

**STUDI DESKRIPTIF TINDAKAN KEPERAWATAN
PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN
STROKE NON HEMORAGIK**



KARYA TUIS ILMIAH

Disusun Sebagai Tugas Akhir

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Menyelesaikan

Program Studi Diploma III Keperawatan

Disusun Oleh :

Adinda Nur Rofiah

NIM : D3A2022.002

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
PROGRAM SRUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2025

ABSTRAK

STUDI DESKRIPTIF TINDAKAN KEPERAWATAN PADA ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

¹Adinda Nur Rofiah, ²Warsini
¹Sri Aminingsih, ²Hendra Dwi Kurniawan
¹Prodi D3 Keperawatan, ²STIKES PANTI KOSALA
Email : adindanurrofiah@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang menjadi penyebab utama kematian di Indonesia. Maka dari itu pada pasien stroke membutuhkan tindakan keperawatan yang sesuai karena lebih rentan terkena penyakit lain dan jika tidak segera ditangani akan terjadi komplikasi.

Tujuan: mengetahui tindakan keperawatan yang dilakukan sebelum pengambilan kasus perawatan di poliklinik dan saat pengambilan kasus.

Metode: desain penulisan deskriptif menggunakan pendekatan studi kasus. Pengambilan data dilaksanakan di Bangsal Kawung Rumah Sakit Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta. Sampel pada laporan ini hanya satu kasus yang diambil secara acak (*simple random sampling*) dengan format dokumentasi asuhan keperawatan yang diterbitkan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala.

Hasil: tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragik meliputi sebelum pengambilan kasus yaitu melakukan pemeriksaan laboratorium darah, melakukan pemeriksaan penunjang rontgen thorax dan melakukan pemeriksaan penunjang CT Scan dan saat pengambilan kasus yaitu pengkajian, memberikan terapi infus, memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi kelemahan otot, terapi obat yang diberikan secara IV per infus, serta tindakan yang ada di teori tapi tidak dilakukan adalah pemeriksaan sensorik, motorik, dan reflek.

Kesimpulan: tindakan keperawatan yang dilakukan selama pengambilan kasus kelolaan pasien secara umum sudah relevan dengan teori yang ada.

Kata kunci : stroke non hemoragik, tindakan keperawatan.

ABSTRACT
DESCRIPTIVE STUDY OF NURSING ACTIONS IN NURSING CARE
FOR NON-HEMORAGIC STROKE PATIENTS

¹Adinda Nur Rofiah, ²Warsini
¹Sri Aminingsih, ²Hendra Dwi Kurniawan
¹D3 Nursing Study Program, ²STIKES PANTI KOSALA
Email: adindanurrofiah@gmail.com

Abstract

Background: stroke is a cerebrovascular disease that is the leading cause of death in Indonesia. Therefore, stroke patients require appropriate nursing care because they are more susceptible to other diseases and if not treated immediately, complications will occur.

Objective: to determine the nursing actions taken before taking a case of care at the polyclinic and when taking a case.

Method: descriptive writing design using a case study approach. Data collection was carried out in the Kawung Ward of Fatmawati Soekarno Hospital, Surakarta City. The sample in this report is only 1 (one) case taken randomly (simple random sampling) with the nursing care documentation format published by the Panti Kosala Health Sciences College.

Results: nursing actions carried out on non-hemorrhagic stroke patients include before taking the case, namely conducting blood laboratory tests, conducting supporting examinations of chest X-rays and conducting supporting examinations of CT Scans and during taking the case, namely assessment, providing infusion therapy, monitoring vital signs, identifying muscle weakness, drug therapy given IV per infusion, and actions that are in theory but not carried out are sensory, motor, and reflex examinations.

Conclusion: nursing actions carried out during patient management cases are generally relevant to existing theories.

Keywords: non-hemorrhagic stroke, nursing actions.

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan pada ujian sidang Karya Tulis Ilmiah pada Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan PANTI KOSALA.

Disetujui pada tanggal :

Pembimbing

(Warsini SST., MPH)

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Adinda Nur Rofiah

NIM : D3A2022.002

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan karya tulis ilmiah yang berjudul **“Studi Deskriptif Tindakan Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik”** adalah benar-benar karya saya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya dalam laporan karya tulis ilmiah ini diberi tanda citasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik yang sudah ditentukan.

Sukoharjo, Mei 2025

Yang membuat pernyataan,

Adinda Nur Rofiah

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan anugerah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Studi Deskriptif Tindakan Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik". Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai tugas akhir untuk memenuhi sebagian persyaratan menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKES PANTI KOSALA.

Penulisan proposal penelitian ini dapat penulis selesaikan berkat bantuan banyak pihak. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ratna indriati,.A,.M.Kes selaku Ketua SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA
2. Ibu Warsini SST., MPH. selaku dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
3. Tim penguji Ujian Sidang Karya Tulis Ilmiah
4. Bapak/Ibu Dosen, tenaga kependidikan, administrasi dan staf perpustakaan SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI KOSALA, yang telah mendorong dan membantu untuk penyelesaian laporan Karya Tulis Ilmiah.
5. Keluarga dan teman-teman yang telah memberikan dukungan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis menyadari bahwa penulisan tugas laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih ada kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan penulisan yang akan datang. Semoga laporan laporan Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semua pihak.

Sukoharjo, Mei 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Tindakan Keperawatan.....	6
B. Konsep Stroke Non Hemoragik.....	10
BAB III METODE PENULISAN.....	25
A. Desain Penulisan.....	25
B. Subyek Penulisan.....	25
C. Fokus Penulisan.....	26
D. Definisi Operasional.....	26
E. Instrumen Pengumpulan Data.....	26
F. Metode Pengumpulan Data.....	26
G. Analisa Data.....	27
H. Tempat dan Waktu.....	27
I. Ruang Lingkup.....	27
BAB IV RESUME DAN PEMBAHASAN.....	28
A. Resume Kasus.....	28
B. Pembahasan.....	45
BAB V PENUTUP.....	60
A. Kesimpulan.....	60
B. Implikasi Keperawatan.....	61
DAFTAR PUSTAKA.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Pathway Stroke.....	16
------------	---------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang menjadi penyebab utama kematian di Indonesia. Jumlah penderita stroke di seluruh dunia yang berusia di bawah 45 tahun terus meningkat. Badan kematian akibat stroke diprediksi akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker. Stroke dibagi menjadi 2, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Diperkirakan stroke non hemoragik (iskemik) mencapai 85% dari jumlah stroke yang terjadi (Rahmadani & Rustandi, 2018).

Menurut *World Stroke Organization* (WSO, 2022), secara global lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke, lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intraserebral, 1,2 juta perdarahan subarachnoid. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat menderita stroke baru atau berulang. Sekitar 610.000 di antaranya adalah stroke pertama kali, sementara 185.000 adalah stroke berulang.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, diketahui prevalensi ketergantungan total sebesar 13,9%, stroke berat 9,4%, stroke sedang 7,1% dan stroke ringan 33,3%. 3 provinsi dengan prevalensi stroke (permil) tertinggi di Indonesia Provinsi Maluku

14,7%, Sulawesi Utara 12% dan terendah Provinsi Papua sebesar 4,1 %. Kelompok umur dengan kejadian stroke tertinggi adalah 75 tahun ke atas (50,2%), sedangkan kelompok umur dengan kejadian terendah adalah 15 sampai 24 tahun (0,6%). Pria dan wanita memiliki tingkat prevalensi stroke yang sama, masing-masing 11% dan 10%.

Manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke akut gejala klinis meliputi kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) yang timbul secara mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (kesulitan dalam bicara), disatria (bicara cadel atau pelo), gangguan penglihatan, diplopia, *ataksia vertigo*, mual, muntah, dan nyeri kepala (Rahmadani & Rustandi, 2019). Maka dari itu tujuan utama penatalaksanaan pasien stroke meliputi tiga hal, yaitu mengurangi kerusakan neurologik lebih lanjut, menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak pasien (immobility) dan kerusakan neurologik serta mencegah serangan berulang (kambuh) (Rahmadani & Rustandi, 2018).

Hasil penelitian Wahyuni et al., (2023), perawat berperan penting untuk menangani masalah pasien stroke yaitu dengan upaya peningkatan kesehatan (promotif). pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Peran perawat dalam upaya promotif dilakukan dengan mengadakan promosi

kesehatan dalam upaya peningkatan pengetahuan mengenai penyakit stroke, hal ini karena mengingat masih sangat minimnya informasi pengetahuan masyarakat terkait faktor-faktor risiko, gejala dan tanda awal penyakit stroke. Upaya preventif yaitu dengan memberikan penjelasan mengenai pencegahan penyakit stroke dengan mengontrol gaya hidup dan riwayat penyakit yang dapat menjadi faktor resiko terjadinya Stroke. Upaya kuratif yaitu melakukan tindakan. kolaborasi dengan dokter untuk memberikan terapi dan obat-obatan. diuretik osmotik, steroid, sedatif, dan antihiperten. Upaya rehabilitatif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu dengan melakukan terapi gerakan fisik (ROM) dan kompres hangat yang berguna untuk melancarkan peredaran darah dalam tubuh sehingga dapat meningkatkan kekuatan ekstremitas penderita Stroke. Upaya rehabilitasi pada pasien Stroke terbukti dapat mengoptimalkan pemulihan dan membantu pasien untuk kembali ke kondisi kesehatannya seperti semula.

Orang yang mengalami stroke tidak dapat disembuhkan total, jika stroke tidak segera ditangani dapat menimbulkan gangguan fungsi gerakan, berfikir, bicara serta memori. Jika terjadi pecahnya pembuluh darah yang ada di otak sehingga akan menyebabkan kematian pada sel-sel yang ada di saraf (neuron) (Sarah & Hastuti, 2025). Seseorang yang mengalami Stroke lebih rentan terkena penyakit lain dan jika tidak segera ditangani akan terjadi komplikasi. Komplikasi dari penyakit Stroke diantaranya adalah radang paru-paru (pneumonia), darah beku, infeksi, infark miokard dan depresi (Wahyuni et al., 2023).

Berdasarkan uraian di atas menunjukkan bahwa tindakan keperawatan merupakan hal sangat penting dalam perawatan pasien stroke non hemoragik. Oleh karena itu penulis menjadikan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik sebagai fokus bahasan dalam laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah "Bagaimana tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pasien SNH (Stroke Non Hemoragik) di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta?"

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mengetahui tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pasien SNH (Stroke Non Hemoragik).

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui semua tindakan keperawatan baik mandiri maupun kolaboratif yang dilakukan mulai dari masuk RS sampai saat pengambilan kasus pada asuhan keperawatan pasien dengan stroke non hemoragik.
- b. Untuk mengetahui alasan mengapa dilakukan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pasien pasien dengan stroke non hemoragik.

- c. Untuk mengetahui tindakan keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak dilakukan pada asuhan keperawatan pasien dengan stroke non hemoragik.

D. Manfaat Penulisan

Laporan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak meliputi :

1. Rumah Sakit

Sebagai masukan dan referensi dalam upaya peningkatan kualitas asuhan keperawatan di rumah sakit.

2. Pengembangan Ilmu

Diharapkan dapat menambah rujukan secara klinis sebagai bahan pembelajaran dan pengembangan ilmu pada mata kuliah keperawatan dasar maupun medikal bedah.

3. Perawat

Menambah wawasan dan referensi tentang gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

4. Pasien dan Masyarakat

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan pasien, keluarga dan masyarakat tentang tindakan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Tindakan Keperawatan

1. Proses Keperawatan

Menurut Budiyono & Pertami (2016), proses keperawatan merupakan suatu panduan untuk memberikan asuhan keperawatan profesional, baik untuk individu, kelompok, keluarga dan komunitas. Proses keperawatan memiliki komponen-komponen yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Semua komponen tersebut terpisah, tetapi saling bergantung, saling berhubungan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Menurut Yunike, et al., (2022), proses keperawatan adalah suatu metode perencanaan yang sistematis dan rasional sebagai panduan dari semua tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan holistik dan berfokus pada pasien guna membantu perawat membuat keputusan keperawatan yang baik dan tepat saat merawat pasien. proses keperawatan juga didefinisikan sebagai suatu cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan askep, dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan,

melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan (berfokus pada klien dan berorientasi tujuan).

2. Pengertian Tindakan Keperawatan

Menurut Budiyo & Pertami (2016), tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data yang berkelanjutan. Mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

Menurut Rahmi (2019), tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan, yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

3. Tindakan Keperawatan dalam Konteks Proses Keperawatan

Menurut Yunike, et al., (2022), proses keperawatan memiliki fungsi sebagai panduan sistematis untuk perawatan yang berfokus pada klien dengan 5 tindakan keperawatan yang berurutan. Tindakan keperawatan dalam proses keperawatan terdiri dari :

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan.

Pengkajian dilakukan oleh perawat dengan menggunakan cara

yang sistematis dan dinamis untuk mengumpulkan dan menganalisis data tentang klien, langkah pertama dalam memberikan asuhan keperawatan. Penilaian tidak hanya mencakup data fisiologis, tetapi juga faktor psikologis, sosial budaya, spiritual, ekonomi dan gaya hidup.

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis perawat tentang respons klien terhadap kondisi atau kebutuhan kesehatan aktual atau potensial. Diagnosis juga merupakan dasar untuk rencana asuhan perawat.

c. Perencanaan keperawatan

Berdasarkan penilaian dan diagnosis, perawat menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang terukur dan dapat dicapai oleh pasien, yang mungkin termasuk berpindah dari tempat tidur ke kursi setidaknya tiga kali sehari atau mengelola rasa sakit melalui pengobatan yang memadai. Data penilaian, diagnosis dan tujuan ditulis dalam rencana perawatan pasien sehingga perawat serta profesional kesehatan lain yang merawat pasien memiliki akses.

d. Implementasi keperawatan

Asuhan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana asuhan. Sehingga kesinambungan asuhan pasien selama rawat inap dan persiapan pulang perlu terjamin. Perawatan didokumentasikan dalam catatan pasien.

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan sebagai tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Baik status pasien maupun keefektifan asuhan keperawatan harus terus dievaluasi dan rencana asuhan dimodifikasi sesuai kebutuhan. Evaluasi keperawatan digunakan sebagai penilaian apakah asuhan keperawatan yang telah diberikan sudah mampu atau belum menyelesaikan masalah dan kebutuhan pasien.

4. Jenis-jenis Tindakan Keperawatan

Menurut Rahmi (2019), dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis tindakan keperawatan yaitu sebagai berikut :

a. *Independent implementations*

Implementasi ini diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan. Misalnya membantu dalam memenuhi *Activity Daily Living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural dan lain-lain.

b. *Interdependen / collaborative implementations*

Implementasi ini merupakan tindakan keperawatan atas dasar kerja sama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter. Contohnya dalam hal

pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *Naso Gastric Tube* (NGT) dan lain-lain.

c. Dependent implementations

Implementasi ini adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain seperti ahli gizi, fisioterapis, psikolog dan sebagainya. Implementasi ini misalnya dalam hal pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, serta latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

B. Konsep Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian

Menurut Kristina, et al., (2024), stroke adalah penyumbatan pada pembuluh darah yang disebabkan oleh pengumpulan darah dan penyumbatan arteri, sehingga menutup aliran darah ke otak. Stroke dapat terjadi kapan saja dan menyerang siapa saja. Stroke merupakan kelainan neurologis yang memiliki karakteristik tanda dan gejala neurologis fokal atau global, yang dapat berkembang dengan cepat adanya gangguan fungsi serebral dengan gejala lebih dari 24 jam.

Menurut Retnaningsih (2023), stroke adalah kondisi dimana hilangnya fungsi neurologis secara cepat karena adanya gangguan perfusi pembuluh darah pada otak. Stroke pada umumnya diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu stroke iskemik dan

stroke hemoragik (perdarahan). Stroke iskemik terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah pada otak dan memiliki survei tertinggi, yaitu 88% dari semua golongan stroke dan sisanya adalah stroke hemoragik (stroke perdarahan) yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah pada otak.

2. Etiologi

Menurut Kristina, et al., (2024), ada beberapa penyebab dari stroke antara lain:

a. Trombosis.

Arteriosklerosis merupakan penyebab utama karena zat lemak yang tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah mengakibatkan pengumpalan (thrombos) sehingga terjadi kerusakan pada endotel dari pembuluh darah. Plak ini akan terus membesar sehingga menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri, stenosis ini akan menghambat aliran pada arteri darah akan berputar putar pada permukaan yang ada plak yang akhirnya terjadi pengumpalan dan melekat pada plak dan rongga pembuluh darah menjadi tersumbat.

b. Embolisme

Bekuan darah atau material yang lain yang dibawa ke otak, embolisme terjadi di bagian luar dari otak kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi cerebral sampai embolus tersebut melekat dan menyumbat arteri.

c. Iskemia

Penurunan aliran darah ke area otak terjadi akibat arteriosklerosis dan penumpukan plak pada pembuluh darah sehingga suplai oksigen berkurang ke dalam otak

d. Hemoragik

Cerebral perdarahan terjadi akibat pecahnya pembuluh darah cerebral dengan perdarahan ke jaringan otak dan ruang sekitar otak. Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, berbicara atau sensasi.

Faktor risiko utama untuk stroke non hemoragik mirip dengan penyakit arteri karotid, antara lain tekanan darah tinggi, diabetes, aterosklerosis atau penyakit arteri karotid, fibrilasi atrium (Afib), kadar kolesterol LDL tinggi, kelebihan berat badan, perokok dan berusia di atas 55 tahun (Susilo, 2019).

3. Klasifikasi

Menurut Kristina, et al., (2024), klasifikasi stroke ada dua yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Pada stroke hemoragik pembuluh darah pecah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk ke daerah otak sehingga otak mengalami kerusakan. Sedangkan stroke iskemik aliran darah terhenti karena pembekuan darah yang menyumbat pembuluh aliran darah. Stroke non hemoragik dibagi berdasarkan oklusi aliran darah dan manifestasi klinis, yaitu :

a. Berdasarkan oklusi aliran darah

Menurut Susilo (2019), penyumbatan arteri yang menyebabkan stroke non hemoragik terbagi dalam dua kategori berdasarkan oklusi aliran darah, yaitu sebagai berikut :

1) Stroke trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat oklusi aliran darah, biasanya karena aterosklerosis berat. Sering kali, penderita mengalami satu atau lebih serangan iskemik sementara (transient ischemic attack/TIA) sebelum stroke trombotik terjadi. TIA biasanya berlangsung kurang dari 24 jam. Apabila TIA sering terjadi maka kemungkinan terjadinya stroke trombotik biasanya berkembang akan dalam periode 24 jam.

2) Stroke embolik

Stroke embolik berkembang setelah oklusi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak. Sumber umum embolus yang menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta.

b. Berdasarkan manifestasi klinis

Menurut Rianawati & Munir (2017), pembagian stroke menurut manifestasi klinisnya yaitu sebagai berikut :

- 1) TIA (transient ischemic attack): serangan akut deficit neurologis focal yang berlangsung singkat, kurang dari 24 jam dan sembuh tanpa gejala sisa.
- 2) RIND (Residual Ischemic Neurological Defisit): sama dengan TIA tetapi berlangsung lebih dari 24 jam dan sembuh sempurna dalam waktu kurang dari 3 minggu.
- 3) Completed stroke: stroke dengan deficit neurologis berat dan menetap, dalam waktu 6 jam, dengan penyembuhan tidak sempurna dalam waktu lebih dari 3 minggu.
- 4) Progressive stroke: stroke dengan deficit neurologi focal yang terjadi bertahap dan mencapai puncaknya dalam waktu 24-48 jam (system karotis) atau 96 jam (system VB) dengan penyembuhan tidak sempurna dalam waktu 3 minggu.

4. Patofisiologi

Menurut Kusyani & Khayudin (2022), stroke iskemia dikarenakan di dalam thrombus atau embolus yang mengalami penyumbatan aliran darah otak. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut

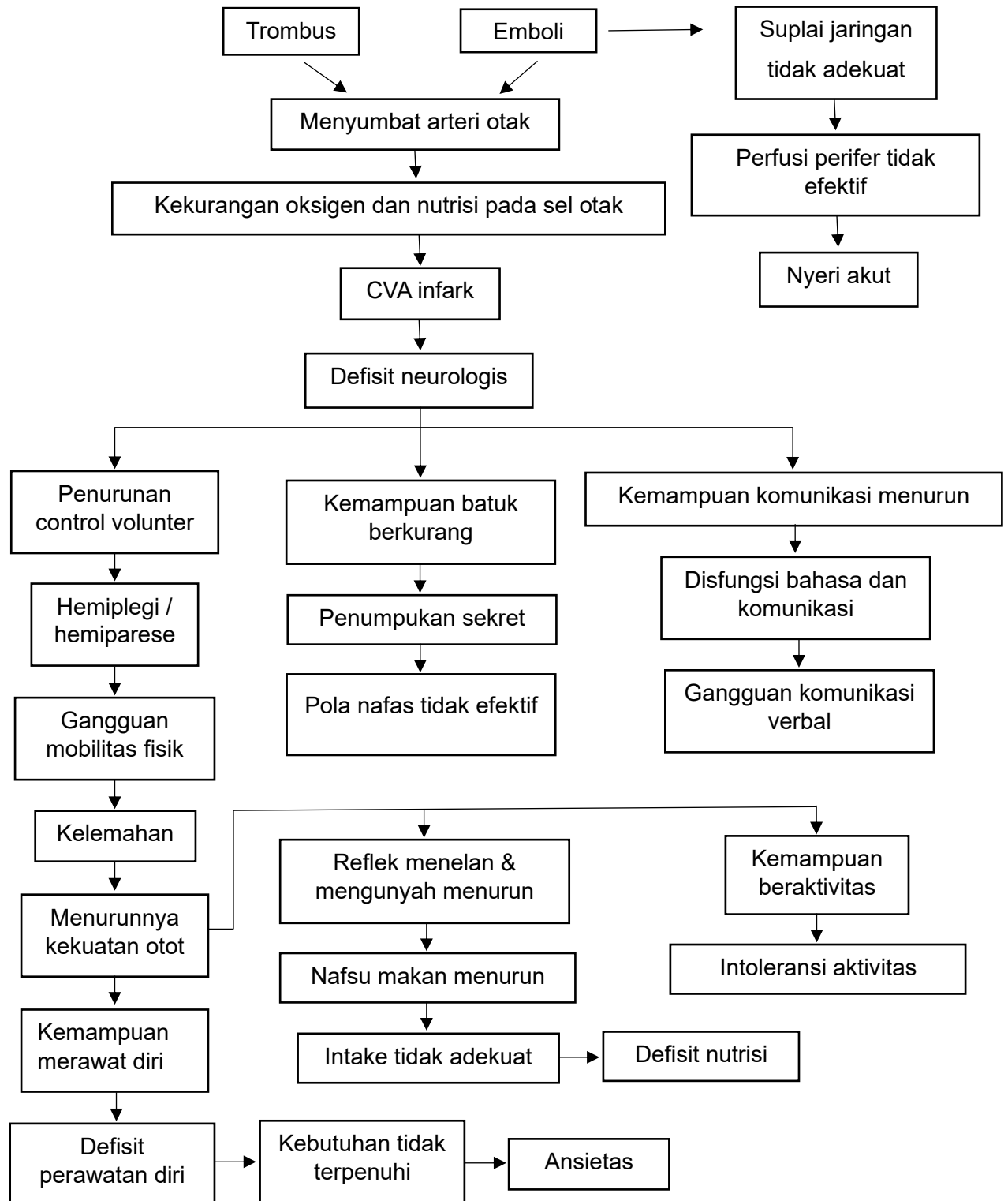
menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologist fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

Otak tidak memiliki cadangan oksigen dan otak sangat bergantung pada oksigen. Terjadinya kekurangan oksigen ke jaringan otak, disebabkan aliran darah pada setiap bagian otak terlambat karena trombus dan embolus. Gejala yang dirasakan yaitu kehilangan kesadaran jika selama satu menit kekurangan oksigen. Nekrosis mikroskopik neuron akan terjadi ketika kekurangan oksigen dengan waktu lebih lama. Bagian area nekrotik dikatakan infark. Bekuan darah, udara, plaque, atheroma flakmen lemak mungkin berakibat pada kekurangan oksigen(Kusyani & Khayudin, 2022).

Iskemia dan infark sulit ditentukan pada otak yang dialami oleh CVA Infark metabolik. Peningkatan tekanan intrakranial dan edema cerebral terjadi disebabkan adanya peluang dominan CVA Infark dapat meluas sesudah serangan pertama. Gangguan pasokan aliran darah pada otak bisa terjadi dimana saja di dalam arteri yang membentuk sirkulasi wilisi yang bergantung terhadap bagian otak yang terkena dan luasnya yang terkena. Infark/kematian jaringan terjadi karena aliran darah pada jaringan otak terputus, kurang lebih 15 menit sampai 20 menit. Infark di bagian otak yang dipendarahi arteri tersebut tidak selalu disebabkan oleh oklusi di suatu arteri (Kusyani & Khayudin, 2022).

5. Pathway

Menurut Kusyani & Khayudin (2022), pathway stroke yaitu :



Gambar 2.1 Pathway Stroke

6. Tanda dan Gejala

Menurut Rianawati & Munir (2017), gejala stroke non hemoragik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasi tempat gangguan peredaran darah.

a. Arteri cerebri anterior :

- 1) Hemiparesis kontralateral dengan kelumpuhan tungkai lebih menonjol.
- 2) Gangguan mental.
- 3) Gangguan sensibilitas pada tungkai yang lumpuh.
- 4) Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air.
- 5) Bisa terjadi kejang-kejang.

b. Arteri cerebri media :

- 1) Bila sumbatan di pangkal arteri, terjadi kelumpuhan yang lebih ringan.
- 2) Bila tidak di pangkal maka lengan lebih menonjol.
- 3) Gangguan saraf perasa pada satu sisi tubuh. Hilangnya kemampuan dalam berbahasa (aphasia).

c. Arteri karotis interna :

- 1) Buta mendadak (amaurosis fugaks).
- 2) Ketidakmampuan untuk berbicara atau mengerti bahasa lisan (disfasia) bila gangguan terletak pada sisi dominan.

- 3) Kelumpuhan pada sisi tubuh yang berlawanan (hemiparesis kontralateral) dan dapat disertai sindrom horner pada sisi sumbatan.
- d. Arteri cerebri posterior :
- 1) Hemiparesis kontra lateral.
 - 2) Ketidakmampuan membaca (aleksia).
 - 3) Kelumpuhan saraf kranialis ketiga.
- e. Sistem vertebrobasiler :
- 1) Kelumpuhan di satu sampai keempat ekstremitas.
 - 2) Meningkatnya refleks tendon.
 - 3) Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh.
 - 4) Gejala-gejala sereblum seperti gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo).
 - 5) Ketidakmampuan untuk menelan (disfagia).
 - 6) Gangguan motoris pada lidah, mulut, rahang dan pita suara sehingga pasien sulit bicara (disatria).
 - 7) Kehilangan kesadaran sepiintas (sinkop), penurunan kesadaran secara lengkap (strupor), koma, pusing, gangguan daya ingat, kehilangan daya ingat terhadap lingkungan (disorientasi).
 - 8) Gangguan penglihatan, seperti penglihatan ganda (diplopia), gerakan arah bola mata yang tidak dikehendaki (nistagmus), penurunan kelopak mata (ptosis), kurangnya

daya gerak mata, kebutaan setengah lapang pandang pada belahan kanan atau kiri kedua mata (hemianopia homonim).

9) Gangguan pendengaran.

10) Rasa kaku di wajah, mulut atau lidah.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Susilo (2019), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien stroke non hemoragik yaitu, sebagai berikut :

- a. CT scan merupakan pemeriksaan baku untuk membedakan infark dengan pendarahan.
- b. Scan resonansi magnetik (MRI) lebih sensitif dari CT scan dalam mendeteksi infark serebri dini dan infark batang otak.
- c. Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien, ekokardiografi transtorakal sudah memadai. Ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitif untuk mendeteksi trombus mural atau vegetasi katup.
- d. Ultrasonografi doppler karotis diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikasi untuk enarterektomi karotis.
- e. Ultrasonografi doppler transkranial dapat dipakai untuk mendiagnosis oklusi atau stenosis arteri intrakranial besar. Gelombang intrakranial yang abnormal dan pola aliran kolateral dapat juga dipakai untuk menentukan apakah suatu stenosis

pada leher menimbulkan gangguan hemodinamik yang bermakna.

- f. Angiografi resonansi magnetik dapat dipakai untuk mendiagnosis stenosis atau oklusi arteri ekstrakranial atau intrakranial.
- g. Pemantauan holter dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermiten.

8. Penatalaksanaan

Menurut Susilo (2019), penatalaksanaan dan penanganan yang tepat pada pasien stroke akan memberikan peluang bagi pasien untuk bertahan hidup dan mengurangi komplikasi yang dapat terjadi pada pasien stroke yaitu sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan umum
 - 1) Nutrisi
 - 2) Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl 0,9% jika hipovolemik
 - 3) Hiperglikemia: koreksi dengan insulin, bila stabil beri insulin regular subkutan.
 - 4) Neurorehabilitasi dini: stimulasi dini secepatnya dan fisioterapi gerak anggota badan aktif maupun pasif.
 - 5) Perawatan kandung kemih: kateter menetap hanya pada keadaan khusus (kesadaran menurun, demensia, dan afasia global)

b. Penatalaksanaan khusus

1) Terapi spesifik stroke iskemik akut

a) Trombosis rt-PA intravena/intraarterial pada ≤ 3 jam setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90 mg). Sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melalui melalui infuse dalam waktu 1 jam.

b) Antiplatelet: asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau Clopidogrel 75 mg/hr.

c) Obat neuroprotektif.

2) Hipertensi: tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik > 220 mmHg dan/atau tekanan diastolic > 120 mmHg dengan penurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal per hari. Maka dari itu harus dilakukan monitor tanda-tanda vital secara berkala.

3) Thrombosis vena dalam:

a) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari.

b) Low Molecular Weight Heparin (enoksaparin /nadroparin) 2x0,3-0,4 IU SC abdomen.

c) Pneumatic boots, stoking elastic, fisioterapi dan mobilisasi.

4) Perawatan darurat dengan obat-obatan

Klien bisa diberikan injeksi intravena activator plasminogen jaringan (tPA). Injeksi activator plasminogen jaringan

rekombinan (tPA), juga disebut alteplase, dianggap sebagai pengobatan standard terbaik untuk stroke iskemik. Injeksi tPA diberikan dalam waktu 3 jam. Obat ini mengembalikan aliran darah dengan melarutkan gumpalan darah yang menyebabkan stroke, selain itu obat ini dapat membantu penderita stroke untuk pulih sepenuhnya. Sebelum pemberian obat, dokter akan mempertimbangkan resiko tertentu, seperti potensi perdarahan di otak, untuk menentukan apakah tPA sesuai untuk klien.

5) Prosedur endovaskuler darurat

a) Pengobatan langsung ke otak

Tabung tipis (kateter) panjang dimasukkan melalui arteri di selangkangan klien dan terus masuk hingga ke otak untuk mengirim tPA langsung ke area tempat stroke terjadi. Prosedur ini disebut trombolisis intraarterial. Jendela waktu untuk pengobatan ini agak lebih lama daripada untuk IPA intravena, tetapi masih terbatas.

b) Membuang bekuan dengan retriever stent

Tabung tipis (kateter) digunakan untuk mengarahkan perangkat ke pembuluh darah yang tersumbat di otak dan membuang bekuan. Prosedur ini sangat bermanfaat bagi klien dengan gumpalan besar yang tidak dapat dilarutkan sepenuhnya dengan tPA.

c. Penatalaksanaan bedah

Untuk mengurangi resiko klien mengalami stroke atau serangan iskemik transien, prosedur bedah mungkin akan dirujuk. Tujuannya adalah untuk membuka arteri yang dipersempit oleh plak. Tergantung keadaan klien, prosedur-prosedur berikut juga mungkin akan dirujuk untuk mencegah stroke:

1) Endarterektomi karotis

Prosedur endarterektomi karotis bertujuan untuk menghilangkan plak dari arteri yang terletak disepanjang sisi leher hingga otak (arteri karotid). Dalam prosedur ini, dilakukan sayatan disepanjang bagian depan leher, lalu arteri carotid dihilangkan. Setelah itu, arteri ditutup lagi dengan jahitan atau patch yang terbuat dari vena atau bahan buatan (cangkokan). Prosedur endarterektomi karotis dapat mengurangi resiko stroke iskemik, namun juga memiliki resiko, terutama bagi klien dengan penyakit jantung atau kondisi medis lainnya.

2) Angioplasty dan stent

Dalam prosedur angioplasti, arteri karotid diakses melalui arteri pada selangkangan. Sebuah alat seperti balon kemudian ditiupkan untuk memperluas arteri yang menyempit, dengan demikian stent dapat dimasukkan untuk mendukung arteri yang terbuka.

3) Surgical clipping

Sebuah prosedur untuk menutup aneurisma. Ahli bedah saraf menghilangkan suatu bagian tengkorak untuk mengakses aneurisma penyebab stroke. Selanjutnya, dokter bedah akan menenempatkan kliptogram kecil di leher untuk menghentikan aliran darah yang masuk ke dalam.

d. Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien SNH sangat beragam. Menurut Hermanto (2023) tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien SNH adalah sebagai berikut:

1) Anamnesa

- a) Data demografi.
- b) Riwayat kesehatan dahulu.
- c) Kesehatan saat ini.
- d) Keluhan utama.
- e) Manifestasi klinis.
- f) Pola kesehatan fungsional.

2) Pemeriksaan fisik

- a) Penilaian kesadaran.
- b) Mengukur tanda-tanda vital.
- c) Pemeriksaan kelemahan otot.
- d) Pemeriksaan sensorik, motorik, reflek, dan rangsang meningen.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Penulisan

Jenis atau desain penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Desain Penelitian deskriptif adalah jenis desain penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan atau menjelaskan karakteristik suatu fenomena atau populasi dengan cara yang sistematis dan obyektif. Dalam desain deskriptif, peneliti tidak mencoba menguji hipotesis atau menetapkan hubungan sebab-akibat, tetapi fokus pada pengumpulan data untuk memberikan gambaran yang jelas tentang apa yang ada atau terjadi (Iskandar, et al., 2023). Pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis akan mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

B. Subyek Penulisan

Populasi pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah seluruh pasien stroke non hemoragik yang dirawat di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno. Karena waktu yang sangat terbatas, maka sampel pada laporan ini hanya 1 (satu) kasus. Kasus diambil secara acak (*simple random sampling*).

C. Fokus Penulisan

Fokus utama sebagai bahasan pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah gambaran tindakan keperawatan pada pasien yang dirawat karena stroke non hemoragik.

D. Definisi Operasional

Tindakan keperawatan adalah semua tindakan yang dilakukan perawat ke pasien baik tindakan mandiri maupun tindakan kolaboratif.

E. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan oleh penulis pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini adalah format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh STIKES PANTI KOSALA.

F. Metode Pengumpulan Data

Data diambil secara aktual saat ini dan studi retrospektif berdasar data atau dokumen yang ada pada rekam medis pasien. Prosedur pengumpulan data yang penulis lakukan adalah sebagai berikut :

1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pengambilan data kepada pasien.
2. Melakukan pengkajian pada pasien sesuai responden yang diperoleh dengan metode anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.

3. Menulis laporan asuhan keperawatan sesuai format yang telah disiapkan.
4. Melakukan analisis deskriptif atau studi kasus sesuai data dan asuhan keperawatan yang dilakukan.

G. Analisa Data

Sesuai jenis dan desain penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah yang berupa studi deskriptif, maka data yang telah penulis peroleh disajikan dalam bentuk gambaran atau deskriptif tendensi atau fenomena masalah yang didukung dengan atau fakta-fakta secara jelas dan obyektif.

H. Tempat dan Waktu

Pengambilan data pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan di Ruang Kawung 3C RSUD Ibu Fatmawati Soekarno selama 2 (dua) *shift* jaga.

I. Ruang Lingkup

Karena begitu luasnya masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien stroke non hemoragik, maka pada laporan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis hanya membatasi pada 1 (satu) masalah keperawatan yaitu tindakan keperawatan dengan jumlah responden 1 (satu) pasien ditinjau berdasar proses keperawatan dari pasien masuk rumah sakit sampai dengan saat dilakukan pengelolaan oleh penulis.

BAB IV

RESUME DAN PEMBAHASAN

A. Resume Kasus

Pengkajian ini dilakukan pada hari kamis, 6 Februari 2025, dengan menggunakan metode auto dan *alloanamnesa* dan melihat status pasien.

1. Identitas Pasien

a. Pasien

- 1) Nama : Ny. M
- 2) Umur : 77 tahun
- 3) Agama : Islam
- 4) Jenis kelamin : Perempuan
- 5) Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- 6) Alamat : Karanganyar

b. Penanggung Jawab

- 1) Nama : Tn. I
- 2) Umur : 48 tahun
- 3) Agama : Islam
- 4) Jenis kelamin : Laki-laki
- 5) Pekerjaan : Wiraswasta
- 6) Alamat : Karanganyar
- 7) Hubungan dg klien : Anak dari pasien
- 8) Sumber biaya : BPJS

2. Identitas Medis

- a. Ruang / kamar : Kawung / 3.2
- b. Tanggal / jam masuk : 5 Februari 2025 / 17.00 WIB
- c. Nomor register : 00-21-XX-XX
- d. Dx medis : HT Susp SNH
- e. Dokter : dr. A

3. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat dan tidak memiliki riwayat alergi makanan.

4. Riwayat Kesehatan

Kesadaran umum : composmentis

Keluhan utama : Pasien mengatakan nyeri panggul saat berjalan

a. Riwayat penyakit sekarang

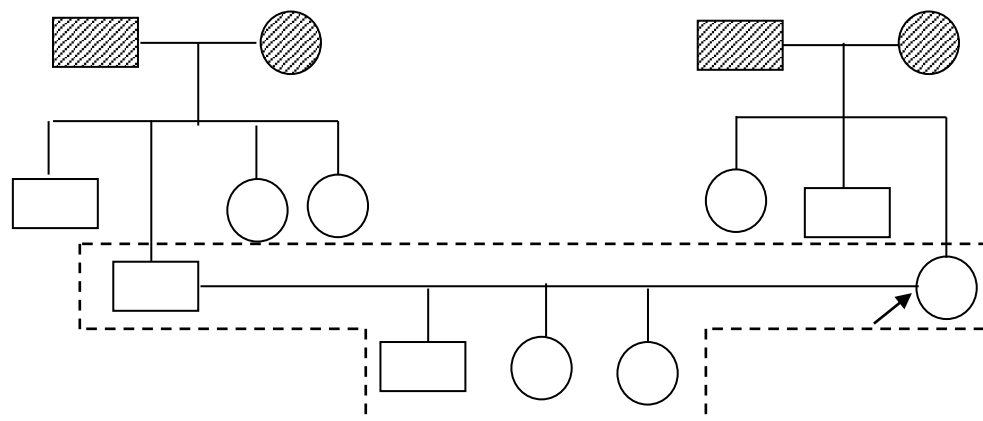
Pasien mengatakan pasien datang ke poli syaraf umum pada hari rabu, 5 februari 2025 dengan keluhan nyeri panggul, nyeri saat berjalan sejak satu bulan lalu. Pasien mengatakan sudah periksa di puskesmas tetapi belum membaik, lalu pasien dirujuk ke poli syaraf RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta. Pada saat dijkaji di bangsal kawung 3.2 pasien mengatakan nyeri pada panggul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri saat berjalan, nyeri skala 8, nyeri muncul hilang timbul. Pasien mengatakan pusing saat beraktivitas, lemas saat beraktivitas dan aktivitas pasien dibantu keluarga. Hasil pemeriksaan TTV, TD : 142/78

mmHg, HR : 87 kali/menit, S : 36,5 °C, SPO₂ : 98%, RR : 20 kali/menit. Sesuai advise dokter pasien mendapatka terapi infus asering 20 tpm, injeksi ranitidine 50 mg/12 jam, mecobalamin 100 mg/12 jam. Pasien juga dilakukan pemeriksaan lab dan rongten.

b. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi selama 5 tahun tetapi tidak terkontrol, pasien juga tidak rutin mengkonsumsi obat hipertensi.

c. Riwayat penyakit keluarga



Keterangan :



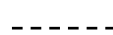
: laki-laki



: pasien



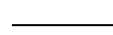
: perempuan



: tinggal serumah



: meninggal dunia



: garis pernikahan

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Lemah

b. Kesadaran : Compos mentis

c. Tanda-tanda Vital (TTV)

- 1) Tekanan darah : 142/78 mmHg
- 2) Nadi : 87 x /menit
- 3) Suhu : 36,5°C
- 4) Respirasi : 20x /menit

d. Berat/ tinggi badan : 51 kg/158 cm

e. Pemeriksaan kepala

1) Rambut

Warna rambut hitam, tidak ada alopecia, rambut bersih tidak berminyak, rambut tidak ada ketombe.

2) Wajah

Bentuk wajah lonjong, tidak ada lesi dan edema.

3) Mata

Simetris kanan dan kiri, sklera tidak ikterik, mata rabun jauh, menggunakan kacamata, palpebra menghitam.

4) Telinga

Simetris kanan dan kiri, terdapat sedikit seruman, tidak Memakai alat bantu pendengaran.

5) Hidung

Tidak ada epistaksis, tidak ada napas cuping hidung, tidak terpasang O₂.

6) Mulut

Bibir hitam, gigi rapi, putih, tidak ada kesulitan atau gangguan bicara.

f. Pemeriksaan leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri telan, tidak ada jejas dan perlukaan.

g. Pemeriksaan dada

1) Inspeksi

Permukaan dada bidang, tidak ada perlukaan respirasi 20 kali/menit

2) Palpasi

Teraba getaran yang sama saat dilakukan vokal fremitus, tidak ada nyeri tekan.

3) Perkusi

Perkusi dada pasien suara sonor

4) Auskultasi

Suara nafas pasien terdengar vesikuler

h. Pemeriksaan abdomen

1) Inspeksi : tidak terdapat asites

2) Auskultasi : peristaltik usus 15 kali/menit

3) Perkusi : tympani

4) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

i. Pemeriksaan anus dan rectum

Tidak terdapat hemoroid

j. Pemeriksaa genetalia

Tidak ada kelainan, genetalia bersih, tidak terpasang kateter.

k. Pemeriksaan ekstremitas

Terpasang infus ditangan kiri, tidak ada kelainan ekstermitas

Skala kekuatan otot :

4	5
4	5

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan CT Scan kepala (5 Februari 2025)

Expertise : MSCT Kepala tanpa kontras

Lesi hipodens ukuran, 1,5 cm di nucleus lentiformis bilateral

Tak tampak midline shifting

Suki dan gijri prominent

Sistem ventrikel dan sisterna normal

Pons, cerebellum dan cerebellopontine angle normal

Tak tampak klasifikasi abnormal

Orbita, sinus paranasalis dan mastoid kanan kiri normal

Craniocerebral space tak tampak melebar

Calvaria infak

Kesimpulan :

Lakurnar infark di nucleus lentiformis bilateral

Brain atrophy

b. Pemeriksaan USG Abdomen (7 Februari 2025)

Hepar : Ukuran norma, echostruktur normal, sudut tajam, tepi

irregular IHBD/EHBD normal, VPIVH normal, tak tampak

nodul/kista/massa

Gaster : dinding tampak tebal

GB : Dinding tak menbal, tak tampak batu/sludge

Lien : Ukuran normal, echostruktur normal, tak tampak nodul

Pankreas : echostruktur normal, tak tampak kalsifikasi

Ginjal kanan : echostruktur meningkat, batas sinus korteks tak tegas, tak tampak ectasis PCS, tak tampak batu/kista/massa

Ginjal kiri : echostruktur meningkat, batas sinus korteks tak tegas, tak tampak ectasis PCS, tak tampak batu/kista/massa

Vesika urinaria : Terisi cukup urine, dinding tak tebal, tak tampak massa/batu

Uterus : Tak tampak massa

Tak tampak limfadenopati di paracorta

Tak tampak intensitas echo cairan di cavum pleura kanan dan kiri dan cavum abdomen

Kesimpulan :

Parenchymal renal disease bilateral mengarah CKD

Gastritis

Hepar/GB/Lien/Pankreas/VU/Uterus tak tampak kelainan

c. Pemeriksaan Thorax AP (5 Februari 2025)

COR : Ukuran CTR > 0,6

Pulmo : Peihilar hazzines bilateral dengan patchy infiltrate di kedua paru

Sinus costophrenicus kanan kiri tajam

Hemidraphagma kanan kiri normal

Trakhea di tengah

Skoliosis torakalis dengan konveksitas ke kanan

Kesimpulan :

Kardiomegali dan edema paru

Bronkopneumonia

Dekstroskoliosis torakalis

d. Hasil laboratorium (5 Februari 2025)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	9.2	g/dl	10.8-15.0
Leukosit	7.46	$10^3/\mu\text{l}$	4.7-11.5
Eritrosit	2.78	juta/ mm^3	4.11-5.55
Trombosit	319	ribu/ mm^3	216-450
Hematokrit	26	%	34-45
Natrium (Na)	150	mmol/l	135-147
Kalium (K)	4.18	mmol/l	3.5-5.0
Klorida (Cl)	115	mmol/l	95-105
Ureum	73	mg/dl	13-43
Kreatinin	4.0	mg/dl	0.5-1.2
Glukosa Darah Sewaktu	118	mg/dl	70-140

e. Hasil laboratorium (6 Februari 2025)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Kolestrol Total	147	mg/dl	<200
Trigleserida	74	mg/dl	<150
Asam urat	9.2	mg/dl	2.7-7.3
Glukosa Darah Sewaktu	101	mg/dl	70-110

7. Program Terapi

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1.	Asering	20 tpm	Menyeimbangkan elektrolit
2.	Ranitidine	50 mg/ 12 jam	Menurunkan asam lambung
3.	Mecobalamin	500 meg/ 12 jam	Memperbaiki gangguan saraf
4.	Onolwa mx sach	1 x 1	Meningkatkan imun tubuh
5.	Atorvastatin	0 – 0 – 1	Mencegah penyumbatan pembuluh darah
6.	Tizanidin tab	0 – 0 -1/2	Mengatasi otot kaku
7.	Gabapentin	0 – 0 – 1	Meredakan nyeri saraf
8.	Allopurinol	1 x 300 mg	Mengurangi kadar asam urat
9.	Betahisin	1 x 24 mg	Meredakan vertigo
10.	Flunarisin	2 x 5 mg	Mencegah migrain
11.	Asam folat	1 x 1	Pembentukan sel darah merah
12.	Prorenal	3 x 1	Terapi untuk gangguan ginjal kronik

8. Data Fokus

Hari, tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	TTD
Kamis, 06/02/2025	Data Subjektif : Pasien mengatakan 1. P : Nyeri saat berjalan 2. Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk 3. R : Nyeri pada panggul 4. S : Skala nyeri 8 5. T : Nyeri hilang timbul 6. Terasa pusing saat beraktivitas 7. Badan lemas 8. Merasa letih dan cepat Lelah saata beraktivitas 9. Melakukan mobilisasi dengan merambat tapi tidak bertahan lama Data Objektif : 1. Pasien meringis kesakitan dan menahan nyeri saat berjalan 2. Pasien tamok gelisah 3. Pasien tampak protektif terhadap nyeri 4. Pasien banyak berbaring di tempat tidur 5. Total skor ADL : 12 (ketergantungan ringan) 6. Pasien tampak pucat dan lemas 7. Hasil pemeriksaan TTV a. Tekanan darah : 142/78 mmHg b. HR : 87 kali/menit c. SPO₂ : 98% d. Suhu : 36,5°C e. RR : 20 kali/menit	Adinda

9. Analisa Data

No Dx	Hari, Tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	Problem	Etiologi	TTD
1.	Kamis, 06/02/2025	DS : Pasien mengatakan 1. P : Nyeri saat berjalan 2. Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk 3. R : Nyeri pada panggul 4. S : Skala nyeri 8 5. T : Nyeri hilang timbul 6. Badan lemas DO : 1. Pasien meringis kesakitan dan menahan nyeri saat berjalan 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak protektif terhadap nyeri	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis	Adinda
2.	Kamis, 06/02/2025	DS : Pasien mengatakan 1. Terasa pusing saat beraktivitas 2. Badan lemas 3. Merasa letih dan cepat Lelah saat beraktivitas	Intoleransi aktivitas	Kelemahan	Adinda

No Dx	Hari,Tanggal Jam	Data subjektif dan objektif	Problem	Etiologi	TTD
		4. Melakukan mobilisasi dengan merambat tapi tidak bertahan lama DO : 1. Pasien banyak berbaring di tempat tidur 2. Total skor ADL : 12 (ketergantungan ringan) 3. Pasien tampak pucat dan lemas			

10. Daftar Masalah

No Dx	Tanggal Ditemukan	Masalah Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD
1	Kamis, 06/02/2025	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis ditandai dengan Pasien mengatakan P : Nyeri saat berjalan, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri pada panggul, S : Skala nyeri 8, T : Nyeri hilang timbul, Badan lemas, pasien meringis kesakitan dan	Jumat, 07/02/2025	Adinda

No Dx	Tanggal Ditemukan	Masalah Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD
		menahan nyeri saat berjalan, pasien tampak gelisah, pasien tampak protektif terhadap nyeri		
2	Kamis, 06/02/2025	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan Pasien mengatakan terasa pusing saat beraktivitas badan lemas, merasa letih dan cepat lelah, melakukan mobilisasi dengan merambat tapi tidak bertahan lama, pasien banyak berbaring di tempat tidur, total skor adl : 12 (ketergantungan ringan), pasien tampak pucat dan lemas	Jumat, 07/02/2025	Adinda

11. Perencanaan

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
1	SLKI : Tingkat Nyeri Pasien mampu menurunkan tingkat nyeri secara adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 7 Februari 2025 Indikator : 1. Keluhan nyeri (4) Cukup menurun	SIKI 1 : Manajemen Nyeri Aktivitas : 1. Identifikasi karakteristik, durasi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Berikan teknik non farmakologi (teknik nafas dalam)	Adinda

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
	2. Meringis (4) Cukup menurun 3. Gelisah (5) Menurun 4. Sikap protektif (5) Menurun 5. Kemampuan menuntaskan aktivitas (5) Meningkat	5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Lakukan kolaborasi pemberian ketorolac 30 mg/ 8 jam SIKI 2 : Pemberian Analgesik Aktivitas : 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor efektivitas analgesik	
2	SLKI : Toleransi aktivitas Pasien mampu menurunkan toleransi aktivitas yang meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai tanggal 7 Februari 2024 Indikator : 1. Keluhan lelah (5) Menurun 2. Perasaan lemah (5) Menurun	SIKI 1 : Manajemen Energi Aktivitas : 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Pantau kelelahan fisik dan emosional 3. Pantau lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas	Adinda

No Dx	Tujuan dan Kriteria (SLKI)	Tindakan (SIKI)	TTD
	3. Kekuatan tubuh bagian bawah (5) Meningkat 4. Kemudahan dalam aktivitas sehari-hari (5) Meningkat 5. Tekanan darah (5) Membaik	4. Lakukan latihan jarak gerak pasif dan/atau aktif 5. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 6. Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 7. Anjurkan tirah baring 8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 9. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 10. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	

12. Implementasi

Hari, Tanggal Jam	No Dx	Tindakan dan respon	TTD
Kamis, 06/02/2025 07.45	1,2	Melakukan pengkajian pada pasien RS : pasien mengatakan nyeri pada panggul, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala 8, nyeri saat berjalan, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan cepat letih dan Lelah saat berktivitas	Adinda

Hari, Tanggal Jam	No Dx	Tindakan dan respon	TTD
		RO : pasien tampak meringis menahan nyeri saat berjalan, pasien tampak pucat dan lemas, kekuatan otot pasien kaki kanan (4) dan tangan kanan (4)	
08.15	1,2	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital RS : pasien mengatakan lemas RO : TD : 142/78, N : 87 kali/menit, RR : 20 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,5	Adinda
08.30	1,2	Memberikan injeksi IV per infus RS : pasien mengatakan bersedia di injeksi RO : ranitidine 50 mg dan mecobalamin 500 mg telah diberikan	Adinda
Jumat, 07/02/2025 07.30	1,2	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital RS : pasien mengatakan lemas RO : TD : 136/90, N : 83 kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3	Adinda
08.15	1,2	Memberikan injeksi IV per infus RS : pasien mengatakan tidak sakit saat di injeksi RO : ranitidine 50 mg dan mecobalamin 500 mg telah diberikan	Adinda
09.00	1.2	Memberikan terapi ROM RS : pasien mengatakan bersedia RO : pasien tampak memperhatikan dan kooperatif saat diajarkan gerakan ROM	Adinda

Hari, Tanggal Jam	No Dx	Tindakan dan respon	TTD
09.30	1,2	Melakukan evaluasi RS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada panggul saat berjalan, nyeri skala 7, nyeri seperti di tusuk-tusuk, dan nyeri hilang timbul, badan pasien masih lemas serta tidak kuat untuk berjalan lama RO : Pasien tampak lemah hanya berbaring di tempat tidur	Adinda

13. Evaluasi

Hari, Tanggal	No Dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
Jumat, 07/02/2025	1	S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada panggul saat berjalan, nyeri skala 7, nyeri seperti di tusuk-tusuk, dan nyeri hilang timbul, O : Pasien tampak lemas TD : 136/90, N : 83 kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3 Indikator a. Keluhan nyeri (3) Sedang b. Meringis (4) Cukup menurun c. Gelisah (4) Cukup menurun d. Sikap protektif (4) Cukup menurun e. Kemampuan menuntaskan aktivitas (3) Sedang A : Pasien belum mampu mencapai tingkat nyeri yang menurun P : Lanjutkan intervensi - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu	Adinda

Hari, Tanggal	No Dx	Evaluasi (SOAP)	TTD
Jumat, 07/02/2025	2	S: Pasien mengatakan , badan pasien masih lemas serta tidak kuat untuk berjalan lama O : Pasien tampak lemas, hanya berbaring di tempat tidur, TD : 136/90, N : 83 kali/menit, RR : 21 kali/menit SPO2 : 98%, Suhu : 36,3 Indikator a. Keluhan lelah (4) Cukup menurun b. Perasaan lemah (4) Cukup menurun c. Kekuatan tubuh bagian bawah (4) Cukup menurun d. Kemudahan dalam aktivitas sehari-hari (3) Sedang e. Tekanan darah (4) Cukup menurun A : Pasien belum mampu mencapai toleransi aktivitas yang meningkat P : Lanjutkan intervensi - Anjurkan tirah baring	Adinda

B. Pembahasan

Pada bagian ini penulis akan menggunakan pembahasan “Studi Deskriptif Tindakan Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Kawung RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Surakarta”. Penulis akan menguraikan tindakan keperawatan yaitu :

1. Tindakan Saat Pasien di Poliklinik

a. Mengukur tanda-tanda vital

Menurut Adi, et al., (2022), vital sign merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh. Tanda vital adalah ukuran objektif fungsi fisiologis tubuh. Kata "vital" mengindikasikan bahwa pengukuran dan penilaiannya adalah langkah penting pertama untuk evaluasi klinik. Vital sign terdiri dari pemeriksaan: tekanan darah, frekuensi nadi, pernapasan dan suhu.

1) Tekanan darah

Tekanan darah merupakan kekuatan yang mendorong darah terhadap dinding arteri. Jenis tekanan darah yaitu sistolik dan diastolik, dimana sistolik keadaan jantung sedang berkontraksi (mengempis) dan diastolik keadaan jantung relaksasi (mengendur). Nilai normal tekanan darah 90/60 mmHg hingga 120/80 mmHg.

2) Frekuensi nadi

Nilai denyut nadi merupakan indikator untuk menilai sistem kardiovaskuler. Denyut nadi dapat diperiksa di atas nadi perifer (nadi yang jauh dari jantung) yaitu radialis, ulnaris, brakialis. Nilai normal denyut nadi adalah 60-100 x/menit.

3) Pernafasan

Pernafasan adalah jumlah nafas per menit, dihitung setiap satu gerakan inhalasi dan ekshalasi. Tingkat pernafasan

normal adalah sekitar 12-20 x/menit.

4) Suhu

Suhu merupakan gambaran hasil metabolisme tubuh.

Thermogenesis (produksi panas tubuh) dan termolisis (panas yang hilang) secara normal diatur oleh hipotalamus.

Suhu tubuh manusia biasanya berkisar antara 36,5 - 37,5C.

Hasil dari pemeriksaan tanda-tanda vital Ny. M di poliklinik yaitu

TD: 162/101 mmHg. N: 87 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,2°C,

SPO2: 97%. Pada pasien stroke non hemoragik tekanan darah

rata-rata berada di atas normal dimana tekanan darah sistol $\geq$

140 mmHg dan tekanan darah diastol $\geq$ 90 mmHg baik yang

hipertensi terkontrol maupun yang tidak terkontrol. Pada pasien

stroke non hemoragik respirasi dan saturasi sangat

berpengaruh karena pasien yang mengalami stroke non

hemoragik memerlukan suplai oksigen yang adekuat untuk

memenuhi kebutuhan metabolisme otak. Frekuensi nadi

berpengaruh pada pasien stroke non hemoragik karena adanya

takikardi menimbulkan hipotensi. Nadi yang cepat, tidak

beraturan mungkin mengikuti dekompensasi

peningkatan tekanan intra kranial terminal.

Memonitor tanda-tanda vital pada Ny. M untuk mengetahui

langkah pertama yang penting untuk setiap evaluasi klinis dan

untuk mengetahui keadaan umum pasien saat pasien masuk

rumah sakit.

b. Melakukan pemeriksaan laboratorium darah/ ambil darah

Menurut Fathonah, et al., (2023), pemeriksaan laboratorium merupakan suatu prosedur tindakan dengan mengambil bahan atau sample dari pasien/individu dapat berupa darah, urine, feses, sputum, atau sample dari hasil biopsi. Tujuan dari tes darah/lab darah adalah mengidentifikasi berbagai proses dilakukan gangguan tubuh dan penyakit. Umumnya dapat mengetahui enzyme, serum lipid, elektrolit, kadar hormone, kadar urea, dan nitrogen darah.

Tindakan ini dilakukan pada pasien stroke non hemorgik untuk mengetahui pemeriksaan darah yang abnormal, dari hasil pemeriksaan yang menunjukkan hasil abnormal adalah hemoglobin 9.2 g/dl, eritrosit 2.78 juta/mm³, hematokrit 26%, natrium (Na) 150 mmol/L, klorida (cl) 115 mmol/L, ureum 73 mg/dl dan creatinin 4.0 mg/dl. Dari hasil tersebut menunjukkan pada pemeriksaan darah rutin seperti hemoglobin, eritrosit dan hematokrit mengalami penurunan dari batas normal. Sedangkan pemeriksaan elektrolit seperti natrium dan klorida serta ureum kreatinin yang mengalami peningkatan dari batas normal. Dilakukan pemeriksaan darah lengkap pada Ny.M yaitu untuk mengidentifikasi potensi masalah seperti anemia, infeksi, atau gangguan fungsi ginjal yang mungkin memerlukan penanganan.

c. Melakukan pemeriksaan penunjang rontgen thorax

Pemeriksaan rontgen thorax dilakukan pada Ny. M untuk mengetahui apakah ada gangguan atau tidak pada jantung dan paru-paru, hasil pemeriksaan pasien menunjukkan kardiomegali dan edema paru, bronkopneumonia, serta dekstrokoliosis torakalis.

Menurut Wenny, et al., (2023), rontgen thorax merupakan salah satu pemeriksaan yang penting dalam menegakkan diagnosis gagal jantung. Rontgen Thorax dapat menyelidiki penyebab lainnya dari gejala sesak napas pada pasien, misalnya pada penyakit paru. Sementara itu, penyakit atau infeksi paru yang diderita pasien bersamaan dengan adanya gagal jantung juga dapat memperberat gejala sesak nafas pada gagal jantung. Rontgen Thorax juga dapat mendeteksi kongesti paru, efusi pleura dan kardiomegali.

d. Melakukan pemeriksaan penunjang CT Scan

Menurut Dewilza & Yudha (2023), *computed tomography scanner* (CT Scan) adalah suatu prosedur yang digunakan untuk mendapatkan gambaran dari berbagai sudut kecil dari tulang tengkorak dan otak. CT Scan merupakan alat penunjang diagnosis.

Pemeriksaan CT Scan dilakukan pada Ny. M untuk mengetahui apakah ada gangguan atau tidak pada tulang tengkorak dan

otak pasien, hasil pemeriksaan pasien menunjukkan lakunar infark di nucleus *lentiformis bilateral* dan *brain atrophy*.

2. Tindakan Keperawatan pada Saat Pengambilan Kasus di Ruang Perawatan (bangsal).

a. Melaksanakan terapi dokter memberikan infus Asering 20 tpm.

Pemberian cairan melalui infus merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan cara memasukan cairan melalui intravena dengan bantuan infus set, bertujuan memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit serta sebagai tindakan dan pemberian makan (Hidayat & Uliyah, 2020).

Tindakan pemberian terapi infus asering pada Ny. M karena untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga tidak menyebabkan dehidrasi, hiperhidrasi ataupun gangguan keseimbangan cairan. Selain itu memberikan akses intravena untuk pemberian obat injeksi.

b. Mengukur tanda-tanda vital

Menurut Adi, et al., (2022), vital sign merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh. Tanda vital adalah ukuran objektif fungsi fisiologis tubuh. Kata "vital" mengindikasikan bahwa pengukuran dan penilaiannya adalah langkah penting pertama untuk evaluasi klinik. Vital sign terdiri dari pemeriksaan: tekanan darah, frekuensi nadi, pernapasan, dan suhu.

1) Tekanan darah

Tekanan darah merupakan kekuatan yang mendorong darah terhadap dinding arteri. Jenis tekanan darah yaitu sistolik dan diastolik, dimana sistolik keadaan jantung sedang berkontraksi (mengempis) dan diastolik keadaan jantung relaksasi (mengendur). Nilai normal tekanan darah 90/60 mmHg hingga 120/80 mmHg.

2) Frekuensi nadi

Nilai denyut nadi merupakan indikator untuk menilai sistem kardiovaskuler. Denyut nadi dapat diperiksa di atas nadi perifer (nadi yang jauh dari jantung) yaitu radialis, ulnaris, brakialis. Nilai normal denyut nadi adalah 60-100 x/menit.

3) Pernafasan

Pernafasan adalah jumlah nafas per menit, dihitung setiap satu gerakan inhalasi dan ekshalasi. Tingkat pernafasan normal adalah sekitar 12-20 x/menit.

4) Suhu

Suhu merupakan gambaran hasil metabolisme tubuh. Thermogenesis (produksi panas tubuh) dan termolisis (panas yang hilang) secara normal diatur oleh hipotalamus.

Suhu tubuh manusia biasanya berkisar antara 36,5 - 37,5C.

Saat pengelolaan kasus, perawat melakukan memonitor tanda-tanda vital pada Ny. M untuk mengetahui implementasi yang sesuai pada setiap evaluasi klinis dan untuk mengetahui

keadaan umum pasien. Hasil dari pemeriksaan tanda-tanda vital Ny. M saat pengkajian yaitu TD: 142/78 mmHg. N: 87 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,5°C, SPO2: 98%.

c. Melakukan anamnesa.

Menurut Nurlina (2024), pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Pengkajian pada pasien nyeri meliputi alasan masuk rumah sakit, kebutuhan rasa nyaman (nyeri), pemeriksaan fisik. Peningkatan nyeri akan meningkatkan tanda-tanda vital (Mubarak, et al., 2020).

Pasien telah dilakukan pengkajian di bangsal pada hari Kamis, tanggal 06 Februari 2025. Pasien mengatakan nyeri saat berjalan, kualitas nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan di area panggul, pasien mengatakan beratnya nyeri / skala nyeri yang dialami 8 (nyeri berat) dan nyeri hilang timbul. Pasien juga mengatakan pusing saat beraktivitas, lemas saat beraktivitas dan aktivitas pasien dibantu keluarga.

Berdasarkan uraian di atas, tindakan pengkajian sangat relevan atau sangat penting dilakukan untuk pasien karena untuk memastikan implementasi yang akan dilakukan serta

mendeteksi potensi masalah kesehatan pasien selama perawatan di rumah sakit.

d. Melakukan pemeriksaan kekuatan otot

Menurut Kristiani (2017), pasien stroke yang mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh disebabkan oleh karena penurunan kekuatan otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya atau imobilisasi. Oleh karena itu dilakukan tes kekuatan otot untuk mengevaluasi keluhan kelemahan, metode yang paling umum diterima untuk mengevaluasi kekuatan otot adalah skala pengujian otot manual dewan penelitian medis. Metode ini melibatkan pengujian otot-otot utama dari ekstremitas atas dan bawah terhadap resistensi pemeriksa dan menilai kekuatan pasien pada skala 0 hingga 5:

0: Tidak ada aktivasi otot.

1: Lacak aktivasi otot, seperti kedutan, tanpa mencapai rentang gerak penuh.

2: Aktivasi otot dengan menghilangkan gravitasi, mencapai rentang gerak penuh.

3: Aktivasi otot melawan gravitasi, gerakan penuh.

4: Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh.

5: Aktivasi otot melawan resistensi penuh pemeriksa, rentang gerak penuh.

Pasien saat dilakukan pengkajian di bangsal ditemukan kelemahan otot ekstermitas kanan pasien mengalami kelemahan pada tangan kanan (4) dan kaki kanan (4).

Melakukan pengukuran kelemahan otot pada Ny. M sangat penting karena untuk mengevaluasi tingkat kerusakan pada otot atau saraf yang disebabkan oleh stroke. Hal ini penting untuk menentukan tingkat ketergantungan pasien dalam aktivitas sehari-hari, mendeteksi potensi spastisitas (otot menjadi kaku) dan merencanakan rehabilitasi yang tepat.

e. Memberikan terapi ranitidin 50 mg/12 jam

Menurut Kasim (2017), ranitidine merupakan pengobatan jangka pendek tukak duodenum dan mengurangi refluks esofagus. Tindakan ini dilakukan di ruang operasi, karena untuk mencegah produksi asam lambung yang berlebihan yang dapat memicu iritasi pada lambung.

Saat pengambilan kasus pasien mendapatkan ranitidin 50 mg/12 jam untuk mencegah produksi asam lambung yang berlebihan, karena pasien dianjurkan bed rest total saat di bangsal.

f. Memberikan terapi mecobalamin 500 mg/12 jam

Menurut Andayani, et al., (2020), mecobalamin merupakan suatu analog vitamin B12, merupakan elemen penting dalam sintesis myelin dan pemeliharaan fungsi saraf. Mecobalamin

memiliki peran penting dalam regenerasi selubung myelin dan membantu mengembalikan fungsi saraf pada neuropati.

Saat pengambilan kasus pasien mendapatkan mecobalamin 500 mg/12 jam karena adanya kelemahan pada ekstremitas kanan yang diharapkan dapat membantu mengembalikan fungsi saraf pasien.

g. Memberikan terapi *Range Of Motion* (ROM)

Range Of Motion (ROM) adalah tindakan/latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma. Dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. Tujuan dilakukan ROM adalah untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien dan meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot (Puspitarini, et al., 2019).

Tindakan ROM dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1) Latihan I

- a) Angkat tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat ke atas.
- b) Letakkan kedua tangan diatas kepala.
- c) Kembalikan tangan ke posisi semula.

2) Latihan II

- a) Angkat tangan yang kontraktur melewati dada ke arah tangan yang sehat.
- b) Kembalikan keposisi semula.

3) Latihan III

- a) Angkat tangan yang lemah menggunakan tangan yang sehat ke atas.
- b) Kembalikan keposisi semula.

4) Latihan IV

- a) Tekuk siku yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat.
- b) Luruskan siku kemudian angkat ke atas.
- c) Letakkan kembali tangan yang kontraktur ditempat tidur

5) Latihan V

- a) Pegang pergelangan tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat angkat ke atas dada.
- b) Putar pergelangan tangan ke arah dalam dan ke arah keluar.

6) Latihan VI

- a) Tekuk jari-jari yang kontraktur dengan tangan yang sehat kemudian luruskan.
- b) Putar ibu jari yang lemah menggunakan tangan yang sehat.

7) Latihan VII

- a) Letakkan kaki yang sehat dibawah yang kontraktur.
- b) Turunkan kaki yang sehat sehingga punggung kaki yang sehat dibawah pergelangan kaki yang kontraktur.
- c) Angkat kedua kaki ke atas dengan bantuan kaki yang sehat, kemudian turunkan pelan-pelan.

8) Latihan VIII

- a) Angkat kaki yang kontraktur menggunakan kaki yang sehat ke atas sekitar 3cm.
- b) Ayunkan kedua kaki sejauh mungkin kearah satu sisi kemudian ke sisi yang satunya lagi.
- c) Kembalikan ke posisi semula dan ulang sekali lagi.

9) Latihan IX

- a) Anjurkan pasien untuk menekuk lututnya, bantu pegang pada lutut yang kontraktur dengan tangan yang lain.
- b) Dengan tangan yang lainnya penokong memegang pinggang pasien.
- c) Anjurkan pasien untuk memegang bokongnya.
- d) Kembalikan ke posisi semula dan ulangi sekali lagi.

Melakukan tindakan terapi ROM pada Ny. M untuk menjaga fleksibilitas sendi dan otot, mencegah kekakuan, serta meningkatkan kekuatan otot dan kemampuan gerak. Latihan ini juga membantu meningkatkan kemampuan melakukan

aktivitas sehari-hari (ADL) dan memperlambat penurunan fungsi tubuh akibat stroke.

3. Tindakan Yang Ada pada Teori Tetapi Tidak Dilakukan pada Pasien Kelolaan.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien SNH sangat beragam. Menurut Hermanto (2023) tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien SNH adalah sebagai berikut:

a. Anamnesa

- 1) Data demografi.
- 2) Riwayat kesehatan dahulu.
- 3) Kesehatan saat ini.
- 4) Keluhan utama.
- 5) Manifestasi klinis.
- 6) Pola kesehatan fungsional.

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Penilaian kesadaran.
- 2) Mengukur tanda-tanda vital.
- 3) Pemeriksaan kelemahan otot.
- 4) Pemeriksaan sensorik, motorik, reflek, dan rangsang meningen.

Tindakan yang tidak dilakukan pada pasien yaitu pemeriksaan sensorik, motorik, reflek, dan tes rangsang meningen.

Menurut Hermanto (2023), kehilangan sensorik pada sisi kontralateral pada ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi wajah ipsilateral. Pemeriksaan motorik Kelemahan dan kelumpuhan di

kontralateral pada semua jenis stroke non hemoragik. Masalah genggam tangan yang tidak seimbang. Terdapat kelemahan, paresis, paralisis atau paresis wajah (ipsilateral). Merasa kesemutan, mati rasa, dan kelemahan. Pemeriksaan reflek didapatkan reflek tendon dalam yang berkurang (kontralateral) dan terdapat tanda Babinski. Pemeriksaan tes rangsang meningen didapatkan masalah pada pemeriksaan kaku kuduk.

Tindakan ini tidak dilakukan di poliklinik atau di ruangan karena sudah ada tindakan tes kekuatan otot secara menyeluruh ke pasien. Tindakan pemeriksaan kelemahan otot pasien diulang di ruangan untuk memastikan data kelemahan otot pasien valid.

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan studi deskriptif yang telah dilakukan oleh penulis tentang "Studi Deskriptif Tindakan Keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Ibu Fatmawati Soekarno Kota Surakarta", maka diperoleh kesimpulan dan implikasi sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Tindakan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik sebelum pengambilan kasus meliputi memonitor tanda-tanda vital, melakukan pemeriksaan laboratorium darah, melakukan pemeriksaan penunjang rontgen thorax dan melakukan pemeriksaan penunjang CT Scan.
2. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragik saat pengambilan kasus meliputi pengkajian, memberikan terapi asering 20 tpm, memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi kelemahan otot, terapi obat ranitidine 50 mg dan mecobalamin 500 mg yang diberikan secara IV per infus, melatih *Range Of Motion* (ROM) dan melakukan evaluasi kondisi pasien.
3. Tindakan yang ada pada teori tetapi tidak dilakukan pada pasien kelolaan adalah pemeriksaan sensorik, motorik, reflek, dan tes rangsang meningen.

B. Implikasi Keperawatan

Penatalaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragik sudah sesuai literature, tindakan tersebut meliputi : melakukan pengkajian, memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi kelemahan otot, serta tindakan kolaborasi dengan dokter terkait intervensi medis yang diberikan pada pasien. Untuk itu disarankan kepada perawat untuk melakukan tindakan melatih ROM secara berkala untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, G. S., Haryono, R., Taukhit, Pratiwi, E., Wulandari, B., & Rahayu, N. W. (2022). *Buku Modul Standar Operasional Prosedur (SOP) Keterampilan Keperawatan*. Penerbit Lembaga Omega Medika.
- Andayani, T. M., Rahmawati, F., Rokhman, M. R., Sampurno, Mayasari, G., Nurcahya, B. M., & Arini, Y. D. (2020). *Drug-Related Problems: Identifikasi, Faktor Resiko, dan Pencegahannya*. Gadjah Mada University Press.
- Budiyono, & Pertami. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Bumi Medika.
- Dewilza, N., & Yudha, S. (2023). *Dasar-Dasar CT Scan* (CV Budi Utama (ed.)).
- Fathonah, S., Supatmi, Mufidah, N., Faridah, Suarningsih, N. K. A., Yanti, N. P. E. D., Zuryanti, & Juwita, R. (2023). *Buku Ajar Keterampilan Dasar Keperawatan*. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Hermanto. (2023). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH SISTEM PERSARAFAN. Asuhan dan Standar Prosedur Tindakan Keperawatan Berdasarkan Standar Prosedur Operasional (PPNI)*. CV. Trans Info Media.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2020). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Salemba Medika.
- Iskandar, A., Andrew Ridow Johanis, Mansyur, Rita Fitriani, Nur Ida, & Putra Hendra. (2023). *Dasar Metode Penelitian*. Cendekiawan Inovasi Digital Indonesia.
- Kasim, F. (2017). *ISO Informasi Spesialite Obat Indonesia*. PT ISFI.
- Kristiani, R. B. (2017). Pengaruh Range of Motion Exercise terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke di Wilayah Puskesmas Sidotopo Surabaya. *Ners Lentera*, 5(2).
- Kristina, Sasmito, P., Hidayati, S., Ngakan, N., Azizah, L., Suratmiti, Sari, N. M. S., Muhalla, H. I., Surasta, I. W., Purnama, M., & Astuti, N. M. (2024). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional*. Guepedia.
- Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2020). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Salemba Medika.
- Nurlina. (2024). *Memahami Metodologi Keperawatan*. Penerbit NEM.
- Puspitarini, Z., Yosima, C. D., Amestiasih, T., Liliana, A., Vidayanti, V., Sucipto, A., Widayanti, R. W., Wijayani, C., Satrya, A., & Deny, P. (2019). *Kebutuhan Dasar Fisiologis Kesehatan*. Nuha Medika.
- Rahmadani, E., & Handi Rustandi. (2019). *Peningkatan kekuatan otot pasien stroke non hemoragik dengan hemiparese melalui latihan range of motion (ROM) pasif*. 1, 1–23.
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2018). Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik

di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36–44.

Rahmi, U. (2019). *Dokumentasi Keperawatan*. Bumi Medika.

Retnaningsih, D. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke*. Penerbit NEM.

Rianawati, S. B., & Munir, B. (2017). *Buku Ajar Neurologi*. CV. Sagung Seto.

Septi Sarah, & Mona Hastuti. (2025). IMPLEMENTASI RANGE OF MOTION (ROM) UNTUK MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE DI RS ISLAM MALAHAYATI MEDAN. *Jurnal Rumpun Kesehatan Umum*, 3, 1–12. <https://doi.org/10.62027/jppp.v3i1.254>

Susilo, C. B. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah: Persarafan*. PT Pustaka Baru.

Wahyuni, E., Darmawan, I., & Anugrahwati, R. (2023). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Hermina Bekasi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik*, 6(1), 25–33. <https://doi.org/10.48079/jikal.v6i1.98>

Wenny, B. P., Rendi, B. S., & Banowo, A. S. (2023). *Gangguan Mental pada Pasien Gagal Jantung*. CV. Adanu Abimata.

Yunike, Kusumawaty, I., & Ramadhanti, N. (2022). *Buku Ajar Metodologi Keperawatan*. CV. Literasi Nusantara Abadi.