

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Stroke Non Hemoragik*

2.1.1 Definisi *Stroke Non Hemoragik*

Stroke non-hemoragik merupakan kondisi medis yang terjadi akibat terganggunya atau terhentinya aliran darah ke otak akibat adanya penyumbatan, sehingga memicu perubahan pada fungsi otak. Kondisi ini umumnya menyebabkan gangguan pada sistem sensorik dan motorik, seperti kesulitan menjaga keseimbangan, kelemahan otot, hilangnya koordinasi gerak, serta terganggunya postur tubuh dan bisa mengakibatkan hemiparesis (Rahayu & Nuraini, 2020)

Menurut Brunner & Suddarth (2018), stroke non-hemoragik adalah sindrom klinis yang disebabkan oleh gangguan pada pembuluh darah otak. Ketika stroke terjadi, aliran darah menuju otak menjadi terhambat, menyebabkan iskemia yang mengurangi pasokan oksigen, glukosa, dan nutrisi penting lainnya ke jaringan otak.

Jenis stroke ini bisa berupa iskemik akibat penyumbatan oleh emboli atau trombus serebral. Umumnya, kondisi ini terjadi pada waktu-waktu tertentu seperti setelah istirahat panjang, saat baru bangun tidur, atau di pagi hari. Meskipun tidak disertai perdarahan, kondisi ini dapat menyebabkan hipoksia dan berlanjut menjadi edema sekunder (Zain & Hudiyawati, 2024).

Sementara itu, stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. **Faktor utama yang memicu pecahnya pembuluh darah ini** adalah tekanan darah tinggi atau hipertensi (Aizid, 2017).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Manurung et al. (2018), stroke dibedakan menjadi dua jenis utama, yaitu stroke hemoragik (stroke perdarahan) dan stroke non hemoragik (stroke akibat sumbatan). Stroke hemoragik ditandai oleh adanya perdarahan berlebih dalam rongga tengkorak yang tertutup, sedangkan stroke non hemoragik (iskemik) terjadi karena kurangnya pasokan darah, yang berarti oksigen dan nutrisi tidak mencukupi untuk jaringan otak.

Adapun jenis-jenis stroke menurut (Andriani & Agustriyani, 2021) adalah sebagai berikut:

1. Stroke Non Hemoragik (Iskemik)

Jenis ini paling umum terjadi.

- a. Stroke Emboli: Terjadi akibat bekuan darah atau plak yang berasal dari jantung atau arteri besar dan menyumbat pembuluh darah otak.
- b. Stroke Trombotik: Disebabkan oleh pembentukan bekuan darah atau plak di dalam arteri yang secara langsung menyuplai darah ke otak. Stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah otak, yang menyebabkan gangguan aliran oksigen dan glukosa ke jaringan otak. Penyebab umumnya adalah trombosis akibat penumpukan plak aterosklerotik atau emboli dari luar otak yang menyumbat arteri otak. Sekitar 80% kasus stroke termasuk dalam jenis ini. Selain itu, faktor seperti syok, penurunan volume darah (hipovolemia), dan penyakit lainnya juga dapat menyebabkan aliran darah ke otak terhenti.

2. Stroke Hemoragik (Perdarahan Otak)

- a. Perdarahan Intracerebral: Pecahnya pembuluh darah di otak yang

menyebabkan darah masuk ke jaringan otak, merusak sel-sel otak, dan mengganggu fungsinya. Penyebab utama biasanya adalah tekanan darah tinggi (hipertensi).

- b. Perdarahan Subarachnoid: Terjadi ketika pembuluh darah di dekat permukaan otak pecah dan darah mengalir ke ruang antara otak dan tulang tengkorak. Umumnya disebabkan oleh pecahnya aneurisma (RI, 2019).

2.1.3 Etiologi

Menurut Mulyatsih & Arizia (2015), stroke non hemoragik terjadi karena gangguan aliran darah ke otak. Hal ini dapat disebabkan oleh penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah (aterosklerosis), serta oleh adanya bekuan darah yang tercampur lemak dan menempel pada dinding pembuluh darah (trombus). Selain itu, emboli juga menjadi penyebab, yaitu bekuan darah yang terbentuk di jantung (akibat katup jantung buatan, serangan jantung sebelumnya, atau gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium) dan kemudian berpindah ke otak.

Muttaqin (2019) menjelaskan penyebab stroke non hemoragik sebagai berikut:

1. Trombus Serebral: Terjadi ketika pembuluh darah otak mengalami penyumbatan (oklusi) yang menyebabkan iskemia jaringan otak serta pembengkakan (edema) dan kongesti di sekitarnya. Faktor yang memicu trombosis otak:
 - a. Aterosklerosis (kekakuan dan kehilangan elastisitas pembuluh darah)
 - b. Polisitemia (peningkatan kekentalan darah)
 - c. Arteritis (peradangan pada arteri)

2. Emboli Serebral: Penyumbatan arteri otak akibat emboli berupa bekuan darah, lemak, atau udara yang berasal dari jantung. Proses ini terjadi sangat cepat (sekitar 10–30 detik). Penyebab umum emboli:
 - a. Infark miokard
 - b. Aritmia jantung (misalnya fibrilasi atrium)
 - c. Kerusakan katup jantung akibat penyakit jantung reumatik (RHD)
 - d. Endokarditis (infeksi pada lapisan dalam jantung)
3. Iskemia: Penurunan suplai darah akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala stroke non hemoragik menurut Wijaya & Putri (2014) meliputi:

1. Gangguan Motorik
 - a. Lumpuh atau kelemahan pada satu sisi tubuh
 - b. Penurunan kekuatan otot
2. Gangguan Bicara
 - a. Sulit berbicara karena saraf bicara lumpuh (disartria)
 - b. Bicara tidak jelas atau cedal
 - c. Mulut tampak mencong (facial palsy)
3. Gangguan Persepsi
 - a. Kehilangan sebagian lapang pandang (hemianopsia)
 - b. Penurunan atau hilangnya sensasi (rasa sentuhan)
4. Faktor Risiko

Stroke non hemoragik disebabkan oleh berbagai faktor risiko yang terbagi menjadi tiga kelompok:

- a. Tidak Dapat Diubah
 - 1). Usia
 - 2). Jenis kelamin
 - 3). Faktor genetik/ras
- b. Dapat Diubah
 - 1). Hipertensi
 - 2). Kebiasaan merokok
 - 3). Diabetes melitus
 - 4). Gangguan jantung
 - 5). Hiperlipidemia

2.1.5 Patofisiologi

Stroke berkaitan erat dengan gangguan pada sistem kardiovaskular. Faktor-faktor utama yang mendasari adalah hipertensi, aterosklerosis, dislipidemia, penyakit jantung, dan hiperlipidemia (Sigit & Winarti, 2021)

Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh darah otak tersumbat secara tiba-tiba, memutus suplai oksigen. Kekurangan oksigen selama lebih dari 60–90 detik dapat mengganggu fungsi otak. Sumbatan darah (akibat aterosklerosis atau emboli) menyebabkan hipoksia dan kerusakan jaringan saraf.

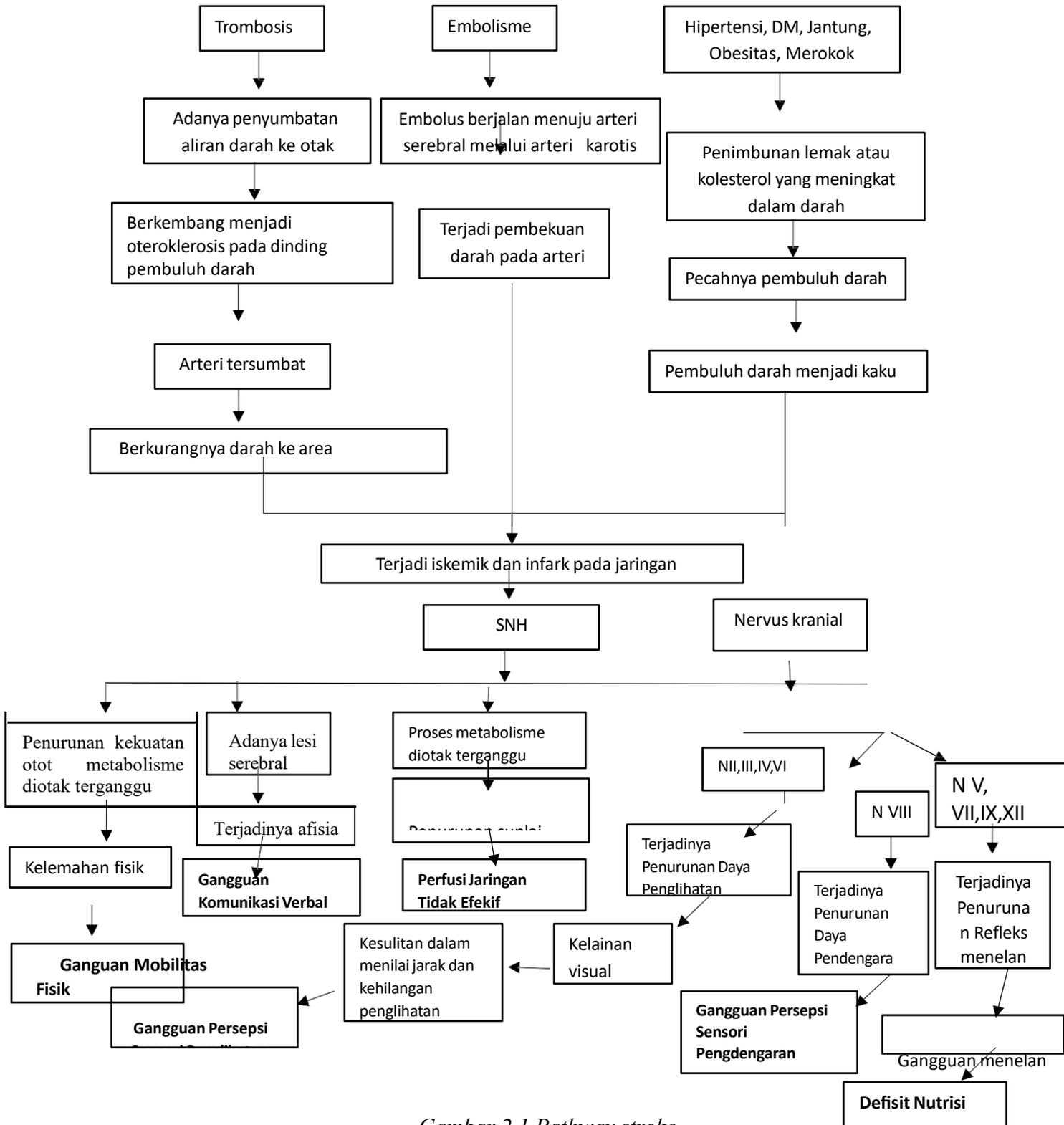
Oklusi emboli sering kali berasal dari jantung, terutama akibat fibrilasi atrium, dan masuk ke aliran darah otak, mengganggu sirkulasi (Nugraha, 2020).

Ketika oklusi terjadi, otak terbagi menjadi dua zona: Wilayah Inti: Area dengan aliran darah sangat rendah (<100 ml/100g jaringan otak/menit), berisiko mengalami nekrosis dalam waktu singkat. Penumbra: Area sekitar yang masih mendapat sedikit aliran darah (10–25 ml/100g/menit), dengan kemungkinan

pemulihan lebih tinggi.

Kerusakan sel otak terjadi secara cepat dan disebut sebagai kaskade iskemik, di mana gangguan aliran darah menyebabkan kekurangan oksigen dan glukosa yang diperlukan untuk energi. Akibatnya, metabolisme beralih menjadi anaerob, mempercepat kerusakan sel (Dwijayanti et al., 2023). Jika Anda memerlukan parafrase untuk bagian tertentu saja (misalnya hanya klasifikasi atau patofisiologi), saya juga bisa menyusunnya secara lebih ringkas.

2.1.6 Pathway



Gambar 2.1 Pathway stroke

2.1.7 Penatalaksanaan

Penanganan stroke dapat diklasifikasikan ke dalam tiga kategori utama, yaitu penatalaksanaan umum, terapi medis, dan penanganan komplikasi atau terapi khusus.

1. Penatalaksanaan Umum

Langkah-langkah umum yang dilakukan meliputi:

- a. Posisi tubuh pasien diatur dengan menaikkan kepala dan badan atas sekitar 20–30 derajat. Bila pasien mengalami muntah, dianjurkan posisi tidur menyamping (lateral decubitus), serta dilakukan mobilisasi secara bertahap jika kondisi hemodinamik stabil.
- b. Jalan napas harus dijaga tetap terbuka. Ventilasi yang adekuat perlu dipastikan, dan jika diperlukan, dapat diberikan oksigen tambahan sebanyak 1–2 liter/menit.
- c. Kandung kemih yang penuh perlu dikosongkan menggunakan kateter.
- d. Tekanan darah harus dikontrol dan dijaga agar tetap dalam batas normal.
- e. Suhu tubuh juga perlu dipertahankan dalam kisaran normal.
- f. Pemberian nutrisi oral hanya diperbolehkan setelah dilakukan uji fungsi menelan. Bila terdapat gangguan menelan atau penurunan kesadaran, disarankan pemasangan selang nasogastrik (NGT).
- g. Mobilisasi dan rehabilitasi dini harus dimulai sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi medis.

2. Penatalaksanaan Medis

Intervensi farmakologis yang diberikan antara lain:

- a. Obat trombolitik seperti streptokinase, digunakan untuk melarutkan bekuan

darah yang menyumbat pembuluh darah.

- b. Agen anti-platelet atau anti-trombotik seperti asetosal, ticlopidin, cilostazol, dan dipiridamol, yang bertujuan untuk mencegah penggumpalan darah.
- c. Antikoagulan seperti heparin, digunakan untuk mencegah pembentukan bekuan darah lebih lanjut.
- d. Antagonis serotonin seperti naftidrofuryl, digunakan untuk memperbaiki aliran darah otak.
- e. Antagonis kalsium seperti nimodipin dan obat neuroprotektif seperti piracetam, yang berperan dalam menjaga aliran darah otak dan fungsi saraf.

3. Penatalaksanaan Khusus / Komplikasi

Penanganan lanjutan terhadap komplikasi yang mungkin timbul meliputi:

- a. Pengendalian faktor risiko, seperti menggunakan obat anti-hipertensi untuk tekanan darah tinggi, agen anti-hiperglikemia untuk gula darah tinggi, dan anti-hiperurisemia untuk mengatasi kadar asam urat yang berlebihan.
- b. Penanganan kejang, jika terjadi, dengan memberikan obat antikonvulsan.
- c. Mengurangi tekanan intrakranial bila meningkat, dengan menggunakan obat seperti manitol, gliserol, furosemid, serta intervensi seperti intubasi dan pemberian steroid.
- d. Tindakan dekompresi, seperti prosedur kraniotomi, dilakukan jika terdapat peningkatan tekanan intrakranial yang parah atau adanya edema otak yang mengancam nyawa.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sherly Amanda (2022), beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis stroke non hemoragik antara lain:

1. Angiografi Serebral

Pemeriksaan menggunakan sinar X untuk mengevaluasi kondisi pembuluh darah yang tidak mendapat aliran oksigen yang memadai. Dalam prosedur ini, dokter akan menyuntikkan zat kontras ke dalam pembuluh darah, sehingga aliran darah dapat terlihat jelas di layar monitor. Pemeriksaan ini dapat mengidentifikasi masalah pada pembuluh darah, seperti penyempitan, penyumbatan (oklusi), atau aneurisma.

2. Elektroensefalografi (EEG)

Pemeriksaan ini digunakan untuk menganalisis gelombang otak dan mengidentifikasi potensi penyebab gangguan. EEG dapat menunjukkan perlambatan gelombang otak, dengan adanya sinyal delta yang menandakan berkurangnya volume darah otak saat aliran darah berkurang, serta perlambatan frekuensi pada bagian otak yang mengalami kerusakan atau kematian sel otak.

3. CT Scan (Computed Tomography)

Pemeriksaan ini digunakan untuk mendeteksi lokasi spesifik edema dan jaringan otak yang terinfeksi iskemia. Dalam 24-48 jam setelah stroke, CT scan dapat menunjukkan area otak yang berwarna lebih gelap atau hipodens, yang menunjukkan kurangnya pasokan oksigen ke jaringan otak.

4. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Pemeriksaan ini dapat menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan mengidentifikasi area yang mengalami iskemia. Pada stroke non

hemoragik, MRI biasanya memperlihatkan gambaran sinyal dengan intensitas rendah (hipointens, gelap) dan intensitas tinggi (hiperintens, putih), yang mencerminkan adanya gangguan pada otak.

5. Ultrasonografi Doppler

Pemeriksaan ini digunakan untuk mengevaluasi kondisi pembuluh darah, baik intrakranial maupun ekstrakranial, serta untuk memeriksa adanya stenosis pada arteri karotis.

6. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah dilakukan untuk mendukung diagnosis, terutama untuk memeriksa faktor-faktor yang mungkin berkontribusi pada stroke, seperti gangguan koagulasi atau kadar kolesterol tinggi.

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada penderita stroke antara lain hipoksia serebral, penurunan aliran darah otak, dan luasnya kerusakan jaringan otak, yang mengubah pola aliran darah otak sehingga pasokan oksigen ke otak berkurang dan akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak (Bararah & Jauhar, 2021).

Menurut Pudiastuti (2019), pasien stroke yang terbaring dalam waktu lama dapat mengalami sejumlah masalah fisik dan mental, seperti:

1. Emboli Paru

Bekuan darah yang terbentuk di pembuluh darah arteri yang mensuplai darah ke paru-paru, yang bisa mengarah pada emboli paru.

2. Luka Baring (Dekubitus)

Pasien yang terbaring lama dapat mengalami luka baring, terutama di area punggung bawah, bokong, persendian kaki, dan tumit. Jika tidak ditangani

dengan tepat, luka ini dapat berkembang menjadi luka tekan (ulkus dekubitus) yang rentan terinfeksi.

3. Pneumonia

Penderita stroke sering kali mengalami kesulitan dalam batuk dan menelan, yang menyebabkan penumpukan cairan di paru-paru dan memicu terjadinya pneumonia.

4. Atrofi dan Kontraktur Sendi

Keterbatasan gerak atau imobilisasi akibat stroke dapat menyebabkan atrofi otot dan kekakuan sendi, yang dikenal sebagai kontraktur.

5. Depresi dan Kecemasan

Gangguan emosi, termasuk depresi dan kecemasan, adalah reaksi emosional yang sering muncul pada penderita stroke. Perubahan atau hilangnya fungsi tubuh dapat memicu respons emosional yang tidak diinginkan, berdampak pada kesejahteraan fisik dan mental pasien.

2.1.10 Pencegahan

Menurut (Yudianti, 2020) pencegahan stroke non-hemoragik berulang melibatkan modifikasi gaya hidup dan pengelolaan faktor risiko, seperti menjaga tekanan darah dan kadar kolesterol tetap normal, berolahraga teratur, makan sehat (mengurangi garam, lemak jenuh, makanan olahan, dan perbanyak buah serta sayur), tidak merokok, membatasi alkohol, menjaga berat badan ideal, mengelola stres, serta istirahat cukup. Selain itu, penting untuk rutin melakukan pemeriksaan kesehatan dan mengikuti saran dokter, termasuk mengonsumsi obat-obatan tertentu jika diperlukan, seperti antikoagulan untuk gangguan irama jantung.

Pola Makan Sehat

1. Batasi garam, lemak jenuh, dan kolesterol:

Makanan tinggi garam dan lemak dapat meningkatkan risiko hipertensi dan kolesterol tinggi yang memicu penyumbatan pembuluh darah.

2. Konsumsi buah dan sayur:

Perbanyak buah dan sayur, gandum utuh, kacang-kacangan, dan biji-bijian untuk asupan serat yang tinggi.

3. Perhatikan lemak tak jenuh:

Pilih makanan dengan lemak tak jenuh dan protein, serta kaya serat untuk menjaga kesehatan pembuluh darah

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1 Pengertian

Gangguan mobilitas fisik merujuk pada kesulitan atau keterbatasan dalam melakukan gerakan tubuh secara bebas dan mandiri, yang bisa terjadi pada satu atau lebih bagian tubuh. Hal ini bisa berupa penurunan kemampuan untuk berjalan, menggerakkan lengan, atau bergerak dalam posisi tertentu.

2.2.2 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik

Gejala dan tanda mayor	Gejala dan tanda minor
Subjektif	Subjektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri saat bergerak 2. Tidak melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak
Objektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber: TIM POKJA SDKI DPP PPNI, Standar diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic, 2017)

2.2.3 Dampak gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik

Jika gangguan mobilitas fisik tidak ditangani dengan cepat, beberapa kondisi dapat muncul, seperti hemiplegia/hemiparesis, kontraktur, dan spastisitas. Berikut penjelasan masing-masing kondisi tersebut:

1. Hemiplegia/Hemiparesis

Gangguan ini merujuk pada kelumpuhan (hemiplegia) atau kelemahan (hemiparesis) pada satu sisi tubuh, khususnya pada lengan dan tungkai. Kondisi ini terjadi akibat kerusakan pada upper motor neuron (UMN), yang mengontrol gerakan tubuh. Lesi pada bagian ini menyebabkan gangguan fungsi motorik, mengakibatkan ketidakmampuan untuk menggerakkan bagian tubuh tertentu. Hemiplegia/hemiparesis sering ditemukan pada pasien stroke dan dapat mengurangi kualitas hidup karena keterbatasan mobilitas yang signifikan.

2. Kontraktur

Kontraktur adalah kondisi dimana otot dan sendi mengalami pemendekan yang menyebabkan deformitas dan pembatasan gerak sendi. Kondisi ini sering terjadi akibat imobilisasi yang lama, ketika otot-otot tidak aktif bergerak dan mengalami penurunan panjangnya. Salah satu mekanisme yang menyebabkan kontraktur adalah gangguan dalam transportasi ion kalsium (Ca^{2+}) ke dalam retikulum sarkoplasma otot, yang menghambat proses relaksasi otot. Tanpa relaksasi yang adekuat, otot dan sendi menjadi kaku dan terbatas gerakannya.

3. Spastisitas

Spastisitas merujuk pada peningkatan tonus otot pada otot yang sudah lemah. Otot menjadi lebih kaku dan tegang, menyebabkan kesulitan dalam bergerak secara normal. Pada awalnya, tahanan pada otot disebabkan oleh ketegangan

yang terjadi dengan cepat, namun diikuti oleh relaksasi secara tiba-tiba. Spastisitas sering kali terjadi akibat gangguan pada sistem saraf pusat, dan biasanya terkait dengan kondisi seperti stroke, cedera otak traumatik, atau multiple sclerosis. Spastisitas dapat mengganggu fungsi motorik dan mempengaruhi kualitas hidup penderita.

2.3 Konsep Terapi Manajemen Relaksasi Progresif

2.3.1 Pengertian

Teknik relaksasi otot progresif adalah metode yang fokus pada identifikasi otot yang mengalami ketegangan, kemudian mengurangi ketegangan tersebut dengan melibatkan teknik relaksasi untuk mencapai keadaan rileks. Proses ini dilakukan dengan mengendurkan otot-otot serta memberikan istirahat bagi pikiran dan mental, yang bertujuan untuk mengurangi kecemasan (Ulya & Faidah, 2022).

2.3.2 Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Herodes (2019), beberapa tujuan dari terapi relaksasi otot progresif antara lain:

1. Menurunkan ketegangan otot dan kecemasan: Terapi ini membantu mengurangi ketegangan pada otot serta menurunkan kecemasan, nyeri pada leher dan punggung, serta dapat menurunkan tekanan darah, frekuensi jantung, dan laju metabolisme tubuh.
2. Mengurangi disritmia jantung dan kebutuhan oksigen: Dengan merilekskan tubuh, terapi ini dapat mengurangi gangguan irama jantung dan mengoptimalkan penggunaan oksigen oleh tubuh.
3. Meningkatkan gelombang alfa otak: Proses relaksasi dapat meningkatkan gelombang otak alfa, yang terjadi ketika seseorang merasa rileks dan tidak

fokus pada hal-hal yang menegangkan.

4. Meningkatkan kebugaran dan konsentrasi: Terapi ini membantu meningkatkan rasa kebugaran tubuh dan konsentrasi mental.
5. Memperbaiki kemampuan mengatasi stres: Dengan relaksasi, tubuh dan pikiran akan lebih siap untuk mengatasi stres yang muncul dalam kehidupan sehari-hari.
6. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, dan fobia ringan: Terapi ini efektif untuk meredakan berbagai masalah mental dan fisik seperti kesulitan tidur, depresi, kelelahan, serta ketegangan otot.
7. Membangun emosi positif: Teknik ini juga dapat membantu dalam mengubah emosi negatif menjadi lebih positif, sehingga meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

2.3.3 Manfaat Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi otot progresif memberikan banyak manfaat untuk mengurangi stres dan memberikan sensasi rileks. Stres umumnya melibatkan umpan balik yang tertutup antara otot yang mengirimkan sinyal ke otak, yang memperburuk stres itu sendiri. Namun, dengan teknik relaksasi otot progresif, jalur umpan balik stres ini dapat terhambat dengan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis. Proses ini akan memanipulasi hipotalamus untuk memperkuat sikap positif, sehingga mengurangi rangsangan stres. Selain itu, sensasi rileks yang dihasilkan akan menurunkan kadar kortisol dalam tubuh dan menstabilkan kadar glukosa darah (Snyder & Lindquist, 2019; Copstead & Banasik, 2022).

Latihan relaksasi otot progresif juga dapat membantu mengurangi resistensi perifer serta meningkatkan elastisitas pembuluh darah. Oksigen akan lebih efektif

didistribusikan ke seluruh tubuh, sementara vasodilatasi yang terjadi pada arteri dan vena akan memperlebar pembuluh darah dan menurunkan tekanan darah secara langsung (Sucipto, 2019).

Lebih jauh lagi, terapi ini terbukti bermanfaat dalam menangani berbagai keluhan seperti insomnia, kecemasan (ansietas), kelelahan, kram otot, nyeri punggung dan leher, peningkatan tekanan darah, fobia ringan, dan bahkan gagap (Eyed, Zaitun, & Ati, 2022).

Dengan berbagai manfaatnya, terapi relaksasi otot progresif menjadi salah satu pilihan yang efektif untuk mengatasi berbagai masalah fisik dan mental. Ini dapat digunakan sebagai teknik pendukung dalam program perawatan atau rehabilitasi, membantu pasien mencapai keadaan tubuh dan pikiran yang lebih sehat.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik*

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan yang penting untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis. Tahap ini bertujuan untuk mengevaluasi status kesehatan klien, termasuk identitas, keluhan utama, riwayat penyakit, dan kondisi kesehatan secara keseluruhan (Tarwoto, 2022). Beberapa hal yang perlu dikaji dalam pengkajian antara lain:

1. Identitas Klien

Pengumpulan data identitas klien mencakup informasi dasar yang penting untuk mendokumentasikan dan mengenali klien dengan jelas, seperti: Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), nomor register dan diagnosis medis yang didapatkan setelah pemeriksaan medis. Hal ini penting, terutama karena

stroke lebih sering terjadi pada usia lanjut, sehingga identifikasi faktor-faktor risiko terkait sangat relevan.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah alasan utama klien meminta pertolongan medis. Keluhan yang sering terjadi pada pasien stroke meliputi: Kelemahan pada anggota gerak satu sisi tubuh (hemiparesis), Kesulitan berbicara atau bicara pelo (disartria), kesulitan dalam berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran, yang merupakan gejala umum yang sering menyertai stroke.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit saat ini mencakup informasi tentang kejadian yang memicu serangan stroke. Stroke sering kali terjadi secara tiba-tiba, bahkan saat klien sedang aktif. Gejala yang mungkin timbul termasuk: Nyeri kepala, mual, muntah, dan bahkan kejang. Kehilangan kesadaran atau penurunan tingkat kesadaran yang disebabkan oleh perubahan dalam tekanan intrakranial atau gangguan aliran darah di otak. Kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lainnya yang sering menyertai serangan stroke.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit sebelumnya perlu diketahui untuk membantu mengidentifikasi faktor risiko yang dapat memperburuk kondisi stroke atau menyebabkan kejadian berulang, seperti:

- a. Hipertensi yang dapat memicu stroke hemoragik
- b. Riwayat stroke sebelumnya, yang menandakan adanya kemungkinan stroke berulang.
- c. Diabetes melitus, yang meningkatkan risiko komplikasi kardiovaskular.

- d. Penyakit jantung, yang dapat meningkatkan risiko emboli.
- e. Anemia, yang dapat mengganggu suplai oksigen ke otak.
- f. Riwayat trauma kepala yang dapat menyebabkan cedera otak atau pembuluh darah.
- g. Penggunaan kontrasepsi, yang terkadang dikaitkan dengan peningkatan risiko trombosis.

5. Pemeriksaan Fisik pada Pasien Stroke Non-Hemoragik

Tanda Vital

a. Tekanan Darah

Pasien stroke non-hemoragik umumnya memiliki riwayat hipertensi, dengan tekanan darah sistolik >140 mmHg dan diastolik >80 mmHg.

Tekanan darah pada pasien ini dapat berfluktuasi, meningkat atau menurun secara spontan, namun biasanya akan kembali stabil dalam waktu 2-3 hari setelah kejadian stroke.

b. Nadi

Pada umumnya, nadi pasien stroke non-hemoragik adalah normal, sekitar 60-100 kali per menit.

c. Suhu

Pada pasien stroke non-hemoragik, tidak ditemukan masalah terkait suhu tubuh.

Pemeriksaan Wajah

- a. Wajah pasien umumnya simetris, namun bisa terlihat pucat.

Nervus V (Trigeminus): Pasien biasanya dapat merasakan sentuhan pada wajah. Pada pasien koma, respons terhadap pengusapan kornea (dengan kapas halus) adalah penutupan kelopak mata.

Nervus VII (Facialis): Gerakan otot wajah seperti mengangkat alis, mengerutkan dahi, atau mengembungkan pipi biasanya simetris. Namun, bila pasien diminta mengembungkan pipi, akan ada ketidaksimetrian pada sisi yang lemah. Pasien juga mungkin kesulitan mengunyah.

- b. Mata

Konjungtiva biasanya tidak tampak anemia, dan sklera tidak menunjukkan ikterus.

Pupil biasanya isokor (berukuran sama), meskipun bisa juga terjadi anisokor (perbedaan ukuran pupil).

Nervus II (Optikus): Luas pandang pasien biasanya 90°, dengan visus 6/6.

Nervus III (Okulomotoris): Diameter pupil umumnya 2 mm, dan dapat isokor atau anisokor. Refleks palpebral dan kedipan mata dapat dinilai jika pasien membuka mata.

Nervus IV (Troklearis): Pasien dapat mengikuti gerakan tangan perawat ke atas dan bawah.

Nervus VI (Abdusens): Pasien dapat mengikuti gerakan tangan perawat ke kiri dan kanan.

- c. Hidung

Simetris kiri dan kanan, dengan oksigen terpasang. Tidak ada tanda-tanda pernapasan pada cuping hidung.

Nervus I (Olfaktorius): Beberapa pasien mungkin dapat mengenali bau yang diberikan, meskipun ketajaman penciuman bisa berbeda antara sisi kiri dan kanan.

Nervus VIII (Vestibulokoklearis): Pasien mungkin kesulitan mendengar suara dengan intensitas rendah, dan hanya dapat mendengar suara keras dan jelas.

d. Mulut dan Gigi

Pasien yang dalam kondisi apatis atau koma sering mengalami bau mulut, gigi kotor, dan mukosa bibir kering.

Nervus VII (Facialis): Pasien dapat menggerakkan lidah untuk mendorong pipi kiri dan kanan, dan bibir biasanya simetris.

Nervus IX (Glosofaringeus): Ovula akan terangkat secara tidak simetris, condong ke arah sisi tubuh yang lemah. Pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit.

Nervus XII (Hipoglosus): Pasien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkannya ke kiri dan kanan, meskipun artikulasi bicara cenderung kurang jelas.

e. Telinga

Bentuk telinga biasanya simetris.

Nervus VIII (Vestibulokoklearis): Pasien mungkin kesulitan mendengarkan suara ringan, tergantung pada lokasi kelemahan.

f. Leher

Nervus X (Vagus): Gangguan pada fungsi menelan sering terlihat pada pasien stroke non-hemoragik.

6. Pemeriksaan kaku kuduk biasanya menunjukkan tanda positif, bersama dengan tes Bludzensky (+).

a. Paru-paru

Inspeksi: Paru-paru terlihat simetris kiri dan kanan.

Palpasi: Fremitus terasa seragam antara kiri dan kanan.

Perkusi: Suara sonor normal terdeteksi.

Auskultasi: Suara napas vesikuler terdengar normal.

b. Jantung

Inspeksi: Iktus kordis tidak terdeteksi.

Palpasi: Iktus kordis dapat teraba.

Perkusi: Batas jantung biasanya normal.

c. Abdomen

Inspeksi: Abdomen terlihat simetris tanpa asites.

Palpasi: Tidak ada pembesaran hati (hepar).

Perkusi: Suara tympani terdeteksi.

Auskultasi: Bising usus terdengar pada pemeriksaan, namun saat refleksi dinding perut digores, pasien biasanya tidak merasakan apapun.

d. Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Infus terpasang pada salah satu sisi (dextra atau sinistra).

Capillary Refill Time (CRT) biasanya normal, kurang dari 2 detik.

Nervus XI (Aksesorius): Pasien stroke non-hemoragik umumnya tidak

dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

Pada pemeriksaan refleks, refleks biceps biasanya negatif, dengan tidak ada respons terhadap pemukulan pada siku.

Refleks Hoffman Tromner: Jari tangan tidak mengembang ketika diberi stimulus.

2) Ekstremitas Bawah

Pada pemeriksaan refleks, beberapa tes dapat menunjukkan tanda-tanda abnormal:

Refleks Bludzensky: Pada satu kaki (misalnya, kaki kiri), pasien menunjukkan fleksi (Bludzensky (+)).

Refleks Babinsky: Ketika telapak kaki digores, jari-jari kaki tidak merespon atau tidak mengembang (Babinsky (+)).

Refleks Caddock: Pada saat telapak kaki atau bagian dorsalis kaki digores, jari-jari kaki juga tidak bereaksi (Caddock (+)).

Refleks Openheim: Ketika tulang kering digosokkan dari atas ke bawah, tidak ada respons fleksi atau ekstensi (Openheim (+)).

Refleks Gordon: Ketika betis diremas dengan kuat, pasien tidak merasakan apapun (Gordon (+)).

Refleks Patella: Pada pemeriksaan refleks patella, femur tidak bereaksi saat diketuk (Patella (+)).

7. Aktivitas dan Istirahat

Gejala: Pasien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi, atau paralisis (hemiplegia). Pasien juga merasa cepat lelah dan kesulitan beristirahat.

Tanda: Ditemukan gangguan tonus otot, kelemahan umum (hemiplegia), gangguan penglihatan, dan penurunan tingkat kesadaran.

8. Sirkulasi

Gejala: Adanya penyakit jantung, polisitemia, atau riwayat hipertensi postural.

Tanda: Hipertensi arteri dapat terjadi sebagai akibat embolisme atau malformasi vaskular. Frekuensi nadi bervariasi, dan bisa terjadi aritmia atau gangguan ritme jantung.

9. Integritas Ego

Gejala: Perasaan tidak berdaya dan putus asa.

Tanda: Terkadang ditemukan distensi abdomen atau kandung kemih, serta bising usus yang negatif.

10. Eliminasi

Gejala: Perubahan pola berkemih, seperti sering buang air kecil atau kesulitan.

Tanda: Distensi pada abdomen atau kandung kemih, dengan bising usus yang negatif.

11. Makanan atau Minuman

Gejala: Hilangnya nafsu makan, mual, muntah selama fase akut, dan kehilangan sensasi pada lidah atau tenggorokan. Disfagia (kesulitan menelan) juga sering terjadi, dengan riwayat diabetes melitus atau

peningkatan kadar lemak dalam darah.

Tanda: Kesulitan menelan dan obesitas dapat ditemukan pada pasien.

12. Neurosensori

Gejala: Sakit kepala dengan intensitas yang bervariasi, kelemahan atau kesemutan, hilangnya sensasi sensorik pada ekstremitas kontralateral (sisi tubuh yang berlawanan). Gangguan penglihatan, pengecap, dan penciuman juga bisa terjadi.

Tanda: Pasien sering mengalami penurunan status mental atau tingkat kesadaran (termasuk koma pada tahap awal). Gangguan kognitif, paralisis wajah, afasia, serta ketidaknormalan pada ukuran atau reaksi pupil dapat ditemukan. Kejang atau kekakuan otot juga dapat terlihat.

13. Kenyamanan atau Nyeri

Gejala: Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda.

Tanda: Tingkah laku pasien yang tidak stabil, gelisah, serta ketegangan otot yang dapat terlihat.

14. Pernapasan

Gejala: Kebiasaan merokok yang dapat memperburuk kondisi.

Tanda: Kesulitan menelan atau batuk, hambatan pada jalan napas, serta kesulitan bernapas. Suara napas sering kali terdengar seperti ronchi (suara mengi).

2.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan dengan penurunan kekuatan otot.
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neoromuskular.

3. Perfusi perifer tidak efektif.
4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran ditandai dengan trauma pada saraf kranial, II, III, IV, Dan VI akibat stroke, aneurisma, intrakranial, trauma/tumor otak.
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

2.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4.1 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
(D.OO54) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan rentang gerak menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan (L.05042) mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstermitas meningkat Kekuatan otot meningkat Rentang gerak (ROM) meningkat Nyeri menurun Kecemasan menurun Kaku sendi menurun Gerakan tidak terkoordinasi menurun Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukungan Ambulasi (I.06171) <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (misalnya, tongkat, kruk). Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. Anjurkan melakukan ambulasi dini. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi). Dukungan Mobilisasi (I.05173) <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya, pagar tempat tidur).

		<ul style="list-style-type: none"> b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
		<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajakan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
(D. 0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan stroke	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan (L. 03030) status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Porsi makanan yang dihabiskan membaik. b. Kekuatan otot mengunyah membaik. c. Kekuatan otot menelan membaik. d. Perasaan cepat kenyang menurun. e. Nyeri abdomen menurun. f. Berat badan membaik. g. Indeks masa tubuh (IMT) membaik h. Frekuensi makan membaik. i. Nafsu makan membaik. j. Bising usus membaik. 	<p>Intervensi Utama</p> <p>1. Manajemen Nutrisi (I.03119) Tindakan Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai. d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik. f. Monitor asupan makanan. g. Monitor berat badan. h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan orah hygiene sebelum makan, jika perlu. b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (misalnya, piramida makanan). c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f. Berikan suplemen makanan, jika perlu. g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu. b. Ajarkan diet yang diprogramkan. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalnya, pereda nyeri).

		antiemetik), jika perlu.
		b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu).
		2. Promosi Berat Badan (I.03136) Tindakan Observasi
		a. Identifikasi kemungkinan penyebab berat badan kurang.
		b. Monitor adanya mual muntah.
		c. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari.
		d. Monitor berat badan.
		e. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit, serum.
(D. 0085) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran ditandai dengan trauma pada saraf kranialis, II, III, IV, dan VI, akibat stroke aneurisma intrakranial, trauma/tumor otak.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Persepsi Sensori membaik dengan kriteria hasil:	Intervensi Utama
	a. Respons sesuai stimulus membaik.	1. Minimalisasi Rangsangan (I.08241) Tindakan Observasi
	b. Konsentrasi membaik	a. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (misalnya, nyeri, kelelahan).
		Terapeutik
		a. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (misalnya, bising, terlalu terang).
		b. Batasi stimulus lingkungan (misalnya, cahaya, suara, aktivitas).
		c. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat.
		d. Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan.
		Edukasi
		a. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (misalnya, mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan).m
		Kolaborasi
		a. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan.
		b. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
(D. 0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neoromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Persepsi Sensori membaik dengan kriteria hasil:	Intervensi Utama
	a. Respons sesuai stimulus membaik.	1. Promosi Komunikasi Defisit Berbicara (I.13492) Tindakan Observasi
		a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.
		b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya, memori, pendengaran, dan

	<ul style="list-style-type: none"> b. Konsentrasi membaik c. Kontak mata meningkat d. Afasia menurun e. Disfasia menurun f. Apraksia menurun g. Disieksia menurun h. Disatria menurun i. Afonia menurun j. Disialia menurun k. Pelo menurun l. Gagap menurun. 	<p>bahasa).</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara. d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer). b. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misalnya, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien). c. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan d. Ulangi apa yang disampaikan pasien. e. Berikan dukungan psikologis f. Gunakan juru bicara, jika perlu. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan berbicara perlahan b. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara. <p>Kolaborasi</p> <p>Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.</p>
(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Perfusi perifer (L. 02011) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Denyut nadi perifer meningkat. b. Warna kulit pucat menurun c. Edema Perifer menurun d. Nyeri ektermitas menurun e. Parastesia menurun f. Kelemahan otot menurun. g. Pengisian kapiler membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan Sirkulasi Tindakan Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (misalnya, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index) b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (misalnya, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kolesterol tinggi). c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ektermitas. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. b. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera c. Lakukan pencegahan infeksi.

-
- h. Akral membaik
 - i. Turgor kulit membaik.
Tekanan darah membaik
 - a. Anjurkan berhenti merokok.
 - b. Anjurkan berolahraga rutin.
 - d. Lakukan perawatan kaki dan kuku.
 - e. Lakukan hidrasi Edukasi
-

2.1.4 Implementasi Keperawatan

Dalam konteks pelayanan kesehatan, implementasi merujuk pada pelaksanaan serangkaian tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan pasien. Pelaksanaan ini meliputi intervensi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat (tindakan independen), serta intervensi kolaboratif yang memerlukan kerja sama dan koordinasi antara perawat dengan tenaga medis lain seperti dokter dan profesional kesehatan terkait. Contohnya, perawat dapat secara mandiri memberikan edukasi kepada pasien mengenai teknik relaksasi otot progresif. Sementara itu, intervensi kolaboratif membutuhkan keterlibatan bersama antar anggota tim medis untuk merancang dan mengimplementasikan perawatan yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan khusus pasien.

2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dalam konteks pelayanan kesehatan, evaluasi merupakan suatu proses yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan dari perawatan telah tercapai, sekaligus memberikan umpan balik terhadap intervensi keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien. Proses evaluasi ini mencakup beberapa unsur penting, yaitu:

Subjektif (S): Bagian ini berisi informasi yang berasal langsung dari pasien, seperti keluhan yang dirasakan, riwayat penyakit, dan gejala yang dialami. Informasi ini bersifat personal dan tidak dapat diukur secara langsung.

Objektif (O): Merupakan data yang dapat diamati atau diukur secara langsung oleh tenaga kesehatan, seperti hasil pemeriksaan laboratorium, tekanan darah, suhu tubuh, serta temuan fisik lainnya yang bersifat nyata dan dapat diverifikasi.

Analisis (A): Pada tahap ini, tenaga medis menganalisis data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan. Dari analisis ini kemudian disusun diagnosis atau

penilaian terhadap kondisi pasien, mencakup masalah utama yang dihadapi, penyebabnya, serta dampaknya terhadap pasien.

Perencanaan (P): Tahapan ini mencakup penyusunan rencana tindakan berdasarkan hasil analisis sebelumnya. Rencana ini meliputi langkah-langkah perawatan, intervensi medis, tindakan pencegahan, serta tindak lanjut yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi pasien secara menyeluruh.