

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG ICU
RSUD CURUP TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

DEA DWI ANANDA
NIM. P00320119039

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG ICU
RSUD CURUP TAHUN 2022

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :

DEA DWI ANANDA
NIM. P00320119039

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Dea Dwi Ananda

Tempat, Tanggal Lahir : Taba-tebelet, 07 Januari 2002

N I M : P00320119039

Judul Proposal KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke
Non Hemoragic Di Ruang Icu RSUD Curup
Tahun 2022

Kami setujui untuk diseminarkan pada tanggal 14 Juni 2022

Curup, 14 Juni 2022
Pembimbing


Chandra Buana, SST, MPH
NIP.197101041991021001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE NON HEMORAGIC DI RUANG ICU
RSUD CURUP TAHUN 2022**

Disusun Oleh:

DEA DWI ANANDA
NIM. P00320119039

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Curup

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 14 Juni 2022, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP. 197112171991021001

Anggota Penguji I

Citra Novianda, S.Kep. Ners
NIP. 199011292019022002

Anggota Penguji II

Chandra Buana, SST, MPH
NIP. 1974101041991021001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai
derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP. 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DIRUANG ICU RSUD CURUP**

(Dea Dwi Ananda, 2022, 83 halaman)

ABSTRAK

Latar Belakang : Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur, maupun virus. Salah satu penyakit infeksi akibat bakteri ialah Stroke Non Hemoragik.

Tujuan : Untuk mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik meliputi pengkajian, diagnose, intervensi, dan implementasi terkhususnya ROM pasif dalam mencegah terjadinya kontraktur dan kekakuan otot pada pasien stroke. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan hasil klien sudah bisa menggerakkan ekstremitas dan kekuatan otot meningkat pada hari kedua tapi pada saat hari ketiga klien meninggal dunia. **Kesimpulan :** Masalah keperawatan yang ada pada pasien stroke belum teratasi karena pasien meninggal

Kata Kunci : Stroke Non Hemoragik, Asuhan keperawatan, Rom Pasif

**NURSING CARE IN NON-HEMORAGIC
STROKE PATIENTS IN ICU RSUD CURUP Hospital
(Dea Dwi Ananda, 2022, 83 pages)**

ABSTRACT

Background : *Non-communicable diseases (NCDs) are diseases that are not caused by infection with microorganisms such as protozoa, bacteria, fungi, or viruses. One of the infectious diseases caused by bacteria is Non-Hemorrhagic Stroke. Objective :* *To describe the application of nursing care for clients with non-hemorrhagic stroke including assessment, diagnosis, intervention, and implementation, especially passive ROM in preventing contractures and muscle stiffness in stroke patients. Results :* *After nursing care for 3x24 hours, the results showed that the client was able to move the extremities and increased muscle strength on the second day but on the third day the client died. Conclusion :* *Nursing problems that exist in stroke patients have not been resolved because the patient died*

Keywords : *Non-Hemorrhagic Stroke, Nursing Care, Passive Rom*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan kti dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIC DI RUANG ICU RSUD CURUP TAHUN 2022 ”

Penulisan kti ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program studi diploma III keperawatan. Dalam penyelesaian kti ini penulis banyak mendapat bantuan baik materi maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Eliana,SKM,MPH Selaku Direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu.
2. Ns.Septiyanti,S.Kep,M,Pd. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.
3. Ns.Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu, dan selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
4. Chandra Buana, SST, MPH selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini..

5. Citra Novianda, S.Kep. Ners, penguji I yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
6. Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu.
8. Untuk Kedua Orang Tua saya yang memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Untuk Sahabat dan Teman yang selalu memberi suport dan semangat untuk saya mudah-mudahan kti ini dapat dilaksanakan sebaik mungkin

Curup, 14 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR SKEMA	x
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.4 Anatomi Otak	14
2.1.5 Patofisiologi.....	15
2.1.6 WOC	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	18
2.1.8 Tindakan/Penatalaksanaan Medis.....	19
2.1.9 Penatalaksanaan.....	19
2.1.10 Komplikasi.....	21
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
2.2.1 Pengkajian	22
2.2.2 Pemeriksaan Neurologis	27
2.2.3 Diagnosis Keperawatan	28
2.2.4 Rencana Keperawatan	29
2.3. Konsep ROM Pada Pasien Stroke Non Hemoragic.....	31
2.3.1 Pengertian ROM	31
2.3.2 Tujuan.....	31
2.3.3 Manfaat.....	32

2.3.4 SOP ROM.....	33
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1. Data Asuhan Keperawatan	38
3.1.1. Pengkajian	38
3.1.2 Diagnosa Keperawatan	53
3.1.3 Intervensi Keperawatan	54
3.1.4 Implementasi Keperawatan	59
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	66
BAB IV PEMBAHASAN	
4.1. Pengkajian	74
4.2. Diagnosa	76
4.3. Intervensi	76
4.4. Implementasi	77
4.5. Evaluasi	79
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan.....	80
5.2. Saran	81
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.2.4	Tabel Rencana Keperawatan Stroke Non Hemoragik	29
3.1	Tabel kebiasaan sehari-hari	42
3.2	Tabel hasil laboratorium	48
3.3	Tabel terapi pengobatan	48
3.4	Tabel terapi pengobatan	49
3.5	Tabel terapi pengobatan	49
3.6	Tabel analisa data	50
3.7	Tabel diagnosa keperawatan	52
3.8	Tabel rencana tindakan	53
3.9	Tabel implementasi keperawatan hari ke-1	58
3.10	Tabel implementasi keperawatan hari ke-2	60
3.11	Tabel implementasi keperawatan hari ke-3	63
3.12	Tabel evaluasi keperawatan hari ke-1	64
3.13	Tabel evaluasi keperawatan hari ke-2	66
3.14	Tabel evaluasi keperawatan hari ke-3	68

DAFTAR SKEMA

Nomor	Judul	Halaman
2.1.6	Skema WOC (Web of Causation)	16

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	Lembar konsul
2.	Pernyataan
3.	Biodata
4.	Surat pengambilan kasus
5.	Surat selesai pengambilan kassus
6.	Dokumentasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti protozoa, bakteri, jamur, maupun virus. Penyakit jenis ini bertanggung jawab terhadap sedikitnya 70% kematian di dunia. Meskipun tidak dapat ditularkan dari orang ke orang maupun dari binatang ke orang. Lemahnya pengendalian factor resiko dapat berpengaruh terhadap peningkatan kasus di setiap tahun. Hal ini sejalan dengan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2007, 2013, dan 2018 yang menunjukkan kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti stroke, diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit sendi/rematik/encok (Profil kesehatan Indonesia, 2019)

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan dan dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian, akibat gangguan aliran darah ke otak karena pendarahan maupun non-endarahan (Patricia dkk, 2014).

Pada umumnya pasien stroke non hemoragik akan mengalami gangguan sensori dan motorik yang mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, serta hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur (hemiparesis). Keadaan hemiparesis merupakan salah satu factor yang menjadi penyebab hilangnya mekanisme

refleks postural normal, seperti mengontrol siku untuk bergerak, mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan, rotasi tubuh untuk gerak-gerak fungsional pada ekstremitas (Agusman dkk, 2017)

Berdasarkan Data WHO (*World Health Organization*) 2020 secara keseluruhan bahwa stroke menduduki urutan kedua penyebab dari kematian. Angka kejadian stroke sebanyak 137 juta orang penderita meninggal pertahun di seluruh dunia (Kemenkes,2020). Data kesehatan kota Bengkulu tahun 2019, stroke merupakan penyakit pembunuh utama dengan angka prevalensi sebesar 12.322, dan termasuk dalam penyebab kematian dan kecatatan (Dinas Kesehatan Bengkulu, 2019) Menurut data Rekam Medik angka kejadian stroke di RSUD Curup selama 5 tahun terakhir pada tahun 2016 yaitu sebanyak 45 kasus, di tahun 2017 74 kasus, di tahun 2018 63 kasus, di tahun 2019 24 kasus, dan di tahun 2020 sebanyak 27 kasus.

Dampak pada sebagian besar penderita stroke adalah mengalami kelumpuhan dan kelemahan otot. Gangguan sensorik dan motorik pada stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan control motoric pada stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi, kemampuan keseimbangan tubuh untuk mempertahankan posisi, selain itu dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen. Oleh karena itu dibutuhkan penanganan rehabilitasi sedini mungkin secara cepat dan tepat sehingga membantu pemulihan fisik yang cepat dan optimal. Serta menghindari kelemahan otot apabila tidak seera mendapatkan penanganannya (Irfan, 2010)

Untuk penanganan stroke dengan kelemahan otot yaitu dapat dilakukan secara farmakologi dengan obat-obatan, sedangkan non farmakologi salah satunya bisa dengan latihan rentang gerak yang di sebut dengan *Range Of Motion* (ROM). ROM merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian untuk meningkatkan massa dan tonus otot. Salah satu bagian dari tubuh yang penting untuk dilakukan ROM ialah ekstremitas, hal ini karena fungsi tersebut merupakan bagian paling aktif dalam peran aktivitas sehari-hari (Junaidi, 2012)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Garrison alasan dilakukannya latihan Rom ini di karenakan menunjukkan bahwa pada pasien stroke akan mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh yang disebabkan oleh penurunan tonus otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi). Immobilisasi yang tidak mendapatkan penanganan yang tepat akan menimbulkan komplikasi berupa abnormalitas tonus dan kontraktur (Garrison,2003). Sebaiknya dilakukan tindakan latihan ROM pasif karena mempengaruhi rentang sendi pada ekstremitas atas dan bawah pada pasien stroke.

Hasil dari penelitian menurut Astrid et al, didapatkan bahwa kekuatan otot meningkat dan kemampuan fungsional meningkat secara signifikan setelah diberikan latihan ROM. Hal ini berarti latihan Rom berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan dan kemampuan fungsional pasien stroke non hemoragik (Astrid et al, 2011)

Sehubungan hal tersebut diperlukan penanganan yang komprehensif demi mencegah terjadinya tahap penyakit yang lebih lanjut atau bahkan kematian. Disini diperlukan peran perawat sebagai pelayanan kesehatan dan juga pendidik yang mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien Stroke Non Hemoragic melalui pendekatan proses keperawatan yang benar.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, maka dirumuskan masalah “ bagaimanakah asuhan keperawatan dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Curup Rejang Lebong” .

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan klien dengan stroke non hemoragik di RSUD Curup.

2. Tujuan khusus

- a) Diharapkan mampu mengidentifikasi pengkajian pada pasien dengan stroke non hemoragik
- b) Diharapkan mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien stroke non hemoragik
- c) Diharapkan mampu menetapkan intervensi keperawatannya pada pasien stroke non hemoragik
- d) Diharapkan mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik

- e) Diharapkan mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik

1.4 Manfaat penelitian

Adapun manfaat penulisan karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragic yaitu:

1. Bagi mahasiswa keperawatan

Sebagai bahan pustaka dan pengalaman langsung dalam pembuatan karya tulis ilmiah khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragic

2. Bagi pasien

Manfaat penulisan ilmiah bagi pasien yaitu supaya pasien dapat mengetahui gambaran umum tentang stroke non hemoragic beserta perawatan yang benar bagi klien agar penderita mendapatkan perawatan yang tepat.

3. Bagi institusi

1. Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi tambahan kepustakaan dan dapat dijadikan materi dalam pengajaran, selain itu hasil karya tulis ilmiah ini juga dapat digunakan sebagai acuan untuk mengembangkan penelitian selanjutnya

2. Pelayanan kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi pelayanan kesehatan.

- a. Sebagai data actual mengenai jumlah penderita yang mengalami stroke non hemoragic
- b. Sebagai bahan acuan penatalaksanaan dan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragic

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi stroke

Stroke merupakan gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan, dan dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian, akibat gangguan aliran darah ke otak karena pendarahan ataupun non pendarahan (Junaidi Iskandar, 2002 dalam Lyan Hernanta)

Stroke hemoragik adalah perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak. Kondisi ini menyebabkan aliran darah di bagian tersebut berkurang. Tanpa pasukan oksigen yang di bawa oleh darah, sel otak dapat cepat mati sehingga fungsi otak pun terganggu merupakan kondisi yang kritis. Artinya, perawatan medis perlu diberikan kepada penderita stroke hemoragik sesegera mungkin. Penanganan dini dapat mengurangi kemungkinan terjadinya kerusakan otak permanen, cacat, dan bahkan kematian.

Stroke non hemoragik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke non hemoragik dapat di sebabkan oleh thrombosis dan emboli, sekitar 80-85% yang menderita penyakit stroke non hemoragik dan untuk sisa nya adalah stroke hemoragik yang dapat di sebabkan oleh pendarahan

intrasebrum hipertensi dan pendarahan subarachnoid (Wilson & Price, 2003 dalam Lyan Hernanta)

2.1.2 Etiologi

Stroke non hemoragik biasanya terjadi karena adanya penyempitan di pembuluh darah di otak sehingga untuk aliran darah dan oksigen ke otak terhambat bahkan bisa sampai terhenti. Penyebab stroke biasanya terjadi karena ada beberapa kombinasi faktor resiko seperti hipertensi, merokok, penyakit jantung, diabetes melitus, obesitas, usia, riwayat keluarga yang menderita stroke dan kekurangan aktivitas fisik (Brunner & Suddarth, 2001 dalam Lyan Hernanta).

Stroke mempunyai beberapa penyebab faktor atau yang sering di sebut multifaktor. Terbagi menjadi dua yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (non-modifiable risk faktor) dan faktor resiko yang dapat di kendalikan (modifiable risk faktor) (Nastiti, 2002 dalam Lyan hernanta).

Berikut faktor-faktor yang berkaitan dengan stroke antara lain:

1) Faktor risiko tidak dapat di kendalikan

a) Umur

Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah manusia berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Banyak dari orang yang telah mengidap penyakit stroke yaitu orang yang sudah berumur di atas 65 tahun. Tetapi, stroke tidak hanya terjadi pada orang yang mempunyai umur lanjut usia karena untuk

penyakit stroke dapat menyerang orang yang berkelompok dewasa dan tidak memandang jenis kelamin.

b) Jenis kelamin

Dalam penyakit stroke pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi untuk penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena terserang stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi.

c) Faktor genetik

Terdapat dugaan bahwa stroke dengan garis keturunan saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, untuk gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit di ubah juga biasanya dapat menimbulkan risiko stroke.

2) Faktor risiko dapat di kendalikan

a) Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Orang yang memiliki riwayat hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat di dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum

terkena stroke. Secara medis, untuk tekanan darah di atas 140-90 bisa disebut dalam penyakit hipertensi. Dan untuk dampak dari orang yang terkena penyakit hipertensi yaitu biasanya orang dengan penambahan umur, pada orang lanjut usia.

b) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke.

c) Kenaikan kadar kolesterol/lemak darah

Kenaikan level Low Density Lipoprotein (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah.

d) Obesitas

Obesitas banyak meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lain yang ikut menyertainya .

e) Kebiasaan mengonsumsi alkohol

Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat thrombosis sehingga dapat menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi platelet, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin.

f) Aktifitas fisik

Kurang beraktifitas dan olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya stroke dan penyakit jantung. Untuk olahraga yang cukup biasanya hanya diperlukan 30 menit/hari dan dapat menurunkan risiko stroke. Kurangnya gerak dapat menyebabkan kekakuan pada otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan mengalami kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi penyumbatan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke.

g) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Untuk orang yang mempunyai jiwa jiwa perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Di karenakan, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam masa 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu di ketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor

penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Serangan kecil atau serangan awal stroke biasanya diawali dengan menurunnya daya ingat dan sering mengalami kebingungan secara tiba-tiba dan kemudian menghilang dalam 24 jam. Selain itu, tanda dan gejala stroke dapat diamati dari beberapa hal berikut :

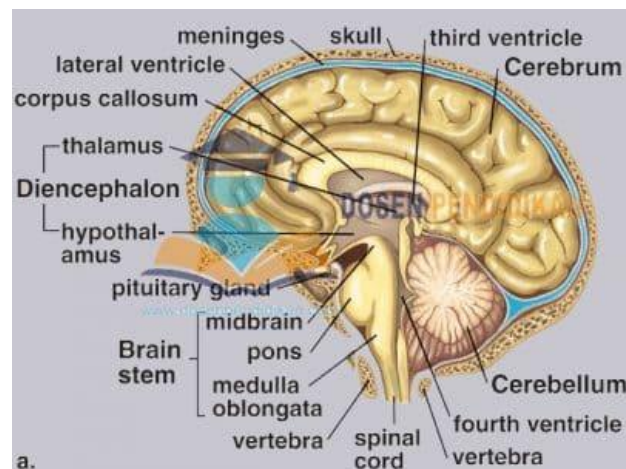
1. Adanya serangan neurologis fokal berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan, tungkai, atau salah satu sisi tubuh.
2. Melemahnya otot (hemiplegia), kaku, dan menurunnya fungsi motorik.
3. Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh seperti mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, rasa perih bahkan seperti rasa terbakar di bagian bawah kulit.
4. Gangguan penglihatan, seperti hanya dapat melihat secara parsial atau pun tidak dapat melihat keseluruhan karena penglihatan gelap dan pandangan ganda sesaat.
5. Menurunnya kemampuan mencium bau maupun mengecap.
6. Berjalan menjadi sulit dan langkahnya menjadi tertatih-tatih bahkan tak jarang juga bisa mengalami kelumpuhan total.
7. Hilangnya kendali terhadap kandung kemih sehingga sering kencing tanpa di sadari.

8. Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi secara baik.
9. Tidak memahami pembicaraan orang lain, tidak mampu membaca, menulis, dan menghitung secara baik.
10. Adanya gangguan dan kesulitan dalam menelan makanan dan minuman.
11. Adanya gangguan berbicara dan sulit berbahasa yang ditunjukkan dengan bicara yang tidak jelas (rero), sengau, pelo, gagap, dan berbicara hanya sepatah kata, bahkan sulit memikirkan atau mengucapkan kata kata yang tepat.
12. Menjadi pelupa (demensia) dan tidak mampu mengenali bagian tubuh.
13. Vertigo (kepala pusing) atau perasaan berputar yang menetap saat tidak beraktivitas.
14. Kelopak mata sulit dibuka.
15. Gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri.

Menurut Lanny Sustiani, stroke non hemoragik diklasifikasikan oleh faktor faktor sebagai berikut :

- a. Menumpuknya lemak pada pembuluh darah yang menyebabkan mulai terjadinya pembekuan darah.
- b. Benda asing dalam pembuluh darah jantung.
- c. Adanya lubang pada pembuluh darah sehingga darah bocor yang mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang.

2.1.4 Anatomi Otak



Gambar 2.1. Anatomi otak

Sumber

<https://www.dosenpendidikan.co.id/otak-manusia/>

Otak merupakan pusat kendali fungsi tubuh yang rumit dengan sekitar 100 miliar sel saraf, walaupun berat total otak hanya sekitar 2,5% dari berat tubuh, 70% oksigen dan nutrisi yang diperlukan tubuh ternyata digunakan oleh otak. Berbeda dengan otak dan jaringan lainnya. Otak tidak mampu menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi, otak tergantung dari pasokan aliran darah, yang secara kontinyu membawa oksigen dan nutrisi. Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

- 1) Otak besar, Otak besar yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan yang halus. Pada otak besar ditemukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.

- 2) Otak kecil, Terletak dibawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.
- 3) Batang otak, Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.

2.1.5 Patofisiologi

Dalam kehidupan sehari-hari otak membutuhkan suplai darah yang konstan di mana dalam hal ini semua perubahan tekanan perfusi dari sistem sirkulasi sentral di pelihara oleh suatu fenomena auto regulasi (Lany Sustiyani Syamsir dan Iwan Hadobroto dalam Lyan hernanta).

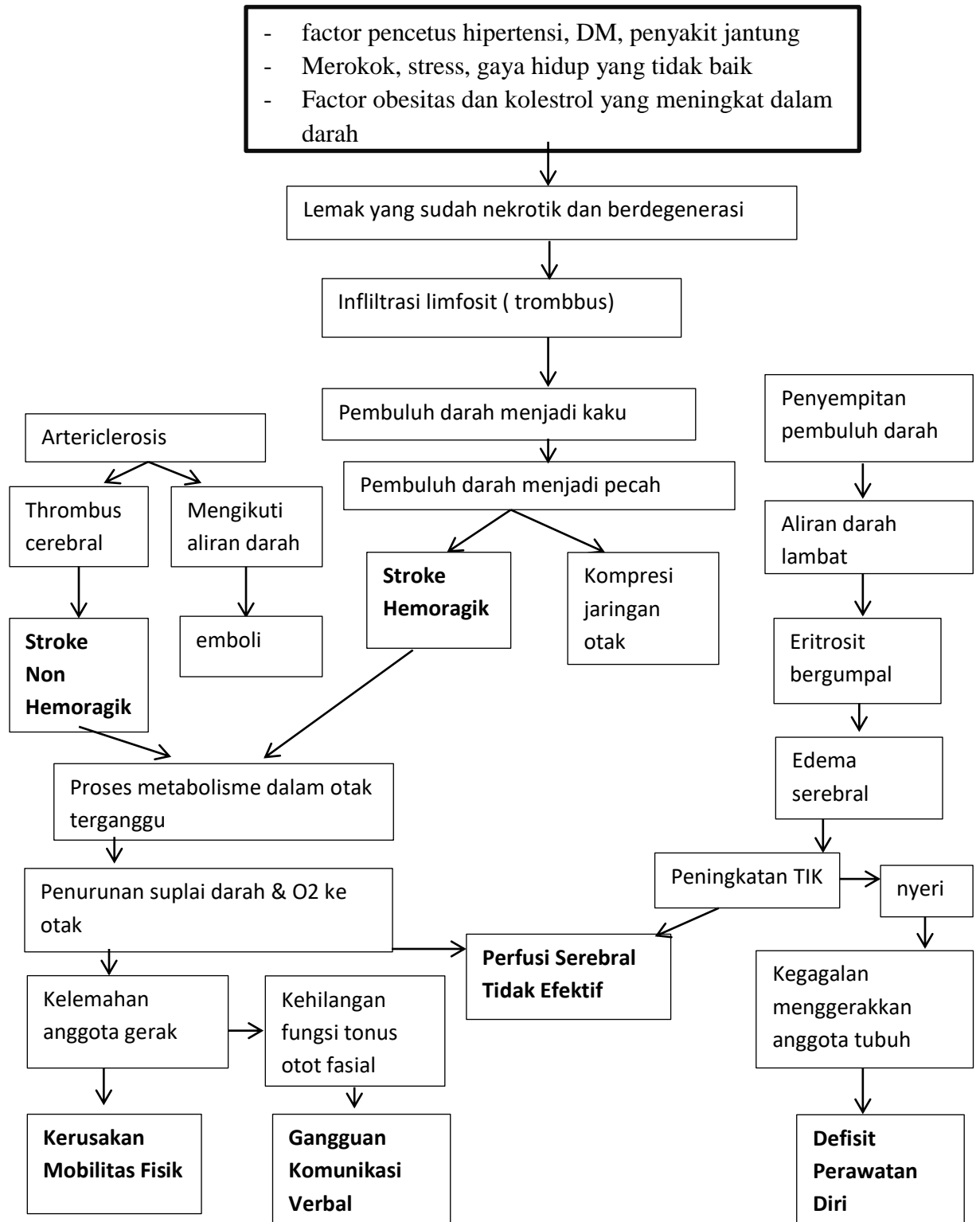
Adanya gangguan peredaran darah otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme, yaitu :

1. Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya ke bagian otak tidak adekuat, serta selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskhematik otak. Bila hal ini terjadi sedemikian rupa hebatnya, dapat menimbulkan nekrosis (infrak).
2. Pecahnya dinding arteri serebral akan menyebabkan hancurnya darah ke jaringan (hemorrhage).
3. Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak.

4. Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstisiel jaringan otak. Konstruksi lokal sebuah arteri mula-mula hanya menyebabkan sedikit perubahan pada aliran darah dan baru setelah stenosis cukup hebat dan melampaui batas kritis terjadi pengurangan aliran secara drastic dan cepat. Okulasi suatu arteri otak akan menimbulkan reduksi perfusi suatu area di mana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai pendarahan yang baik berusaha untuk membantu menyuplai darah melalui jalur anastomi yang ada (Lany Sustiyani Syamsir Alam dan Iwan Hadibroto dalam Lyan Hernanta)

2.1.6 Woc

Sumber :<https://id.scribd.com/doc/228960451/Stroke-Non-Hemoragik>



2.1.7 Pemeriksaan penunjang

1. Trigliserida: untuk mengetahui kadar kolestrol LDL tinggi dan kolestrol HDL rendah terutama pada orang yang memiliki berat badan berlebih atau obesitas biasanya mempunyai kadar trigliserida yang melewati batas normal(Junaidi Iskandar dalam Lyan Hernanta)
2. CT Scan: untuk membedakan antara stroke Hemoragik dan non Hemoragik.
3. Angiography: untuk melihat gambaran pembuluh darah yang patologis.
4. EEG: untuk melihat area yang spesifik dari lesi otak.
5. MRI: untuk mengetahui adanya perdarahan.
6. Brainplan: untuk mengetahui adanya infark Hemoragik, hematoma, dan malformasi dari arteri dan vena.
7. Dopler Ultrasonography: untuk mengetahui ukuran dan kecepatan aliran darah yang melalui pembuluh darah.
8. Skull Roentgenogram: untuk mengetahui klasifikasi intra cranial.
9. Digital Substraction angiography : untuk mengetahui adanya aklusi atau penyempitan pembuluh darah terutama kolusi arteri karotif.
10. Mode Ultrasound: untuk mengukur tekanan darah melalui pembuluh darah leher.

2.1.8 Penatalaksanaan Medis (Obat)

Terapi farmakologi biasanya digunakan pada pasien stroke non hemoragik yaitu :

- 1) Fibrinolitik/ trombolitik (rtPa/ Recombinant Tissue Plasminogen Activator)

Untuk golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terambat pada serangan stroke akut. Obat ini bekerja untuk memecah thrombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek sampingnya biasanya yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intracranial atau saluran cerna.

- 2) Antikoagulan berfungsi sebagai mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli
- 3) Antiplatelet biasanya sering digunakan pada pasien stroke untuk mencegah terjadinya agregasi platelet. Agregasi platelet biasanya digunakan untuk pasien stroke.

2.1.9 Penatalaksanaan

Untuk penatalaksanaan stroke non hemoragik yaitu :

- a. Penatalaksanaan umum

- 1) Pada fase akut

- a) Mengatur posisi pasien dengan posisi 30° , kepala dan dada berada pada satu bidang; ubah posisi pasien setiap 2 jam sekali , untuk mencegah terjadinya luka lecet dibagian belakang.

- b) Melakukan bebas jalan nafas memberi oksigen sebanyak $\frac{1}{2}$ liter/menit karena biasanya untuk orang yang mengalami stroke kesulitan untuk bernafas lagi/ dengan keadaan setengah sadar
- c) Biasanya terjadi demam pada pasien stroke , dan lakukan kompres agar menurunkan suhu yang tinggi, dan lihat penyebab apakah terjadi karena kandung kemih penuh, dikosongkan (sebaiknya menggunakan kateter)
- d) Pemberian nutrisi biasanya melalui ngt untuk pasien yang tidak sadar atau yang mengalami penurunan kesadaran, hindari cairan yang mengandung glukosa atau salin isotonic, kemudian untuk pemberian nutrisi melalui oral jika fungsi menelan baik.
- e) Lihat juga untuk kadar gula darah pasien $>150\text{mg}\%$ harus diperhatikan sampai batas gula darah 150% dengan melakukan insulin drip di intravena selama 2-3 hari pertama.
- f) Jika tekanan darah belum mencapai sistol >220 mmHg diastol >120 mmHg maka tekanan darah belum perlu diturunkan.
- g) Penurunan tekanan darah maksimal adalah 20% dan biasanya obat untuk penurunan tekanan darah yaitu natrium nitroprusid, penyekat reseptor alfa beta, atau antagonis kalsium.
- h) Jika pasien terjadi hipotensi, yaitu tekanan darah sistol <90 mmHg dan diastol <70 mmHg maka dianjurkan memberi cairan NaCL 0.9% 250 ml selama 1jam dan dilanjutkan sampai 5jam sebanyak 500 ml atau sampai tekanan hipotensi teratasi.

- i) Jika didapatkan tekanan intracranial meningkat, diberikan mannitol intravena 0,25 g/kgBB per 30 menit dan jika dicurigai memburuk maka dilanjutkan 0,25 g/kgBB per30 menit setelah 6 jam selama 3-5 hari.
- 2) Fase rehabilitasi
 - a) Mempertahankan nutrisi yang adekua
 - b) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi *range of motion* (ROM)
 - c) Mempertahankan integritas kulit tidak terjadi luka lecet
 - d) Pertahkan komunikasi yang efektif
 - e) Kebutuhan sehari hari terpenuhi
 - f) Pasien pulang jika sudah dengan keadaan membaik.

2.1.10 Komplikasi

Menurut (Junaidi Iskandar dalam Lyan Hernanta) komplikasi stroke yaitu :

Komplikasi yang terjadi pada pasien stroke adalah hemiparesis atau hemiplegi yang berperan satu sisi tubuh lemah atau bahkan bisa lumpuh. Akibatnya, zat zat terlarut seperti kolesterol, kalsium dan lain sebagainya akan mengendap pada dinding pembuluh darah bila penyempitan pembuluh darah terjadi dalam waktu lama, akan mengakibatkan suplai darah keotak berkurang, bahkan terhenti.

a. Hipoksia

Otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan

b. Penurunan darah serebral

Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, darah integritas pembuluh darah serebral

c. Luasnya area cidera

Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah keotak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Distrimia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus lokal.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Tarwoto, 2013). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Kaji apakah adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran

Pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.

2) Pemeriksaan persistem

a) Sistem persepsi & sensori

Kaji 5 indera penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, perasa

b) Sistem persyarafan

Kaji tingkat kesadaran, GCS, reflek bicara, pupil,

c) Sistem pernafasan

Kaji frekuensi nafas, apakah ada terdengar suara nafas tambahan, apakah sesak atau idak

d) Sistem kardiovaskuler

Kaji tekanan darah, nadi, dan saturasi klien

e) Sistem gastrointestinal

Kaji nilai kemampuan menelan, nafsu makan dan minum klien.

f) Sistem integument

Kaji turgor kulit, tekstur dan CRT

g) Sistem reproduksi

h) Sistem perkemihan

Kaji frekuensi BAK dan BAB

h. Aktivitas dan Istirahat

1) Gejala : Dikaji apakah pasien merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), periksa pasien merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

2) Tanda : dikaji gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

i. Sirkulasi

1) Gejala : dikaji apakah terdapat penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.

2) Tanda : dikaji hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

j. Integritas Ego

1) Gejala : Periksa perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

2) Tanda : dikaji emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

k. Eliminasi

1) Gejala : periksa perubahan pola berkemih

2) Tanda : kaji distensi abdomen dan kandung kemih.

l. Makanan atau Cairan

1) Gejala : dikaji nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia,

2) Tanda : dikaji kesulitan menelan dan obesitas.

m. Neurosensori

1) Gejala : dikaji tingkat sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, amati penglihatan menurun atau tidak, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

2) Tanda : amati status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

n. Kenyamanan atau Nyeri

- 1) Gejala : dikaji sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda
- 2) Tanda : amati tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

o. Pernapasan

- 1) Gejala : dikaji pasien merokok atau tidak
- 2) Tanda : dikaji ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

p. Keamanan

Tanda : amati masalah pengelihatn, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

2.2.2 Pemeriksaan neurologis

1. Status mental

- a) Tingkat kesadaran : kualitatif dan kuantitatif
- b) Pemeriksaan kemampuan bicara
- c) Orientasi (tempat,waktu,orang)
- d) Pemeriksaan daya pertimbangan
- e) Penilaian daya obstruksi
- f) Penilaian kosakata

2. Nervus kraniali

- a. Olfaktorius : penciuman
- b. Optikus : penglihatan

- c. Okulomotorius : gerak mata, kontruksi pupil akomodasi
- d. Troklearis : gerak mata
- e. Trigemini : sensasi umum pada wajah, kulit, kepala, gigi, gerak mengunyah
- f. Abduksen : gerak mata
- g. Fasialis : pengecap, sensasi umum pada palatum dan telinga luar, sekresi kelenjar lakrimalis, submandibular, sublingual, ekspresi wajah.
- h. Vestibulokoklearis : pendengaran dan keseimbangan
- i. Aksesorius : fonasi, gerakan kepala, leher dan bahu
- j. Hipoglossus : gerak lidah.

2.2.3 Diagnosa keperawatan

- a. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke otak
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis secara mendadak
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
(Tim Pokja DPPNI 2019 Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Edisi Jakarta selatan)

2.2.4 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan sirkulasi darah keotak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam diharapkan perfusi serebral dapat teratasi/meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3. Tidak ada tanda tanda pasien gelisah. 4. TTV membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial 1. identifikasi penyebab peningkatan tekanan intracranial(TIK) 2. Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intracranial 3. Monitor status pernafasan pasien 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor status neurologis dengan GCS 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang 8. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal 9. Pertahankan suhu tubuh normal
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis secara mendadak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat teratasi/meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya 2. Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan 3. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi 4. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 5. Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yg bisa

			dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM).
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam diharapkan Hambatan Komunikasi Verbal dapat teratasi/meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat 2. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat 3. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik 4. Pelo menurun	Promosi komunikasi: defisit bicara 1. Monitor kecepatan,tekanan, kuantitas,volume dan diksi bicara 2. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 3. Berikan dukungan psikologis kepada klien 4. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/ gerakan tubuh) 5. Anjurka klien untuk bicara secara perlahan
4.	Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam diharapkan Defisit Perawatan Diri dapat teratasi/meningkat dengan Kriteria hasil : 1. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 2. mempertahankan kebersihan diri 3. mempertahankan kebersihan mulut	Deficit perawatan diri 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan

(Tim Pokja DPPNI 2019 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi

2.3 Implementasi ROM pada pasien stroke non hemoragik

2.3.1 Pengertian ROM

Range of Motion (ROM) adalah suatu teknik dasar yang digunakan untuk menilai gerakan dan untuk gerakan awal ke dalam suatu program intervensi terapeutik. Gerakan dapat dilihat sebagai tulang yang digerakkan oleh otot ataupun gaya eksternal lain dalam ruang gerakannya melalui persendian. Penelitian yang dilakukan oleh Bakara & Surani (2016) menunjukkan bahwa latihan ROM pasif mempengaruhi rentang sendi pada ekstremitas atas dan bawah pada pasien stroke.

Latihan ROM pasif dapat menjadi alternatif untuk meningkatkan rentang sendi pada ekstremitas atas dan bawah pada pasien stroke. Hasil analisis menunjukan ROM pasif yang dilakukan pada pasien stroke dapat meningkatkan rentang sendi, dimana reaksi kontraksi dan relaksasi selama gerakan ROM pasif yang dilakukan pada pasien stroke terjadi penguluran serabut otot dan peningkatan aliran darah pada daerah sendi yang mengalami paralisis sehingga terjadi peningkatan penambahan rentang sendi abduksi-adduksi pada ekstremitas atas dan bawah hanya pada sendi-sendi besar (Bakara & Surani, 2016)

2.3.2 Tujuan

ROM memiliki banyak tujuan diantaranya yaitu memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah , dan melakukan penekanan pada titik tertentu sekitar

ekstermitas untuk mempercepat proses pemulihan bagian yang mengalami kelemahan. ROM harus dilakukan sedini mungkin setelah pasien terkena stroke dan waktu pelaksanaannya minimal 4 minggu. Alasan harus dilakukan sedini mungkin agar pasien terhindar dari depresi, meningkatkan kualitas hidup (Ngatini, Wardaningsih, & Afandi, 2016).

Adapun alasan lain latihan ROM harus dilakukan sedini mungkin agar tidak muncul komplikasi stroke (seperti kontraktur), untuk memperbaiki pernapasan, sirkulasi dari peredaran darah serta dapat berperan maksimal dalam perawatan diri (Murtaqib, 2013).

2.3. 3 Manfaatfaat ROM yaitu untuk mencegah kekakuan dan kontraktur otot, meningkatkan kekuatan otot, merangsang sirkulasi darah, serta mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan. Kelebihan dari latihan ROM adalah gerakan mudah, dapat dilakukan dimana saja, tidak membutuhkan alat.

2.3.4 SOP ROM

SOP ROM pada pasien stroke non hemoragik

(<http://repository.pkr.ac.id/475/12/Lampiran>)

Pengertian	Latihan pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian klien sesuai dengan rentang gerakanya
Tujuan	Menjaga fleksibilitas dari masing-masing persendian
Persiapan perawat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat 2. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien 3. Mengatur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handuk kecil 2. Lotion/baby oil 3. Minyak penghangat bila perlu (misal : minyak telon)
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Prosedur umum <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Jaga privasi klien 3. Beri penjelasan kepada klien mengenai apa yang akan anda lakukan dan minta klien untuk dapat bekerja sama 4. Atur ketinggian tempat tidur yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja, terhindar dari masalah pada penajaran tubuh dan pergunakan selalu prinsip-prinsip mekanik tubuh 5. Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka bagian tubuh yang akan digerakkan 6. Rapatkan kedua kaki dan letakkan kedua lengan pada masing-masing sisi tubuh 7. Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan. Ulangi masing-masing gerakan 3 kali 8. Selama latihan pergerakan, kaji kemampuan untuk menoleransi gerakan rentang gerak (ROM) dari masing-

	<p>masing persendian yang bersangkutan</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Setelah latihan pergerakan, kaji denyut nadi dan ketahanan tubuh terhadap latihan 10. Catat dan laporkan setiap masalah yang tidak diharapkan atau perubahan pada pergerakan klien, misalnya ada kekakuan dan kontraktur <p>b. Prosedur</p> <p>pergerakan bahu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergerakan tangan dan siku penderita, lalu angkat selebar bahu, putar ke luar dan ke dalam 2. Angkat tangan gerakan ke atas kepala dengan di bengkokan, lalu kembali ke posisi awal 3. Gerakan tangan dengan mendekatkan lengan ke arah badan, hingga menjangkau tangan yang lain <p>Pergerakan siku</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buat sudut 90° pada siku lalu gerakan lengan ke atas dan ke bawah dengan membuat gerakan setengah lingkaran 2. Gerakan lengan dengan menekuk siku sampai ke dekat dagu <p>Pergerakan tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang tangan pasien seperti bersalaman, lalu putar pergelangan tangan 2. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke bawah 3. Gerakan tangan sambil menekuk tangan ke atas 4. Pergerakan jari tangan 5. Putar jari tangan satu persatu 6. Pada ibu jari lakukan pergerakan menjauh dan mendekat dari jari telunjuk, lalu dekatkan pada jari-jari yang lain <p>Pergerakan kaki</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegang pergelangan kaki dan bawah lutut kaki lalu angkat sampai 30° lalu putar
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Gerakan lutut dengan menekuknya sampai 90° 3. Angkat kaki lalu dekatkan ke kaki yang satu kemudian gerakan menjauh 4. Putar kaki ke dalam dan ke luar 5. Lakukan penekanan pada telapak kaki ke luar dan ke dalam 6. Jari kaki di tekuk-tekuk lalu di putar
Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil tindakan 2. Berpamitan dengan pasien 3. Membereskan dan kembalikan alat ke tempat semula 4. Mencuci tangan 5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

BAB III

TINJUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1. Biodata

1. Identitas klien

- a. Nama klien : Ny.T
- b. Usia : 68 Tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Alamat : Desa Kali Padang
- e. Golongan darah : A
- f. Status perkawinan : Cerai mati
- g. Agama : Islam
- h. Suku bangsa : Rejang
- i. Pendidikan : SD Sederajat
- j. Pekerjaan : Petani
- k. Sumber informasi : Anak
- l. Tanggal MRS : 16 Mei 2022
- m. Tanggal pengkajian : 17 Mei 2022
- n. Diagnosa medis : SNH (Stroke Non Hemoragic)

2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Ny.N
- b. Usia : 42 Tahun
- c. Pendidikan : SMA

- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Desa Kali Padang

3.1.2. Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

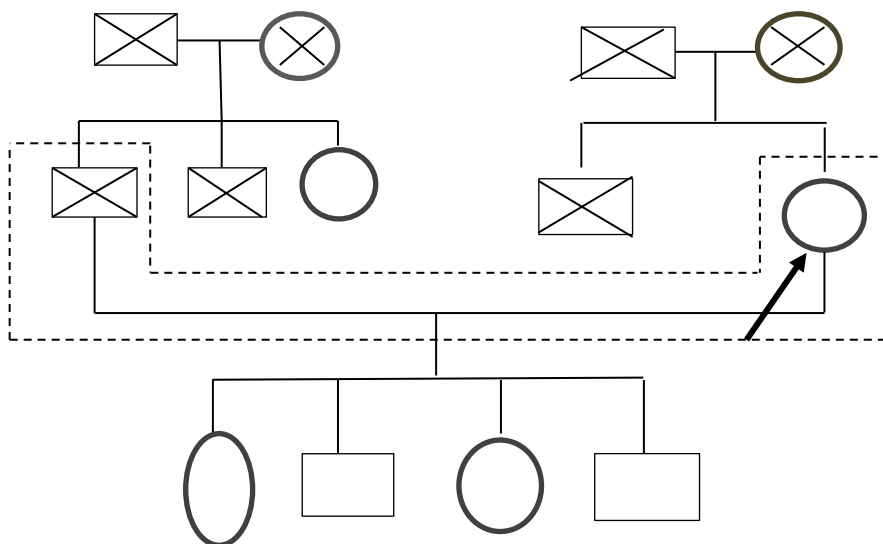
- 1) Keluhan utama MRS : Klien diantar ke IGD pukul 14.00 WIB dengan keluhan penurunan kesadaran klien sudah terpasang infus, kateter, ngt dan terpasang oksigen keluarga mengatakan klien lemas sebelumnya klien mengalami mual pusing dari 2 hari yg lalu kemudian klien di rujuk masuk ke ruang ICU karena mengalami penurunan kesadaran.
- 2) Keluhan saat ini : Pada saat pengkajian tanggal 17 Mei 2022 klien mengalami penurunan kesadaran dan sudah terpasang ventilator
- 3) Keluhan kronologis
 - a) Factor pencetus : Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui penyebab klien sampai mengalami penurunan kesadaran dan baru pertama kalinya klien mengalami penurunan kesadaran
 - b) Timbulnya keluhan : 2 hari yang lalu
 - c) Lamanya : 2 hari
 - d) Upaya mengatasi : Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui upaya untuk mengatasinya sehingga klien dibawa ke RSUD Curup

2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

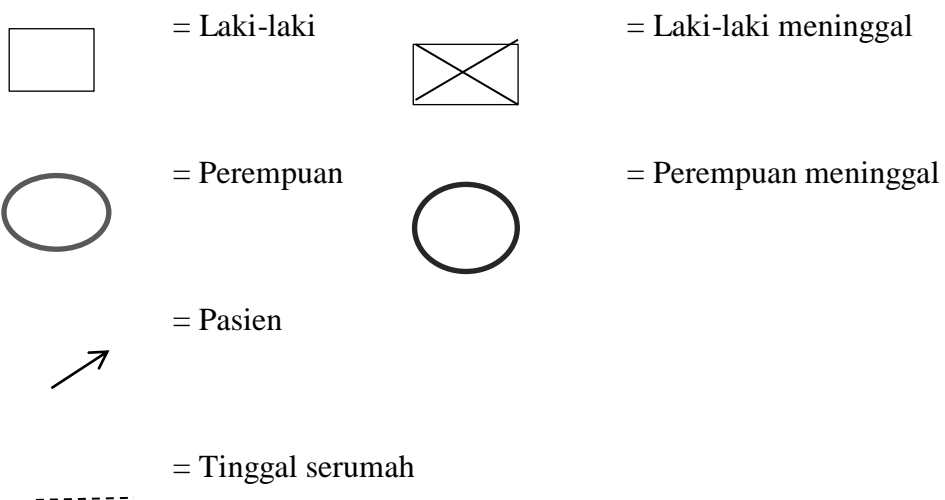
- 1) Riwayat alergi : Tidak ada

- 2) Riwayat kecelakaan : Tidak ada
- 3) Riwayat dirawat diris : Tidak ada
- 4) Riwayat operasi : Tidak ada
- 5) Riwayat pemakaian obat : Keluarga klien mengatakan biasanya menggunakan obat herbal
- 6) Riwayat merokok : Tidak ada

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



Keterangan :



4. Penyakit yang pernah diderita : Hipertensi (klien diberikan obat Candesartan)
5. Riwayat Psikososial dan Spiritual
 - 1) Pola komunikasi : Keluarga klien mengatakan klien berinteraksi dengan baik dengan keluarga dan orang lain
 - 2) Pembuatan keputusan : Klien dan keluarga saling bermusyawarah dalam pengambil keputusan
 - 3) Kegiatan kemasyarakatan : Klien bersosialisasi dengan orang-orang sekitarnya
 - 4) Dampak penyakit pasien : Keluarga klien cemas dengan penyakit yang diderita ibunya
 - 5) Presepsi pasien terhadap penyakitnya
 - a) Hal yang sangat dipikirkan : Keluarga klien merasa khawatir dengan penyakit yang diderita oleh ibunya dan takut terjadi apa-apa
 - b) Harapan telah menjalani : Keluarga berharap klien cepat sembuh dan cepat pulang kerumah
 - 6) Sistem nilai kepercayaan : Klien sering melakukan shalat 5 waktu dimasjid dan keluarga selalu berdoa dan yakin kepada Allah SWT bahwa penyakit ibunya akan sembuh

Pola kebiasaan sehari-hari

No	Hal yang dikaji	Sebelum sakit	Saat sakit				
1.	<p>Pola nutrisi :</p> <p>1. Frekuensi makan 3x/hari</p> <p>2. Nafsu makan baik/tidak</p> <p>3. Porsi makan yang dihabiskan</p> <p>4. Makanan yang tidak disukai</p> <p>5. Makanan yang membuat alergi</p> <p>6. Makanan pantangan</p> <p>7. Penggunaan obat-obatan sebelum makan</p> <p>8. Penggunaan alat bantu</p>	<p>3 kali</p> <p>Baik</p> <p>1 porsi</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Klien tidak makan daging</p> <p>Tidak ada</p>	<p>2 kali</p> <p>tidak baik</p> <p>klien makan melalui ngt susu cair dan minum sebanyak 300cc</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Sayuran, dan buah-buahan</p> <p>Candesartan</p> <p>cilexetil</p> <p>NGT</p>				
2.	<p>Pola eliminasi</p> <p>BAK</p> <p>a) frekuensi</p> <p>b) warna</p> <p>c) penggunaan alat bantu</p>	<p>5 kali</p> <p>Jernih</p> <p>Tidak ada</p> <p>2 kali</p> <p>Pagi hari</p> <p>Lembut</p>	<p>Tanggal 17 Mei</p> <p>2022 hari pertama</p> <p>Cairan masuk : infus : 360 cc</p> <p>Injeksi : 100 cc</p> <p>Diit : 300cc</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">760 cc</td> </tr> </table> <p>Cairan keluar :</p> <p>IWL : 15cc x 43kg</p> <p>/24 = 26,87</p> <p>Urine : 600 cc</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">626 cc</td> </tr> </table>	+	760 cc	+	626 cc
+							
760 cc							
+							
626 cc							

		<p>760 – 626 = + 134cc</p> <p>Tanggal 18 Mei</p> <p>2022 hari kedua</p> <p>Cairan masuk : infus</p> <p>: 360 cc</p> <p>Injeksi : 0</p> <p>Diit : 300cc $\begin{array}{r} + \\ \hline \end{array}$</p> <p>660 cc</p> <p>Cairan keluar :</p> <p>IWL : 15cc x 43kg</p> <p>/24 = 26,87</p> <p>Urine : 700 cc $\begin{array}{r} + \\ \hline \end{array}$</p> <p>726 cc</p> <p>660 – 726 = - 66 cc</p> <p>Tanggal 19 Mei</p> <p>2022 hari ketiga</p> <p>Cairan masuk :</p> <p>Infus : 360 cc</p> <p>Injeksi : 14 cc</p> <p>Diit : 300cc $\begin{array}{r} + \\ \hline \end{array}$</p> <p>674 cc</p> <p>Cairan keluar :</p> <p>IWL : 15cc x 43kg</p>
--	--	--

			$\begin{array}{r} /24 = 26,87 \\ \\ \text{Urine : } 400 \text{ cc} \\ \text{(dibuang jam 12} \\ \text{pasien meninggal)} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad + \\ \hline \quad \quad \quad \quad \quad \quad \mathbf{426 \text{ cc}} \\ \mathbf{674 - 426 = + 248} \\ \\ \text{Klien bab pagi hari} \\ \text{klien menggunakan} \\ \text{pampers} \end{array}$
	BAB a) frekuensi b) waktu c) konsistensi		
3.	Personal hygiene 1. Mandi a. frekuensi b. waktu 2. Oral hygiene a. frekuensi b. waktu 3. Cuci rambut a. frekuensi b. waktu	2 kali pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali pagi dan sore	Badan dan wajah klien di bersihkan oleh perawat Mulut klien bersih dari sebelumnya Klien tidak cuci rambut
4.	Pola istirahat dan tidur 1. lama tidur siang 2. lama tidur malam 3. kebiasaan sebelum tidur	Klien jarang tidur siang 6-8 jam Menonton tv	Klien mengalami penurunan kesadaran
5.	Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan 1. merokok 2. minuman keras	Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada

3.1.3. Pemeriksaan fisik

1. Pemeriksaan fisik umum

- a. Keadaan umum : Klien mengalami penurunan kesadaran
- b. Tingkat kesadaran : Semicoma
- c. Glasgow Coma Scale : 3T (E2VTM1) terpasang ventilator
- d. Berat badan : 43 kg
- e. Tinggi badan : 158 cm
- f. Tekanan darah : 164/109 mmHg
- g. Nadi : 98 x/m
- h. Frekuensi nafas : 20 x/m
- i. Suhu tubuh : 38.0 °C

2. Sistem penglihatan

- a. Posisi mata : Mata simetris antara kiri dan kanan
- b. Kelopak mata : Tidak terdapat edema pada kelopak mata
- c. Pergerakan bola mata : Tidak terkaji (klien penurunan kesadaran)
- d. Konjungtiva : Anemis
- e. Sclera : An ikterik
- f. Pupil : An isokor sebelah kanan
- g. Fungsi penglihatan : Keluarga klien mengatakan penglihatannya sudah mulai kabur
- h. Pemakaian kacamata : Tidak ada
- i. Pemakaian lensa kontak : Tidak ada pemakaian lensa kontak

3. Sistem pendengaran

- a. Daun telinga : Simetris, tidak ada lesi
- b. Kondisi telinga tengah : Telinga bersih, dan tidak ada infeksi
- c. Cairan dari telinga : Tidak ada cairan dari telinga
- d. Fungsi pendengaran : Keluarga klien mengatakan pendengaran klien mulai terganggu
- e. Gangguan keseimbangan : Tidak dapat di kaji
- f. Pemakaian alat bantu : Tidak ada alat bantu pendengaran

4. Sistem pernafasan

- a. Jalan nafas : Tidak terdapat secret atau sputum
- b. Penggunaan otot bantu : Tidak ada
- c. Frekuensi : 20 x/m
- d. Irama : Sedang
- e. Jenis pernafasan : Reguler
- f. Batuk : Tidak ada batuk
- g. Sputum : Tidak ada sputum
- h. Terdapat darah : Tidak terdapat darah
- i. Suara nafas : Vesikuler
- j. Terpasang Intubasi endotrakeal

F102	: 90	RR	: 12
VT	: 480	Peep	: 5
O2	: 60	Ap Suup	: 10
T1	: 1,6		

5. Sistem kardiovaskular

- a. Vena jugularis : Tidak terdapat pembesaran vena jugularis
- b. Warna kulit : Sawo matang
- c. Edema : Tidak terdapat edema
- d. Capillary Refill Time : < 3 detik

6. Sistem pencernaan

- a. Keadaan mulut : Gigi bersih, tidak ada penggunaan gigi palsu
- b. Mukosa bibir : Sianosis
- c. Abdomen : Tidak terdapat luka bekas operasi

7. Sistem saraf pusat

- a. Keluhan sakit kepala : Keluarga mengatakan klien sakit kepala sudah 2 hari yang lalu
- b. Tingkat kesadaran : Semicoma
- c. Pemeriksaan nervus I-XII
 - 1) Nervus olfaktorius : Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS 4 Semicoma)
 - 2) Nervus optikus : Keluarga mengatakan klien penglihatan klien sudah mulai kabur
 - 3) Nervus okulomotoris : Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya
 - 4) Nervus trochlearis : Tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata
 - 5) Nervus trikuspidalis : Reflek kornea

- 6) Nervus abducens : Tidak dapat menggerakkan bola mata
- 7) Nervus fasialis : Pemeriksaan ekspresi wajah normal
- 8) Nervus vestibulochlearis : Keluarga mengatakan pendengaran klien sudah mulai terganggu
- 9) Nervus glossofaringeus : Klien tidak merasakan rasa (klien mengalami penurunan kesadaran)
- 10) Nervus vagus : Tidak terkaji (GCS 4 semicomma)
- 11) Nervus asesoris : tidak terkaji aktivitas klien dibantu (klien penurunan kesadaran)
- 12) Nervus hipoglosus : Klien terpasang ventilator

8. Sistem integument

- a. Turgor kulit : Jelek
- b. Warna kulit : Sawo matang

9. Sistem muskuloskeletal

- a. Kesulitan dalam pergerakan : Klien tidak dapat berjalan
- b. Keadaan tonus otot : nilai 1 tidak ada pergerakan sendi
- c. Kekuatan otot

0		0
0		0

10. Ekstremitas

Atas : Terpasang IV line di sebelah kanan dengan cairan Nacl 60cc/jam

11. Hasil pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hari senin tanggal 16 mei 2022

Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Satuan	Metode	Nilai rujukan
1	2	3	4	5
Hematologi				
Hemoglobin	14,1	g/dL	Cyanmet Hb	W : 11,7-15,5 L : 13.2-17.3
Jumlah lekosit	18100	uL	Turk/Hema analyzer	W : 3.600-11.000 L : 3.800-10.600
Jumlah eritrosit	4.61	Juta/uL	Hayem/Hema analyzer	W : 3,8 – 5,2 L : 4,4 – 5,9
Jumlah trombosit	280.000	uL	Direk/Hema analyzer	150.000 – 440.000
Laju endap darah	18	Mm	Westegren	W : 0 – 20 L : 0 – 10
Hiff count	0/0/0/89/7/4	%	Mikroskopis giemsa	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40/2-8
Hematocrit	40	%	Kapiler/Hema analyzer	W : 35 . 47 L . 40 – 52
MCV	86	fL	Indirek	80-100
MCH	31	Pg	Indirek	26-34
MCHC	36	mg/dL	Indirek	32-36
RDW / sebaran ukuran eritrosit		%	Hema analizer	11,5-14,5
Ureum	29	Mg/dL	Urease-GLDH	17-43
Kreatinin	2,26	Mg/dL	Jaffe	W : 0,45-0,75 L : 0,62 – 1,10

12. Penatalaksanaan (pemberian terapi obat)

Terapi hari selasa, 17 Mei 2022

No	Obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	IVPD Nacl	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh	Lewat iv	60 cc
2.	Mecobalamin inj	Untuk mengatasi kekurangan vitamin B12	Lewat iv	2x2
3.	Esomax inj	Untuk mengurangi produksi jumlah asam lambung	Lewat iv	1x3
4.	Kalnex inj	Untuk menghalangi pemecahan bekuan darah dan mencegah	Lewat iv	3x3

		pendarahan		
5.	Mannitol	Untuk mengurangi tekanan dalam otak dan edema cerebral	Lewat iv	100cc
6.	Sutcralfate	Untuk mengatasi tukak lambung	Lewat oral	10 cc

Terapi hari Rabu 18 Mei 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	Drip mannitol	Untuk mengurangi tekanan dalam otak dan edema cerebral	Lewat iv	100 cc
2.	Citicoline inj	Untuk mengatasi gangguan memori	Lewat iv	500 mg
3.	Mecobalamine inj	Untuk mengatasi kekurangan vitamin B12	Lewat iv	1500 mg 2x
4.	Esomax inj	Untuk mengurangi produksi jumlah asam lambung	Lewat iv	40 mg 1x
5.	Kalnex inj	Untuk menghalangi pemecahan bekuan darah dan mencegah pendarahan	Lewat iv	500 mg 3x
6.	Candesartan	Untuk menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Lewat oral	1x1
7.	Amlodipine	Untuk membantu mencegah stroke	Lewat oral	1x1

Terapi hari Kamis, 19 Mei 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	Drip manitol	Untuk mengurangi tekanan dalam otak dan edema cerebral	Lewat iv	100 cc
2.	Kalnex inj	Untuk menghalangi pemecahan bekuan darah dan mencegah pendarahan	Lewat iv	500 mg
3.	Citicoline inj	Untuk mengatasi gangguan memori	Lewat iv	500 mg
4.	Mecobalamine inj	Untuk mengatasi kekurangan vitamin B12	Lewat iv	1500 mg x 2
5.	Esomax inj	Untuk mengurangi produksi jumlah asam lambung	Lewat iv	40 mg

ANALISA DATA

Nama : Ny.T Ruangan : ICU
 Umur : 68 tahun No RM : 236054

No	Hari/tanggal	Data	Etiologi	Masalah				
1.	Selasa, 17 Mei 2022	Ds : - Do : - penurunan kesadaran GCS E2VTM1 - CRT <2 detik - Akral dingin - Riwayat stroke dan hipertensi tidak terkontrol - Ttv TD : 1640109 RR : 20 x/m HR : 98 x/m SPO2 : 98 %	Hipertensi	Perfusi serebral tidak efektif				
2.	Selasa, 17 Mei 2022	Ds : - Do : - suhu klien 38,0°C - Klien terasa hangat	Proses penyakit	Hipertermi				
3.	Selasa, 17 Mei 2022	Ds : - Do : - Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 3T (E2VTM1) - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table> - Rentang gerak (ROM) menurun - Semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat	0	0	0	0	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
0	0							
0	0							

		- Klien lemah dan hanya berbaring saja		
4.	Selasa, 17 Mei 2022	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien tidak dapat bicara sejak 2 hari yang lalu sebelum masuk Rumah sakit <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tidak bisa bicara (terpasang ventilator) 	Penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran	Gangguan komunikasi verbal
5.	Selasa, 17 Mei 2022	<p>Ds : -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Bagian muka dan dada klien berminyak dan berkeringat - Klien terpasang IV line, ventilator, kateter dan NGT 	Gangguan neuromuskuler	Defisit perawatan diri

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama : Ny.T

Ruangan : ICU

Umur : 68 tahun

No RM : 236054

NO	DITEMUKAN	TERATASI	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	17 Mei 2022		Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d hipertensi
2.	17 Mei 2022		Hipertemi b/d proses penyakit
3.	17 Mei 2022		Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot
4.	17 Mei 2022		Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran
5.	17 Mei 2022		Deficit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler

RENCANA TINDAKAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Resiko Perfusi Serebral Tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi/meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan Intra Kranial (TIK) menurun 3. Tidak ada tanda-tanda pasien gelisah 4. TTV membaik	2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3 Monitor status pernafasn 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor status neurologis dengan GCS 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang 8. Atur ventilator agar PaCO2 optimal

2.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Defisit Perawatan Diri dapat teratasi/meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri 2. Mempertahankan kebersihan diri 3. Mempertahankan kebersihan mulut 	<p>Defisit perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik 5. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
----	--	---	---

3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat teratasi/meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya 2. Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan 3. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilisasi 4. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 5. Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM)
----	---	--	--

4.	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Gangguan Komunikasi Verbal dapat teratasi/meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan bicara meningkat 2. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat 3. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik 	<p>Promosi komunikasi : deficit bicara</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, volume dan diksi bicara 2. Ideentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 3. Berikan dukungan psikologis kepada klien 4. Gunakan metode komunikasi alternative 5. Anjurkan klien untuk bicara sendiri secaa perlahan
----	---	--	--

5.	<p>Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Hipertermi dapat teratasi/meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kulit merah menurun 2. suhu tubuh menurun 3. pucat menurun 	<p>Termoregulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab hipertermia 2. monitor suhu tubuh 3. sediakan lingkungan yang dingin 4. kolaborasi pemberian cairan
----	--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Resume operan dinas pagi

Tanggal 17 Mei 2022

Keadaan klien gelisah tensi klien tinggi

Suhu badan klien 38.0°C klien di kompres dingin

Klien makan dan minum menggunakan ngt sebanyak 300cc

Bak klien saat dibuang jam 13.00 sebanyak 700cc

Klien bab pagi hari dan perawat mengganti pampers

Kesadaran klien semicomma klien penurunan kesadaran

Obat yang diberikan

- Candesatan oral jam 12
- Paracetamol

Selasa, 17 Mei 2022 (dinas sore)				Dea
14.30	1.	1. Cek kesadaran klien	1. Tingkat kesadaran klien Semicoma (E2V1M1)	
15.00	1.	4. Memonitor status pernafasan klien	2. RR : 20x/menit	
15.10	3.	5. Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan klien	3. Nilai kekuatan otot 0 0 0 0	
16.00	3.	6. Melakukan teknik ROM pasif di lihat keluarga	4. menggerakkan tubuh klien karena klien mengalami penurunan kesadaran	
17.30	4.	7. Memberi rangsangan suara kepada klien	5. Klien hanya respon suara mengeram	
18.40	2.	8. Memberikan diit kepada pasien	6. Diit masuk 300 cc	
19.00	2.	9. Mengelap muka klien	7. Muka klien tampak berminyak dan berkeringat	
	2.	10. Memasukkan obat pasein	8. Citicoline, Mecobalamine, esomax, kalnex, melalui inj (IV)	
		11. Memberikan obat oral amlodipine		

Resume operan dinas malam

Tanggal 17 Mei 2022

Klien tampak tidur tenang

Klien makan minum menggunakan ngt sebanyak 300 cc

Kesadaran klien semicomma, klien mengalami penurunan kesadaran

Jumlah urine klien dibuang pada pagi hari jam 07.00 sebanyak 500cc

Klien tidak bab

Obat yang diberikan dinas malam

- Inj. Citicoline 500mg jam 04.50
- Inj. Mecobalamine 1500mg jam 04.50
- Inj. Kalnex 500mg jam 22.50 dan 06.50

Rabu, 18 Mei 2022 (dinas pagi)	08.00 08.30 09.00 09.30 12.00 13.20 13.30	2. 2. 3. 3. 1. 3. 4	<p>1. Melakukan personal hygiene</p> <p>2. Melakukan oral hygiene</p> <p>3. mengobservasi keluarga melakukan rentang gerak (ROM) pada pasien</p> <p>4. memberikan keluarga media berupa leaflet tentang aktivitas ROM untuk membantu kegiatan Rom dirumah</p> <p>5. memonitor intake dan output Cairan</p> <p>6. mengobservasi keluarga melakukan ROM</p> <p>7. Cek kesadaran klien memberi rangsangan suara</p> <p>Evaluasi : Kegiatan rom yang dilakukan keluarga untuk hari kedua ini sudah bisa di mengerti dan sudah bisa dilakukan kegiatan sendiri , tetapi pada pagi hari klien melakukan rom masih sedikit dibantu dan pada saat mengulang kegiatan rom di siang hari keluarga sudah bisa melakukan sendiri.</p>	<p>1. Badan klien tampak berminyak</p> <p>2. Mulut klien bersih dari sebelumnya</p> <p>3. Keluarga klien masih perlu memperbaiki latihan ROM di bagian ekstremitas bawah karena masih banyak dibantu</p> <p>4. Keluarga klien antusias diberikan leaflet materi latihan</p> <p>5. input (diit : 300cc, iv line : 360, inj : 12cc jumlah : 672cc) (urine : 600-672 = -72)</p> <p>6. Keluarga sudah bisa melakukan kegiatan ROM dengan benar</p> <p>7. Klien masih mengalami penurunan kesadaran GCS (E1V1M1)</p>	Dea
--------------------------------------	---	---------------------------------------	---	--	-----

Resume operan dinas sore

Tanggal 18 Mei 2022

Klien tenang tidak ada keluhan

Klien makan dan minum sebanyak 300cc

Jumlah urine saat dibuang jam 19.00 sebanyak 600cc

Klien tidak bab

Kesadaran klien masih semicomma mengalami penurunan kesadaran

Keluarga klien melakukan kegiatan rom mandiri di sore hari

Obat yang diberikan

- Inj. Citicoline 500 mg jam 14.50
- Inj. Mecobalamine 1500 mg jam 14.50
- Inj. Esomax 40 mg jam 14.50

Resume operan dinas malam

Tanggal 18 Mei 2022

Keadaan klien gelisah TTV klien menurun TD : 63/50 mmHg RR : 11 x/m

Kesadaran klien semicomma masih mengalami penurunan kesadaran

Keadaan klien kembali stabil TTV meningkat menjadi normal

TD : 130/100 mmHg

SPO2 : 99%

RR : 19 x/m

HR : 112 x/m

Keluarga klien melakukan tindakan rentang gerak pasif (ROM) mandiri

Klien makan dan minum sebanyak 300cc

Jumlah urine klien 700cc saat dibuang pagi hari jam 07.00

Obat yang diberikan

- Inj. Mecobalamine 1500 mg jam 04.50
- Ink. Citicoline 500 mg jam 04.50

Kamis, 19 Mei 2022	08.00	2.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan personal hygiene 2. Melakukan oral hygiene 3. keluarga melakukan kegiatan ROM mandiri 4. Memonitor status pemapasan klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minyak dan kotoran di badan dan wajah klien sudah dibersihkan 2. Mulut klien lebih bersih dari sebelumnya 3. Keluarga sangat antusias dan kooperatif 4. Klien terpasang ETT (terpasang intubasi trakea on ventilator) F102 : 90 VT : 480 O2 : 60 T1 : 1,6 RR : 12 PEEP : 5 AP SUP : 10 5. Klien tidak ada respon
	12.00 13.20	4.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan ransangan kepada pasien 6. Perawatan jenazah <p>Evaluasi : Untuk tindakan terapi yang saya ajarkan kepada keluarga selama 3 hari, keluarga sangat kooperatif dalam melakukan tindakan rentang gerak ROM sampai dengan hari terakhir dengan sangat benar dan dengan hasil yang memuaskan.</p>	

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny.T

Ruangan : ICU

Umur : 68 tahun

No RM : 236054

No	Hari/tanggal	Jam	evaluasi	Paraf/ Nama																												
1.	Hari pertama Selasa, 17 Mei 2022	14.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2V1M1)</p> <p>- Tanda Vital</p> <p>TD : 164/109 mmHg HR : 98 x/m</p> <p>T : 38,0 °c RR : 20 x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1.Tingkat kesadaran</td> <td style="text-align: center;">√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan darah</td> <td style="text-align: center;">√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan pada no 1,2,4,5,6</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	1.Tingkat kesadaran	√					2.	Tekanan intra kranial				√		3	Tekanan darah	√					Dea
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1	1.Tingkat kesadaran	√																														
2.	Tekanan intra kranial				√																											
3	Tekanan darah	√																														
2.	Selasa, 17 Mei 2022	14.20	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak lemah, semua ADL dibantu perawat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td style="text-align: center;">√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	√					Dea														
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	√																														

			<p>2. Mempertahankan kebersihan diri</p> <p>√</p> <p>√</p>																																								
			<p>3. Mempertahankan kebersihan mulut</p> <p>√</p>																																								
			P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,7																																								
3.	Selasa 17 Mei 2022	16.0 0	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot <p>0 0</p> <p>0 0</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien hanya berbaring <p>A : Masalah belum teratasi</p>						Dea																																		
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Kekuatan otot	√					2.	Rentang gerak (ROM)	√					3.	Kelemahan fisik					√					
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																					
o																																											
1.	Kekuatan otot	√																																									
2.	Rentang gerak (ROM)	√																																									
3.	Kelemahan fisik					√																																					
			P : Intervensi dilanjutkan 3,4,6,7,8																																								
4.	Selasa 17 Mei 2022	18.0 0	<p>S : Keluarga mengatakan klien tidak bisa bicara sejak 2 hari yang lalu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien hanya bisa respon mengeram - klien sulit mengungkapkan kata-kata <p>A : Masalah belum teratasi</p>						Dea																																		
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan bicara</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Kemampuan bicara	√																							
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																					
o																																											
1.	Kemampuan bicara	√																																									

			2. Kemampuan mendengar dan keseuaian ekspresi wajah / tubuh	√																																		
			3. Pemahaman komunikasi	√																																		
			P : Intervensi dilanjutkan 3,4,6,7,8																																			
5.	Selasa, 17 Mei 2022	19.3 0	S : _ O : - Suhu tubuh klien meningkat - 38,0°C A : Masalah belum teratasi	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kulit merah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Suhu tubuh</td> <td></td> <td>v</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Pucat</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Kulit merah	√					2.	Suhu tubuh		v				3.	Pucat	√					Dea
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																
1.	Kulit merah	√																																				
2.	Suhu tubuh		v																																			
3.	Pucat	√																																				
			P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,7,8,9																																			

No	Hari/t angga 1	Jam	Evaluasi	Paraf/ Nama
1.	Hari kedua Rabu, 18 Mei 2022	08.0 0	S : - O : - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E2V1M1) - Tanda Vital TD : 200/124 mmHg HR : 120	Dea

			<p>T : 36,8°C RR : 18 x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1.Tingkat kesadaran</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan pada no 1,2,4,5,7,8,9</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	1.Tingkat kesadaran	√					2.	Tekanan intra kranial				√		3	Tekanan darah				√		
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1	1.Tingkat kesadaran	√																														
2.	Tekanan intra kranial				√																											
3	Tekanan darah				√																											
2.	Rabu, 18 Mei 2022	09.1 0	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- ADL dibantu total</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N o</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,7,8,9,12</p>	N o	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	√					2.	Mempertahankan kebersihan diri	√					3.	Mempertahankan kebersihan mulut		√				Dea
N o	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	√																														
2.	Mempertahankan kebersihan diri	√																														
3.	Mempertahankan kebersihan mulut		√																													
3.	Rabu, 18 Mei 2022	11.0 5	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Terjadi penurunan kekuatan otot 1 1 1 1</p> <p>- Rentang gerak menurun</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	Dea																												

			<table border="1"> <tr> <td>N</td> <td>Kriteria hasil</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 3,4,6,8,10,11</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Kekuatan otot	√					2.	Rentang gerak (ROM)	√					3.	Kelemahan fisik				√		
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
o																																							
1.	Kekuatan otot	√																																					
2.	Rentang gerak (ROM)	√																																					
3.	Kelemahan fisik				√																																		
4.	Rabu, 18 Mei 2022	13.0 0	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih respon mengeram - klien sulit mengeluarkan kata-kata <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>N</td> <td>Kriteria hasil</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan bicara</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemampuan mendengar dan kesesuaian ekspresi wajah / tubuh</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Pemahaman komunikasi</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,4,5,6,7,10</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	o							1.	Kemampuan bicara	√					2.	Kemampuan mendengar dan kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	√					3.	Pemahaman komunikasi	√					Dea
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																	
o																																							
1.	Kemampuan bicara	√																																					
2.	Kemampuan mendengar dan kesesuaian ekspresi wajah / tubuh	√																																					
3.	Pemahaman komunikasi	√																																					
5.	Rabu, 18 Mei 2022	13.1 5	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu klien diatas nilai normal - 36,8°C <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	Dea																																			

			No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5		
			1.	Kulit merah				√			
			2.	Suhu tubuh					√		
			3.	Pucat				√			
			P : Intervensi dilanjutkan 1,3,4,5,6,7,8,9								

No	Hari/t angga 1	Jam	Evaluasi	Paraf/ Nama																												
1.	Hari ketiga Kamis , 19 Mei 2022	09.0 0	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami penurunan kesadaran (GCS E1V1M1) - Tanda Vital <p>TD : 68/40 mmHg HR : 124 x/m</p> <p>T : 36,6 RR : 12 x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <tr> <td>No</td> <td>Kriteria hasil</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1.Tingkat kesadaran</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tekanan intra kranial</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tekanan darah</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi di hentikan klien meninggal</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	1.Tingkat kesadaran	√					2.	Tekanan intra kranial				√		3	Tekanan darah	√					Dea
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1	1.Tingkat kesadaran	√																														
2.	Tekanan intra kranial				√																											
3	Tekanan darah	√																														
2.	Kamis , 19 Mei 2022	10.2 0	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - ADL dibantu total <p>A : Masalah belum teratasi</p>	Dea																												

			<table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi di hentikan pasien meninggal</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	√					2.	Mempertahankan kebersihan diri	√					3.	Mempertahankan kebersihan mulut	√					
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	√																														
2.	Mempertahankan kebersihan diri	√																														
3.	Mempertahankan kebersihan mulut	√																														
3.	Kamis , 19 Mei 2022	12.0 0	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terjadi penurunan kekuatan otot 0 1 0 1 - Klien hanya berbaring saja <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi di hentikan klien meninggal</p>	N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Kekuatan otot	√					2.	Rentang gerak (ROM)	√					3.	Kelemahan fisik					√	Dea
N	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																										
1.	Kekuatan otot	√																														
2.	Rentang gerak (ROM)	√																														
3.	Kelemahan fisik					√																										
4.	Kamis , 19 Mei 2022	13.2 0	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tidak ada respon saat diberi ransangan nyeri - klien sulit mengungkapkan kata-kata 	Dea																												

			A : Masalah belum teratasi							
			No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	
			1.	Kemampuan bicara	√					
			2.	Kemampuan mendengar dan keseuaian ekspresi wajah / tubuh	√					
			3.	Pemahaman komunikasi	√					
			P : Intervensi di hentikan pasien meninggal							
5.	Kamis , 19 Mei 2020	12.0 0	S : - O : - Suhu tubuh klien menurun - 34,0°C					Dea		
			A : Masalah belum teratasi							
			No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	
			1.	Kulit merah		√				
			2.	Suhu tubuh	√					
			3.	Pucat	√					
			P : Intervensi di hentikan pasien meninggal							

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.T dengan *Stroke Non Hemoragik* maka langkah selanjutnya membahas hasil dari tinjauan kasus yang telah dilaksanakan dengan tinjauan teoritis yang ada.

Pembahasan ini meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Sehingga dapat di ambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sehingga tindakan lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus Asuhan Keperawatan pada Ny.T dengan Stroke Non Hemoragik RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong antara lain :

4.1 Pengkajian

Pengkajian dalam proses keperawatan adalah langkah awal untuk mengumpulkan data, dimana pengkajian yang terdapat dalam tinjauan kepustakaan pada umumnya tidak begitu jauh berbeda dengan penulis temui.

Dari pengkajian ini penulis menemukan data-data yang menunjukkan Ny.T mengalami Stroke Non Hemoragik yaitu keadaan umum lemah, hemiparese pada wajah dan darah tinggi yang tidak terkontrol. Stroke Non Hemoragik sendiri adalah terhentinya suplai darah ke bagian otak akibat aterosklerosis atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah otak. Ny.T sebelumnya memang sudah mempunyai riwayat Hipertensi sudah lama dan baru masuk RS pertama kali akibat Hipertensinya. Hipertensi disebabkan oleh

aterosklerosis. Proses ini dapat menimbulkan emboli atau thrombus sehingga mengganggu aliran darah serebral.

Pasien juga mengalami kesulitan dalam menggerakkan wajah sebelah kiri tidak bisa berbicara, ini disebabkan karena adanya hemiparesis kiri yang terjadi karena adanya kerusakan otak sebelah kanan. Sisi kanan otak adalah bagian yang mengontrol perihai sensasi yaitu di lobus parietal. Maka jelas pada Ny.T mengalami gangguan karena hemiparesis jenis ini pasien mengalami kesulitan untuk menggerakkan otot wajah dan hilangnya sensasi sentuhan, rasa sakit, sensasi rasa panas dan dingin. Sedangkan kelumpuhan sebagian badan termasuk dalam jenis hemiparesis murni yaitu pasien akan mengalami kelemahan pada kaki, lengan juga otot wajah seperti yang dialami oleh Ny.T.

Hasil laboratorium pada Ny.T hanya dilakukan pemeriksaan glukosa : 166 mg/dL , Ureum : 28 mg/dL, Kreatinin : 0,65 mg/dL, sedangkan pada pasien tidak ada riwayat diabetes tetapi kadar diatas normal. Seharusnya pada Ny.T dilakukan pemeriksaan kolesterol karena kolesterol merupakan lemak jenuh didalam darah, jika kadar kolesterol lebih dari normal maka bisa menyebabkan resiko penyumbatan pada pembuluh darah otak.

Pemeriksaan penunjang yang tidak dilakukan seperti pemeriksaan *CT-Scan* untuk melihat serta mengetahui daerah yang rusak pada bagian otak yang berwarna kehitaman. Tidak dilakukan karena tidak adanya alat penunjang.

4.2 Diagnosa keperawatan

Dari analisa data pada Ny.T dapat disimpulkan beberapa diagnosa keperawatan. Dan semua diagnosa pada landasan teori dapat ditemukan pada kasus sebenarnya. Dari analisa data dan berdasarkan keadaan umum klien serta respon klien diagnosa yang muncul dan dapat ditegakkan ada 4 diagnosa pada klien Stroke Non Hemoragik, yaitu :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah
- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit neurologis secara mendadak
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran

Penulis dapat mengangkat semua diagnosa yang ada pada teori karena keadaan klien Ny.T sesuai dengan data-data landasan teori.

4.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tahap selanjutnya yang merupakan penyusunan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang telah di tentukan.

Rencana keperawatan yang terdapat di laporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada renana asuhan keperawatan, di karenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien dan di angkat sesuai dengan apa yang telah di

tetapkan oleh Rumah Sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

4.4 Implementasi keperawatan

Keperawatan merupakan perwujudan dari implementasi perencanaan keperawatan yang telah disusun, dilaksanakan berkerja sama dengan kepala ruangan,perawat ruangan,dokter yang bertugas, serta klien dan keluarganya.

Sebelum melaksanakan rencana tindakan keperawatan dilakukan pada satu shif setiap harinya, saat penulis tidak berada di ruangan penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien dan melihat catatan ruangan, catatan dokter, dan bertanya dengan perawat yang sedang jaga.

Dalam pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun seperti untuk diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu dengan monitor ttv klien setiap 1 jam diruangan untuk melihat kondisi klien, memperhatikan apakah ada tanda-tanda klien gelisah dan selalu cek respon klien dengan cara melakukan pemeriksaan gcs pada klien untuk menilai catatan pekembangan klien. Dalam diagnosa ini penulis kesulitan untuk melakukan tindakan keperawatan yang seperti menghitung intake-output yang tidak terkaji sepenuhnya di karenakan kurangnya peralatan serta keterbatasan ilmu penulis yang masih kurang sehingga tidak semua intervensi dapat dilakukan

Selanjutnya untuk diagnosa defisit perawatan diri klien sangat membutuhkan bantuan dari orang lain karena klien kesulitan bergerak dan saat

ini mengalami penurunan kesadaran sehingga penulis biasanya melakukan tindakan keperawatan kepada klien yaitu seperti setiap pagi membantu membersihkan badan klien mengganti semua pakaian klien, dan selalu membantu memberi makan klien.

Kemudian untuk diagnosa ketiga adalah Gangguan mobilitas fisik yang di dalam tindakan keperawatan yang di lakukan oleh penulis adalah ROM pasif karena melihat kondisi klien yang mengalami penurunan kesadaran. Sehingga perlu untuk melibatkan keluarga untuk melakukan terapi Rom ini. Dan penulis mendapatkan dukungan dari perawat ruangan untuk dilakukannya tindakan rom karena untuk pasien stroke non hemoragik itu sendiri perlu banyak di latih bergerak untuk mencegah kekakuan otot. Penulis juga sudah melakukan penkes kepada keluarga klien dengan mengikuti sop rom yang sudah dibuat penulis di lengkapi dengan lampiran seperti leaflet dan dibuatnya spanduk rom pasif juga untuk kemudahan keluarga melakukan aktivitas bantu rentang gerak (ROM) ini dirumah.

Dan selanjutnya diagnosa yang terakhir gangguan komunikasi verbal tindakan keperawatan yang di lakukan penulis ke klien yaitu cek respon klien dengan menggunakan pemeriksaan gcs untuk menilai catatan perkembangan

Dalam tindakan Rom ini setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulis langsung mendokumentasikan tindakan yang diberikan yang dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan klien setiap harinya walaupun mungkin tidak menggambarkan keadaan pasien secara lengkap.

Pada saat penulis dinas di hari terakhir klien Ny.T mengalami kondisi yang buruk dari ttv yang semakin menurun sampai akhirnya klien Ny.T tersebut meninggal dunia di siang hari pukul 12.00 WIB, kemudian penulis dan perawat shif pagi melakukan perawatan jenazah.

4.5 Evaluasi

Dalam melaksanakan evaluasi tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek terbukti sebagian telah teratasi dengan metode SOAP. Dari hasil evaluasi di dapatkan : Resiko perfusi serebral tidak efektif, Defisit perawatan diri, Gangguan mobilitas fisik, dan Gangguan komunikasi verbal belum teratasi dikarenakan pasien meninggal. Sebelum pasien meninggal penulis telah memberikan penkes kepada keluarga pasien dan telah mengajarkan tentang terapi aktivitas rentang gerak (ROM) pasif. Hasil kekuatan pada saat sudah di lakukan ROM klien sudah dapat meningkat kekuatan otot nya yaitu nilai kekuatan otot pada tangan kiri 1 dan kaki kanan meningkat menjadi 2.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dari jurnal oleh Kharisma isnaini rahmawati & Nurul devi Yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Melalui Latihan Range Of Motion(ROM)”. Sehingga penulis tertarik untuk mengangkat karya tulis ilmiah dengan judul “asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang ICU RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022” dengan pendekatan implementasi latihan rentang gerak range of motion(ROM) untuk mengatasi kekakuan otot pada masalah stroke non hemoragik.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang di dapat dari kasus yaitu saat di lakukan pengkajian pada tanggal 17 Mei 2022 pikul 15.00 WIB, menunjukkan adanya tanda dan gejala yaitu pasien tiba-tiba jatuh pingsan dan tidak lagi beraktifitas di bawa ke RSUD mengalami penurunan kesadaran

2. Diagnosa keperawatan

Pada penegakkan diagnosa keperawatan diagnosa yang di temukan yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah, Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan deficit

neurologis secara mendadak, dan Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral gangguan pendengaran.

3. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan melalui proses keperawatan yang dibuat, dan pelaksanaan keperawatan diperlukan hubungan saling terbuka antara perawat dengan pasien serta melibatkan keluarga dalam melakukan tindakan ROM.

4. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 3 hari perawatan di rumah sakit pada tanggal 17 sampai 19 Mei 2022 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien menunjukkan bahwa masalah yang dialami klien belum teratasi sesuai rencana karena pasien meninggal. Menurut jurnal penelitian Kharisma Isnaini Rahmawati tindakan Rom pada pasien Stroke Non Hemoragik efektif untuk dilakukan karena salah satu upaya untuk memulihkan anggota gerak dan untuk mempertahankan tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal serta dapat mencegah terjadinya kontraktur.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Diharapkan klien dapat kooperatif dalam menjalani proses asuhan keperawatan yang diberikan, menjalankan pola hidup yang sehat untuk mencegah terjadinya kekakuan otot.

2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan klien, pada penatalaksanaan stroke non hemoragik keluarga berperan dalam membantu aktivitas rentang gerak (ROM) pada pasien. Keluarga sudah sangat kooperatif dalam melakukan tindakan rom pasien ini sudah bisa mandiri melakukan tindakan dengan benar tetapi tidak sesuai rencana karna pasien meninggal.

3. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa menjadi gambaran dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan tepat, peneliti selanjutnya diharapkan dapat menguasai konsep teori tentang penyakit stroke non hemoragik tersebut. Selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tetap dan akurat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien.

Begitupun untuk menegakkan diagnosa keperawatan peneliti harus teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Pada intervensi keperawatan diharapkan merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI)

DAFTAR PUSTAKA

- Agusman, Fery & Evi Kusgiarty.(2017). *Pengaruh Mirror Therapy Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik*. Jurnal Keperawatan VOL.4 NO.1 di RSUD Kota Semarang diakses tanggal 20 desember 2021
- Astrid, M., Elly, E., & Budianto, B. (2011). Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot, Luas Gerak Sendi dan Kemampuan Fungsional Pasien Stroke di RS Sint Carolus Jakarta.. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 1 (4), 175-182
- Bakara, B., & Surani, S. (2016). Latihan Range Of Motion (Rom) Pasif terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke. *Idea Nursing Journal*, 7(2), 12-18
- Garrison, S. J (2003). *Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*, Edisi II. Philadelphia: Lippincott Wiliams & Wilkins
- Hernata Lyan (2013). *Ilmu Kedokteran Lengkap Tentang Neurosains*. Yogyakarta:D-MEDIKA
- Irfan, Muhammad (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Graha Ilmu : Yogyakarta
- Junaidi, Iskandar (2011). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Andi Offset : Yogyakarta
- LaporanProvinsiBengkuluRisksdas(2018)<http://www.pusat3.litbang.kemkes.go.id/dwn.php?file=LAPORAN%20RISKESDAS%20BENGKULU%202018>.
- M.Clevo Rendy & Margareth TH Nuha (2012) *Buku Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan penyakit dalam*, Medika: Yogyakarta
- Murtaqib, Murtaqib. (2013). Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Aktif terhadap Perubahan Rentang Gerak Sendi pada Penderita Stroke di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *IKESMA*, 9(2).
- Ngatini, Ngatini, Wardaningsih, Shanti, & Afandi, Moh. (2016). Pengaruh Latihan Pasrah Diri dan Latihan Range of Motion Melalui Discharge Planning Terhadap Perubahan Activity Daily Living pada Pasien Stroke Iskemik. *IJNP (Indonesian Journal of Nursing Practices)*, 1(1), 48–54.
- Patricia GM, et al.(2014). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik Volume 1 dan 2.*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta diakses tanggal 28 maret 2022

Rahayu, K. I (2015). *Pengaruh Pemberian Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Stroke Di Rsud Gambi Jurnal Keperawatan , 6, 1-10.*

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017 *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2019 *Standar intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019 *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

World Health Organization (WHO). (2020) World Health Report















KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Dea Dwi Ananda
NIM : P0032019039
NAMA PEMBIMBING : Chandra Buana, SST, MPH
JUDUL : Asuhan keperawatan Pada Pasien Dengan
Stroke Non Hemoragik Di Ruang ICU RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa 21 Desember 2021	<ul style="list-style-type: none">- Konsul Judul KTI- ACC Judul proposal- Cari 3 jurnal nasional dan 2 jurnal internasional	
2.	Senin 27 Desember 2021	<ul style="list-style-type: none">- Konsul buat bab 1,2	
3.	Rabu 29 Desember 2021	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki lembar judul- Perbaiki bagian judul teori- Perbaiki penulisan daftar pustaka- Lengkapi dengan jurnal nasional dan internasional	

4.	Kamis 06 Januari 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan - Dengan 2 spasi dengan melihat panduan 	
5.	Jumat 07 Januari 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bab I - Perbaiki daftar pustaka - Lengkapi latar belakang, abstrak 	
6.	Jumat 18 Maret 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian teori - Buat daftar pustaka sesuai panduan 	
7.	Senin 21 Maret 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki daftar pustaka 	
8.	Jumat 01 April 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Lihat buku SDKI - Print Jurnal 	
9.	Senin 04 April 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan konsep ROM - Sumber konsep ROM - Perbaiki daftar pustaka - Buat PPT - Acc ujian proposal 	
10.	Selasa 31 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan sumber Sop ROM - Fokus keterlibatan keluarga 	
11.	Kamis 02 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Buat poster 50 cm - Perbaiki resume pasien - Perbaiki satpel - Lanjut bab IV, V 	
12.	Senin	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki implementasi di bab 	

	06 Juni 2022	IV - Perbaiki evaluasi bab IV	
13	Selasa 07 Juni 2022	- Tambahkan tujuan ROM di ruang ICU	
14	Kamis 09 Juni 2022	- Buat ppt - Acc ujian KTI	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP.197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Dea Dwi Ananda
NIM : P0032019039
NAMA PEMBIMBING : Citra Novianda, S.Kep.Ners
JUDUL : Asuhan keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non
Hemoragik Di Ruang ICU RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 13 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki data data yang tidak sesuai- Tambahkan balance cairan dibuat perhari- Tambahkan fungsi obat- Tambahkan implementasi dan evaluasi di pembahasan	
2.	Jum'at 15 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaikan	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, M.Kep
NIP.197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Dea Dwi Ananda
NIM : P0032019039
NAMA PEMBIMBING : Ns.Derison Marsinova Bakara, S.Kep.,M.Kep
JUDUL : Asuhan keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang ICU RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin 04 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none">- Lengkapi data- Diagnosa samakan dengan SDKI- Daftar pustaka lengkapi	
2.	Selasa 12 Juni 2022	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaikan	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns.Derison Marsinova Bakara, M.Kep
NIP.197112171991021001

BIODATA

Nama : Dea Dwi Ananda
Tempat dan tanggal lahir : Taba-tebelet, 07 Januari 2002
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kepahiang
Riwayat Pendidikan : 1. SDN 18 Taba-tebelet
2. SMPN 02 Kepahiang
3. SMAN 1 Kepahiang

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dea Dwi Ananda
Nim : P00320119039
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke
Non Hemoragik Di Ruang ICU RSUD Curup

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa KTI ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain. Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 14 Juni 2022
Yang menyatakan



Dea Dwi Ananda
NIM: P00320119039



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 34 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Curup, 14 Mei 2022
Kepada Yth :
Karu ICU
Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :KH.03.01/094/6/V/2022 Tanggal 13 Mei 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :

Nama : **DEA DWI ANANDA**
NIM : P0 0320119039
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 17 s.d 19 Mei 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Stroke Non Hemoragic* diruang *ICU* RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi
Ub

Kasubbag Umum dan Kepegawaian *



LATIHAN PERGERAKAN SENDI
(Range Of Motion (ROM) pasif)



PENGERTIAN

ROM pasif adalah latihan pergerakan sendi yang dibantu dengan perawat atau orang lain disetiap gerakannya.

TUJUAN

Tujuan ROM pasif adalah untuk menjaga kelenturan dari setiap sendi dan otot.

NOTE!

Lakukan setiap hari agar otot dan sendi tidak kaku



- Sumber : 1. <https://id.scribd./LEAFLET-ROM-PASIF>
2. Bakara,B.(2019).Latihan Range Of Motion.Idea Nursing Journal
3. https://academia.edu/Leaflet_ROM

Latihan Persendian Tungkai Atas

ROM PASIF TANGAN

FLEKSI DAN EKSTENSI PERGELANGAN



FLEKSI EKSTENSI SIKU



PRONASI SUPINASI LENGAN



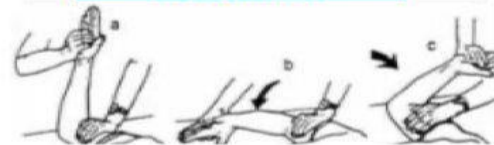
FLEKSI DAN EKSTENSI BAHU



ABDUKSI ADUKSI BAHU



ROTASI BAHU



Latihan Persendian Tungkai

ROM PASIF KAKI

FLEKSI EKSTENSI PAHA



ADUKSI ABDUKSI PAHA



FLEKSI EKSTENSI JARI KAKI



INVERSI EVERSI KAKI



Penulis: Dea Dwi Ananda

Pembimbing: ChandraBuana, SST, MPH

Penguji: Citra Novianda, S.kep, Ners

