

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III. Ruang penyakit dalam III dipimpin oleh seorang kepala ruangan dan mempunyai staf sebanyak 18 orang terdiri dari perawat berjumlah 15 orang dengan tingkat pendidikan D III keperawatan terdiri dari 14 orang dan sarjana keperawatan + ners 1 orang, staf administrasi 1 orang, *cleaning service* 2 orang. Ruang penyakit dalam III juga dapat menampung pasien dengan kapasitas bed berjumlah 19 bed dan kasus terbanyak RPD III adalah anemia gravis, hipertensi dan *stroke non hemoragic*.

2. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan pada tanggal 3 -6 Agustus 2024, jam 07.00 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a. Pengkajian

1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada Tn Y.W.L yang berumur 44 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam III, pasien berjenis kelamin Laki-laki, beragama Katolik, beralamat di Nuabosi, status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SMA pasien bekerja sebagai petani. Penanggung jawab pasien yaitu istri pasien Ny.M.R

yang berumur 40 tahun, tinggal di Nuabosi, pekerjaan petani. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang, kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan.

i. Keluhan Utama

Pasien mengatakan pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai kaki dan tangan kanan tidak bias digerakan.

ii. Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan pada hari Rabu tanggal 1 Agustus 2024 pukul 14.00 wita saat jam makan siang pasien tiba-tiba pingsan dan tidak sadar, keluarga akhirnya menggosokkan minyak kayu putih pada telapak tangan dan kaki serta seluruh badan, 30 menit kemudian akhirnya pasien sadar. Melihat kondisi pasien tersebut istri pasien memutuskan untuk mengantar suaminya ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pasien masuk rumah sakit melalui IGD (Instalasi Gawat Darurat) pada tanggal 1 Agustus 2024 dengan keluhan lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang, kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan, bicara jelas kesadaran: composmentis, GCS 15 : E: 4(spontan buka mata) , V:5 (orientasi baik) dan M:6 (mengikuti perintah). Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi : 57x/menit, suhu : 37,0⁰C, SPO₂ : 95%, RR : 26x/menit. Pasien didiagnosis *stroke non hemoragik (SNH)*, dan

mendapat terapi Parasetamol 3x1 gr/iv, citicoline 2x500 mg/iv, mecobalamin 2x500 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv, captopril 2x25 mg/oral mg/iv amlodipin 1x10 mg/oral, dan dipasang oksigen nasal canule 3 liter per menit (LPM), setelah 8 jam di IGD selanjutnya pasien dipindahkan untuk di rawat di Ruang Penyakit Dalam (RPD) 3.

iii. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat stroke dan hipertensi. .

iv. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus juga penyakit stroke sama sepertinya.

e) Pemeriksaan Pola Kesehatan

(1) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sudah mengetahui penyakit yang dideritanya yaitu stroke tanpa disertai perdarahan (stroke non hemoragic/stroke iskemik), penyakit ini termasuk penyakit yang berat dan proses penyembuhan yang agak lama karena bermasalah dengan saraf dan harus diimbangi dengan pola makan/diet yang tepat yaitu diet rendah garam dan rendah lemak (RGRL).

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama masa perawatan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan dan mengikuti

anjuan dokter seperti rutin latihan menggengam bola, menggerakkan kaki dan tangan sesuai dengan yang sudah dilatih oleh petugas fisioterapi.

(2) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari dan sering mengkonsumsi makanan yang berminyak, santan dan berlemak (lemak jenuh) seperti gorengan, santan, makanan laut (lobster, cumi dan gurita. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1000-1200 cc), minumnya air putih, berat badan 50 Kg.

Keadaan saat ini: pasien makan 3x sehari porsi makan dihabiskan dan diet yang diberikan adalah diet rendah garam dan rendah lemak dengan menu yang diberikan adalah nasi, sayuran hijau dan lauk seperti daging ayam tanpa kulit, telur(putihnya saja yang dimakan) ataupun tahu tempe. Pasien minum 6-7 gelas/hari (1200-1400 cc), minumnya air putih, berat badan 50 Kg.

(3) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan BAB sebelumnya 1 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 6-8 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), produksi urine \pm 800 cc tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak) dengan produksi urine produksi urine \pm 1200 cc , tidak ada keluhan saat BAK(pasien BAK menggunakan pispot).

(4) Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai petani tanpa ada keluhan pada bagian kaki dan tangan. Pasien juga tidak mengalami sesak napas, tidak nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini: pasien belum bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga karena kelemahan di sisi tubuh kanan (*hemiparese dextra*).

(5) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00 - 05.00 dan pasien tidur siang jam 16-17.10 wita

Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00, tidak terbangun di malam hari dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang pukul 15.30-16.30 wita.

(6) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik dan mampu mengingat semua peristiwa dengan detail.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan tangan bagian kanan terasa lemah dan sensasi nyeri saat dicubit berkurang). Pasien juga mengatakan sakit kepala seperti ditusuk-tusuk sudah berkurang dan selama sakit pasien mampu mengingat semua hal dengan baik

(7) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah seorang suami yang bertanggungjawab menafkahi istri dan anak-anak. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan dia adalah seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

i. Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

(9) Pola Reproduksi : tidak dikaji karena menjaga privasi pasien.

(10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini : selama masa perawatan kadang pasien merasa stress tetapi berusaha tetap tenang dan sabar dan mengalihkan semua rasa stress dengan berdoa ataupun bercerita kepada istrinya.

(11) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama Katolik, rajin ke Gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya berdoa untuk proses penyembuhannya.

f) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : pasien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon *eye* 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara saat ditanyakan) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m,

suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%. Pada kepala: rambut tampak bersih dan tidak beruban, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk berkurang, skala nyeri ringan (3). Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung: simetris tidak ada polip (benjolan). Mulut: simetris (tidak tampak mencong), refleks menelan baik (pasien bisa menelan tanpa tersedak), mukosa bibir tampak lembab, pasien tampak berbicara dengan artikulasi/penyebutan jelas. Pemeriksaan leher: tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan tidak tampak bendungan (distensi) pada vena jugularis. Pada pemeriksaan dada : inspeksi : bentuk dada simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : tidak ada suara napas tambahan. Pada pemeriksaan jantung: auskultasi: bunyi jantung I & II reguler, murmur dan Gallop tidak ada. pemeriksaan abdomen : palpasi : tidak terdapat nyeri tekan , auskultasi : peristaltik usus 12x/m, pemeriksaan genetalia tidak dilakukan dengan alasan privacy. Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas: tangan kanan terdapat kelemahan dan bisa menggeser lengan bagian kanan tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, pemeriksaan refleks bisep (+1) yang artinya refleks lebih lemah dari orang normal, refleks trisep (+1) refleks lebih lemah dari orang normal.

Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit pada tangan kanan. Tangan kiri tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan dan penilaian tonus otot : 5, refleks bisep (+2) yang artinya adanya kontraksi otot dan fleksi lengan bawah, refleks trisep (+2) yang artinya adanya kontraksi otot trisep dengan gerakan menyentak. Ekstremitas bawah :kaki kanan terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser kaki tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilain tonus otot : 2, refleks fisiologis : refleks patella (+ 1) refleks lebih lemah dari orang normal, refleks Achilles (+1), refleks babinzki dan chaddock (+) yang artinya adanya dorsofleksi dari ibu jari dan mekarnya keempat jari kaki. Kaki kiri tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan dan penilaian tonus otot : 5, refleks patella (+) yang artinya adanya ekstensi tungkai bawah, refleks Achilles (+) yang artinya adanya plantar fleksi dari telapak kaki. Refleks babinzki dan chaddock (-) yang artinya adanya plantar fleksi dari ibu jari dan keempat jari kaki tidak mekar.

g) Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 2 Agustus 2024 pukul 05.30 dilakukan pemeriksaan darah sebagai berikut:

(1) Kimia Darah Lengkap.

➤ Lemak Darah

Table 4.1 Pemeriksaan Lemak Darah

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Cholesterol Total	285mg/dL	≥ 200
<i>High Density Lipoprotein(HDL)</i>	35 mg/dL	≥ 45 mg/dL
<i>Low Density Lipoprotein(LDL)</i>	174 mg/dL	≤ 130 mg/dL
<i>Trigliserida</i>	183 mg/dL	≤ 150 mg/dL

(2) Pemeriksaan *CT Scan* Kepala Tanpa Kontras pada tanggal 2

Agustus 2024 pukul 10.00

- Terdapat gambaran *lesi hypodense yang abnormal intra axial di posterior ambience system pada midbrain*
- *Sulcy* dan *gyri* di luar lesi tampak normal
- System ventrikel normal
- Tidak tampak gambaran deviasi *midline structure*
- *Cavum orbita* serta *bulbus oculi dextra* dan *sinistra* normal
- *Sinus maxillaris* kiri dan kanan normal

Kesimpulan : *Intra midbrain ischaemic infraction.*

h) Terapi

Terapi yang diperoleh pasien pada tanggal 2 Agustus adalah, Citicoline 2x500 mg/iv, mecobalamin 2x500 mg/iv, Amlodipin 1x5 mg/oral, Parasetamol 3x1 gr mg/iv, Aspilet 1x80 mg/oral, simvastatin 1x40 mg/oral.

ii. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang, kaki dan tangan kanan terdapat kelemahan dan bisa menggeser lengan bagian kanan tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, refleks bisep (+1), refleks trisep (+1), refleks patella (+ 1) refleks lebih lemah dari orang normal, refleks Achilles (+1), refleks babinzki dan chaddock (+), aktivitas dibantu keluarga, kesadaran composmentis GCS 15 (E:4, M:6, V:4), : TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m, suhu : 36,8 0c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%, aktifitas sebagian dibantu keluarga, terpasang infus NaCL 0.9% 20 tetes/menit, Kolesterol Total: 285 mg/dL, High Density Lipoprotein (HDL) 35 mg/dL, Low Density Lipoprotein (LDL) 174 mg/dL, Trigliserida 183 mg/dL, CT scan: *Intra midbrain ischaemic infraction*.

iii. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan ke dalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: Pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang, kaki dan tangan kanan terdapat kelemahan dan bisa menggeser lengan bagian kanan tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2.

Data objektif : keadaan umum lemah, hemiparese dextra, aktifitas dibantu keluarga, refleks bisep (+1), refleks trisep (+1), refleks

patella (+1), refleks Achilles (+1), refleks babinzki dan chaddock (+), ADL dibantu sebagian, kesadaran *composmentis*, GCS 15 (E:4 V:5 M:6), TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%, Cholesterol Total: 285 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 35 mg/dL, *Low Density Liporotein* (LDL) 174 mg/dL, *Trigliserida* 183 mg/dL, *CT scan: Intra midbrain ischaemic infraction.*

iv. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

1. Data subjektif: pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang

Data objektif: keadaan umum lemah, TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 20 x/m SpO2 : 98%, Cholesterol Total: 285 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 35 mg/dL, *Low Density Liporotein* (LDL) 174 mg/dL, *Trigliserida* 183 mg/dL, refleks bisep (+1), refleks trisep (+1), refleks patella (+1), refleks achilles (+1), refleks babinzki dan chaddock (+), *CT scan: Intra midbrain ischaemic infraction.*

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat penurunan kapasitas adaptatif intracranial berhubungan dengan stroke iskemik.

2. Data subjektif: pasien mengatakan sakit kepala disertai leher tegang berkurang

Data objektif: ekspresi rileks, skala nyeri (3), Nadi : 60x/m, SpO2 : 98%

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemik)

3. Data subjektif :pasien mengatakan kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan dan aktivitas dibantu keluarga.

Data objektif : hemiparesis dextra, kaki dan tangan kanan terdapat kelemahan dan bisa menggeser lengan bagian kanan tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, aktifitas dibantu keluarga.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

b. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn Y.W.L adalah sebagai berikut :

- 1) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik, yang ditandai dengan :

Data subjektif: pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang

Data objektif: keadaan umum lemah, TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m, suhu : 36,8 °C, RR : 24 x/m SpO₂ : 98%, Kolesterol Total: 285 mg/dL, *High Density Lipoprotein* (HDL) 35 mg/dL, *Low Density Lipoprotein* (LDL) 174 mg/dL, *Trigliserida* 183 mg/dL, refleks bisep (+1), refleks trisep (+1), refleks patella (+1), refleks achilles (+1), refleks babinzki dan chaddock (+), *CT scan*: Intra midbrain ischaemic infraction

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemik), yang ditandai dengan :

Data subjektif: pasien mengatakan sakit kepala disertai leher tegang berkurang

Data objektif: ekspresi rileks, skala nyeri (3), Nadi : 60x/m, SpO₂ : 98%

- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan :

Data subjektif :pasien mengatakan kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan dan aktivitas dibantu keluarga.

Data objektif : hemiparesis dextra, refleks bisep (+1), kaki dan tangan kanan terdapat kelemahan dan bisa menggeser lengan bagian kanan

tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, semua aktifitas dibantu keluarga.

c. Rencana Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas Masalah:

- 1) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
- 2) Nyeri akut
- 3) Gangguan Mobilitas Fisik
- (a) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan dengan stroke iskemik

Data subjektif: pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala disertai leher tegang berkurang

Data objektif: keadaan umum lemah, TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%, Cholesterol Total: 285 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 35 mg/dL, *Low Density Liporotein* (LDL) 174 mg/dL, *Trigliserida* 183 mg/dL, refleks

bisep (+1), refleks trisep (+1), refleks patella (+1), refleks achilles (+1), refleks babinzki dan chaddock (+) *CT scan*: Intra midbrain ischaemic infraction

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah kapasitas adaptif intrakranial meningkat

Kriteria hasil: Sakit kepala menurun, bradikardia menurun, tekanan darah membaik, Nadi membaik, pola napas membaik, ,refleks neurologis membaik.

Intervensi: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

Observasi

(1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

Rasional: mengetahui factor penyebab peningkatan tekanan intracranial

(2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas)

Rasional: memberikan penanganan yang lebih cepat dan tepat dalam pencegahan terjadinya komplikasi.

(3) Monitor Mean Arteri Pressure (MAP)

Rasional: MAP merupakan salah satu indikator peningkatan TIK

(4) Monitor status pernapasan

Rasional: pernapasan yang meningkat merupakan adanya indikator penekanan pada pusat pernapasan akibat dari stroke.

(5) Monitor intake dan output cairan

Rasional: input dan output cairan yang seimbang dapat mencegah terjadinya dehidrasi yang akan berdampak pada kejang.

Terapeutik

(6) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional: lingkungan yang kondusif dapat membantu pasien lebih rileks sehingga dapat mempercepat proses kesembuhan.

(7) Berikan posisi semi fowler

Rasional: agar diafragma tidak menekan otot bantu pernapasan.

(8) Hindari manuver valsava

Rasional: manuver valsava dapat menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan intracranial.

(9) Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional: suhu tubuh yang normal dapat mencegah terjadinya kejang.

Kolaborasi

(10) Pemberian diuretic osmosis, jika perlu.

Rasional: pemberian diuretik osmosis agar mengurangi oedema pada otak.

(11) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu

Rasional: terapi sedasi dan antikonvulsan bekerja dengan cara menormalkan aktivitas listrik yang berlebihan di otak sehingga kejang dapat dicegah atau diatasi.

(12) Penatalaksanaan citicoline 2x500 mg/IV

Rasional : sebagai neuroprotektif sehingga dapat melindungi saraf dari cedera setelah iskemik.

(b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data subjektif: pasien mengatakan sakit kepala disertai leher tegang berkurang

Data objektif: ekspresi rileks, skala nyeri (3), Nadi : 60x/m, SpO2 : 98%

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.

Kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif, menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.

Intervensi: Manajemen Nyeri

Observasi

(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional: mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri untuk penentuan intervensi

- relaksasi
- (2) Identifikasi skala nyeri
 - Rasional: mengurangi skala nyeri dan memberikan efek
 - (3) Identifikasi respons nyeri non verbal
 - Rasional: memperbaiki pola coping pasien dan keluarga pasien
 - (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - Rasional: Untuk mengetahui faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat.
 - (5) Monitor vital sign
 - Rasional: mengetahui fungsi sistem tubuh dan deteksi adanya perubahan sistem tubuh yang ditunjukkan oleh tanda vital.
 - (6) Monitor efek samping penggunaan analgetik.
 - Rasional: mengetahui ada tidaknya efek samping yang ditimbulkan sebagai akibat dari pemberian terapi analgetik.
- Terapeutik
- (7) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis hipnosis, akupresur, kompres hangat/dingin dan terapi bermain, terapi pijat, aromaterapi)
 - Rasional: terapi non farmakologi dapat mengurangi rasa nyeri.
 - (8) Berikanlah lingkungan yang nyaman
 - Rasional: dengan lingkungan yang nyaman pasien akan merasakan rileks dan tenang
 - (9) Fasilitas istirahat dan tidur

Rasional: memaksimalkan istirahat dan tidur sebagai salah satu teknik mengurangi rasa nyeri.

Edukasi

(10) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri..

Rasional: peningkatan pemahaman yang cukup tentang nyeri mampu mengurangi rasa cemas yang ditimbulkan sehingga akan berdampak pada pengurangan rasa nyeri.

(11) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Rasional: penggunaan analgetik yang tepat dapat meminimalisir efek samping yang ditimbulkan

(12) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

Rasional: teknik relaksasi napas dalam dapat mengurangi rasa nyeri dengan merangsang pelepasan hormone endorphin sebagai analgetik.

Kolaborasi

(13) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: pemberian terapi analgetik dapat mengurangi nyeri.

(c) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan :

Data subjektif :pasien mengatakan kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan dan aktivitas dibantu keluarga.

Data objektif : hembiparesis dextra, refleks bisept (+1), kaki dan tangan kanan terdapat kelemahan dan bisa menggeser lengan bagian kanan

tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, semua aktifitas dibantu keluarga.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, Gerakan tidak terkoordinasi menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun.

Intervensi :

Dukungan mobilisasi

Observasi

(1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: mengetahui factor penyebab yang lainnya.

(2) Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan

Rasional: mengetahui batas kemampuan pasien saat melakukan pergerakan.

(3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi

Rasional: indikasi adanya peningkatan TIK

Terapeutik

(4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional: alat bantu seperti kruk dapat membantu pasien dalam melakukan pergerakan.

- (5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: keluarga merupakan support sistem terbaik dalam membantu pasien melakukan mobilisasi/pergerakan

Edukasi

- (6) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional: agar keluarga memahami tindakan mobilisasi yang akan dilakukan

- (7) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Rasional: mobilisasi dini dapat melancarkan sirkulasi darah serta mencegah terjadinya kontraktur/kekakuan pada sendi.

- (8) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Rasional: agar dapat melancarkan sirkulasi darah serta mencegah terjadinya kontraktur/kekakuan pada sendi.

d. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Sabtu, 3 Agustus 2024

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.00 Mengkaji keadaan umum dan keluhan: keadaan umum lemah, pasien mengeluh sakit kepala seperti ditusuk2 disertai leher tegang, kaki dan tangan kanan belum bisa diangkat hanya bisa digeser 07.20

Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan intrakranial) : pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang, Jam 07.30 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 100 mmHg. Jam 08.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv Jam 08.30 Memberikan posisi head up 30°. 08.45 Menganjurkan pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak (tidak mengkonsumsi makanan seperti ikan kering, kuning telur, santan, makanan laut seperti cumi, gurita, lobster) 12.00 Melayani makan (diet rendah garam dan rendah lemak) 1 porsi dengan nasi putih, sayur bayam, ikan dan 1 buah pisang 12.20 Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg.

Diagnosa Keperawatan II

07.45 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri: lokasi nyeri dikepala bagian belakang seperti ditusuk-tusuk, durasi 25-30 menit, nyeri dirasakan hilang timbul. 08.00 melayani injeksi paracetamol infus 1 gr/iv 08.15 Mengidentifikasi skala nyeri: skala nyeri ringan (3). 08.20 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri: nyeri akan terasa memberat saat sedang berpikir dan akan terasa ringan saat berbaring. 09.00 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam: pasien mengikuti apa yang diajarkan dengan melakukan teknik relaksasi napas dalam dimana dengan menarik napas melalui hidung kemudian menghembuskan melalui mulut dengan secara

perlahan-lahan dan diulang 3x. 09.20 Membatasi pengunjung agar tercipta lingkungan yang nyaman untuk istirahat.

Diagnosa Keperawatan III

09.35 Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya : pasien mengeluh kaki dan tangan kanan sulit untuk digerakan. 09.40 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga 09.45 Menjelaskan ke keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien 09.50 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti miring ke kiri dan ke kanan. 10.05 Mengatur posisi pasien miring kiri /kanan dengan 1 bantal diganjal diantara kedua paha.

Tindakan keperawatan dilakukan Pada hari Minggu, 4 Agustus 2024

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.15 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien merasa lemah dan pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk berkurang, skala nyeri ringan (2). Jam 07.30 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 64x/m, suhu : 36,00 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 106 mmHg. Jam 08.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv Jam 09.40 Memberikan posisi head up 30° 09.50 Mengingatkan kembali pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak. 12.00 00 Melayani makan (diet rendah garam dan rendah lemak) 1 porsi dengan

nasi putih, sayur sawi, daging ayam tanpa kulit dan buah semangka 12.20

Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg.

Diagnosa Keperawatan II

07.35 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri: lokasi nyeri dikepala bagian belakang seperti ditusuk-tusuk berkurang, durasi 5-20 menit, nyeri dirasakan hilang timbul. 08.00

Melayani injeksi paracetamol infus 1 gr/iv 08.15 Mengidentifikasi skala nyeri: skala nyeri ringan (2).. 09.10 Mengingatn kembali pasien untuk latihan teknik relaksasi napas dalam. 09.20 Mengingatn kembali pasien untuk membatasi pengunjung agar tercipta lingkungan yang nyaman untuk istirahat.

Diagnosa Keperawatan III

08.45 Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya : pasien mengeluh kaki dan tangan kanan sudah belum bisa diangkat 08.50 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga 09.05 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti dari posisi berbaring ke posisi miring lalu ke posisi duduk. 09.10 Mengingatn kembali pasien untuk mengulang apa yang sudah diajarkan oleh petugas fisioterapi seperti *latihan range of motion* (ROM) dengan menggenggam bola.

e. Evaluasi Keperawatan

Hari Sabtu, 3 Agustus 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS: Pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang

DO: Pasien tampak lemah, TD : 140/80 mmHg,

A: penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi (1), 2), (8) dan (12)

1. Monitor tanda dan gejala peningkatan
2. Monitor tanda-tanda vital
3. Berikan posisi head up 30⁰.
4. Penatalaksanaan terapi antiplatelet, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan II

DS: Pasien mengatakan nyeri dikepala bagian belakang seperti ditusuk-tusuk berkurang, durasi 5-20 menit, nyeri dirasakan hilang timbul.

DO: Ekspresi rileks, skala nyeri ringan (2)

A: Masalah nyeri akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi (1), (2), (12) dan (13)

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam

4. Penatalaksanaan terapi paracetamol infus 3x1 gr/iv

Diagnosa Keperawatan III

DS: Pasien mengeluh kaki dan tangan kanan sulit untuk digerakan

DO: *Hemiparese dextra*, ADL (*activity daily living*) dibantu keluarga)

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi (1), (2), dan (c)

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan
3. Ajarkan mobilisasi sederhana

Hari Minggu, Tanggal 4 Agustus 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS: Pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang

DO: Pasien tampak lemah, TD : 140/90 mmHg,

A: Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a), b), c) dan d)

1. Monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial
2. Monitor tanda-tanda vital
3. Berikan posisi head up 30⁰.
4. Penatalaksanaan terapi antiplatelet, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan II

DS: Pasien mengatakan nyeri dikepala bagian belakang seperti ditusuk-tusuk berkurang, durasi 5-20 menit, nyeri dirasakan hilang timbul.

DO: Ekspresi rileks, skala nyeri ringan (2)

A: Masalah nyeri akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi a), b), c) dan d)

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
4. penatalaksanaan terapi paracetamol infus 3x1 gr/iv

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengeluh kaki dan tangan kanan sulit untuk digerakan

DO: *hemiparese dextra*, ADL(*activity daily living*) dibantu keluarga.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1), 2), dan 8)

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan
3. Ajarkan mobilisasi sederhana

Catatan Perkembangan Hari Senin, 5 Agustus 2024 sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

S: pasien mengatakan pusing dan sakit kepala tidak lagi

O: TD 130/80 mmHg,

A: masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian

P : intervensi dipertahankan.

I: Jam 07.00 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien mengatakan pusing dan sakit kepala tidak lagi . Jam 07.15 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 130/80 mmHg, Nadi : 65x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 99%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 97 mmHg. Jam 08.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv 09.50 Mengingatn kembali pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak. 12.00 Melayani diet lunak rendah garam dan rendah lemak 1 porsi(nasi putih, sayur kangkung, daging ayam, dan buah pisang) 2.20 Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg

E: pasien mengatakan pusing dan sakit kepala tidak lagi: 130/80 mmHg, Nadi : 65x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 99%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 97 mmHg.

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengatakan nyeri dikepala bagian belakang seperti ditusuk-tusuk berkurang, durasi 5-20 menit, nyeri dirasakan hilang timbul.

DO: ekspresi rileks, skala nyeri ringan (2)

A: Masalah nyeri akut teratasi

P : intervensi dipertahankan

I: 07.40 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri: pasien mengatakan pusing dan nyeri kepala tidak lagi.

08.00 Melayani injeksi paracetamol infus 1 gr/iv 08.15 Mengidentifikasi skala nyeri: skala nyeri ringan (0).. 09.10 Mengingatkan kembali pasien untuk latihan teknik relaksasi napas dalam bila nyeri. 09.30 Mengingatkan kembali pasien untuk membatasi pengunjung agar tercipta lingkungan yang nyaman untuk istirahat.

E: pasien mengatakan pusing dan sakit kepala tidak lagi, ekspresi rileks, skala nyeri 0

Diagnosa Keperawatan III

S: pasien mengatakan kaki dan tangan kanan sudah bisa digerakan dan masih lemah untuk diangkat.

O: *Hemiparese dextra*, ADL (*activity daily living*) dibantu keluarga)

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: intervensi dipertahankan

I: 08.15 Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya : pasien mengatakan kaki dan tangan kanan sudah bisa digerakan hanya masih lemah untuk diangkat
08.40 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga 08.45 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti dari posisi berbaring ke posisi miring lalu ke posisi duduk. 09.00 Mengingatkan kembali pasien untuk mengulang apa yang sudah diajarkan oleh petugas fisioterapi seperti latihan *range of motion* (ROM) aktif dengan menggenggam bola.

E: pasien mengatakan kaki dan tangan kanan sudah bisa digerakan hanya

masih

lemah untuk diangkat.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. Y.W.L di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien .

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn. Y.W.L ditemukan pasien merasa lemah, pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk disertai leher tegang berkurang, kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan, refleks bisep (+1), refleks trisep (+1), refleks patella (+ 1) refleks lebih lemah dari orang normal, refleks Achilles (+1), refleks babinzki dan chaddock (+), kesadaran *composmentis* GCS 15 (E:4, M:6, V:4) : TD : 140/80 mmHg, Nadi : 60x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%, aktifitas sebagian dibantu keluarga, Cholesterol Total: 285 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 35 mg/dL, *Low Density Liporotein* (LDL) 174

mg/dL, *Trigliserida* 180 mg/dL, *CT scan*: Intra midbrain ischaemic infraction.

Menurut Rudi, H. (2021), Manifestasi klinis *stroke non haemoragic* sebagai berikut: kesulitan berbicara, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan dan kaki, kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata., sakit kepala, yang mungkin di sertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, kesulitan berjalan. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Tn. Y.W.L dimana keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu kesulitan berbicara, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata. Hal ini tidak ditemukan pada pasien karena sejak pasien masuk rumah sakit dari IGD (Instalasi Gawat Darurat) tanggal 1 Agustus 2024 pasien sudah mendapatkan terapi citicoline 2x500 mg/iv, mecobalamin 2x500 mg/iv dimana fungsi citicoline dapat meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di dalam otak serta memiliki efek penghambatan apoptosis (kematian sel), yang berkontribusi terhadap peningkatan kognitif (daya ingat) dan dapat menurunkan penumpukan asam lemak bebas pada lesi iskemik yang terjadi karena kerusakan dan kematian neuron. Mecobalamin berfungsi membantu menghambat kerusakan sel-sel pada otak setelah cedera, dan membantu dalam proses metabolisme sel saraf sehingga dapat menurunkan degenerasi makula sehingga tidak terjadi gangguan penglihatan, sedangkan kesulitan berbicara tidak ditemukan pada pasien karena stroke iskemik pada pasien

tidak mengenai pusat bicara sehingga bagian otak serta saraf yang mengontrol pergerakan otot tersebut bisa berfungsi secara normal. Keluhan yang ada dikasus semuanya ada pada teori.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. Y.W.L adalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemik). Sedangkan diagnosa keperawatan pada pasien *stroke non hemoragik* menurut Standar Diagnosis Keperawatan dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 adalah adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring, resiko gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kekurangan mobilitas, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa yang terdapat pada teori tapi tidak ada dikasus adalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Diagnosa ini tidak ditegakan karena pasien dapat menelan dan mampu mengkonsumsi setiap menu makan yang disajikan, Sedangkan gangguan komunikasi verbal tidak ditegakan karena pasien mampu melafalkan setiap kalimat dengan jelas (artikulasi), diagnosa defisit perawatan diri tidak ditegakan karena keluarga pasien rutin merawat diri dengan melap badan 2x sehari, menggunting kuku pasien, menyisir rambut serta menggosok gigi sedangkan diagnosa gangguan penglihatan tidak ditegakan karena pasien mampu melihat dengan jelas.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dimodifikasi lagi karena ada beberapa perencanaan keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak bisa dilakukan seperti pemberian terapi *diuretic osmosis*, antikonvulsan, dan intervensi posisi semifowler.

Pemberian terapi *diuretic osmosis* seperti obat *mannitol* hanya bisa dilakukan pada pasien stroke hemorrhagic dengan oedema serebri dan terapi antikonvulsan seperti diazepam hanya bisa diberikan pada pasien yang kejang sedangkan pasien tn y.w.l tidak pernah ada keluhan kejang,

sedangkan posisi yang paling baik untuk pasien stroke non hemoragik adalah head up 30⁰ dengan tujuan untuk menurunkan peningkatan tekanan intrakranial sehingga dapat meningkatkan suplai darah ke otak sedangkan posisi semifowler dapat menurunkan suplai darah ke otak.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan Keperawatan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah ditentukan dan tidak semua perencanaan dapat diimplementasikan seperti pemberian terapi pemberian *diuretic osmosis* dan posisi semifowler.

Menurut penulis pemberian *diuretic osmosis* seperti obat *mannitol* hanya bisa dilakukan pada pasien stroke hemorrhagic dengan oedema serebri dan pemberian terapi diazepam hanya pada pasien kejang sedangkan posisi yang paling baik adalah head up 30 dengan tujuan untuk menurunkan peningkatan intracranial sehingga dapat meningkatkan suplai darah ke otak. Hal ini didukung dengan studi kasus yang dilakukan oleh Hasan, 2018 (Implementasi Evidence Based Nursing pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik). Studi Kasus menunjukkan bahwa pengaturan posisi kepala head-up 30 derajat dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke. Pengaturan posisi kepala untuk memperbaiki saturasi oksigen juga telah diteliti dan banyak dilakukan untuk mendapatkan outcome yang lebih baik

dari tindakan keperawatan.

Oleh karena itu pada pasien Tn. Y.W.L dengan *stroke non hemorrhagic* posisi berbaring yang tepat adalah posisi head up 30⁰ dan tidak dianjurkan untuk pemberian terapi mannitol serta terapi anti konvulsan (anti kejang) seperti diazepam.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapam terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan asien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan pusing dan sakit kepala tidak lagi, 130/80 mmHg, Nadi : 65x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 99%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 97 mmHg. Diagnosa gangguan mobilitas fisik belum teratasi hasil pasien mengatakan kaki dan tangan kanan sudah bisa digerakan hanya masih lemah untuk diangkat, diagnosa nyeri akut teratasi dengan hasil: pasien mengatakan pusing dan sakit kepala tidak lagi, skala nyeri 0, ekspresi rileks.