipersensitivitas
  - Efek Samping : jantung berdebar, mual, edema, kelelahan, mengantuk, pusing, sakit kepala.
- l. Bisoprolol 1 x 2,5 mg PO
- Indikasi : hipertensi, angina pektoris, gagal jantung kronik
  - Kontraindikasi : syok kardiogenik, sindrom sinus, asidosis metabolik, hipotensi
  - Efek Samping : pusing, sakit kepala, kelelahan, mual muntah.
- m. Zinc 20 mg 1x1 PO
- Indikasi : memperkuat sistem kekebalan tubuh dan mengataasi defisiensi zinc
  - Kontraindikasi : Hindari pada klien dengan defisiensi tembaga
  - Efek Samping : Sakit perut, dispepsia, mual, muntah, diare, iritasi lambung, gastritis

## V. Pemeriksaan Saraf Kranial / Nervus

Pada pemeriksaan nervus I (*Olfactorius* / penciuman) Setelah dilakukan pemeriksaan pada lubang hidung klien secara bergantian, didapatkan hasil klien mampu menebak dengan benar bau yang diciumnya. klien tidak memiliki gangguan penciuman / tidak ada masalah pada nervus I. Dilanjutkan dengan pemeriksaan nervus II (*Opticus* / Penglihatan) didapatkan hasil klien mengalami gangguan penglihatan, klien tidak mampu membaca tulisan pada buku dengan jelas, klien tidak mampu menebak jari yang menunjukkan angka dengan lapang pandang 1,5 meter. Dilanjutkan dengan pemeriksaan nervus III (*Oculomotorius*). Pada pemeriksaan nervus III dilakukan bersamaan dengan nervus IV dan nervus VI. Pemeriksaan nervus III (*Oculomotorius*) didapatkan hasil pupil isokor saat diberikan cahaya yang mengarah pada mata. Saat dilakukan pemeriksaan nervus IV (*Trochlearis*), pergerakan bola mata bagus. Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah. Tidak ada gangguan pada nervus IV. Setelah nervus IV langsung ke pemeriksaan nervus VI (*Abducens*). Pada pemeriksaan nervus VI (*Abducens*) untuk mengetahui pergerakan bola mata menyamping, dengan cara kepala klien menghadap tegak ke depan namun mata klien mengikuti cahaya / *penlight* dari samping ke depan tanpa menengok. Didapatkan hasil pergerakan bola mata klien bagus, dapat mengikuti arah sinar dari samping ke depan. Tidak ada gangguan / masalah pada nervus VI.

Selanjutnya pemeriksaan nervus V (*Trigeminus*), saat dilakukan pemeriksaan sensasi kornea dengan menggunakan kapas yang diarahkan pada kornea, mata refleks berkedip. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan sensori dengan menyentuhkan air panas / air dingin pada pipi klien dan klien mampu menebak dengan benar. Dilanjutkan dengan tes motorik, meminta klien untuk melakukan gerakan mengunyah atau mengatupkan gigi saat melakukan palpasi otot-otot masseter dan temporal. Dari keseluruhan didapatkan hasil tidak ada gangguan pada nervus V. Karena pemeriksaan nervus VI sudah dilakukan bersamaan dengan nervus III dan

IV, maka lanjut pada pemeriksaan nervus VII (*Facialis*) untuk mengetahui fungsi sensorik dan motorik pada otot wajah, dengan cara meminta klien untuk mengidentifikasi rasa asin atau manis pada lidah bagian depan, dan meminta klien untuk tersenyum, menaikkan dan menurunkan alis, lalu lihat kesimetrisannya. Didapatkan hasil tidak ada masalah pada nervus *facialis*. Selanjutnya pada nervus VIII (*Acusticus* / pendengaran), saat dilakukan pemeriksaan pendengaran klien berkurang, hal ini mungkin terjadi karena faktor usia yang sudah tua sehingga pendengaran klien menurun.

Dilanjutkan pemeriksaan nervus IX (*Glosofaringeus*) untuk mengetahui kemampuan pengecap, kemampuan menelan, dan gerak lidah. Saat dilakukan pemeriksaan klien mampu mengidentifikasi rasa asam, asin, atau manis pada belakang lidah, klien merasakan refleks “gag” saat *tongue spatel* dimasukkan ke dalam mulut, tidak ada gangguan menelan, dan klien mampu menggerakkan lidah dengan baik. Pada nervus X (*Vagus*), untuk mengetahui pergerakan palatum, sensasi faring, tonsil, dan pergerakan pita suara. Saat klien mengucapkan “Ah” palatum simetris tidak deviasi, suara klien terdengar keras tidak ada gangguan pita suara. Pada nervus XI (*Accessories*) untuk mengetahui gerakan kepala dan bahu. Klien mampu mengangkat bahunya sebelah kiri walaupun diberi tahanan oleh pemeriksa, namun klien tidak mampu mengangkat bahunya sebelah kanan karena mengalami kelemahan / kelumpuhan. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan klien menoleh ke samping kanan atau kiri dengan diberi tahanan ternyata *Sternocleido mastoideus* tidak terlihat. Selanjutnya yang terakhir yaitu pada nervus XII (*Hypoglossus*), untuk mengetahui gerakan lidah saat berbicara dan menelan. Didapatkan hasil tidak ada gangguan pada nervus XII. Klien mampu menggerakkan lidah keluar lalu ke samping kiri tengah kanan. Klien juga mampu mengeluarkan dan memasukkan lidah dengan cepat.

## B. Analisa Data

Pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.00 WIB, didapatkan data subyektif bahwa klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan susah digerakkan, terasa kaku dan sakit jika digerakkan. Klien juga mengatakan susah untuk menggerakkan tubuhnya untuk miring kanan, miring kiri, dan duduk, karena tangan dan kakinya sebelah kanan mengalami kelumpuhan. Klien mengatakan tidak bisa kemana-mana hanya bisa berbaring di tempat tidur, jika ingin duduk harus dibantu. Selain itu didapatkan pula data obyektif klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan, klien tampak kesusahan menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan, klien tampak teriak kesakitan saat tangan kanan dan kaki kanan digerakkan, tangan kanan dan kaki kanan klien kaku, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan kanan bawah 2, sedangkan kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 5, rentang gerak ekstremitas kanan menurun, tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 76 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,8°C, dan saturasi oksigen 99%. Dari data subyektif dan data obyektif tersebut, maka didapatkan diagnosa keperawatan **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun (D.0054).**

Data fokus yang kedua yaitu pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.00 WIB didapatkan data subyektif klien mengatakan kepalanya terasa sangat sakit dan pusing terus menerus, klien mengatakan kepalanya terasa “cekot-cekot” dan “keliyengan”, saat dikaji nyeri dengan pengkajian PQRST klien menjawab penyebab nyeri (P) karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri (Q) berdenyut, lokasi nyeri (R) pada kepala, skala nyeri (S) 5 skala numerik, waktu timbulnya nyeri (T) secara terus menerus. Dan didapatkan data obyektif berupa klien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, klien tampak gelisah dan bersikap protektif menghindari nyeri, klien sulit tidur di malam hari dan di siang hari. Dari data subyektif dan data obyektif tersebut maka didapatkan diagnosa keperawatan

yang kedua yaitu **nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur (D.0077).**

Data fokus yang ketiga pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.00 WIB, didapatkan data subyektif klien mengatakan tidak bisa tidur, klien mengatakan biasanya baru bisa tidur jam 02.00 dan bangun jam 05.00, klien mengatakan sering terbangun dan tidak puas tidur, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak, klien mengatakan di malam hari susah tidur dan di siang hari juga tidak bisa tidur. Selain itu didapatkan pula data obyektif berupa klien hanya tidur 3-4 jam dalam sehari, klien tampak terjaga, klien tidak bisa tidur di siang dan malam hari. Dari data tersebut dapat ditegakkan diagnosa keperawatan **gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur (D.0055).**

### C. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data ternyata ditemukan prioritas diagnosa keperawatan pertama yaitu gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular d.d mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun (D.0054). Prioritas diagnosa keperawatan kedua yaitu nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (iskemia) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur (D.0077). Dan pada prioritas diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan d.d mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur (D.0055).

### D. Intervensi

Pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.20 WIB ditetapkan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Sehingga ditetapkan intervensi keperawatan dukungan mobilisasi dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, dan gerakan terbatas menurun. Dengan intervensi keperawatan dukungan mobilisasi berupa identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan gerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM), libatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, dan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur. Sehingga pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.20 WIB ditetapkan intervensi keperawatan manajemen nyeri dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Dengan intervensi keperawatan manajemen nyeri berupa identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri; identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri; berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, dan kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur. Dari diagnosa keperawatan tersebut pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.20 WIB ditetapkan intervensi keperawatan dukungan tidur, dengan tujuan dan kriteria



hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun. Dengan intervensi keperawatan dukungan tidur berupa identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, dan ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya (relaksasi otot progresif).

### **E. Implementasi**

Implementasi hari pertama dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.30 WIB melakukan implementasi untuk diagnosa pertama berupa dukungan mobilisasi, dengan melakukan implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, didapatkan data subyektif klien mengatakan anggota gerakannya sebelah kanan (tangan kanan dan kaki kanan) mengalami kelumpuhan / kelemahan, klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanannya terasa nyeri saat digerakkan. Selain itu juga didapatkan data obyektif klien tampak terbaring lemah, klien tampak meringis kesakitan saat tangan kanan dan kaki kanan digerakkan, tangan kanan dan kaki kanan klien kaku dan susah digerakkan, rentang gerak menurun, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 2, kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan bawah 5.

Implementasi selanjutnya dilakukan di hari dan tanggal yang sama pada pukul 09.40 WIB dengan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Didapatkan data subyektif klien mengatakan susah melakukan pergerakan karena anggota gerak kanan mengalami kelumpuhan, klien mengatakan tidak bisa bergerak atau berpindah tempat hanya bisa berbaring di tempat tidur, klien juga mengatakan tangan kanan dan kaki kanan terasa sakit jika digerakkan. Didapatkan data obyektif berupa tangan kanan dan kaki kanan klien lemah, kaku, susah digerakkan, klien tampak meringis kesakitan saat tangan kanan dan kaki kanannya digerakkan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 2, kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan bawah 5.

Implementasi selanjutnya pada pukul 09.50 WIB memonitor kondisi umum melakukan pergerakan, didapatkan data subyektif klien mengatakan sangat susah melakukan pergerakan, klien mengatakan menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan susah dan terasa sakit, klien juga mengatakan hanya bisa berbaring di tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur mengalami kesusahan. Selain itu didapatkan data obyektif kondisi umum klien mengalami kelemahan atau kelumpuhan, kesadaran composmentis, tangan kanan dan kaki kanan klien susah digerakkan, klien tampak kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, klien kesulitan duduk atau miring di tempat tidur.

Implementasi berikutnya masih pada tanggal yang sama pada pukul 09.55 WIB melanjutkan implementasi untuk diagnosa keperawatan yang pertama yaitu memfasilitasi melakukan pergerakan serta melibatkan keluarga membantu klien meningkatkan pergerakan. Didapatkan data subyektif klien mengatakan akan terus berusaha melakukan pergerakan agar tubuhnya tidak semakin kaku. Selain itu didapatkan pula data obyektif berupa keluarga tampak membantu klien melakukan pergerakan seperti membantu klien untuk duduk (bangun dari tidur ke posisi duduk) dan membantu klien untuk miring kanan dan miring kiri di tempat tidur.

Berikutnya pada pukul 10.00 WIB melakukan implementasi menganjurkan melakukan mobilisasi dini, didapatkan data subyektif klien mengatakan akan selalu melakukan mobilisasi dini, seperti mencoba miring kanan miring kiri, bangun dari berbaring ke posisi duduk. Didapatkan data obyektif berupa klien nampak melakukan mobilisasi dini seperti yang dianjurkan.

Implementasi berikutnya pada diagnosa yang pertama dilakukan pada jam 10.10 WIB dengan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Didapatkan data subyektif klien mengatakan paham dengan apa yang telah diajarkan yaitu mobilisasi sederhana. Dan data obyektif berupa klien mampu menyebutkan kembali apa saja mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dan klien mampu mendemonstrasikan mobilisasi sederhana yang telah diajarkan.

Implementasi hari pertama untuk diagnosa yang kedua yaitu nyeri akut dengan melakukan manajemen nyeri. Dilakukan implementasi pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 10.15 WIB, berupa mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri. Didapatkan data subyektif klien mengatakan kepalanya terasa sangat sakit terus menerus, dilakukan pengkajian PQRST didapatkan penyebab nyeri karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri berdenyut, lokasi nyeri pada kepala, skala nyeri 5 skala numerik, waktu timbulnya nyeri secara terus menerus. Dilengkapi dengan data obyektif berupa klien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya, klien tampak gelisah, klien tidak bisa tidur, tekanan darah klien 190/100 mmHg, nadi 80 x/menit, frekuensi pernafasan 20 x/menit, suhu 36,8°C, dan saturasi oksigen 99%.

Dilanjutkan dengan implementasi berikutnya yaitu pukul 10.20 WIB dengan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, didapatkan data subyektif klien mengatakan setiap saat selalu terasa sakit kepalanya, klien mengatakan tekanan darah tinggi membuat kepalanya sakit terus menerus, klien mengatakan jika ada sinar yang terlalu terik kepalanya sakit. Didapatkan pula data obyektif klien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, klien tampak gelisah, tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 80 x/menit, frekuensi pernafasan 20 x/menit, suhu 36,8°C, dan saturasi oksigen 99%.

Implementasi selanjutnya yaitu memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi otot progresif) pada pukul 10.30 WIB. Didapatkan data subyektif klien mengatakan setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif merasa lebih nyaman namun masih terasa sakit kepalanya. Didapatkan data obyektif berupa klien tampak sedikit lebih relaks, namun klien masih tampak memegang kepalanya yang sakit.

Dilanjutkan dengan implementasi berikutnya pada pukul 10.40 WIB dengan menjelaskan strategi meredakan nyeri (tarik nafas dalam, relaksasi otot progresif), didapatkan data subyektif klien mengatakan paham dengan penjelasan mengenai strategi meredakan nyeri yang telah dijelaskan.

Didapatkan data obyektif berupa klien tampak paham, klien mampu menyebutkan dan menjelaskan kembali strategi meredakan nyeri yang telah dijelaskan.

Implementasi selanjutnya dilakukan pada pukul 10.50 WIB dengan mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi otot progresif). Didapatkan data subyektif bahwa klien mengatakan paham dengan teknik non farmakologis terapi relaksasi otot progresif yang telah diajarkan, klien mengatakan setelah diajari terapi relaksasi otot progresif rasanya menjadi lebih relaks walaupun sakit pada kepalanya masih terasa. Selain itu didapatkan pula data obyektif berupa klien tampak memahami terapi relaksasi otot progresif yang telah diajarkan dan klien mampu mendemonstrasikan kembali terapi relaksasi otot progresif yang telah diajarkan.

Implementasi berikutnya pada pukul 11.00 WIB yaitu melakukan kolaborasi pemberian analgesik (antihipertensi : Amlodipine 1x1 PO). Didapatkan data subyektif klien mengatakan setelah minum obat kepalanya masih terasa sakit. Dilakukan pengkajian PQRST didapatkan penyebab nyeri yaitu nyeri karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri berdenyut, regio atau lokasi nyeri pada kepala, skala nyeri yang dirasakan klien masih pada skala nyeri 5, waktu timbulnya nyeri secara terus menerus. Selain itu didapatkan pula data obyektif berupa klien tampak meringis nyeri, klien selalu mengeluh kepalanya sakit, klien tampak sering memegang kepalanya yang sakit, tekanan darah klien 190/100 mmHg, nadi 80 x/menit, frekuensi pernafasan 20 x/menit, suhu 36,8°C, dan saturasi oksigen 99%.

Berikutnya pada diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan pola tidur. Implementasi dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pada pukul 11.10 WIB dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Didapatkan data subyektif klien mengatakan tidak bisa tidur atau susah tidur karena merasakan kepalanya sangat nyeri serta kondisi lingkungan yang tidak nyaman, klien mengatakan sering terbangun saat tidur, klien mengatakan tadi malam baru bisa tidur dari jam 02.00 sampai jam 04.00 atau jam 05.00 sudah bangun dan

itupun sering terbangun saat tidur, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak, klien mengatakan di malam hari susah tidur dan di siang hari tidak bisa tidur. Data obyektif menunjukkan bahwa klien susah tidur, klien tampak terjaga, klien hanya tidur sehari semalam 3-4 jam, mata klien tampak lelah, tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 80 x/menit, frekuensi pernafasan 20 x/menit, suhu 36,8°C, dan saturasi oksigen 99%.

Implementasi selanjutnya yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dilakukan pada pukul 11.20 WIB. Didapatkan data subyektif klien mengatakan yang menyebabkan dirinya susah tidur yaitu karena kepalanya terus menerus terasa sakit sehingga susah tidur, selain itu klien juga mengatakan lingkungan rumah sakit yang tidak nyaman seperti berisik, cahaya lampu yang terang, dan suhu ruangan yang panas membuatnya susah tidur. Data obyektif menunjukkan bahwa klien tampak terjaga, mata klien tampak lelah kurang tidur, klien tampak lemas.

Implementasi berikutnya yaitu pada pukul 11.30 WIB memodifikasi lingkungan untuk mempersiapkan tidur siang agar klien bisa tidur siang, seperti menutup tirai, mematikan lampu ruangan, menurunkan suhu ruangan agar terasa lebih dingin. Didapatkan data subyektif klien mengatakan rasanya lebih nyaman namun tetap tidak bisa tidur siang karena merasakan kepalanya yang sangat sakit terus menerus. Data obyektif menunjukkan klien selalu memegang kepalanya yang sakit, klien tampak tidak bisa tidur siang, klien tampak mencoba memejamkan matanya namun tetap tidak bisa tidur siang.

Selanjutnya pada pukul 12.00 WIB melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti memberikan pijatan-pijatan ringan agar klien merasa lebih nyaman. Didapatkan data subyektif klien mengatakan nyaman diberikan pijatan pada kepalanya. Data obyektif klien tampak relaks saat dipijat.

Implementasi selanjutnya pada pukul 12.15 WIB menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Didapatkan data subyektif klien mengatakan paham dan mengerti tentang pentingnya tidur cukup yang telah dijelaskan. Data obyektif menunjukkan klien tampak kooperatif saat diberi

penjelasan, klien mampu menjelaskan kembali pentingnya tidur cukup selama sakit.

Selanjutnya pada pukul 12.30 WIB mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya (terapi relaksasi otot progresif) agar klien menjadi lebih relaks dan mengurangi nyeri yang dirasakannya untuk persiapan tidur siang. Setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif didapatkan data subyektif klien mengatakan lebih nyaman dan sejenak bisa melupakan nyerinya. Didapatkan data obyektif klien tampak relaks, klien tampak memejamkan matanya untuk tidur siang.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 22 Februari 2023 pukul 15.00 WIB. Yang pertama yaitu pada diagnosa keperawatan utama gangguan mobilitas fisik dengan memberikan dukungan mobilisasi. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, didapatkan data subyektif bahwa klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanannya terasa kaku, susah digerakkan, dan sakit jika digerakkan. Selain itu didapatkan data obyektif berupa klien tampak kesakitan saat tangan kanan dan kaki kanannya digerakkan, tangan kanan dan kaki kanan klien kaku dan susah digerakkan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan kanan bawah 2 sedangkan kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 5, rentang gerak (ROM) menurun, klien mengalami kesulitan gerak.

Pada pukul 15.20 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Didapatkan data subyektif klien mengatakan susah melakukan pergerakan, klien mengatakan untuk bangun dari berbaring ke posisi duduk susah dan harus dibantu, klien mengatakan masih kesusahan miring kanan dan miring kiri. Didapatkan data obyektif klien tampak kesusahan saat bangun dari berbaring ke duduk, klien juga tampak kesusahan menggerakkan tubuhnya miring kanan dan miring kiri.

Implementasi berikutnya pada pukul 15.40 WIB yaitu memfasilitasi melakukan pergerakan (latihan rentang gerak atau ROM). Saat diajarkan latihan rentang gerak didapatkan data subyektif klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sakit saat digerakkan (saat melakukan rentang gerak).

Data obyektif menunjukkan klien tampak terus menerus teriak kesakitan saat latihan rentang gerak atau ROM pada tangan kanan dan kaki kanan, jari-jari klien yang semula tidak bisa digerakkan / kaku setelah latihan ROM terdapat peningkatan menjadi bisa menggenggam dan pergelangan tangan kanan bisa digerakkan / bisa ditekuk, siku kanan bisa menekuk, tangan kanan masih susah dan sakit saat diangkat ke atas, kaki kanan klien masih kaku dan susah digerakkan.

Setelah melakukan latihan rentang gerak atau ROM, dilanjutkan dengan implementasi berikutnya yaitu pada pukul 16.00 WIB menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Didapatkan data subyektif klien mengatakan akan terus melakukan mobilisasi dini yang dianjurkan seperti miring kanan dan miring kiri, bangun dari posisi berbaring ke posisi duduk di tempat tidur. Data obyektif menunjukkan klien tampak terus mencoba miring kanan, miring kiri, dan duduk dengan dibantu oleh anggota keluarga.

Dilanjutkan dengan implementasi hari kedua pada diagnosa keperawatan yang kedua, dilakukan pukul 16.15 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri. Didapatkan data subyektif klien mengatakan kepalanya masih terus menerus terasa nyeri. Dilakukan pengkajian nyeri dengan PQRST didapatkan hasil penyebab nyeri karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri berdenyut, lokasi nyeri pada kepala, skala nyeri masih pada skala 5, waktu timbulnya nyeri terus menerus. Data obyektif menunjukkan klien tampak terus menerus mengeluh nyeri kepala, klien tampak meringis kesakitan, tekanan darah 180/95 mmHg, nadi 78 x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,8°C, saturasi oksigen 99%.

Implementasi selanjutnya dilakukan pada pukul 16.20 WIB yaitu memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi otot progresif). Didapatkan data subyektif klien mengatakan setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif rasanya menjadi lebih nyaman dan nyeri terlupakan sejenak. Didapatkan data obyektif klien tampak relaks setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif, gelisah berkurang.

Setelah diberikan teknik nonfarmakologis terapi relaksasi otot progresif dilanjutkan dengan implementasi selanjutnya yaitu mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi otot progresif) pada pukul 16.35 WIB. Didapatkan data subyektif klien mengatakan dirinya masih mengingat terapi relaksasi otot progresif yang telah diajarkan kemarin. Data obyektif menunjukkan klien mampu menjelaskan kembali dan mampu mendemonstrasikan kembali terapi relaksasi otot progresif yang telah diajarkan kemarin.

Implementasi selanjutnya pada diagnosa kedua yaitu berkolaborasi dalam pemberian analgesik / antihipertensi (Amlodipine 1x1 PO setiap pukul 19.00 WIB). Didapatkan data subyektif klien mengatakan setelah diberi obat rasa sakit pada kepalanya sedikit berkurang, klien mengatakan skala nyeri menurun dari semula 5 skala numerik menjadi 4 skala numerik, waktu timbulnya nyeri biasanya nyeri secara terus menerus menjadi nyeri hilang timbul. Data obyektif menunjukkan klien tampak tenang, walau terkadang sesekali mengeluh nyeri saat nyerinya tiba-tiba muncul, gelisah berkurang, tekanan darah 170/96 mmHg, nadi 67x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,8°C, saturasi oksigen 99%.

Implementasi hari kedua pada diagnosa keperawatan ketiga, yang pertama yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pada pukul 19.10 WIB, didapatkan data subyektif klien mengatakan tadi siang tidak bisa tidur siang, dan tadi malam jam 01.00 baru bisa tidur tapi jam 04.00 sudah bangun, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun. Data obyektif menunjukkan klien tidur sehari semalam hanya 3-4 jam dan itupun sering terbangun, mata klien tampak lelah, mengantuk, terlihat sayu, dan sedikit merah. Dilanjutkan dengan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur pada pukul 19.20 WIB, didapatkan data subyektif klien mengatakan susah tidur karena kondisi lingkungan yang kurang nyaman dan karena merasakan sakit pada kepalanya. Didapatkan data obyektif mata klien tampak mengantuk, merah, dan tampak lelah.



Dilanjutkan dengan memodifikasi lingkungan pada pukul 19.30 WIB didapatkan data subyektif klien mengatakan sudah mencoba memejamkan mata namun masih susah tidur. Data obyektif menunjukkan klien tampak terjaga, klien tidak bisa tidur, klien tampak mengantuk namun tidak bisa tidur. Setelah itu pada pukul 19.40 WIB dilanjutkan dengan melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan agar klien lebih mudah tidur, dengan memberikan pijatan ringan pada kepala klien agar klien merasa lebih nyaman. Didapatkan data subyektif klien mengatakan nyaman saat diberi pijatan ringan pada kepalanya, klien mengatakan masih susah tidur walaupun sudah mencoba untuk tidur. Data obyektif menunjukkan klien tampak terjaga dan susah tidur.

Implementasi hari ketiga untuk diagnosa keperawatan yang pertama dilakukan pada tanggal 23 Februari 2023 pada pukul 16.00 WIB dengan memfasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM). Didapatkan data subyektif klien mengatakan tangan kanannya sudah bisa digerakkan, klien mengatakan tangan kanan sudah tidak sakit saat digerakkan dan sudah tidak kaku jika digerakkan, namun masih susah mengangkat tangan kanan ke atas, klien mengatakan kaki kanan masih sedikit kaku dan susah digerakkan namun sudah bisa menekuk lutut dengan dibantu. Data obyektif menunjukkan tangan kanan klien sudah tidak kaku untuk digerakkan saat latihan ROM, jari-jari tangan kanan sudah bisa menggenggam, pergelangan tangan kanan sudah bisa menekuk, namun masih susah untuk mengangkat tangan kanan ke atas, kaki kanan sudah bisa menekuk lutut, kaki kanan masih kaku ketika digerakkan saat latihan ROM, klien tampak susah menggerakkan kaki kanan sendiri (harus dibantu), kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4 dan kanan bawah 3, sedangkan kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 5.

Setelah latihan ROM, pada pukul 16.20 WIB dilanjutkan dengan menganjurkan melakukan mobilisasi dini, seperti miring kanan dan miring kiri, bangun dari posisi tidur/berbaring menjadi posisi duduk di tempat tidur. Didapatkan data subyektif klien mengatakan bisa duduk sendiri tanpa dibantu, klien juga mengatakan sudah bisa miring kanan dan miring kiri tanpa dibantu.

Data obyektif menunjukkan klien tampak berusaha sedikit demi sedikit secara perlahan-lahan bangun dari posisi berbaring ke posisi duduk di tempat tidur, klien mampu duduk sendiri tanpa dibantu, klien tampak bisa miring kanan dan miring sendiri tanpa dibantu.

Implementasi hari ketiga untuk diagnosa keperawatan kedua yaitu pada pukul 17.00 WIB memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Didapatkan data subyektif klien mengatakan setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif menjadi lebih nyaman dan nyeri pada kepalanya berkurang. Data obyektif menunjukkan klien tampak relaks, klien tampak tenang, dan gelisah berkurang.

Dilanjutkan dengan implementasi berikutnya pada diagnosa keperawatan kedua pada pukul 19.00 WIB yaitu berkolaborasi dalam pemberian analgesik / antihipertensi (Amlodipine 1x1 PO). Didapatkan data subyektif klien mengatakan nyeri pada kepalanya sudah tidak terlalu sering sakit, klien mengatakan nyeri kepalanya sudah berkurang, klien mengatakan skala nyeri semakin menurun lagi dari yang semula 5 turun menjadi 4 dan sekarang turun lagi menjadi 3 skala numerik, waktu timbulnya nyeri hilang timbul. Data obyektif menunjukkan klien tampak lebih nyaman, tenang, relaks, gelisah berkurang, mengeluh nyeri berkurang, tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 74x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,8°C, saturasi oksigen 99%.

Implementasi hari ketiga untuk diagnosa keperawatan yang ketiga dilakukan pada pukul 20.00 WIB. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pola tidur. Didapatkan data subyektif klien mengatakan tadi siang bisa tidur siang sebentar pada pukul 14.00 dan bangun pukul 15.00, klien mengatakan malam ini akan mencoba tidur lebih awal dari sebelumnya. Data obyektif menunjukkan klien tidur siang 1 jam, klien tidur malam mulai pukul 21.00 WIB, klien tampak tidur dengan nyenyak dan tidak sering terbangun.

Dilanjutkan implementasi berikutnya untuk diagnosa keperawatan ketiga pada pukul 20.15 WIB memodifikasi lingkungan untuk persiapan tidur malam, dengan menutup tirai, mengurangi pencahayaan ruangan, dan

mengurangi kebisingan di ruangan. Didapatkan data subyektif klien mengatakan merasa lebih nyaman dan akan mencoba untuk tidur. Data obyektif klien mencoba memejamkan mata untuk tidur.

Setelah memodifikasi lingkungan, pada pukul 20.30 WIB dilanjutkan dengan melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan agar klien lebih mudah untuk tidur, dengan melakukan pijatan ringan pada kepala klien dan memberikan terapi murottal Al-Qur'an agar klien merasa tenang dan dapat tidur dengan nyenyak. Didapatkan data subyektif klien merasa nyaman dilakukan pijatan ringan pada kepalanya dan merasa tenang sekali ketika mendengarkan murottal Al-Qur'an. Data obyektif menunjukkan klien tampak memejamkan mata menghayati renungan murottal Al-Qur'an dan menikmati pijatan yang diberikan, klien tampak tertidur lelap setelah dipijat dan diberikan terapi murottal Al-Qur'an, klien tidur nyenyak dan tidak sering terbangun.

#### **F. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 14.00 WIB dengan diagnosa keperawatan yang pertama yaitu gangguan mobilitas fisik didapatkan data hasil evaluasi S : klien mengatakan anggota gerak kanan sebelah kanan mengalami kelumpuhan, klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan kaku dan susah digerakkan, klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sakit saat digerakkan. Selanjutnya O : klien tampak terbaring lemah, susah bergerak, klien tampak meringis dan merintih kesakitan saat tangan kanan dan kaki kanan digerakkan, tangan kanan dan kaki kanan klien kaku dan susah digerakkan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan kanan bawah 2 sedangkan kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 5, rentang gerak ekstremitas kanan menurun. A: Tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi (identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM), dan anjurkan melakukan mobilisasi dini).

Evaluasi hari pertama pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu nyeri akut dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 21.00 WIB. Didapatkan hasil evaluasi S: klien mengatakan kepalanya terasa sangat nyeri terus menerus, penyebab nyeri karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri berdenyut, regio atau lokasi nyeri pada kepala, skala nyeri 5 skala numerik, waktu timbulnya nyeri secara terus menerus. O : klien tampak meringis kesakitan sambil memegang kepalanya yang sakit, klien tampak gelisah, klien susah tidur, tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 86 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,8°C, saturasi oksigen 99%. A : Tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi (identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri; berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri; ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri; kolaborasi pemberian analgetik).

Evaluasi hari pertama pada diagnosa ketiga yaitu gangguan pola tidur dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 14.00 WIB. Didapatkan S : klien mengatakan tidak bisa tidur karena kondisi lingkungan yang kurang nyaman dan karena kepalanya terasa sangat sakit terus menerus, klien mengatakan baru bisa tidur pukul 02.00 dan bangun pukul 04.00 atau 05.00, klien mengatakan tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun. O : klien tampak lelah, mata klien tampak merah, mengantuk, dan terlihat sayu, klien tidur sehari semalam hanya 3-4 jam, klien sering terbangun dalam tidurnya. A : tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan).

Evaluasi hari kedua dilakukan pada tanggal 22 Februari 2023 pukul 21.00 WIB. Evaluasi pada diagnosa keperawatan yang pertama didapatkan hasil S : klien mengatakan tangan dan kaki kanan masih susah digerakkan dan terasa sakit saat digerakkan (saat latihan ROM), klien mengatakan masih susah melakukan pergerakan dan mobilisasi seperti miring kanan miring kiri, bangun dari berbaring ke posisi duduk. O : klien tampak kesusahan

melakukan pergerakan pada tangan kanan dan kaki kanan saat latihan ROM, tangan kanan klien sudah mulai bisa digerakkan (jari-jari sudah bisa menggenggam, pergelangan tangan kanan sudah bisa menekuk, dan siku tangan kanan sudah bisa ditekuk), namun kaki kanan klien masih kaku dan susah digerakkan, klien bisa melakukan mobilisasi sederhana dari berbaring menjadi duduk namun jika dengan bantuan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 3, kanan bawah 2, kiri atas dan kiri bawah 5. A : tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (fasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM), dan anjurkan melakukan mobilisasi dini).

Dilanjutkan evaluasi hari kedua untuk diagnosa keperawatan yang kedua pada tanggal 22 Februari 2023 pukul 21.00 WIB. Didapatkan hasil S : klien mengatakan nyeri pada kepalanya sudah lumayan berkurang setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif dan diberi obat antihipertensi (Amlodipine 1x1 PO), penyebab nyeri karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri berdenyut, lokasi nyeri pada kepala, skala nyeri turun semula 5 skala numerik menjadi 4 skala numerik, waktu timbulnya nyeri biasanya timbul secara terus menerus menjadi nyeri hilang timbul. O : klien tampak lebih relaks walau terkadang masih tampak memegang kepalanya saat nyerinya muncul, tekanan darah 170/90 mmHg, nadi 72 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,8°C, saturasi oksigen 99%. A : tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi relaksasi otot progresif), dan kolaborasi pemberian analgesik).

Evaluasi hari kedua untuk diagnosa keperawatan ketiga dilakukan pada tanggal 22 Februari 2023 pukul 21.00 WIB. Didapatkan data hasil evaluasi yaitu S : klien mengatakan masih susah tidur di malam hari dan siang hari, klien mengatakan tidur malam pukul 01.00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB, klien mengatakan tidurnya masih sering terbangun dan kurang nyenyak. O : klien tidur dalam sehari semalam 3-4 jam, klien sulit tidur dan sering terbangun, mata klien tampak merah, mengantuk, dan lelah. A : tujuan dan

kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (identifikasi pola aktivitas dan tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan).

Evaluasi hari ketiga dilakukan pada tanggal 23 Februari 2023 pada pukul 21.00 WIB. Evaluasi untuk diagnosa keperawatan yang pertama didapatkan data S : klien mengatakan tangan kanannya sudah bisa digerakkan, sudah tidak kaku lagi, dan nyeri sudah berkurang serta sudah mampu menekuk, klien mengatakan kaku pada kaki kanannya sudah berkurang. O : tangan kanan klien mampu digerakkan, bisa ditekuk, bisa diangkat tapi belum bisa diangkat setinggi kepala, kaki kanan klien sudah tidak terlalu kaku, lutut sudah bisa ditekuk, namun klien belum bisa mengangkat kaki kanannya, saat mengangkat kaki kanan masih butuh bantuan, klien mampu duduk sendiri (yang semula berbaring bisa bangun menjadi posisi duduk) dengan perlahan tanpa bantuan, klien mampu miring kanan dan miring kiri sendiri tanpa dibantu, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 4 sedangkan kanan bawah 3, kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 5. T : tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. P : hentikan intervensi.

Evaluasi selanjutnya yaitu pada diagnosa keperawatan yang kedua dilakukan pada tanggal 23 Februari 2023 pukul 21.00 WIB. Didapatkan data hasil evaluasi berupa S : klien mengatakan nyeri pada kepalanya sudah berkurang sudah tidak terlalu sering terasa sakit karena diberi obat setiap hari, penyebab nyeri yaitu karena tekanan darah tinggi, kualitas nyeri berdenyut, regio pada kepala, skala nyeri turun dari semula 4 skala numerik menjadi 3 skala numerik, dan waktu timbulnya nyeri semula nyeri secara terus menerus menjadi nyeri hilang timbul. O : klien tampak lebih nyaman, nyeri kepala berkurang, tekanan darah 173/90 mmHg, nadi 70 x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,8°C, saturasi oksigen 99%. A : tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. P : hentikan intervensi.

Evaluasi selanjutnya yaitu pada diagnosa keperawatan yang ketiga dilaksanakan pada tanggal 23 Februari 2023 pukul 21.00 WIB. Didapatkan data hasil evaluasi berupa data S : klien mengatakan pola tidur membaik,

klien mengatakan bisa tidur siang pukul 14.00 WIB sampai 15.00 WIB, klien mengatakan bisa tidur malam mulai pukul 21.00 WIB sampai pukul 04.00 WIB, klien mengatakan jarang terbangun / tidak terlalu sering terbangun saat tidur. O : klien tidur siang 1 jam, klien tidur malam 6-7 jam, klien tampak tidur dengan nyenyak dan tidak sering terbangun. A : tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. P : hentikan intervensi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV penulis akan menguraikan hasil analisa asuhan keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik yang telah diselaraskan dengan teori yang ditemukan. Asuhan keperawatan pada Ny. M dilakukan selama tiga hari pada tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023.

Bab ini akan mengupas penyelesaian masalah pada kasus tersebut yang mana telah disesuaikan dengan konsep dasar asuhan keperawatan berupa pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang telah tercantum pada bab II.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi dan data-data klien, supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan (Hadinata & Abdillah, 2022).

Pengkajian keperawatan pada Ny. M telah dilakukan pada tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.00 WIB dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang. 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, 2020).

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 (Agustin, Susanti, dan Sumarni, 2022). 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 Ny. M di



ruang Baitul Izzah 1 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 kanan, klien mengalami nyeri kepala secara terus menerus. Pada Ny. M ini tidak mengalami penurunan kesadaran dan gangguan bicara, klien masih mampu berbicara dengan baik dan kesadaran composmentis dengan GCS 15.

Pada pemeriksaan pola kesehatan fungsional, 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, berhias, berpindah tempat, dan BAB/BAK klien tidak dapat melakukannya sendiri semuanya harus dibantu karena anggota gerak sebelah kanan mengalami kelemahan / kelumpuhan. Pada pola istirahat tidur didapatkan hasil klien mengalami kesulitan tidur, tidak puas dalam tidur, serta sering terbangun saat tidur karena mengalami nyeri pada kepalanya dan merasa tidak nyaman dengan lingkungan rumah sakit. Pola perseptual sensori didapatkan hasil P : nyeri karena tekanan darah tinggi, Q : berdenyut, R : kepala, S : 5 skala numerik, T : terus menerus. Riwayat kesehatan pada klien memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol, dan asam urat, yang mana riwayat penyakitnya tersebut sangat berisiko menyebabkan stroke yang saat ini dialaminya. Selain itu pada keluarganya yaitu pada ibunya juga pernah memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) didapatkan hasil keadaan umum cukup baik, penampilan klien tampak lemah, lesu, dan merintih nyeri, tekanan darah 190/100 mmHg, nadi 70x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36,8°C, berat badan 55kg. Pemeriksaan kepala menunjukkan hasil normal, pada mata kemampuan penglihatan sedikit berkurang, pada telinga kemampuan pendengaran juga sedikit berkurang, selain itu pada hidung, mulut dan tenggorokan, leher, dada, abdomen, dan genetalia menunjukkan hasil normal tidak ada masalah / gangguan. Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada ekstremitas atas dan bawah ditemukan klien

mengalami kelemahan pada anggota gerak kanan, yaitu tangan kanan dan kaki kanan susah digerakkan, kaku, dan nyeri saat digerakkan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan kanan bawah 2, sedangkan kekuatan otot ekstremitas kiri atas dan kiri bawah 5.

Pada pemeriksaan saraf kranial / pemeriksaan nervus I sampai dengan nervus XII didapatkan hasil semuanya normal tidak ada gangguan / masalah kecuali pada nervus II (*Opticus* / penglihatan) dan nervus VIII (*Acusticus* / pendengaran). Klien mengalami gangguan pada nervus II dibuktikan dengan pada saat dilakukan pemeriksaan dengan meminta klien membaca tulisan pada kertas / buku klien tidak mampu membacanya karena penglihatannya tidak jelas dan begitu juga saat dilakukan pemeriksaan lapang pandang dengan menggunakan jari klien tidak mampu menebak dengan benar dengan jarak 1,5 meter dari klien. Pada pemeriksaan nervus VIII (*Acusticus* / pendengaran), didapatkan hasil pendengaran klien berkurang dibuktikan dengan pada saat diajak berbicara klien terus menerus tidak mendengar dengan jelas dan harus mengulangi apa yang dibicarakan. Sehingga pada pemeriksaan nervus I sampai dengan nervus XII didapatkan hasil klien mengalami gangguan / masalah pada nervus II dan nervus VIII. Menurut (Muttaqin, 2008), penyebab abnormalitas pada nervus II karena lesi di susunan optikus, yaitu mulai dari saraf optikus, kiasma, traktus optikus, traktus genikulo-kalkarina pada tingkat lobus temporal, parietal, dan oksipital. Sedangkan abnormalitas pada nervus VIII disebabkan adanya tumor, trauma, infeksi atau penyakit pada batang otak, serumen, dan otitis media (Muttaqin, 2008).

Pada pemeriksaan penunjang didapatkan hasil bahwa glukosa darah tinggi dengan hasil 246 mg/dL, kolesterol total tinggi dengan hasil 364 mg/dL, LDL kolesterol tinggi dengan hasil 152 mg/dL, HDL kolesterol normal dengan hasil 38 mg/dL, dan trigliserida tinggi dengan hasil 784 mg/dL. Pemeriksaan foto thorax didapatkan hasil suspek cardiomegaly dan tidak ada kelainan pada pulmo. Pada CT Scan kepala didapatkan hasil infark akut crus anterior capsula interna kanan, nucleus caudatus kanan dan pons paramedian kiri, dan infark kronis lobus occipital kiri. Hal ini sesuai dengan teori

(Doenges, 2000) yang menyatakan bahwa salah satu pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien stroke yaitu *CT Scan*, yang mana memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan infark.

Klien mendapatkan diit bubur rendah gula, terapi RL 20 tpm, Neurobion drip 2x1 drip, Ranitidine 2x1 melalui IV, Atorvastatin 20 mg 1x1 PO, Ezelin 1x28 ui melalui SC, Folat Acid 1x1 melalui oral, Citicollin 500mg 2x1 IV, Mecobalamin 500mg 1x1 IV, Clopidogrel 1x75 mg PO, Humalog 3x16 ui SC, Amlodipine 10mg 1x1 PO, Bisoprolol 1x2,5 mg PO, dan Zinc 20mg 1x1 PO.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang dialaminya baik aktual, risiko, maupun potensial (PPNI, 2017). Pada klien dengan identitas Ny. M di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang, penulis menegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

### **1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.**

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2017). Pada tanggal 21 Februari 2023 penulis mengangkat diagnosa keperawatan tersebut sebagai diagnosa keperawatan prioritas utama, karena saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil klien mengalami kesusahan menggerakkan ekstremitas kanan (tangan kanan dan kaki kanan), tangan kanan dan kaki kanan klien kaku dan susah digerakkan, klien tampak meringis kesakitan saat tangan kanan dan kaki kanannya digerakkan, klien kesusahan melakukan pergerakan dan mobilisasi, dalam melakukan pergerakan dan mobilisasi sederhana seperti duduk di tempat tidur klien harus dibantu dengan anggota keluarga, untuk miring kanan kanan dan miring kiri juga klien harus dibantu dengan anggota keluarga karena mengalami kesusahan.

Selain itu, dalam melakukan perawatan diri seperti makan, minum, mandi, berpakaian, BAB/BAK, berpindah tempat, dan berdandan klien tidak bisa melakukannya sendiri sehingga harus dibantu oleh anggota keluarga.

Oleh karena itu pada klien dengan gangguan mobilitas fisik harus dibantu untuk latihan rentang gerak agar sendi-sendi pada tangan dan kaki klien tidak semakin kaku, selain itu juga dapat meningkatkan status mobilitas fisik pada klien, dan meningkatkan rentang gerak.

## **2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur**

Menurut SDKI, nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Pada tanggal 21 Februari 2023, penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut dikarenakan ditemukannya data pada saat pengkajian yaitu klien mengeluh nyeri pada kepalanya, klien mengeluh pola tidurnya berubah, klien tampak meringis dan tampak gelisah, dengan kriteria nyeri P : nyeri karena tekanan darah tinggi, Q : berdenyut, R : kepala, S : 5 skala numerik, T : terus menerus. Sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), didapatkan beberapa tanda dan gejala mayor yang sinkron dengan kondisi klien yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia) menjadi prioritas diagnosa keperawatan kedua karena menurut (Kemenkes, 2022) iskemia adalah suatu keadaan kurangnya aliran darah ke organ tubuh tertentu seperti jantung, otak, atau organ tubuh yang lain, yang mengakibatkan organ tersebut kekurangan oksigen. Penyebab terjadinya iskemia biasanya disebabkan oleh proses aterosklerosis, ketika plak yang sebagian besar mengandung lemak menghambat aliran darah sehingga arteri yang terhambat dapat mengeras dan menyempit (aterosklerosis). Faktor risiko

terjadinya iskemia diantaranya yaitu diabetes mellitus, hipertensi, kolesterol tinggi, trigliserida tinggi, obesitas, anemia sel sabit, dan penyakit jantung (Kemenkes, 2022). Dari beberapa faktor risiko tersebut ada beberapa diantaranya yang dimiliki oleh klien yang dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah yaitu hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol tinggi, dan trigliserida tinggi, sehingga menyebabkan klien mengalami sakit kepala akibat iskemia.

Jika nyeri akut tidak segera ditangani maka akan menimbulkan beberapa dampak pada tubuh diantaranya kelemahan, penurunan kekuatan otot, kelelahan, menurunnya nafsu makan, depresi, ketergantungan dengan obat anti nyeri, depresi, kecemasan, dampak sosial berupa gangguan hubungan sosial, serta dampak spiritual berupa gangguan arti hidup (Munawarah, 2018).

**3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur.**

Gangguan pola tidur menurut SDKI yaitu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur yang diakibatkan oleh faktor eksternal (PPNI, 2017). Pada tanggal 21 Februari 2023, penulis menegakkan diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan pola tidur karena pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data berupa klien mengatakan sulit tidur, sering terbangun pada saat tidur, pola tidur berubah, dan merasa tidak puas dalam tidurnya. Hal ini sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) bahwa didapatkan beberapa tanda dan gejala mayor dan minor yang sesuai dengan kondisi klien yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, dan mengeluh tidak puas tidur.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan menjadi diagnosa keperawatan prioritas ketiga karena apabila kondisi gangguan pola tidur tidak diatasi akan mengakibatkan munculnya masalah baru berupa kelelahan, emosi,

apatis, kelopak mata bengkak, mata merah, serta kurang fokus (Tutut, 2019). Selain itu yang paling sering terjadi apabila kurang tidur yaitu akan terjadi peningkatan tekanan darah, sehingga tekanan darah akan tinggi, jika tekanan darah tinggi maka akan menyebabkan sakit kepala dan emosi yang tidak stabil.

Gangguan pola tidur akan mempengaruhi proses keseimbangan sistem dalam tubuh dikarenakan ketidakoptimalan tubuh dalam menjalankan fungsi untuk memulihkan energi yang diperlukan tubuh, apabila klien memiliki istirahat tidur yang terpenuhi atau tercukupi dengan baik maka akan membantu sistem tubuh dalam mempercepat penyembuhan proses penyakit pada klien.

### C. Intervensi

Intervensi keperawatan yaitu segala *treatment* yang dirancang atau direncanakan, yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018). Dalam perencanaan, perawat merujuk pada data pengkajian klien dan pernyataan diagnosis sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien.

Intervensi pada diagnosa keperawatan pertama dilakukan selama 3x8 jam dengan tujuan mobilitas fisik meningkat dan kriteria hasil pergerakan ekstremitas 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 ataupun sendi.

Intervensi pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu manajemen nyeri, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi akan dijabarkan penulis secara rasional, yang pertama identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, secara rasional untuk mengetahui lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Dilanjutkan dengan intervensi identifikasi skala nyeri, secara rasional untuk mengetahui tingkat nyeri yang pasien rasakan. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, secara rasional untuk mengurangi nyeri yang pasien rasakan dan untuk mengalihkan pasien dari rasa nyeri yang dirasakannya sehingga pasien dapat melupakan nyeri. Jelaskan strategi meredakan nyeri, secara rasional untuk membantu pasien mengatasi rasa nyeri saat rasa nyeri muncul. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, secara rasional untuk membekali pasien agar ketika rasa nyeri timbul pasien dapat melakukan teknik nonfarmakologis yang telah diajarkan. Kolaborasi pemberian analgetik, secara rasional untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Intervensi berikutnya yaitu pada diagnosa keperawatan yang ketiga dengan memberikan dukungan tidur dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun. Intervensi akan dijabarkan oleh penulis secara rasional, yang pertama yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, secara rasional untuk mengetahui pola aktivitas dan pola tidur pasien. Identifikasi faktor pengganggu tidur, secara rasional untuk mengetahui faktor apa saja yang mengganggu tidur pasien. Modifikasi lingkungan, secara rasional untuk memberikan kenyamanan pada pasien sehingga pasien mudah tidur. Lakukan prosedur meningkatkan kenyamanan, secara rasional juga untuk memberikan rasa nyaman pada pasien sehingga pasien dapat tidur dengan puas. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, secara rasional membantu pasien dalam mempercepat penyembuhan proses penyakit. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya seperti relaksasi otot progresif, secara rasional untuk memberikan rasa tenang, relaks, dan kenyamanan pada pasien sehingga memudahkan pasien untuk tidur dan pasien dapat tidur dengan nyenyak atau puas.

#### **D. Implementasi**

Implementasi keperawatan menurut (Hadinata & Abdillah, 2022) yaitu realiasi tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan sendiri merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk melakukan rencana keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi diagnosa keperawatan yang pertama dilakukan selama tiga hari dimulai pada tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan penulis yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, dan memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga



membantu pasien melakukan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, dan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Implementasi tersebut dilaksanakan secara berkesinambungan oleh penulis, dan penulis tidak mengalami hambatan dalam memberikan implementasi pada pasien

Implementasi diagnosa keperawatan yang kedua dilakukan selama tiga hari berturut-turut pada tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023. Implementasi yang diberikan sesuai dengan intervensi yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri; mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri; memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, dan berkolaborasi dalam pemberian analgesik. Dalam melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan yang kedua, penulis tidak mengalami kesulitan atau hambatan karena pasien kooperatif misalnya pada saat melakukan teknik relaksasi otot progresif pasien melakukannya dengan kooperatif sehingga nyeri yang dirasakan dapat berkurang.

Dilanjutkan dengan implementasi pada diagnosa keperawatan ketiga dilakukan selama tiga hari berturut-turut yaitu pada tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023. Implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, dan mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya. Dalam melakukan implementasi untuk diagnosa ketiga pada klien, penulis tidak menemukan hambatan atau kesulitan karena setelah dimodifikasi lingkungan dan diberikan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan klien menjadi lebih nyaman dan klien sangat kooperatif saat penulis melakukan implementasi, sehingga tidak menyulitkan penulis dalam melakukan implementasi.

## E. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan yaitu suatu penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada saat tahap perencanaan. Dalam evaluasi, perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana tindakan keperawatan (Hadinata & Abdillah, 2022).

Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada klien, penulis tidak mengalami kesusahan atau hambatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Evaluasi pada diagnosa keperawatan yang pertama dilakukan setiap hari selama tiga hari dari tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023. Evaluasi hari pertama didapatkan tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi; evaluasi di hari kedua didapatkan tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian, masalah belum teratasi, dan di hari ketiga didapatkan tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan penulis tercapai, masalah teratasi, diantaranya yaitu pergerakan ekstremitas meningkat (klien mampu menggerakkan ekstremitas kanan yang sebelumnya mengalami kelemahan, kaku, dan susah digerakkan menjadi bisa digerakkan), kekuatan otot meningkat (semula kekuatan otot pada ekstremitas kanan hanya bernilai 2 setelah diberikan tindakan keperawatan selama tiga hari dengan memberikan latihan ROM, kekuatan otot ekstremitas kanan atas meningkat menjadi 4 sedangkan kekuatan otot ekstremitas kanan bawah meningkat menjadi 3), rentang gerak meningkat (yang semula klien mengalami keterbatas gerak, setelah mendapatkan asuhan keperawatan selama tiga hari rentang gerak meningkat), nyeri menurun (klien sering teriak kesakitan saat ekstremitas kanan digerakkan, setelah diberikan latihan ROM selama tiga hari nyeri menurun dan ekstremitas kanan bisa digerakkan), dan gerakan terbatas

menurun. Karena tujuan dan kriteria hasil yang direncanakan penulis telah tercapai dan masalah teratasi, maka intervensi dihentikan.

Dilanjutkan dengan evaluasi pada diagnosa keperawatan kedua. Evaluasi dilakukan setiap hari selama tiga hari dari tanggal 21 Februari sampai tanggal 23 Februari 2023. Pada hari pertama didapatkan tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, di hari kedua dievaluasi ternyata tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian, namun masalah belum teratasi, dan evaluasi di hari ketiga didapatkan tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi, yaitu nyeri menurun dari skala 5 turun menjadi skala 4 dan di hari ketiga nyeri menurun menjadi skala 3, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan yang ketiga dilakukan setiap hari oleh penulis selama tiga hari yaitu pada tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023. Didapatkan hasil pada evaluasi hari pertama tujuan dan kriteria hasil belum tercapai, masalah belum teratasi; pada evaluasi hari kedua didapatkan tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian, masalah belum teratasi; dan pada evaluasi hari ketiga didapatkan tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. Pada saat dilakukan evaluasi hari ketiga, klien sudah bisa tidur dengan nyenyak tidak sering terbangun, pola tidurnya membaik, klien bisa tidur siang 1 jam dan bisa tidur malam sekitar 6-7 jam. Selama melakukan evaluasi tiga hari, penulis tidak menemukan hambatan atau kendala.

#### **F. Keterbatasan Penulisan**

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien, penulis mengalami beberapa keterbatasan atau kekurangan. Pada saat melakukan pengkajian, ketika melakukan pemeriksaan nervus penulis melakukannya dengan menggunakan alat terbatas seperti menggunakan minyak kayu putih untuk memeriksa nervus I (*Olfactorius* / penciuman), menggunakan buku yang ada tulisannya untuk memeriksa kejelasan penglihatan dan menggunakan jari untuk pemeriksaan lapang pandang pada nervus II (*Opticus* / penglihatan) dikarenakan tidak ada huruf *snellen* / *snellen chart*. Dan pada pemeriksaan

nervus VIII (*Acusticus* / pendengaran), penulis tidak melakukan pemeriksaan menggunakan garpu tala namun dengan menggunakan suara dari penulis dan menggunakan gesekan jari di dekat telinga klien.

Setelah penulis melakukan pemeriksaan nervus I sampai dengan nervus XII, seharusnya penulis melakukan pemeriksaan refleks untuk mengetahui refleks fisiologis dan refleks patologis pada klien. Namun pada pengkajian ini penulis memiliki kekurangan yaitu tidak melakukan pemeriksaan refleks. Untuk selanjutnya dapat menjadi perbaikan bagi diri penulis dan pembaca untuk melakukan pemeriksaan nervus dan pemeriksaan refleks jika melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke.

Penulis juga memiliki keterbatasan dalam menegakkan diagnosa keperawatan pada klien. Seharusnya penulis menegakkan diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif karena adanya data penunjang yang menunjukkan bahwa terdapat infark kronis pada lobus oksipital kiri dan dilihat juga dari peningkatan tekanan darah pada klien. Selain itu penulis juga bisa menegakkan diagnosa keperawatan peningkatan kapasitas adaptif intrakranial karena masih pada fase akut. Untuk diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dan penurunan kapasitas adaptif intrakranial, penulis dapat menentukan intervensi keperawatan yaitu pemantauan tanda-tanda vital yang meliputi monitor tekanan darah, monitor nadi, monitor pernafasan, monitor suhu tubuh, dokumentasikan hasil pemantauan, dan informasikan hasil pemantauan.

Dalam melakukan implementasi keperawatan, penulis melakukan kesalahan penafsiran yang seharusnya penulis akan melakukan relaksasi otot progresif namun dalam pelaksanaannya yang dilakukan penulis yaitu relaksasi otot Benson. Relaksasi otot progresif dapat dilakukan dengan beberapa gerakan. Pada gerakan pertama untuk melatih otot tangan dengan cara membuat kepalan pada tangan kiri rasakan kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi, dan pada saat kepalan dilepaskan rasakan relaksasinya, dilanjutkan pada tangan kanan seperti yang telah dilakukan pada tangan kiri. Selanjutnya pada gerakan kedua untuk melatih otot

tangan bagian belakang dengan cara menekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit.

Pada gerakan ketiga yaitu untuk melatih otot biceps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan) dengan cara menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan, kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang. Gerakan keempat untuk melatih otot bahu supaya mengendur dengan cara mengangkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga dan memfokuskan perhatian gerakan pada ketegangan otot yang terjadi di bahu. Dilanjutkan dengan gerakan kelima dan keenam yang ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti dahi, mata, rahang, dan mulut) dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput, lalu tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan pada sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata. Gerakan ketujuh untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang, dengan cara mengatupkan rahang diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.

Gerakan selanjutnya yaitu gerakan kedelapan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut dengan cara memoncongkan bibir sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut. Gerakan sembilan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang, dengan cara meletakkan kepala dan tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas. Gerakan sepuluh untuk melatih otot leher bagian depan dengan cara membenamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di leher bagian muka. Gerakan sebelas untuk melatih otot punggung dengan cara mengangkat tubuh dari sandaran kursi dan membusungkan dada lalu tahan selama 10 detik kemudian relaks, saat relaks meletakkan kembali punggung ke sandaran kursi.

Gerakan dua belas untuk melemaskan otot dada dengan cara menarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya, lalu tahan selama beberapa saat sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut kemudian dapat dilepaskan. Gerakan tiga belas untuk melatih otot perut dengan cara menarik kuat perut ke dalam lalu tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan dengan bebas. Gerakan 14 dan 15 ditujukan untuk melatih otot-otot kaki dengan cara meluruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang, melanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis, menahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepaskan, mengulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah karena gangguan suplai darah ke otak akibatnya aliran darah ke otak terhenti (Tamburian, 2020). Penyebab dari stroke non hemoragik yaitu karena proses aterosklerosis atau penyempitan pembuluh darah, yang mana disebabkan oleh beberapa faktor yaitu hipertensi, diabetes mellitus, kolesterol tinggi, dan merokok (Utomo, 2022). Tanda dan gejala yang paling sering terjadi yaitu kelumpuhan separuh tubuh, gangguan berbicara atau berbicara pelo, gangguan gerak, nyeri kepala, gangguan persepsi, dan perubahan kemampuan kognitif (Agustin, Susanti, Sumarni, 2022).

Pada karya tulis ilmiah dengan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik, penulis menemukan kesimpulan berupa :

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan pada Ny. M dengan stroke non hemoragik di ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang, dilakukan selama tiga hari yaitu pada tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023. Saat dilakukan pengkajian mulai dari identitas, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pola fungsional, hingga pemeriksaan fisik, penulis menemukan adanya kelemahan atau kelumpuhan pada anggota gerak klien sebelah kanan yaitu pada tangan kanan dan kaki kanan. Yang mana pada tangan kanan dan kaki kanan klien susah digerakkan, kaku, dan sakit saat digerakkan. Kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas dan kanan bawah bernilai 2, sedangkan pada ekstremitas kiri atas dan kiri bawah bernilai 5.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada Ny. M diantaranya yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (iskemia) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, sulit tidur. Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu gangguan pola tiduridur b.d hambatan lingkungan d.d mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur.

## 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. M ditetapkan penulis sesuai dengan Standar Interevensi Keperawatan Indonesia. Intervensi ditetapkan selama 3x8 jam dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan masing-masing diagnosa keperawatan. Untuk diagnosa keperawatan yang pertama, intervensi keperawatannya yaitu dukungan mobilisasi. Intervensi keperawatan untuk diagnosa keperawatan kedua yaitu manajemen nyeri, dan untuk diagnosa ketiga yaitu dukungan tidur.

## 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Ny. M dilakukan selama 3 hari sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Ny. M dilakukan setiap hari selama tiga hari dari tanggal 21 Februari 2023 sampai dengan tanggal 23 Februari 2023. Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan yang pertama selama tiga hari didapatkan hasil evaluasi tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. Begitu juga pada diagnosa keperawatan yang kedua dan ketiga didapatkan hasil evaluasi sampai hari ketiga tujuan dan kriteria hasil tercapai, masalah teratasi. Sehingga klien diperbolehkan pulang pada tanggal 24 Februari 2023.



## B. Saran

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah yang telah disusun oleh penulis dapat dipergunakan sebagai referensi untuk institusi pendidikan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula dan menuntun mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

### 2. Bagi Perawat

Pelayanan asuhan keperawatan pada pasien sudah cukup baik dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien sesuai dengan perkembangan standar asuhan keperawatan yang berlaku agar mendapatkan hasil pelayanan keperawatan yang bermutu dan berkualitas.

### 3. Bagi Lahan Praktek

Diharapkan untuk tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas pada klien dengan stroke non hemoragik serta selalu meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

### 4. Bagi Masyarakat

Diharapkan masyarakat untuk lebih waspada dan lebih mengetahui informasi kesehatan maupun penyakit terutama stroke yang menyerang mendadak pada siapapun dengan memanfaatkan media massa, media elektronik, tenaga kesehatan atau pelayanan kesehatan di sekitar tempat tinggal agar memperoleh wawasan mengenai kesehatan diri, pencegahan, dan penanggulan pada penyakit khususnya stroke apabila terjadi serangan stroke secara mendadak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, T., Susanti, I.H., & Sumarni, T. (2022). Implementasi Penggunaan Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot klien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Management Nursing*. Vol 1(4), 140-146.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2021). Profil Kesehatan Indonesia 2020. Jakarta.
- Doenges, *et al.* (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien (Nursing Care Plans: Guidelines for Planning and Documenting Patient Care)*, Edisi 3. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Feigin, V.L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R.L., Hacke, W., *et al.* (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*. Vol. 17(1). 18-29.
- Hadinata, D., & Abdillah, A.J. (2022). Metodologi Keperawatan. Bandung : Widina Bhakti Persada Bandung.
- Hariyanti, T., Pitoyo, A. Z., & Rezkiah, F. (2020). Mengenal Stroke Dengan Cepat.
- Herdman, T., *et al.* (2021). Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2021-2023, Edisi 12. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Hisni, D., Saputri, M.E. & Sujarni. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021. *Jurnal Penelitian Keperawatan Kontemporer*. Vol 2 (1). 140-149.
- Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. (2022). Iskemia. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Infodatin Stroke Don't Be The One (Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI)* (pp. 1-6).

- Kurniawan. (2016). Sindroma Lobus Oksipital. *Mansoura Nursing Journal*, 2(1), 29-38.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A.S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada klien Stroke Non Hemoragik. *Journal of Management Nursing*. Vol 2(1). 168-172.
- Muttaqin. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Narwanto, M.I., *et al.* (2022). Lokasi Lesi Sistem Saraf Pusat pada Pemeriksaan Magnetic Resonance Imaging Pasien Covid-19 dengan Stroke: Tinjauan Naratif. *Jember Medical Journal*, 1(1), 1-70.
- Nurarif, A.H. & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus (jilid 2)*. Jogjakarta: Mediacion Publishing.
- Pinzon, R. (2019). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Pradana, H. P. & Faradisi, F. (2021). Penerapan Latihan ROM (*Range of Motion*) Terhadap Rentang Gerak Ekstremitas Pada klien Stroke. *Seminar Nasional Kesehatan 2021: Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan*. 760-765.
- Prasetia, Y. & Susanto, A. (2022). Asuhan Keperawatan Hambatan Komunikasi Verbal Dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Prof dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Jurnal Inovasi Penelitian*. Vol 3(5). 6341-6348.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2018*. Jakarta.

- Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar, Edisi 10, Vol. 1*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Setyopranoto. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Siswanto. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas (2018)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Sulistiyaningsih, et al. (2022). *Buku Panduan Praktikum Keperawatan Medikal Bedah 2 (KMB 2)*. Semarang: FIK UNISSULA.
- Susiwati, Sunita, & Farizal J. (2018). Analisis Kolesterol Low Density Lipoprotein (LDL) Pada Pengonsumsi Prosuk Minuman Herbal X di Kota Bengkulu. *JNPH*, 6(2), 95-99.
- Tamburian, A.G. (2020). Hubungan Antara Hipertensi, Diabetes Mellitus, dan Hiperkolesterolemia dengan Kejadian Stroke Iskemik. *Indonesian Journal of Public Health and Community Medicine*. Vol 1(1), 27-33.
- Tutut, T. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Penderita Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan gangguan Pola Tidur Di Pelayanan Sosial Tresna Werdha (PSTW) Magetan. Repository Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Utomo, T.Y. (2022). Karakteristik Faktor Risiko Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Kota Bekasi. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesai*. 7(9).
- World Health Organization. (2020). *The Top 10 Cause of Death, World Health Organization*.
- World Stroke Organization. (2022). *Global Stroke Fact Sheet 2022*.