



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

AYU AQILAH AZAHRA

2011045

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NYS DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSUD KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

AYU AQILAH AZAHRA

2011045

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Ayu Aqilah Azahra

NIM : 2011045

Tanda tangan : 

Tanggal : 15 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. Dengan Stroke
Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam
Rumah Sakit Umum Daerah Koja
Jakarta Utara**

Jakarta, 15 Juni 2023

Pembimbing



Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. Dengan Stroke
Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam
Rumah Sakit Umum Daerah Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing



Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep

Penguji I

Penguji II



Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.MB

Ns. Ribka Sabrina, M.Kep

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia, S.E., M.M

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas berkat Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Ellymia, S.E.,M.M selaku direktur Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada
2. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran untuk mengarahkan penulis dalam Menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB selaku penguji 1 yang telah memberikan kritik untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Ribka Sabrina Panjaitan, M.Kep selaku penguji 2 yang telah memberikan kritik untuk kemajuan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku wali kelas yang telah mengingatkan untuk segera menyelesaikan kuliah tepat waktu dan menyelesaikan tugas segera mungkin.

6. Seluruh staff dosen dan tenaga pendidik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu kelancaran studi.
7. Pihak RSUD Koja Jakarta Utara yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
8. Ny. S dan keluarga yang telah menerima kedatangan penulis dengan kooperatif dalam proses pengkajian dan tindakan selama memberikan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir serta membantu dalam memperoleh data yang diperlukan.
9. Ibu Kusmiati dan Bapak Almarhum Solahudin selaku orang tua saya yang menjadi penyemangat, memberikan cinta kasih dan sayangnya yang luar biasa kepada saya sehingga saya terus semangat dan berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Achmad Chumaidi Umar dan Naya selaku kakak dan kakak ipar saya yang telah memberikan semangat dan kasih sayangnya sehingga saya terus semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman- teman seperjuangan saya Mia Seviana, Erfina Fuji, Dewi Novianty, dan Indah DJ yang saling mengingatkan dan saling membantu selama proses penulis Karya Tulis Ilmiah.
12. Seluruh sahabat saya Khairunnisa, Adelia, Nurul, Fachrunnisa, Warda, Siti Aisyah dan sahabat lainnya yang juga telah mendukung dan memberikan semangat kepada saya dalam proses menulis Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Muhamad Fajar yang selalu memberikan semangat dan membantu saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISITALISTAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESEHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	2
A. Latar Belakang.....	2
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penelitian.....	6
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	11
A. Pengertian.....	11
B. Patofisiologi.....	13
C. Penatalaksanaan.....	19
D. Pengkajian Keperawatan.....	21
BAB III TINJAUAN KASUS.....	44
A. Pengkajian Keperawatan.....	44
B. Diagnosa Keperawatan.....	63
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	64
BAB IV PEMBAHASAN.....	79
A. Pengkajian Keperawatan.....	79
B. Diagnosa Keperawatan.....	81
C. Perencanaan Keperawatan.....	83
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	85
E. Evaluasi Keperawatan.....	86
BAB V PENUTUP	88
A. Kesimpulan.....	88
B. Saran.....	89
V. Media Penyuluhan.....	92

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan fungsi saraf serebral yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak dengan gejala yang menetap selama 24 jam atau lebih, yang bersifat fokal atau global dan terjadi secara tiba-tiba (Kariasa, 2022).

Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen sehingga terjadi kematian sel atau jaringan otak. Stroke ada beberapa jenis yaitu stroke non hemoragik (iskemik) dan stroke hemoragik. Stroke iskemik mencakup *transient ischemic attack*, *stroke in evolution*, *thrombotic stroke*, *embolic stroke*, dan stroke akibat kompresi seperti tumor, abses, dan granuloma (Iskandar Junaidi, 2020).

Stroke adalah penyebab utama kecacatan di seluruh dunia dan penyebab kematian kedua. Lembar Fakta Stroke Global yang dirilis pada tahun 2022 mengungkapkan bahwa risiko seumur hidup terkena stroke telah meningkat sebesar 50% selama 17 tahun terakhir dan sekarang 1 dari 4 orang diperkirakan mengalami stroke seumur hidup mereka. Dari tahun 1990 hingga 2019, telah terjadi peningkatan kejadian stroke sebesar 70%, peningkatan kematian akibat stroke sebesar 43%, peningkatan prevalensi

stroke sebesar 102% dan peningkatan *Disability Adjusted Life Years (DALY)* sebesar 143%. Fitur yang paling mencolok adalah bahwa sebagian besar beban stroke global (86% kematian akibat stroke dan 89% *DALYs*) terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah. Beban yang tidak proporsional yang dialami oleh negara berpenghasilan rendah dan menengah ke bawah ini telah menimbulkan masalah yang belum pernah terjadi sebelumnya bagi keluarga dengan sumber daya yang lebih sedikit. (*World Health Organization, 2021*).

Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. (Kemenkes RI, 2018). Prevalensi DKI Jakarta menempati posisi keenam terbanyak penderita stroke di Indonesia. Berdasarkan riset kesehatan dasar tahun 2013 jumlah penderita stroke yang telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan/gejala di wilayah DKI Jakarta sebanyak 92.833 orang (12, 2%) (Kemenkes RI, 2014). Berdasarkan catatan medis di RSUD Koja Jakarta Utara pada periode Januari 2022-2023 jumlah pasien sebanyak 29. 938. Sedangkan pada pasien stroke di RSUD Koja Jakarta Utara sebanyak 127 orang atau 0,424%.

Komplikasi yang dapat terjadi deep vein thrombosis, hidrosefalus, disfagia, pneumonia aspirasi, aspirasi, masalah kesehatan pada bahu tidak mampu mengangkat salah satu lengan karena lemas atau mati rasa, perdarahan saluran pencernaan, epilepsi kejang, pembentukan poembkuan darah di vena, depresi (Ferawati & Salma, 2020).

Pada pasien stroke maka akan dilakukan *Range of motion* (ROM) yaitu berupa latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot. Melakukan mobilisasi persendian dengan latihan ROM dapat mencegah berbagai komplikasi seperti nyeri karena tekanan, kontraktur, tromboflebitis, dekubitus sehingga mobilisasi dini penting dilakukan secara rutin dan kontinyu. Memberikan latihan ROM secara dini dapat meningkatkan kekuatan otot karena dapat menstimulasi motor unit sehingga semakin banyak motor unit yang terlibat maka akan terjadi peningkatan kekuatan otot, kerugian pasien hemiparese bila tidak segera ditangani maka akan terjadi kecacatan yang permanen (Ferawati & Salma, 2020).

Peran perawat penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik dari upaya promotif yaitu mengadakan promosi kesehatan dalam upaya peningkatan pengetahuan mengenai penyakit stroke. Upaya preventif yang dapat dilakukan oleh perawat yaitu memberikan penjelasan mengenai upaya pencegahan penyakit stroke. Upaya kuratif yang dapat dilakukan perawat yaitu melakukan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memberikan terapi dan obat. Untuk peran perawat dalam rehabilitatif untuk mencegah stroke berulang perawat dapat melakukan terapi gerak fisik atau *range of motion* (ROM), maupun memberikan motivasi pasien untuk menerapkan pola hidup yang baik guna untuk pencegahan penyakit stroke (Retnaningsih, 2023).

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk membahas masalah “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Kelas 3 RSUD Koja Jakarta Utara”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum makalah ini adalah untuk memperoleh, menambah pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan
- e. Mampu melakukan evaluasi dan implementasi yang telah dilaksanakan
- f. Mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor- faktor pendukung, prnghambat serta mencari solusi /alternatif pemecahan masalah.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien sesuai dengan kasus

C. Ruang Lingkup

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus saja yaitu " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara" selama 3 x 24 jam dari tanggal 23 Maret sampai 25 Maret 2023.

D. Metode Penelitian

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis dalam mengelola kasus menggunakan teknik data keperawatan antara lain, studi kepustakaan yaitu dengan mencari, membaca, dan mempelajari buku-buku dan jurnal yang berhubungan dengan penyakit Stroke Non Hemoragik, Studi dokumentasi yaitu dengan cara mengumpulkan data melalui rekam medis dan catatan-catatan yang berhubungan dengan penyakit Stroke Non Hemoragik. Wawancara langsung dengan pasien Stroke Non Hemoragik, keluarga pasien, dan perawat yang berada di Ruang Penyakit Dalam.

Penulis juga melakukan observasi partisipasi aktif yaitu dengan melakukan pengamatan serta turut serta dalam memberikan asuhan keperawatan langsung pada pasien yang mengalami penyakit Stroke Non Hemoragik dengan melakukan pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, perkuasi, dan auskultasi.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 5 (lima) BAB yang terdiri dari : Bab I merupakan pendahuluan yang terdiri atas latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan), pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III merupakan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja yang terdiri atas pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab IV merupakan pembahasan antara kasus yang ditemukan dan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V merupakan penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke merupakan gangguan fungsi saraf yang disebabkan karena adanya ketidakseimbangan aliran darah dalam otak, dan dapat timbul secara mendadak (dalam waktu beberapa detik) atau secara cepat (dalam waktu beberapa jam) dengan gejala atau tanda-tanda yang sesuai dengan daerah otak yang mengalami gangguan pasokan darah (Hutagalung, Siregar, 2019).

Stroke iskemik sampai hari ini merupakan penyebab utama morbiditas dan kematian diseluruh dunia. Kehadiran penumbra yaitu berpotensi jaringan otak yang dapat diselamatkan yang berisiko berkembang menjadi infark (Maguida, 2023). Secara global, stroke merupakan penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacata nomor tiga (*World Health Organization, 2021*).

Menurut *World Health Organization (2021)* stroke merupakan suatu gejala-gejala defisit fungsi pada sistem saraf yang disebabkan karena adanya penyakit di pembuluh darah di dalam otak, Stroke merupakan sindrom klinis terjadi karena adanya gangguan pembuluh darah otak, dan menjadi penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan keganasan.

Stroke yaitu suatu kondisi dimana suplai darah ke otak terganggu, mengakibatkan kelaparan oksigen, kerusakan otak, dan hilangnya fungsi. Paling sering disebabkan oleh gumpalan darah di arteri yang memasok darah ke otak. Hal ini juga dapat disebabkan oleh perdarahan ketika pembuluh darah pecah menyebabkan darah bocor ke otak. (*World Stroke Organization, 2023*).

Stroke dapat menyebabkan kerusakan permanen, termasuk kelumpuhan sebagian dan gangguan dalam berbicara, pemahaman dan ingatan. Bagian otak yang terpengaruh dan lamanya suplai darah dihentikan memengaruhi jenis dan tingkat keparahan kecacatan (*World Stroke Organization, 2023*).

Stroke iskemik yaitu penggumpalan darah yang bersirkulasi melalui pembuluh darah arteri. Stroke iskemik umumnya menyerang pada pagi hingga siang di mana tekanan darah secara alami mengalami peningkatan dari pagi hingga siang hari sehingga menyebabkan peningkatan perdarahan pada pla pembuluh darah (*infraplaquelet hemoragik*). Kondisi seperti inilah yang menyebabkan penyempitan (*stenosis*) pembuluh darah yang mengalami aterosklerosis, peningkatan kekentalan darah, peningkatan agregasi platelet, dan penurunan aktivitas tPA (*endogen tissue plasminogen activator*) (Lingga, 2013).

Stroke iskemik merupakan sebuah episode yang menyebabkan infark fokal jaringan otak atau medula spinalis yang berakibat disfungsi neurologis. Defisit neurologis disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak tertentu yang terjadi secara tiba-tiba (Kariasa, 2022).

Stroke merupakan tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh obstruksi atau berkuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi otak sehingga aliran darah ke otak berkurang dan mengganggu kebutuhan darah maupun oksigen di jaringan otak. Dalam stroke iskemik tidak dijumpai adanya perdarahan namun adanya iskemia yang menimbulkan hipoksia yang selanjutnya dapat mengarah ke edema sekunder (Farida, 2015).

Stroke iskemik memegang peranan sekitar 80% dari semua stroke. Ada beberapa faktor risiko yang terjadi pada penyebab stroke iskemik yaitu baik pada usia muda maupun tua, kemudian diabetes melitus, hipertensi dan juga dislipidemia (Yuyun, 2016).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Stroke ada 2 jenis yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke memengaruhi otak dengan cara yang berbeda. Stroke ini terjadi tidak dengan menyerang sekaligus melainkan bertahap dan nyaris tanpa disadari. Karena hal itu stroke dikatakan sebagai *silent killer*. Berikut penyebab stroke menurut (Helty, 2023):

- a. Hipertensi, yaitu karena meningkatnya tekanan darah bisa mengakibatkan arteriol kecil pecah pada otak sehingga darah yang dilepaskan dalam jaringan otak akan mengakibatkan pendarahan yang lebih luas. Infark lakuner disebabkan juga oleh hipertensi.
- b. Kolesterol, yaitu karena kadar kolesterol melewati semua pembuluh darah. Hal ini bisa menyebabkan kadarnya dalam darah menjadi berlebihan, kolesterol bisa menempel pada dinding pembuluh darah,

- menimbun, dan menimbulkan kerak atau plak (*plaque*). Hal ini bisa menyebabkan terjadinya penyumbatan pembuluh darah di jantung yang dapat menyebabkan penyakit jantung coroner, sedangkan penyumbatan pembuluh darah di otak dapat menyebabkan stroke.
- c. *Aterosklerosis* (Pengerasan pembuluh darah), yaitu karena suplai nutrisi dan oksigen yang dibawa oleh darah akan terhambat yang dengan itu dapat terjadinya kematian jaringan pada otak. Jika ini terjadi secara terus-menerus maka dapat menyebabkan terjadinya stroke.
 - d. Diabetes melitus, yaitu karena pada diabetes melitus ini memiliki kadar gula terlalu banyak pada pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah, yang menyebabkan terjadinya stroke.
 - e. Migrain
- Menurut Helty (2023) faktor risiko perilaku yang menyebabkan terjadinya stroke terdiri dari :
- a. Merokok aktif ataupun pasif , yaitu karena dari berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat, menyebabkan gangguan aliran darah.
 - b. Obesitas
Secara teoritis obesitas atau *overweight* (kegemukan) merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (*low-density lipoprotein*) lebih tinggi dibanding kadar HDL (*high-density lipoprotein*).

- c. Mengonsumsi makanan tidak sehat (*Junk food* atau *Fast food*), yaitu karena makanan cepat saji atau *fast food* juga dikenal masyarakat dengan istilah junk food. Secara harfiah, *junk food* diartikan sebagai makanan sampah atau makanan tidak bergizi. Istilah tersebut berarti menunjukkan makanan-makanan yang dianggap tidak memiliki nilai nutrisi bagi tubuh. Makan makanan junk food tidak hanya sia-sia, tetapi juga dapat merusak kesehatan. Gangguan kesehatan akibat makan makanan *junk food* seperti obesitas atau kegemukan, diabetes, hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, kanker, dan lain sebagainya.
- d. Alkohol, yaitu karena Pemakaian alkohol yang lama juga akan menimbulkan perubahan pada mitokondria yang menyebabkan berkurangnya kapasitas untuk oksidasi lemak. Berdasarkan durasi mengonsumsi alkohol, yang mengonsumsi alkohol setiap hari lebih banyak memiliki risiko sangat tinggi terhadap PJK dibandingkan yang mengonsumsi 2 sampai dengan 3 kali dalam 1 minggu. Konsumsi alkohol secara berlebihan dapat meningkatkan penyakit jantung koroner (PJK) dan stroke (3 kali lebih besar) terutama pada anak muda.
- e. Tidak berolahraga, yaitu karena kurangnya aktifitas merupakan faktor utama untuk terjadinya penyakit jantung dan stroke yang ditandai dengan penumpukan substansi lemak, kolesterol, kalsium dan unsur lain yang mensuplai darah ke otot jantung dan otak, yang berdampak terhadap menurunnya aliran darah ke otak maupun jantung. Serangan jantung dan stroke akan lebih cepat terjadi apabila dikombinasi

dengan faktor risiko lain yaitu obesitas, hipertensi, dislipidemia dan diabetes melitus.

- f. Stress, yaitu karena penelitian ini berbeda dengan penelitian lain yang menunjukkan bahwa stres yang dialami oleh seseorang pada waktu sekarang tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stroke iskemik, tetapi seseorang yang telah mengalami stress > 1 tahun terakhir memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stroke iskemik. Stress dapat merangsang pelepasan hormon adrenalin dan memacu jantung untuk berdetak lebih cepat dan lebih kuat, sehingga tekanan darah akan meningkat. Beberapa peneliti menyebutkan bahwa adanya hubungan risiko penyakit jantung koroner dan stress dalam kehidupan seseorang.

2. Tanda dan Gejala

Menurut Gofir (2021) tanda dan gejala stroke adalah :

- a. Tiba-tiba penderita mengalami mati rasa atau rasa lemah, bisa pada bagian lengan, wajah, atau kaki, terutama pada bagian satu sisi tubuh. Bisa juga menimbulkan sensasi hilang seluruhnya atau sebagian. Pada kondisi yang lebih akut akan ditandai dengan kesulitan berjalan atau berjalan dengan tergo-poh-gopoh serta kehilangan keseimbangan
- b. Penderita akan mendadak kebingungan yang diikuti dengan kesulitan berbicara sehingga sulit dimengerti. penderita juga akan mengalami pusing serta sakit kepala tanpa diketahui penyebabnya. Satu mata bahkan kedua mata bisa mendadak kabur. Selain itu, kadang-kadang muncul rasa mual, panas, dan sering muntah-muntah, bahkan terkadang pingsan serta kehilangan kesadaran secara tiba-tiba. Seseorang yang telah terserang stroke biasanya akan mengalami berbagai gangguan dalam tubuhnya. salah satunya adalah gangguan

berbahasa yang dikenal dengan afasia. Orang yang mengalami afasia akan kesulitan berkomunikasi dengan orang lain. Suara yang akan keluar dari mulutnya pun sulit dimengerti.

- c. Serangan stroke biasanya dimulai dengan munculnya gejala *Transient Ischemic Attack* (TIA), yaitu kondisi sel-sel otak yang kekurangan suplai darah. Gejala TIA biasanya berlangsung secara singkat, kurang dari 24 jam. Jika seseorang mengalami TIA maka akan mengakibatkan kehilangan fungsi organ tubuh yang dikontrol oleh bagian otak tertentu. Gejala TIA merupakan gejala awal serangan stroke yang berlangsung singkat, namun tidak ada jaminan bahwa penderita yang terkena TIA akan kembali seperti sediakala. Gejala TIA dapat juga mengakibatkan mata kehilangan penglihatan yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah di mata (*amaurosis fugax*). Pada keluhan dan gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu: Sebenarnya ada alat penilaian sederhana untuk mengenali gejala stroke yakni "SEGERA KE RS" yang dapat diartikan dengan senyum tidak simetris, gerak separuh badan melemah secara tiba-tiba, bicara pelo atau terputah-putah hingga tidak dapat bicara sama sekali, Kebas atau baal, Rabun serta, Sakit kepala hebat yang muncul secara tiba-tiba. Selain itu

juga :

- a) Kelemahan unilateral pada ekstremitas.
- b) mengalami kesulitan.
- c) Pada salah satu sisi tubuh terdapat patirasi.
- d) Kepala terasa sakit.
- e) Penglihatan mengalami gangguan (diplopia, hemianopsia, ptosis).
- f) Dizziness atau rasa pening
- g) Tingkat kesadaran mengalami perubahan atau penurunan

Gejalanya yaitu berupa:

- a) Kelemahan.
- b) Paralis.
- c) Patirasa
- d) Sensorik berubah.
- e) Terganggunya pengelihatan.
- f) Tingkat kesadaran berubah.
- g) Nyeri kepala.
- h) Afasia.
- i) Ptosis.

3. Komplikasi :

Menurut Ferawati & Salma (2020) komplikasi yang terjadi pada pasien stroke sebagai berikut :

- a) *Deep vein thrombosis*
Yaitu penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan. Kondisi ini terjadi akibat terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Tetapi hal ini dapat diobati dengan antikoagulan.
- b) Hidrosefalus
Yaitu komplikasi yang terjadi akibat menumpuknya cairan otak di dalam rongga otak (ventrikel).
- c) Disfagia
Yaitu kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya maanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan.

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Tujuan utama penatalaksanaan pasien stroke meliputi tiga hal, yaitu mengurangi kerusakan neurologik lebih lanjut, menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak pasien (immobility) dan kerusakan neurologik serta mencegah serangan berulang (kambuh).

Kebanyakan pasien stroke menerima obat polifarmasi karena sebagian besar pasien stroke mengalami komplikasi.

Tujuan terapi stroke adalah mengurangi kerusakan syaraf, menurunkan mortalitas dan kecacatan jangka panjang, mencegah komplikasi sekunder pada imobilitas dan disfungsi syaraf, serta mencegah stroke yang berulang.

Terkait pengobatan yang digunakan untuk mencegah terjadinya stroke yang berulang, *American Heart Association* merekomendasi terapi. Terapi farmakologi dengan target penurunan tekanan darah dan lipid berpengaruh pada penurunan kejadian stroke berulang. Pemberian terapi pencegahan sekunder secara optimal dapat mencegah stroke berulang.

Terapi obat yang biasa digunakan untuk pasien stroke:

a. Antikoagulan

Obat golongan ini seringkali juga diresepkan untuk pasien stroke dengan harapan dapat mencegah terjadinya kembali stroke emboli, namun hingga saat ini literatur yang mendukung pemberian antikoagulan untuk pasien stroke iskemik masih terbatas dan belum kuat.

b. Antiplatelet

Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke. Penggunaan aspirin dengan loading dosis 325mg dan dilanjutkan dengan dosis 75-100mg/hari dalam rentang 24-48 jam setelah gejala stroke. Penggunaannya tidak disarankan dalam 24 jam setelah terapi

fibrinolitik.⁹ Sedangkan klopidoogrel hingga saat ini masih belum memiliki bukti yang cukup kuat penggunaannya untuk stroke iskemik jika dibandingkan dengan aspirin.

c. Fibrinolitik/trombolitik

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah *alteplase tenecteplase* dan *reteplase*, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin.⁷ Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema.

D. Pengkajian Keperawatan

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 klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengumpulan data dan analisa data menurut Saiful (2022) meliputi:

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, suku bangsa, tanggal, dan jam masuk rumah sakit, nomor rekam medis dan diagnosa medis.

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan biasanya gangguan sistem motorik yaitu kelemahan pada anggota gerak sebelah badan, bicara cadel dan

tidak mampu berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sistem sensorik, kejang, dan penurunan kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang
Serangan stroke didahului dengan serangan awal yang biasanya tidak disadari. Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik eringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak yang lain.
4. Riwayat penyakit dahulu
Riwayat penyakit yang sering ditemukan biasanya penyakit hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, obesitas.
5. Riwayat penyakit keluarga
Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus dan penyakit jantung.
6. Riwayat psikososial
Stroke memang suatu penyakit yang dianggap sangat mahal. Karena untuk biaya pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mempengaruhi keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga.
7. Pemeriksaan fisik
 - a. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya

memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15.

b. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80

2) Nadi

Biasanya nadi normal yaitu 60-100 x/menit

3) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

5) Rambut

Biasanya pada rambut tidak ditemukan masalah

6) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan

kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

7) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan

8) Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius): kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung

9) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal)

: biasanya ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

10) Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus): biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

11) Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)

12) Thorak

13) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan

Palpasi : biasanya fremitus sam antara kiri dan kanan

Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)

Auskultasi: biasanya suara normal (vesikuler)

14) Jantung

Inspeksi : biasanya iktus cordis tidak terlihat

Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

Perkusi : biasanya batas jantung normal

Auskultasi: biasanya suara vesikuler

15) Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites

Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar

Perkusi : biasanya terdapat suara tympani

Auskultasi: biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar.
 Pada pemeriksaan reflek dinding perut pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

16) Ekstremitas

Pada pasien stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas dengan kekuatan otot yang bervariasi. Kelemahan pada ekstremitas yang dialami pasien memberikan informasi area otak yang mengalami gangguan. Kelemahan ekstremitas sisi kanan menunjukkan adanya stroke di hemisfer kiri karena serabut saraf motorik menyilang di bagian medulla sebelum memasuki spinal cord.

17) Nilai kekuatan otot

0 : Tidak dapat sedikit pun kontraksi, lumpuh total.

1: Terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut.

2: Didapatkan gerakan, tapi gerakan tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi).

3: Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat

4: Disamping dapat melawan gaya berat ia dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan

5: Tidak ada kelumpuhan (normal)

18) Tes Diagnostik

Radiologi :

a) Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti stroke perdarahan arteriovena atau adanya ruptur. Biasanya pada stroke perdarahan akan ditemukan adanya aneurisma

b) Lumbal pungsi

Biasanya pada pasien stroke hemoragik, saat pemeriksaan cairan lumbal maka terdapat tekanan yang meningkat disertai bercak darah. Hal itu akan menunjukkan adanya hemoragik pada subarahnoid atau pada intrakranial.

c) CT-Scan

Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

d) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik

e) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

Laboratorium :

- a) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit.

Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien.

Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

- b) Test darah koagulasi

Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaan, yaitu: *prothrombin time*, *partial thromboplastin (PTT)*, *International Normalized Ratio (INR)* dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti warfarin, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pun bila sebelumnya sudah diobati heparin, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak.

- c) Test kimia darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu.

19. Pola kebiasaan sehari-hari

- a. Pola kebiasaan

- Biasanya pada pasien yang pria, adanya kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol.
- b. Pola makan
Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.
 - c. Pola tidur dan istirahat
Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot.
 - d. Pola aktivitas dan Latihan
Biasanya pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori , hemiplegi atau kelumpuhan.
 - e. Pola eliminasi
Biasanya terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.
 - f. Pola hubungan dan peran
Biasanya adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.
 - g. Pola persepsi dan konsep diri
Biasanya pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

E. Diagnosa keperawatan

Menurut Retnaningsih (2023). Berdasarkan data pengkajian, diagnosa

keperawatan utama untuk pasien stroke menurut SDKI meliputi hal :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler.
5. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial.
6. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

F. Perencanaan keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan

otot

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

Intevensi :

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. monitor frekuensi jantung dan tekanan sebelum mobilisasi
- d. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- e. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- f. fasilitasi melakukan pergerakan bila perlu
- g. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- h. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- i. anjurkan mobilisasi diri
- j. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk di tempat tidur.

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan

makanan

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik.

Kriteria hasil : berat badan membaik, IMT membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bising usus membaik, membran mukosa membaik.

Intervensi :

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- d. Monitor asupan makanan
- e. Monitor berat badan

- f. Lakukan oral hygiene, bila perlu
- g. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik, bila asupan oral dapat ditoleransi
- h. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori, jenis nutrisi yang dibutuhkan

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka

diharapkan perawatan diri meningkat

Kriteria hasil : kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat

Intervensi:

- a. identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b. monitor tingkat kemandirian
- c. identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian berhias dan makan
- d. sediakan lingkungan yang terapeutik
- e. siapkan keperluan pribadi
- f. dampingi dalam melakukan perawatan diri

4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan komunikasi verbal meningkat.

Kriteria hasil : afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, pelofonia menurun.

Intervensi :

- a. monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
- b. gunakan metode komunikasi alternatif
- c. modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- d. ulangi apa yang disampaikan pasien
- e. gunakan juru bicara bila perlu
- f. anjurkan bicara perlahan
- g. rujuk ke ahli patologi atau terapis

5. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan status menelan membaik.

Kriteria hasil : mempertahankan makanan dimulut meningkat, reflek menelan membaik, kemampuan mengosongkan mulut meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, usaha menelan meningkat, frekuensi tersedak menurun, penerimaan makanan membaik.

Intervensi :

- a. Identikasi diet yang dianjurkan
- b. Monitor kemampuan menelan
- c. Monitor status hidrasi pasien, bila perlu
- d. Atur posisi yang nyaman
- e. Lakukan oral higyene sebelum makan, bila perlu

6. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan

mobilitas

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.

Kriteria hasil : elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun.

Intervensi :

- a. identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
- b. ubah posisi tiap 2 jam
- c. gunakan produk berbahan minyak pada kulit yang kering
- d. hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit
- e. anjurkan menggunakan pelembab
- f. anjurkan minum air yang cukup
- g. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi yang cukup
- h. anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- i. anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

G. Pelaksanaan keperawatan :

Pada pelaksanaan pasien stroke berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) salah satunya adalah untuk mengajarkan pasien untuk

melakukan tekuk rentang gerak aktif pasif, mengajarkan pasien mobilisasi sederhana miring kanan kiri, memberikan posisi semi fowler, menimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, dan melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan pasien. Selain itu juga dengan terapi trombolitik yaitu terapi pengobatan untuk melarutkan gumpalan darah dan mencegah terjadinya kerusakan jaringan dan organ, dimana terapi ini ditunjukkan untuk pasien stroke yang mengalami sumbatan pembuluh darah di otak (Farida, Saudi and Agustini, 2022).

H. Evaluasi keperawatan :

Secara umum evaluasi diartikan sebagai proses yang disengaja dan sistematis, dimana pada evaluasi ini dibuat mengenai kualitas, nilai atau kelayakan dari sesuai dengan membandingkan pada kriteria yang diidentifikasi sebagai standar sebelumnya. Evaluasi ini dilakukan terus-menerus, meskipun evaluasi adalah langkah akhir dari proses asuhan keperawatan. Tetapi evaluasi ini digunakan untuk memulai siklus yang baru. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang Kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan ini untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai hasil " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Dalam Rumah Sakit Umum daerah Koja Jakarta Utara" yang dilakukan selama 3x24 jam dari 23 Maret sampai 25 Maret 2023.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh dari data antara lain, pasien bernama Ny. S dengan usia 69 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama islam, status menikah, pendidikan tamat SMA, Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, suku bangsa Jawa, Tidak bekerja, Alamat Jl. Kampung Bejing No. 20 RT 03 RW 09 Kelurahan Semper Barat, Sumber Biaya BPJS, Sumber Informasi berasal dari anak pasien, pasien masuk pada tanggal 23 Maret 2023 di Ruang Penyakit Dalam dengan Nomor register 2302220443 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

2. Resume

Pasien dibawa ke rumah sakit koja oleh anaknya pada tanggal 23 Maret 2023 pada pukul 10.00 WIB. Pasien tinggal bersama anaknya. Keluarga mengatakan pasien lemas sudah sejak

3 minggu yang lalu dan hanya berbaring dirumah saja sudah tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri, sebelumnya setahun lalu pasien mengalami riwayat stroke ringan berbicara pelo. Sehari sbelum dibawa ke rumah sakit pasien sempat mengalami diare cair. Pada tanggal 23 Maret 2023 jam 10 WIB pasien langsung dibawa ke rumah sakit karena tiba-tiba tidak dapat menggerakkan badan pada ekstremitas kanan. Keadaan umum sedang, TTV: Tekanan darah 117/91 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit RR : 20 Suhu 37 c. TB 160 BB 55 kg.

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan masalah diatas adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dan risiko jatuh. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum pasien, mengkaji tanda-tanda vital pasien, mengkaji skala kekuatan otot pasien, membantu ADL pasien, memantau adanya peningkatan tekanan inyrakarnial, memberikan posisi yang nyaman. Sedangkan Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan untuk masalah diatas yaitu memasang dan mempertahankan cairan infus 1 kolf asering/ 24 jam. Memberikan terapi sesuai program Mekobalamin 500mg/ 12 jam, Cetikolin 500mg/12 jam, Apidra 200mg, Cefriaxone 1x2gr, Renxamin 1x1 gr, Lantus 1x12 jam.

Evaluasi secara umum pasien masih dalam keadaan umum sedang dan masih terbaring tidak mampu berkomunikasi.

3. Riwayat Keperawatan

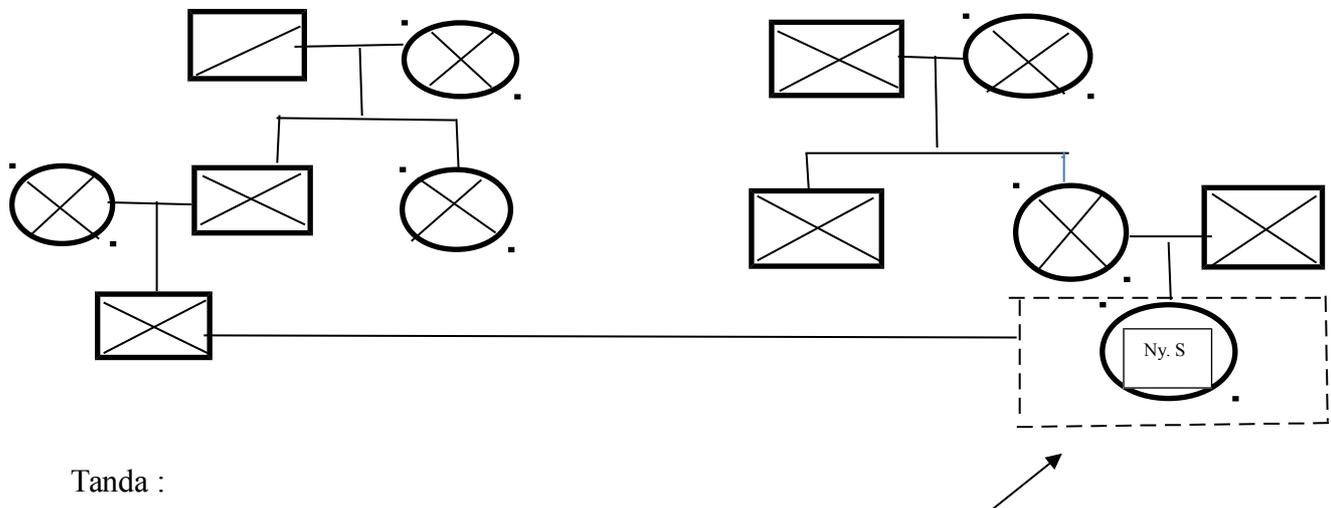
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan Utama pasien pada saat ini adalah kelemahan pada ekstremitas kanan, kesulitan dalam berkomunikasi, timbul keluhannya bertahap, lamanya sejak 3 minggu yang lalu, upaya mengatasi pasien langsung ke rumah sakit.

b. Riwayat Kesehatan Masa lalu

Pasien mempunyai riwayat penyakit Stroke ringan dari keluarga dan mempunyai riwayat diabetes mellitus. Pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, binatang, dan lingkungan. Riwayat pemakaian obat tidak ada dan pasien belum pernah dirawat di rumah sakit.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



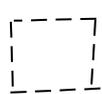
Tanda :

X : sudah meninggal

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

 : Pasien

 : Tinggal serumah

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor risiko, anaknya mengatakan ayah pasien memiliki riwayat stroke ringan

- e. Riwayat Psikologis dan Spritual

Orang terdekat pasien adalah anaknya, pola komunikasi dengan keluarga dua arah dan pengambilam keputusan diambil oleh anaknya dan pasien mengikuti kegiatan kemasyarakatan seperti senam bersama. Dampak penyakit terhadap keluarga yaitu cemas dengan kondisi pasien. Mekanisme koping terhadap stress yang dilakukan pasien adalah tidur. Pasien ingin cepat sembuh dan dapat mengikuti kegiatan senam bersama. Perubahan yang dirasakan pasien sejak jatuh sakit adalah pasien merasa lemas, tidak bisa mengerakkan ekstremitas kanan dan kesulitan dalam beraktivitas. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama atau kepercayaan yang dilakukan pasien tidak ada, lingkungan rumah pasien dengan kondisi yang bersih, sanitasi dan masuk pencahayaan.

- f. Pola Kebiasaan

1). PolaNutrisi

Sebelum sakit : Pasien makan 2x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada

makanan pantangan, tidak ada diit makanan, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makandan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

Sesudah sakit : Pasien makan 3x sehari, nafsu makan berkurang, pasien diit cair, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT) di lubang hidung bagian kiri.

2). Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Buang Air Kecil (BAK) tidak menentu, warna jernih, tidak ada keluhan saat BAK dan pasien tidak menggunakan alat bantu.

Pasien juga Buang Air Besar (BAB) tidak menentu, biasanya pada waktu pagi dan sore.

Sesudah sakit : Buang air kecil (BAK) tidak tentu, warna cokelat, mengeluh sakit saat BAK dan pasien terpasang alat bantu kateter untuk BAK. Pasien Buang Air Besar (BAB) tidak menentu, waktunya tidak menentu warna cokelat, konsistensi padat keras dan keluhannya keras dan pasien menggunakan laxative berupa Microlax .

3). Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : Pasien mandi 2x sehari, biasanya pada waktu pagi dan sore hari dengan menggunakan sabuun , pasien gosok gigi 2x sehari dan pasien mencuci rambut tidak menentu, mencuci rambut menggunakan shampoo.

Setelah sakit : Pasien dibantu dalam melakukan mandi di lap-lap badan, selama sakit pasien tidak bisa menggosok gigi dan cuci rambut.

4). Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : Pasien tidur siang selama 2 jam/hari, dan tidur malam 8jam/hari.

Setelah sakit : Pasien tidur siang dan tidur malam tidak menentu.

5). Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : Pasien biasa melakukan aktivitas, atau kegiatan senam setiap sore hari. Pasien tidak memiliki keluhan saat beraktivitas.

Setelah sakit : Pasien hanya tirah baring dan tidak mampu melakukan aktivitas sehari-sehari. Kebutuhannya dibantu oleh keluarga.

6). Kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit : Tidak ada kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan.

Setelah sakit : Tidak ada kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan .

4. Pengkajian Fisik

a) Pemeriksaan Umum

Pasien memiliki berat 55kg sesudah sakit. Sebelum sakit 65kg. Tinggi badan pasien 160cm. Tekanan darah 117/91 mmHg. Frekuensi nadi 110x/menit Frekuensi napas 20x/menit, Suhu tubuh 37 c. Keadaan umum pasien sedang dan tidak ada tanda pembesaran kelenjar getah bening.

b) Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris, kelopak mata normal, konjungtiva anemis, pergerakan bola mata normal, kornea normal, sklera anikterik, pada

pemeriksaan Nervus III (Okulomotorius) pupil mata isokor, pada Nervus IV (Troklialis) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan pasien masih mampu mengikuti tangan perawat, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) Fungsi penglihatan baik, pasien tidak menggunakan kaca mata. Tidak menggunakan lensa kontak, reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan VI (Abducent) penglihatan normal.

c) Sistem Pendengaran

Daun telinga tampak normal, tidak ada serumen yang berwarna kuning, perasaan penuh ditelinga tidak ada, tidak terdapat tinnitus. Pada pemeriksaan Nervus VIII (Akustikus) fungsi pendengaran pasien baik yang dibuktikan dengan pada saat pasien dibisikkan pasien mampu merespon dengan pergerakan kepala dan pengucapan kata. Pasien belum mampu melakukan keseimbangan gerak antar tangan dan hidung. Dibuktikan pada saat pemeriksaan pasien tidak mampu menyentuh hidung dan jari perawat secara bergantian dan salah satu mata pasien ditutup dengan menggunakan tangan yang mampu digerakkan.

d) Sistem Wicara

Pada pemeriksaan Nervus XII (Hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kanan dan kiri, pasien tidak mampu melakukannya karena lidah pasien mengalami lateralisasi ke kanan. Pasien tampak kesulitan bicara, pasien tidak mampu memutar lidah, pasien tampak kesulitan dalam mengucapkan kata, saat berbicara sulit dimengerti, pasien hanya bisa mengucapkan kata “susu”. Pada pemeriksaan Nervus VII (Fasialis) saat pasien diberikan

intruksi untuk mengerutkan daahi, mengangkat alis serta menutup mata sekuat-kuatnya, pasien belum mampu mengikuti sesuai intruksi.

e) Sistem Pernapasan

Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) pasien tidak mampu dalam mengikuti intruksi dan tidak mampu untuk menyebutkan karena pasien kesulitan bicara. Frekuensi napas 20x/menit. Jalan napas pasien bersih, pernapasan tidak sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu napas, irama teratur, jenis napas spontan, kedalaman napas pasien tampak dalam, pasien tidak mengalami batuk, dan tidak ada sputum, pada saat dilakukannya palpasi dada pasien teraba simetris dan tidak teraba massa dan nyeri tekan, pada saat diperkusi terdengar bunyi notor disemua lapang paru, suara napas vesikuler, pasien tidak merasa nyeri pada saat bernapas, pasien terpasang alat bantu napas nasal kanul 3 liter/menit .

f) Sistem kardiovaskuler

1) Sistem Perifer

Frekuensi nadi 110x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi teraba kuat. Tekanan darah 117/91 mmHg. Vena jugularis kanan dan kiri tidak tampak adanya distensi, temperature kulit hangat dan warna kulit tidak tampak pucat dengan pengisian kapiler < 2 detik, dan tidak terdapat edema.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut apical normal dengan irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung serta tidak terdapat sakit pada dada.

3) Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat

4) Sistem Syaraf Pusat

pasien mengeluh nyeri dibagian kaki kanan dan tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran pasien apatis dengan GCS E: 3 M: 5 V: tidak ada, compos mentis , terdapat adanya tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, pasien berbicara aphasia, pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan sehingga pasien tidak dapat bangun dari tempat tidur, reflek fisiologis normal, reflek patologis (babinski) negatif, ditandai dengan adanya dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki, kaki kuduk negatif, ditandai dengan saat dilakukan pemeriksaan dagu pasien dapat menyentuh dada dan tidak terdapat tahanan. hasil dan brudzenky normal ditandai dengan adanya saat dilakukan pemeriksaan tidak terjadi fleksi pada kedua tungkai dan sendi lutut. Pada pemeriksaan nervus X (Vagus) tidak terdapat kelainan yang dibuktikan dengan reflek menelan pasien baik. Reflek ophonein positif yang ditandai dengan pasien merasa kesakitan saat kakinya dicubit, pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) saat menginstruksikan pasien untuk menggerakkan rahang bawah ke kanan dan ke kiri dengan tangan pemeriksa menahannya, tidak tampak adanya tanda-tanda kelumpuhan.

5) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien tidak tampak karies pada gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu. gigi pasien tampak banyak yang ompong, tidak terdapat stomatis, lidah pasien tampak bersih, saliva normal,

pasien tidak mengalami muntah. pada pemeriksaan IX (Glossofaringeus) pasien masih mampu membedakan rasa asam dan manis walaupun dengan lidah yang mengalami lateralisasi ke kanan. Pasien mengalami diare selama 1 hari

6) Sistem Endokrin

Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, napas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat ganggren.

7) Sistem Urogenital

Pasien tidak mengalami perubahan pola berkemih, urine pasien berwarna kuning jernih, dan tidak terdapat distensi kandung kemih.

8) Sistem Integumen

Turgor Kulit pasien tampak baik dengan temperatur hangat , warna kulit tampak pucat dengan keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit dan pasien terpasang infus ditangan kanan asering 1 kolf serta rambut dalam keadaan berminyak dan terksturnya baik.

9) Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam pergerakan pada ekstremitas kanan. Pasien mengalami hemiplegia pada kedua ekstemitas kanan, pasien tidak mengalami fraktur, tidak terdapat kelainan pada bentuk tulang dan sendi, pasien tidak dapat miring ke arah kanan, pasien tidak dapat

berjalan, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pada pemeriksaan bagian nevus XI (Aksesorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu, pasien hanya mampu menggerakkan sedikit bahu kiri dan saat diminta untuk menoleh ke kanan kiri pasien hanya mampu menolehkan kepala ke bagian kiri saja.

5. Data Tambahan

Keluarga pasien mengatakan sering mendengar penyakit stroke namun masih belum mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan cara pencegahan dari stroke.

6. Data Penunjang

Hasil Laboratorium: Hemoglobin 13.2 g/dl (12.5-16.0). Jumlah leukosit 11.29×10^3 u/l (4.00-10.50). Jumlah Trombosit 541×10^3 u/l (182.369). Glukosa Sewaktu 849 mg/dl (135-147). Natrium 131 mEq/L (135-147). Kalium 5.54 mEq/L (3.5-5.0). Klorida 94 mEq/L (96-108). GER 37.5 ml/dl (0.51-0.95). Hematokrit 36.0 (37.0-47.0).

7. Penatalaksanaan

Terapi Injeksi : Mekobalamin 2x500mg (IV) pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB. Cetikolin 2x500 mg (IV) Pukul 06.00 WIB dan 18.00 WIB. Apidra 3x12g (SC) pukul 07.00 WIB, 12.00 WIB dan 19.00 WIB. Cefriaxone 1x2g (IV) pukul 06.00 WIB. Renxamin 1x1g (IV) pukul 18.00 WIB. Lantus 1x12 unit pukul 19.00 WIB.

8. Data Fokus

Tanggal 23 Maret 2023

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien lemas sudah 3 minggu dan tiba-tiba tidak dapat menggerakkan ekstremitas kanan, pasien memiliki riwayat stroke ringan dan berbicara pelo, keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak dapat beraktivitas setelah terserang stroke, pasien hanya berbaring saja, keluarga mengatakan aktivitas pasien selama sakit dibantu oleh keluarga, keluarga mengatakan bahwa belum mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, dan cara pencegahan dari stroke.

Data Objektif : Keadaan umum pasien sedang, pasien apatis, pasien mengeluh nyeri di bagian kaki kanan, pasien tampak lemas, pasien tampak terjadi paralisis pada ekstremitas kanan, pasien kesulitan dalam berbicara, pasien mengalami aphasia broca, pasien hemiparesis, GCS E:3 M: 5 V: tidak ada, compos mentis, pasien tampak terjadi peningkatan TIK karena ditandai dengan adanya pasien gelisah dan perubahan perilaku, pasien hanya mampu miring ke sebelah kiri, pasien tampak mampu menggerakkan ekstremitas kiri namun terbatas.

Pada pemeriksaan nervus XI (accessorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu pasien hanya bahu kiri yang mampu sedikit terangkat, saat menoleh hanya mampu ke sebelah kiri, 1 hari sebelum pasien dibawa ke rumah sakit pasien mengalami BAB cair hingga 12x ganti popok, pada nervus ke XII (Hipoglossus) pasien tidak mampu menggerakkan lidahnya ke kanan dan kiri, pasien tampak menunjukkan respon yang tidak sesuai saat diajak berbicara karena pasien hanya mampu mengucapkan 1

kata " susu" saat diajak bicara, pasien tidak mampu mengeluarkan lidah dan tidak mampu memutar lidah

Pasien mengalami hemiplegia pada kedua ekstremitas kanannya dengan kekuatan otot 1111 dan ekstremitas kiri 2222 . Tanda-tanda vital : Tekanan darah 117/81 , frekuensi nadi 110x menit, frekuensi napas 20x/menit , suhu 37 C, Saturasi Oksigen 98x menit. GCS E: 3 M: 5 V: tidak ada, compos mentis.

9. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Subjektif:</p> <p>Keluarga mengatakan pasien tiba-tiba tidak dapat menggerakkan badan, pasien hanya berbaring saja setelah merasakan badannya lemas 3 minggu yang lalu,</p> <p>Objektif :</p> <p>Pasien tampak hanya mampu berbaring saja.</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>

	<p>Pasien hanya mampu menggerakkan sedikit ekstremitas kiri, pasien tampak kesulitan saat miring ke sebelah kanan, pasien tidak bisa duduk, rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam pergerakan , ,aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, esktremitas kanan. Kekuatan otot pasien pada ekstremitas kiri 1111 dan</p>		
--	--	--	--

	<p>ekstremitas kanan 2222. pada pemeriksaan nevus XI (accessorius) saat diminta untuk mengangkat bahu pasien hanya mampu sedikit mengangkat bahu sebelah kiri saja, pada saat diminta untuk menoleh pasien hanya bisa ke sebelah kiri saja.</p>		
2.	<p>Subjektif : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat diabetes melitus sejak 2 tahun lalu Objektif : Pasien tampak</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Gangguan toleransi glukosa darah</p>

	<p>kesadarannya menurun, GCS : E : 3 M : 5 V : tidak ada, compos mentis, pasien tampak kesulitan dalam berbicara GDS pertama : 849 mg/dl GDS kedua : 400 mg/ dl GDS ketiga : 212 mg/dl</p>		
3.	<p>Subjektif : keluarga mengatakan pasien kesulitan dalam berbicara Objektif : Pasien tampak tidak mampu mengeluarkan kalimat yang jelas, pasien tampak menunjukkan</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal</p>	<p>Gangguan neuromuskuler</p>

	<p>respon yang tidak sesuai dengan yang dibicarakan, pasien hanya mampu mengucapkan kata "susu" saja. terjadi gangguan pada nervus XII Hipoglossus: pasien kesulitan dalam menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri .</p>		
4.	<p>Subjektif:</p> <p>Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat stroke ringan, pasien lemas sudah 3 minggu yang lalu, pasien tiba-tiba tidak bisa menggerakkan badannya.</p> <p>Objektif :</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Faktor risiko riwayat stroke</p>

	<p>TTV: Tekanan darah 117/91 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit RR : 20 Suhu 37 c. TB 160 BB 55 kg,</p> <p>Pasien tampak hanya mampu berbaring saja. Pasien hanya mampu menggerakkan sedikit ekstremitas kiri, pasien tampak kesulitan saat miring ke sebelah kanan, pasien tidak bisa duduk, rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam pergerakan ,</p>		
--	---	--	--

	<p>,aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, esktremitas kanan. Kekuatan otot</p> <p>Subjektif : Keluarga mengatakan pasien jarang dimiring kanan-kiri setelah jatuh sakit karena kondisi badan pasien yang lemas.</p> <p>Objektif : Pasien tampak lemas, pasien tidak mampu duduk dan kesulitan dalam pergerakan, serta pasien mengalami hemiparesis pada</p>	<p>Risiko gangguan integritas kulit</p>	<p>Penurunan mobilitas</p>
--	---	--	---------------------------------------

	ekstremitas kanan		
--	-------------------	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas, maka diagnosa keperawatan sesuai prioritas, yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
2. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
4. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko riwayat stroke
5. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Subjektif : Keluarga mengatakan pasien tiba-tiba tidak dapat menggerakkan badan, pasien hanya berbaring saja setelah merasakan badannya lemas 3 minggu yang lalu, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

Objektif : Pasien tampak hanya mampu berbaring saja. Pasien hanya mampu menggerakkan sedikit ekstremitas kiri, pasien tampak kesulitan saat miring ke sebelah kanan, pasien tidak bisa duduk, rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam pergerakan esktremitas kanan. Kekuatan otot pasien pada ekstremitas kiri 1111 dan

ekstremitas kanan 2222. pada pemeriksaan nevus XI (accessorius) saat diminta untuk mengangkat bahu pasien hanya mampu sedikit mengangkat bahu sebelah kiri saja, pada saat diminta untuk menoleh pasien hanya bisa menoleh ke sebelah kiri saja.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan rentang mobilitas fisik pasien meningkat

Kriteria hasil : Rentang gerak (ROM) mengalami peningkatan dan kekuatan otot meningkat. Tidak mengalami nyeri pada saat bergerak, tidak takut untuk bergerak, sendi menjadi lebih lentur dan tidak kaku, mampu bergerak secara mandiri meningkat, gerakan tidak terkoordinasi menurun.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Identifikasi kekuatan otot setiap 8 jam
- d. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.
- e. Fasilitas aktivitas abulasi dengan alat bantu pegangan tempat tidur, kursi atau bantal
- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- g. Edukasi tujuan dan prosedur ambulasi
- h. Anjurkan menggerakkan ekstermitas yang lumpuh
- i. Bantu *Activity Daily Living* (ADL) pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian

Pelaksanaan 23 Maret 2023

Pukul 07.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengatakan tidak merasa nyeri, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien masih mampu menggerakkan kepala dan ekstremitas kiri. Mengidentifikasi kekuatan otot setiap 8 jam, pasien masih tampak lemas dan belum mampu melakukan pergerakan. Pukul 09.00 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga membantu pasien dalam melatih pergerakan. . menganjurkan menggerakkan ekstermitas yang lumpuh pasien belum mampu melakukan pergerakan. Pukul 10.00 WIB membantu Activity Daily Living (ADL) pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian, pasien di bantu keluarga dalam Activity Daily Living (ADL). Pukul 12.00 WIB mengubah posisi pasien.

Evaluasi 23 Maret 2023 :

Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu sedikit menggerakkan kepala, mampu mengubah posisi ke arah kiri dan dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas

Objektif : pasien tampak lemas, pasien hanya berbaring,kebutuhan aktivitas pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat dan keluarga, kekuatann otot pasien menurun kiri 1111 sedangkan kanan 2222

Analisa : gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f, dilanjutkan

Pelaksanaan 24 Maret 2023

Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengatakan tidak merasa nyeri, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien masih mampu menggerakkan kepala dan ekstremitas kiri. Mengidentifikasi kekuatan otot setiap 8 jam, pasien masih tampak lemas dan belum mampu melakukan pergerakan. Pukul 10.00 WIB mibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga membantu pasien dalam melatih pergerakan. . menganjurkan menggerakkan ekstermitas yang lumpuh pasien belum mampu melakukan pergerakan. Pukul 14.00 WIB membantu *Activity Daily Living* (ADL) pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian, pasien di bantu keluarga dalam *Activity Daily Living* (ADL). Pukul 16.00 WIB mengubah posisi pasien

Evaluasi 24 Maret 2023:

Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu sedikit menggerakkan kepala, mampu mengubah posisi ke arah kiri dan dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri, pada ekstremitas kanan tidak bisa

Objektif : pasien tampak lemas, pasien hanya berbaring, kebutuhan aktivitas pasien sepenuhnya dibantu oleh perawat dan keluarga, kekuatann otot pasien menurun kiri 1111 sedangkan kanan 2222

Analisa : gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f, dilanjutkan

Pelaksanaan 25 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien masih mampu menggerakkan kepala dan ekstremitas kiri. Mengidentifikasi kekuatan otot setiap 8 jam, pasien masih tampak lemas dan belum mampu memalukan pergerakan. Pukul 09.00 WIB mibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga memabntu pasien dalam melatih pergerakan. menganjurkan menggerakkan ekstermitas yang lumpuh pasien belum mampu melakukan pergerakan. Pukul 10.30 WIB membantu Activity Daily Living (ADL) pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian, pasien di bantu keluarga dalam Activity Daily Living (ADL). Pukul 14.00 WIB mengubah posisi pasien. 16.00 WIB membantu mengganti popok pasien .

Evaluasi 25 maret 2023

Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien mampu menggerakkan kepala, mampu mengubah posisi ke arah kiri dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mampu sedikit menggerakkan esktremitas kiri secara mandiri.

Objektif : pasien tampak sudah bisa biring kanan kiri dengan bantuan,kekuatan otot pasien pada esktremitas kiri 1111 kanan 2222, pasien tampak belum mmpu menggerakkan ekstremitas secara mandiri, pasien hanya berbaring.

Analisa : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f dilanjutkan

2. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan gangguan

toleransi glukosa darah

Subjektif : keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit

diabetes melitus sejak 2 tahun lalu.

Objektif : Pasien tampak kesadarannya menurun, GCS : E : 3 M : 5 V :

tidak ada, compos mentis, pasien tampak kesulitan dalam berbicara

GDS : 849 mg/dl

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam,

maka diharapkan kestabilan glukosa darah meningkat.

Kriteria hasil : Kesadaran meningkat, kesulitan bicara menurun, kadar

glukosa dalam darah membaik

Perencanaan :

- a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- b. Monitor kadar glukosa dalam darah
- c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia
- d. Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektolit, frekuensi nadi
- e. Kolaborasi pemberian insulin
- f. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
- g. Kolaborasi pemberian kalium jika perlu

Pelaksanaan 23 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memonitor glukosa dalam darah dengan hasil 849 mg/dl,

Pukul 10.00 WIB memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil

keluarga mengatakan pasien sering mengganti popok karena buang air

kecil, memberikan insulin sebanyak 12 unit

Evaluasi 23 Maret 2023

Subjektif : keluarga mengatakan pasien sering buang air kecil

Objektif : pasien tampak kesadaran menurun, pasien tampak lemah,

pasien tampak kesulitan dalam bicara, GDS 842 mg/dl

Analisa : ketidakstabilan glukosa dalam darah belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g, dilanjutkan

Pelaksanaan 24 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memonitor glukosa dalam darah dengan hasil 400 mg/dl, Pukul 10.00 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil keluarga mengatakan pasien sering mengganti popok karena buang air kecil, memberikan insulin sebanyak 12 unit.

Evaluasi 24 Maret 2023

Subjektif : keluarga mengatakan pasien masih sering buang air kecil

Objektif : pasien tampak kesadaran menurun, pasien tampak lemah, pasien tampak kesulitan dalam bicara, GDS 400 mg/dl

Analisa : ketidakstabilan glukosa dalam darah belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g dilanjutkan

Pelaksanaan 25 Maret 2023

Pukul 08.10 WIB memonitor glukosa dalam darah dengan hasil 212 mg/dl , Pukul 10.00 WIB memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil keluarga mengatakan pasien sering mengganti popok karena buang air kecil, memberikan insulin sebanyak 12 unit

Evaluasi 25 Maret 2023

Subjektif : keluarga mengatakan buang air kecil pasien mulai normal

Objektif : kesadaran pasien tampak compos mentis, pasien masih tampak lemah, pasien masih tampak kesulitan dalam bicara

Analisa : ketidakstabilan glukosa dalam darah belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g dilanjutkan

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan

neuromuskuler

Subjektif : keluarga mengatakan pasien kesulitan dalam berbicara

Objektif : Pasien tampak tidak mampu mengeluarkan kalimat yang jelas,

pasien tampak menunjukkan respon yang tidak sesuai dengan yang

dibicarakan, pasien hanya mampu mengucapkan kata "susu" saja. terjadi

gangguan pada nervus XII Hipoglossus: pasien kesulitan dalam

menggerakkan lidah ke kanan dan ke kiri .

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam

diharapkan komunikasi verbal meningkat.

Kriteria hasil : kemampuan bicara meningkat, kemampuan mendengar

meningkat, kesesuaian wajah/ekspresi tubuh meningkat, kontak mata

meningkat, afasia menurun, respons perilaku membaik, pemahaman

komunikasi membaik.

Rencana tindakan :

a. Monitor proses kognitif, anatomis, fisiologis yang berkaitan dengan

bicara

b. Gunakan metode komunikasi alternatif

c. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan

d. Gunakan juru bicara, bila perlu

e. Anjurkan bicara perlahan

f. Rujuk ke ahli patologi atau terapis

Pelaksanaan 23 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor proses kognitif dengan hasil pasien tidak

kontak mata saat diajak bicara, kesulitan dalam berbicara. Pukul 10.00

WIB memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan

hasil memasang pagar pengaman bed, berada di tempat yang mudah

terpantau. Pukul 11.00 WIB menggunakan juru bicara dengan hasil

keluarga berada didekat pasien untuk sumber komunikasi , pukul 12.00

WIB menganjurkan bicara perlahan dengan hasil pasien masih belum

bicara bicara

Evaluasi 23 Maret 2023

Subjektif : keluarga mengatakan pasien sudah mengalami pelo sejak 1

tahun yang lalu

Objektif : pasien tidak kontak mata saat diajak bicara, pasien kesulitan

dalam berbicara

Analisa : gangguan komunikasi verbal belum teratasi

Perencanaan : intervensi a,b,c,d,e,f dilanjutkan

Pelaksanaan 24 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor proses kognitif dengan hasil pasien tidak

kontak mata saat diajak bicara, kesulitan dalam berbicara. Pukul 10.00

WIB memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan

hasil memasang pagar pengaman bed, berada di tempat yang mudah

terpantau. Pukul 11.00 WIB menggunakan juru bicara dengan hasil

keluarga berada didekat pasien untuk sumber komunikasi , pukul 12.00

WIB menganjurkan bicara perlahan dengan hasil pasien masih belum

bicara bicara

Evaluasi 24 Maret 2023

Subjektif : keluarga mengatakan pasien masih belum dapat diajak bicara

Objektif : pasien tidak kontak mata saat diajak bicara, pasien kesulitan

dalam berbicara

Analisa : gangguan komunikasi verbal belum teratasi

Perencanaan : intervensi a,b,c,d,e,f, dilanjutkan

Pelaksanaan 25 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor proses kognitif dengan hasil pasien tidak

kontak mata saat diajak bicara, kesulitan dalam berbicara. Pukul 10.00

WIB memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan

hasil memasang pagar pengaman bed, berada di tempat yang mudah terpantau. Pukul 11.00 WIB menggunakan juru bicara dengan hasil keluarga berada didekat pasien untuk sumber komunikasi , pukul 12.30 WIB menganjurkan bicara perlahan dengan hasil pasien hanya bisa bicara “susu” saat diajak komunikasi, pasien sudah kontak mata.

Evaluasi 25 Maret 2023

Subjektif : keluarga mengatakan pasien hanya bisaberbicara “susu” saat diajak komunikasi

Objektif : pasien tidak kontak mata saat diajak bicara, pasien kesulitan dalam berbicara

Analisa : gangguan komunikasi verbal belum teratasi

Perencanaan : intervensi a,b,c,d,e,f, dilanjutkan

4. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark jaringan otak akibat faktor riwayat stroke ringan

Subjektif: Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat stroke ringan, pasien lemas sudah 3 minggu yang lalu, pasien tiba-tiba tidak bisa menggerakkan badannya.

Objektif : Pasien tampak paralisis pada ekstremitas kanan, pasien tampak aphasia broca, pasien tampak hemiparesis, pasien tampak berbicara tidak jelas, GCS E : 3 M: 5 V : tidak ada, compos mentis , Pasien tampak terjadi peningkatan TIK ditandai dengan adanya rasa gelisah dan perubahan perilaku. Tanda-tanda vital: TD : 117/81 Nadi: 110x/menit Saturasi Oksigen : 99% RR : 20x / mnit

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan serebral meningkat.

Kriteria Hasil : Tingkat kesadaran pasien meningkat dan kognitif meningkat, Reflek saraf membaik, pasien tenang, tidak ada penambahan disfungsi neurologis. Tanda-tanda vital dalam batas normal: Tekanan darah: 117/91 Nadi : 110x/menit RR: 20x/menit Suhu: 37 c

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia.
- b. monitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS
- c. Monitor tanda-tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu tiap 4 jam.
- d. Monitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan pergerakan bola mata setiap 8 jam.
- e. Monitor pernapasan meliputi pola dan irama, dan auskultasi bunyi napas.
- f. Berikan posisi kepala 15-30 derajat
- g. Berikan oksigen sesuai anjuran 3l/menit melalui nasal kanul
- h. Monitor frekuensi , irama, kedalaman dan upaya napas tiap 8 jam
- i. Monitor saturasi oksigen tiap 8 jam

Pelaksanaan 23 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB mengkolaborasi pemberian terapi injeksi intravena mekobalamin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, cetikolin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, Cefriaxone 1 x 2 g. Pukul 07.00 WIB memberikan terapi injeksi subkutan apidra 3 x 12 g dan sudah diberikan 1 x 12 gr. Mendentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia, pasien tampak tenang tidak adanya nyeri kepala, pasien mengalami penurun otot pada

ekstremitas kiri 1111 dan ekstremitas kanan 2222, reflek pupil normal mengecil saat diberikan cahaya, reflek menelan normal saat diberikan nutrisi pasien bisa menelan, pasien mengalami hemiplegia pada bagian ekstremitas kiri. Memonitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS yaitu pasien dengan GCS 11. Memonitor tanda-tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu tiap 4 jam dengan hasil Tekanan darah: 117/91 Nadi : 110x/menit RR: 20 Suhu: 37 c. Memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan pergerakan bola mata setiap 8 jam dengan hasil pupil simetris, ukuran kedua mata sama, reaksi terhadap cahaya mengecil, pergerakan bola mata belum mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan. Pada pukul 07.30 WIB Memonitor pernapasan meliputi pola dan irama, dan auskultasi bunyi napas dengan hasil frekuensi napas 20x/menit. Suhu 37 c. Pukul 08.00 WIB memberikan posisi kepala 15-30 derajat pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan.

Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 126/90 mmHg, Frekuensi Nadi 20x/menit. Suhu 36,5 c, memonitor status neurologis, pasien tampak mengalami gangguan pada Nervus XII yaitu lidah pasien tampak lateralisasi ke kiri dan pasien tampak hemiplegia pada ekstremitas kanan. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasi pemberian melalui subkutan apidra 3 x 12 g dan sudah diberikan 1 x 12 g. Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 122/80 mmHg, Frekuensi napas 22x/menit , Pukul 18.00 mengkolaborasi pemberian terapi intravena mekobalami 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, cetikolin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x

500 mg, Pukul 19.00 WIB mengkolaborasi pemberian Apidra 3 x 12 gr dan sudah diberikan 1 x 12 gr, memberikan lantus 1 x 12 unit. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 125/83 mmHg .Frekuensi nadi 90x/menit Frekuensi napas 20x/menit, Saturasi Oksigen 97% Suhu 36,5 c. Pukul 24.00 Memonitor tanda-tanda vital 126/ 90 mmHg Frekuensi nadi 95x/menit Frekuensi napas 22x/menit Saturasi oksigen 99% Suhu 36,6 c

Evaluasi 23 Maret 2023 :

Subjektif : keluarga mengatakan pasien tampak sesak

Objektif : Pasien tampak hanya berbaring, pasien hanya mampu sedikit menggerakkan ekstremitas kiri, pasien tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanan, GCS E: 3 M : 5 V: tidak ada . compos mentis , lidah pasien tampak lateralisasi kearah kiri, keadaan pupil tampak isokor simetris reaksi terhadap cahaya baik pupil mengecil bila terkena cahaya, pasien sedikit bisa mengikuti pengerakkan arah jari tangan perawat. Tekanan darah 126/ 90 mmHg Frekuensi nadi 95x/menit Frekuensi napas 22x/menit Saturasi oksigen 99% Suhu 36,6 c

Analisa : Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g,h,i dilanjutkan

Pelaksanaan 24 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB mengkolaborasi pemberian terapi injeksi intravena mekobalamin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, cetikolin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, Cefriaxone 1 x 2 g. Pukul 07.00 WIB memberikan terapi injeksi subkutan apidra 3 x 12 g dan sudah diberikan 1 x 12 gr. Mendentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan

kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia, pasien tampak tenang tidak adanya nyeri kepala, pasien mengalami penurunan otot pada ekstremitas kiri 1111 dan ekstremitas kanan 2222, reflek pupil normal mengecil saat diberikan cahaya, reflek menelan normal saat diberikan nutrisi pasien bisa menelan, pasien mengalami hemiplegia pada bagian ekstremitas kiri. Memonitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS yaitu pasien dengan GCS 11. Memonitor tanda-tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu tiap 4 jam dengan hasil Tekanan darah: 120/95 Nadi : 115 x/menit RR: 18x/menit Suhu: 36,4 c. Memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan pergerakan bola mata setiap 8 jam dengan hasil pupil simetris, ukuran kedua mata sama, reaksi terhadap cahaya mengecil, pergerakan bola mata belum mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan. Pada pukul 07.30 WIB Memonitor pernapasan meliputi pola dan irama, dan auskultasi bunyi napas dengan hasil frekuensi napas 18 x/menit. Suhu 37 c. Pukul 08.00 WIB memberikan posisi kepala 15-30 derajat pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 126/90 mmHg, Frekuensi Nadi 20x/menit. Suhu 36,5 c, memonitor status neurologis, pasien tampak mengalami gangguan pada Nervus XII yaitu lidah pasien tampak lateralisasi ke kiri dan pasien tampak hemiplegia pada ekstremitas kanan. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasi pemberian melalui subkutan apidra 3 x 12 g dan sudah diberikan 1 x 12 g. Pukul 14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 120/70 mmHg, Frekuensi napas 22x/menit , Pukul 18.00 mengkolaborasi

pemberian terapi intravena mekobalami 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, cetikolin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, Pukul 19.00 WIB mengkolaborasi pemberian Apidra 3 x 12 gr dan sudah diberikan 1 x 12 gr, memberikan lantus 1 x 12 unit. Pukul 22.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 125/83 mmHg .Frekuensi nadi 90x/menit Frekuensi napas 20x/menit, Saturasi Oksigen 97% Suhu 36,5 c. Pukul 05.00 Memonitor tanda-tanda vital 126/ 90 mmHg Frekuensi nadi 95x/menit Frekuensi napas 20x/menit Saturasi oksigen 99% Suhu 36,5 c

Evaluasi 24 Maret 2023 :

Subjektif : keluarga mengatakan pasien sudah tidak sesak

Objektif : Pasien tampak hanya berbaring, pasien hanya mampu sedikit menggerakkan ekstremitas kiri, pasien tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanan, GCS E: 3 M: 5 V : tidak ada kesadaran compos mentis, , lidah pasien tampak lateralisasi kearah kiri, keadaan pupil tampak isokor simetris reaksi terhadap cahaya baik pupil mengecil bila terkena cahaya, pasien sedikit bisa mengikuti pengerakkan arah jari tangan perawat. Tekanan darah 126/ 90 mmHg Frekuensi nadi 95x/menit Frekuensi napas 20x/menit Saturasi oksigen 99% Suhu 36,5 c

Analisa : Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g,h,i dilanjutkan

Pelaksanaan 25 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB mengkolaborasi pemberian terapi injeksi intravena mekobalamin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, cetikolin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, Ceftriaxone 1 x 2 g. Pukul 07.00

WIB memberikan terapi injeksi subkutan apidra 3 x 12 g dan sudah diberikan 1 x 12 gr. Mendentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia, pasien tampak tenang tidak adanya nyeri kepala, pasien mengalami penurunan otot pada ekstremitas kiri 1111 dan ekstremitas kanan 2222, reflek pupil normal mengecil saat diberikan cahaya, reflek menelan normal saat diberikan nutrisi pasien bisa menelan, pasien mengalami hemiplegia pada bagian ekstremitas kiri. Memonitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS yaitu pasien dengan GCS 11. Memonitor tanda-tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu tiap 4 jam dengan hasil Tekanan darah: 117/91 Nadi : 110x/menit RR: 20 Suhu: 37 c. Memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan pergerakan bola mata setiap 8 jam dengan hasil pupil simetris, ukuran kedua mata sama, reaksi terhadap cahaya mengecil, pergerakan bola mata belum mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan. Pada pukul 07.30 WIB Memonitor pernapasan meliputi pola dan irama, dan auskultasi bunyi napas dengan hasil frekuensi napas 20x/menit. Suhu 37 c. Pukul 08.00 WIB memberikan posisi kepala 15-30 derajat pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 126/90 mmHg, Frekuensi Nadi 20x/menit. Suhu 36,5 c, memonitor status neurologis, pasien tampak mengalami gangguan pada Nervus XII yaitu lidah pasien tampak lateralisasi ke kiri dan pasien tampak hemiplegia pada ekstremitas kanan. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasi pemberian melalui subkutan apidra 3 x 12 g dan sudah diberikan 1 x 12 g. Pukul

14.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 122/80 mmHg, Frekuensi napas 22x/menit , Pukul 18.00 mengkolaborasi pemberian terapi intravena mekobalami 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, cetikolin 2 x 500 mg dan sudah diberikan 1 x 500 mg, Pukul 19.00 WIB mengkolaborasi pemberian Apidra 3 x 12 gr dan sudah diberikan 1 x 12 gr, memberikan lantus 1 x 12 unit. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital 125/83 mmHg .Frekuensi nadi 90x/menit Frekuensi napas 20x/menit, Saturasi Oksigen 97% Suhu 36,5 c. Pukul 24.00 Memonitor tanda-tanda vital 126/90 mmHg Frekuensi nadi 95x/menit Frekuensi napas 22x/menit Saturasi oksigen 99% Suhu 36,6 c. Pukul 05.00 memonitor tanda-tanda vital 120/91 mmHg Frekuensi nadi 110x/menit frekuensi napas 20x/menit saturasi oksigen 99%

Evaluasi 25 Maret 2023:

Subjektif : Pasien mengatakan tidak adanya nyeri kepala, pasien mengatakan posisi sudah nyaman. Pasien mengatakan tidak sesak

Objektif : Pasien tampak hanya berbaring, pasien hanya mampu sedikit menggerakkan ekstremitas kiri, pasien tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanan, GCS E: 3 V : tidak ada M: % , kesadaran compos mentis , lidah pasien tampak litalisasi kearah kiri, keadaan pupil tampak isokor simetris reaksi terhadap cahaya baik pupil mengecil bila terkena cahaya, pasien sedikit bisa mengikuti pengerakkan arah jari tangan

perawat. Tanda-tanda vital 120/91 mmHg Frekuensi nadi 110x/menit
Frekuensi napas 20x/menit Saturasi oksigen 99%

Analisa : Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g,h,i dilanjutkan

Kriteria hasil : kesadaran pasien meningkat dan kognitif meningkat, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, reflek saraf membaik, pasien tenang, tidak ada penambahan disfungsi neurologis, tanda-tanda vital dalam batas normal 120/80 mmHg, Frekuensi nadi 60-100 x/menit, Frekuensi napas 16-20 x/menit, suhu 36,6 -37,5 c.

5. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas

Subjektif : Keluarga mengatakan pasien jarang dimiring kanan-kiri setelah jatuh sakit karena kondisi badan pasien yang lemas.

Objektif : Pasien tampak lemas, pasien tidak mampu duduk dan kesulitan dalam pergerakan, serta pasien mengalami hemiparesis pada ekstremitas kanan.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat.

Kriteria Hasil : Elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun.

Rencana Tindakan:

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
- b. Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring

- c. Gunakan produk berbahan berbahan petroliom atau minyak pada kulit kering
- d. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit
- e. Anjurkan menggunakan pelembab
- f. Anjurkan minum air yang banyak
- g. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- h. Anjurkan menghindari terkena suhu ekstreme
- i. Anjurkan di basuh dengan washlap

Pelaksanaan 23 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB memeriksa tekanan darah: 117/91 Nadi : 110x/menit RR: 20 Suhu: 37c Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit pasien hanya tampak berbaring, mengubah posisi tiap 2 jam tirah baring sudah dilakukan keluarga membantu dalam mengubah posisi pasien pasien, Pukul 08.00 WIB meminta keluarga untuk membantu melakukan pergerakan pada tubuh pasien. menggunakan produk berbahan berbahan petroliom atau minyak pada kulit kering pasien menggunakan minyak zaitun untuk dioleskan ditubuh. Mengubah posisi tubuh pasien ke kanan dan ke kiri Pukul 12.00 WIB meningkatkan asupan nutrisi pasien menghabiskan porsi cairan nutrisi susu yang diberikan melalui NGT 200ml. Pukul 16.00 menggunakan produk berbahan minyak pasien menggunakan minyak zaitun untuk ioleskan ka tubuh. Pukul 18.00 meningkatkan asupan nutrisi dengan memberikan asupan cairan susu melalui NGT dengan 200ml.

Evaluasi 23 Maret 2023 :

Subjektif : pasien mengatakan merasa nyaman bila diubah posisi.

Objektif : pasien hanya tirah baring, pasien belum mampu melakukan pergerakan, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga dan perawat , pasien tampak lembab dan tidak kering sering menggunakan minyak zaitun

Analisa : Gangguan integritas kulit teratasi sebagian

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka gangguan integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria hasil : Elastisitas meningkat, kerusakan kulit menurun, nyeri menurun.

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g,h,i dilanjutkan

Pelaksanaan 24 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB Memonitor tanda-tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu tiap 4 jam dengan hasil Tekanan darah: 120/95 Nadi : 115 x/menit RR: 18x/menit Suhu: 36,4 c.

Pukul 08.00 WIB Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit pasien hanya tampak berbaring, mengubah posisi tiap 2 jam tirah baring sudah dilakukan keluarga membantu dalam mengubah posisi pasien pasien, Pukul 10.00 WIB meminta keluarga untuk membantu melakukan pergerakan pada tubuh pasien. menggunakan produk berbahan berbahan petroliom atau minyak pada kulit kering pasien menggunakan minyak zaitun untuk dioleskan ditubuh. Mengubah posisi tubuh pasien ke kanan dan ke kiri Pukul 12.00 WIB meningkatkan asupan nutrisi pasien menghabiskan porsi cairan nutrisi susu yang diberikan melalui NGT 200ml. Pukul 16.00 menggunakan produk berbahan minyak pasien menggunakan minyak zaitun untuk dioleskan ka tubuh. Pukul 18.00

meningkatkan asupan nutrisi dengan memberikan asupan cairan susu melalui NGT dengan 200ml.

Evaluasi 24 Maret 2023:

Subjektif : pasien merasa nyaman bila diubah posisi.

Objektif : pasien hanya tirah baring, pasien belum mampu melakukan pergerakan, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga dan perawat , pasien tampak lembab dan tidak kering sering menggunakan minyak zaitun

Analisa : Gangguan integritas kulit teratasi sebagian

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka gangguan integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria hasil : Elastisitas meningkat, kerusakan kulit menurun, nyeri menurun.

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g,h,i dilanjutkan

Pelaksanaan 25 Maret 2023

Pukul 07.30 Tekanan darah: 117/91 Nadi : 110x/menit RR: 20 Suhu: 37 c.

Pukul 08.00 WIB Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit pasien hanya tampak berbaring, mengubah posisi tiap 2 jam tirah baring sudah dilakukan keluarga membantu dalam mengubah posisi pasien pasien, Pukul 10.00 WIB meminta keluarga untuk membantu melakukan pergerakan pada tubuh pasien. menggunakan produk berbahan berbau petrolium atau minyak pada kulit kering pasien menggunakan minyak zaitun untuk dioleskan ditubuh. Mengubah posisi tubuh pasien ke kanan dan ke kiri Pukul 12.00 WIB meningkatkan asupan nutrisi pasien menghabiskan porsi cairan nutrisi susu yang diberikan melalui NGT

200ml. Pukul 16.00 menggunakan produk berbahan minyak pasien menggunakan minyak zaitun untuk dioleskan ke tubuh. Pukul 18.00 meningkatkan asupan nutrisi dengan memberikan asupan cairan susu melalui NGT dengan jumlah 200ml.

Pukul 20.00 mengubah posisi pasien, sudah dilakukan mengubah posisi pasien. Pukul 20.30 memberikan minyak pada kulit pasien hasil sudah dioleskan minyak zaitun. Pukul 05.00 meningkatkan asupan nutrisi, sudah diberikan asupan cairan nutrisi melalui NGT dengan jumlah 200ml

Evaluasi 25 Maret 2023

Subjektif : pasien mengatakan merasa nyaman bila diubah posisi.

Objektif : pasien hanya tirah baring, pasien belum mampu melakukan pergerakan, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga dan perawat , pasien tampak lembab dan tidak kering sering menggunakan minyak zaitun

Analisa : Gangguan integritas kulit teratasi sebagian

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka gangguan integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria hasil : Elastisitas meningkat, kerusakan kulit menurun, nyeri menurun. Hematoma menurun.

Perencanaan : Intervensi a,b,c,d,e,f,g,h,i dilanjutkan

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberika "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S dengan stroke Non Hemoragik di Ruang penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara" dari tanggal 23 Maret sampai 25 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian perawatan merupakan tahap krusial dalam proses keperawatan. Hasil pengkajian merupakan dasar dari penentuan masalah keperawatan dan penentuan intervensi keperawatan yang akan diberikan. Dalam pengkajian tidak ada kesenjangan atau perbedaan antara teori dengan pengkajian yang dilakukan oleh penulis. Pengkajian keperawatan stroke, meliputi anamnesis, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dan pengkajian psikososial. Pada etiologi tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori, data yang ditemukan pada kasus sama dengan yang ada pada teori yaitu adanya riwayat diabetes melitus dan stroke ringan.

Pada faktor predisposisi tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori, data yang ditemukan pada kasus sama dengan yang ada pada teori dimana usia pasien sudah mencapai lansia yaitu 69 tahun, karena usia yang bertambah tua akan meningkatkan resiko terkena stroke, bukan hanya dikarenakan sistem fisiologis tubuh tapi khususnya pada persyarafan yang semakin tua, tidak bisa diberikan kerja yang berat, tetapi juga biasanya semakin bertambah usia akan menjadi banyak hal yang dipikirkan sehingga memperberat kerja syaraf. Banyak penderita stroke diatas usia 45 tahun yang menjadi cacat invalid, tidak mampu lagi mencari nafkah seperti sediakala, menjadi bergantung pada orang lain.

Pada manifestasi klinik tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori, data yang ditemukan pada kasus sama dengan yang ada pada teori yaitu pasien mempunyai riwayat diabetes melitus pada 2 tahun yang lalu. Menurut (maria, 2021) diabetes melitus dapat mengakibatkan terjadinya stroke karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, berdasarkan teori pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke adalah angiografi serebri, lumbal pungsi, USG doppler, EEG, sedangkan pada pasien pemeriksaan penunjang yang dilakukan hanya pemeriksaa CT-SCAN dan MRI. Pemeriksaan angiografi serebri, lumbal pungsi, USG Doppler, EEG tidak dilakukan karena pemeriksaan CT-SCAN MRI sudah dapat untuk menegakkan diagnosa.

Penatalaksanaan medis dan keperawatan pada pasien stroke terdapat kesenjangan antara kasus dan teori, data yang ditemukan pada kasus berbeda, dimana pada teori penatalaksanaan medis pasien stroke yaitu mendapatkan antiokoagulan, antiplatelet dan fibrinolitik. Sedangkan pada kasus hanya dilakukan terapi mekobalamin 2 x 500 mg. Dimana pada mekobalamin ini secara aktif dapat meningkatkan proses metabolisme protease, lipid, dan jaringan saraf serta berperan dalam sintesis mielin lipid letchin yang berperan dalam memperbaiki kerusakan sistem saraf pusat, metabolisme, dan transisis jaringan saraf sehingga membantu dalam fungsi perbaikan setelah stroke.

Faktor pendukung pada pengkajian adalah keluarga pasien yang kooperatif dan sebagai sumber untuk menambah data pasien. Faktor penghambat adalah kondisi pasien yang tidak bisa diajak berkomunikasi sehingga sulit mengetahui lebih dalam apa yang di utama dikeluhkan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawata merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga , atau komunitas pada masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal. Mengingat pentingnya diagnosis keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan, maka dibutuhkan standar diagnosis keperawatan yang dapat diterapkan secara nasional di Indonesia dengan mengacu pada standar diagnosis internasional yang telah dibakukan sebelumnya.

Tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana pada kasus ditemukan masalah keperawatan yang sesuai dengan teori perfusi jaringan serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan defisit perawatan diri

Diagnosa keperawatan menurut (Retnaningsih, 2023) yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Terdapat 4 diagnosa yang ditemukan pada pasien sesuai buku Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke (Retnaningsih, 2023) yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri dan risiko gangguan integritas kulit.

Sebaliknya diagnosa keperawatan yang dikemukakan pada buku Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke (Retnaningsih, 2023) tapi tidak ditemukan pada pasien yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif.

Faktor pendukung dari penulisan pada diagnosa ini terkumpulnya data-data yang didapat pasien dan keluarga dan data rekam medis yang memudahkan penulis serta mendapatkan informasi dari perawat ruangan dan keluhan dari pasien dan buku referensi yang memudahkan dalam mengangkat diagnosa pada pasien. Faktor penghambat dari penulisan ini kurangnya informasi lengkap dari pasien karena pasien kesulitan bicara.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada tahap perencanaan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus, penulis menyusun prioritas masalah berdasarkan hasil dari pengkajian penulis dan kebutuhan pasien, disesuaikan dengan waktu praktik 3x 24 jam. Pelaksanaan yang dibuat penulis terdapat perbedaan dari intervensi teori Buku Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke (Retnaningsih, 2023) karena penulis menyesuaikan dengan kondisi pasien yaitu perencanaan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yaitu terdiri dari: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Identifikasi kekuatan otot setiap 8 jam, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pegangan tempat tidur, kursi atau bantal, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Edukasi tujuan dan prosedur ambulasi, Anjurkan menggerakkan ekstermitas yang lumpuh, Bantu Activity Daily Living (ADL) pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian. Perencanaan yang ditulis dan tidak dilakukan penulis adalah memonitor frekuensi jantung sebelum memulai ambulasi dan memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pegangan tempat tidur, kursi ataupun bantal. Karena pasien hanya tirah baring dan belum terlihat tanda -tanda untuk dapat dilakukannya ambulasi.

Pada diagnosa ketidakstabilan glukosa darah yaitu terdiri dari identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa dalam darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, monitor keton urine, kadar analisa gas

darah, elektrolit, frekuensi nadi, kolaborasi pemberian insulin, kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu, kolaborasi pemberian kalium jika perlu.

Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yaitu terdiri dari Memonitor proses kognitif, anatomis, fisiologis yang berkaitan dengan bicara, gunakan metode komunikasi alternative, modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, gunakan juru bicara bila perlu, anjurkan bicara perlahan, rujuk ke ahli patologi atau terapis.

Pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark jaringan otak akibat faktor riwayat stroke ringan yaitu terdiri dari identifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia, monitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS, monitor tanda-tanda vital tiap 4 jam, monitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya setiap 8 jam, monitor pernapasan meliputi pola dan irama dan auskultasi bunyi napas, berikan posisi 15-30 derajat, berikan oksigen sesuai anjuran 3L/menit melalui nasal kanul, monitor frekuensi irama, kedalaman, dan upaya napas tiap 8 jam, monitor saturasi oksigen tiap 8 jam.

Pada diagnosa risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas. yaitu terdiri dari : Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, ubah posisi tiap 2 jam tirah baring, gunakan produk berbahan berbau petrolium atau minyak pada kulit kering, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit, anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang banyak, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan menghindari

terkena suhu ekstreme, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Semua perencanaan dilakukan dan ditulis semua dan sesuai dengan teori.

Faktor pendukung pada perencanaan keperawatan penulis yaitu pasien dan keluarga yang kooperatif sehingga memudahkan penulis dalam melakukan perencanaan asuhan keperawatan dan tidak ditemukan faktor penghambat.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada saat pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawat yang sudah didokumentasikan dalam catatan keperawatan selama 3 x 24 jam. Ditemukan adanya kesenjangan dalam melakukan pelaksanaan pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif penulis tidak memberikan tindakan pemberian oksigen 3l/menit karena pasien tidak sesak dan menggunakan oksigen sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pada pelaksanaan diagnosa kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan mobilitas. Penulis tidak melakukan tindakan memonitor frekuensi jantung sebelum memulai ambulasi dan memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pegangan tempat tidur, kursi ataupun bantal. Karena pasien hanya tirah baring dan belum terlihat tanda -tanda untuk dapat dilakukannya ambulasi.

Pada diagnosa ketiga penulis tidak menemukan kesenjangan, semua intervensi yang direncanakan ke pasien sudah dilakukan. Selama melakukan pelaksanaan pada ketiga diagnosa, penulis tidak menemukan adanya kendala saat melakukan pelaksanaan pada pasien.

Faktor pendukung yang sudah membantu penulis dalam melakukan tindakan adalah pasien dan keluarga yang kooperatif serta peran perawat sangat

membantu untuk memberikan informasi saat penulis menanyakan hal yang masih kurang jelas.

Faktor penghambat dalam penatalaksanaan adalah dalam memberikan tindakan seperti *Range of motion* (ROM) penulis memerlukan bantuan keluarga dalam memberikan tindakan tersebut.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap pelaksanaan yang penulis prioritaskan belum ada diagnosa yang tujuannya tercapai seluruhnya, pada diagnosa gangguan mobilitas fisik tujuan belum tercapai seluruhnya dibuktikan dengan kekuatan otot pasien pada ekstremitas kiri 1111 kanan 2222, pasien tampak belum mampu menggerakkan ekstremitas secara mandiri, pasien hanya berbaring., kebutuhan ADL pasien dibantu oleh perawat dan keluarga. Pada diagnosa ketiga yaitu risiko gangguan integritas kulit tujuan belum tercapai seluruhnya dibuktikan dengan pasien hanya tirah baring, pasien belum mampu melakukan pergerakan, kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga.

Pada diagnosa ketidakstabilan glukosa darah tujuan belum tercapai dibuktikan dengan pasien tampak lemah, pasien tampak kesulitan dalam bicara, GDS 212 mg/dl. Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal tujuan belum tercapai dibuktikan dengan pasien tampak kesulitan bicara pasien tampak menunjukkan respon yang tidak sesuai dengan yang dibicarakan, pasien hanya mampu mengucapkan kata “susu” terjadi gangguan pada nervus XII kesulitan dalam menggerakkan lidah ke kanan kiri.

Pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dibuktikan dengan pasien tampak hanya berbaring, pasien hanya mampu

sedikit menggerakkan ekstremitas kiri, pasien tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanan, compos mentis, lidah pasien tampak lateralisasi ke arah kiri. Pada diagnosa risiko integritas kulit tujuan belum tercapai dibuktikan dengan pasien hanya tirah baring, kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi adalah pasien dibantu oleh keluarga pasien yang kooperatif terhadap tindakan keperawatan yang sudah diberikan. Faktor penghambat pada evaluasi ini kondisi pasien yang kesulitan untuk berbicara sehingga tidak mengetahui apa yang masih sangat dirasakan oleh pasien.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis menyampaikan kesimpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan Bab IV, setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan stroke non hemoragik di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Pada tahap pengkajian tidak ada kesenjangan, kemudian pada etiologi tidak ditemukan kesenjangan karena pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus. Pada manifestasi klinik tidak ditemukan kesenjangan yaitu pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus dan riwayat stroke.

Pada diagnosa keperawatan tidak ditemukan adanya kesenjangan yaitu diagnose yang ada pada teori dan pasien berupa gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, risiko gangguan integritas kulit. Pada diagnosa tambahan yaitu ketidakstabilan glukosa darah.

Pada tahap perencanaan tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus. Semua perencanaan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan yang ada pada teori. Mulai dari perencanaan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, ketidakstabilan glukosa darah, gangguan komunikasi verbal, risiko perfusi serebral tidak efektif, dan risiko integritas kulit.

Pada pelaksanaan yang dilakukan pada pasien di temukan kesenjangan yaitu diagnosa gangguan mobilitas fisik tidak dilakukan penulis adalah memonitor frekuensi jantung sebelum memulai ambulasi dan memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pegangan tempat tidur, kursi ataupun bantal. Karena pasien hanya tirah baring dan belum terlihat tanda -tanda untuk dapat dilakukannya ambulasi. Kemudian pada tahap evaluasi belum ada tujuan yang tercapai dan masih dilakukan intervensi lanjutan.

B. Saran

Dengan ini penulis ingin menyampaikan beberapa saran baik untuk perawat maupun untuk penulis sendiri, yaitu:

1). Penulis

Agar lebih meningkatkan dan mengembangkan ilmu asuhan keperawatan pada pasien khususnya dengan Stroke Non Hemoragik sehingga dalam melakukan pelaksanaan kepada pasien menjadi lebih baik.

2). Perawat

perawat ruangan agar tetap mempertahankan sikap dan memberikan bimbingan pada mahasiswa yang sedang melakukan praktik pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

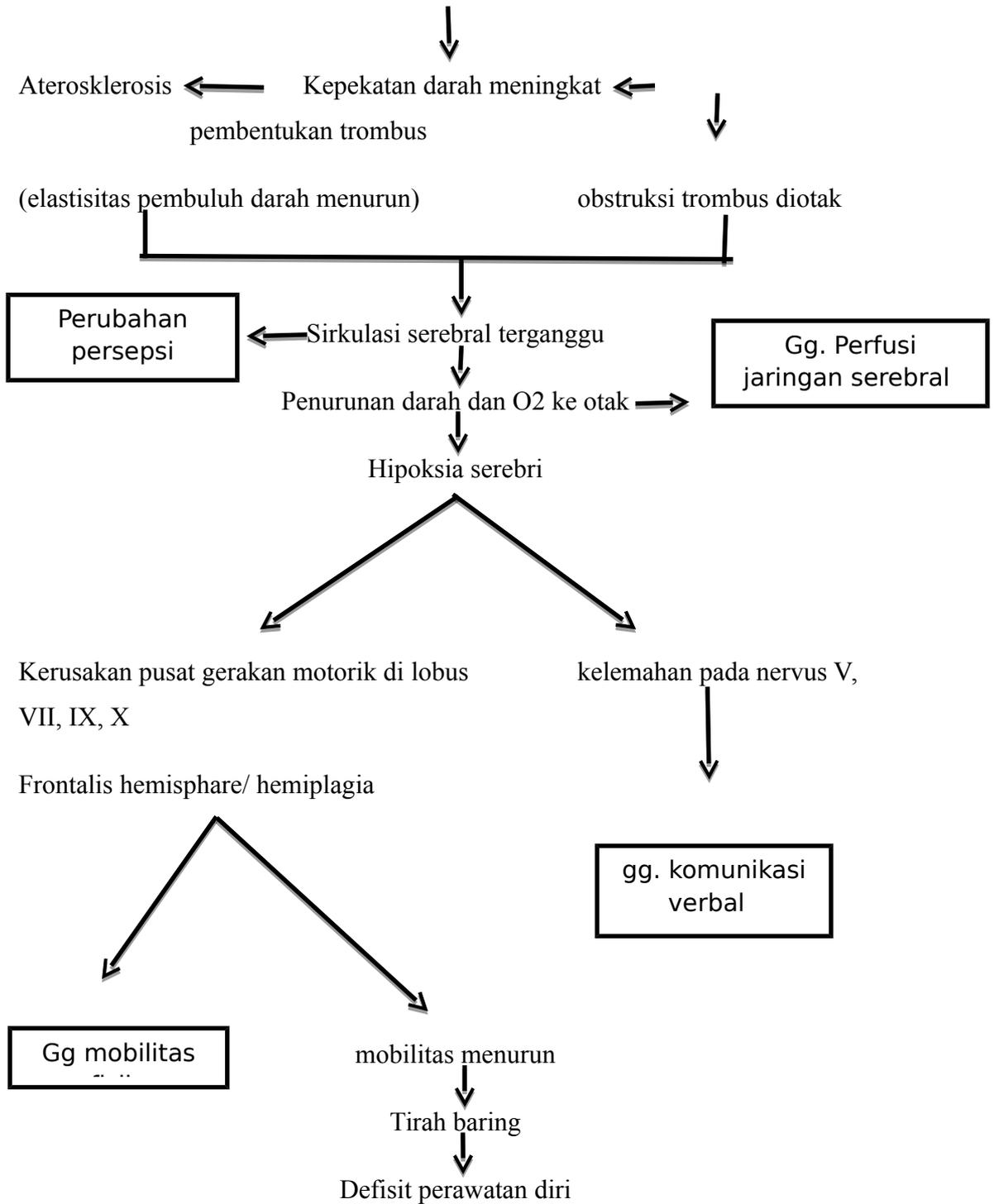
- Farida, Saudi and Agustini. (2022). Asuhan keperawatan pada pasien cerebro vaskuler disease stroke iskemik berdasarsn sdki dan siki di RS wilayah Jakarta Selatan. *Indonesian Journal of nursing scientific* .
- Farida. (2015). *Buku modul penyakit neurologi*. Syiah Kuala University Press.
- Ferawati & Salma. (2020). *Stroke bukan akhir segalanya* . Guepedia.
- Gofir, A. (2021). *Tatalaksana stroke dan penyakit vaskuler lain*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- HelTTY. (2023). *Buku ajar keperawatan medikal bedah asuhan keperawatan pada pasien stroke, meningitis, yumor otak dan cedera kepala*. Pekalongan: PT Nasya Expanding Management.
- Hutagalung, Siregar;. (2019). *Panduan lengkap stroke mencegah, mengobati, dan menyembuhkan*. Bandung: Penerbit Nusa Media.
- Iskandar Junaidi . (2020). *Stroke waspadai ancamannya* . Yogyakarta: C.V Andi OFFSET.
- Kariasa, M. (2022). *Antisipasi serangan stroke berulang*. Bojong: PT. Nasya Expanding Management.
- Lingga, L. (2013). *All about stroke*. Jakarta: PT Alex Media Komputindo.
- Maguida, G. (2023). Collateral circulation in ischemic stroke. *Journal of stroke* .
- Maria, i. (2021). *asuhan keperawatan diabetes mel;itus dan asuhan keperawatan stroke* .
- Purbayanti, Dwi. Efek Mengkonsumsi Minuman Beralkohol Terhadap Kadar Triglisrida. *Jurnal Surya Medika*, Volume 3 No. 1. 2017.

- Rahmadani, Elsi. (2019). *Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparase Melalui Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif*. Journal Of Telenursing.
- Retnaningsih Dwi. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke*. Jakarta. Penerbit NEM.
- Retnaningsih, D. (2023). *Asuhan keperawatan pada pasien stroke*. Pekalongan: Penerbit NEM.
- Ridwan Muhammad. (2017). *Mengenal Mencegah dan Mengatasi Silent Killer Stroke*. Yogyakarta. Romawi Press.
- Utami, Nisa.(2018). *Persepsi Pasien Stroke Terhadap Peran Perawat Dalam Pemenuhan Activity Daily Living Di Ruang Rawat Inap RSAU dr M. Salamun Kota Bandung*. Jurnal Kesehatan Aeromedika.
- World Health Organization. (2021). World stroke day.
- World Stroke Organization. (2023). Learn about stroke.
- Yohana sitepu, Theresia Ichi;. (2022). Evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien stroke.
- Yueniwati, Yuyun;. (2016). *Pencitraan pada stroke*. Malang: Universitas brawijaya press

Pathway

Penyakit yang mendasari stroke

(Riwayat diabetes melitus dan stroke ringan)



SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Stroke
Sub Pokok Bahasan	: Latihan ROM (<i>Range of Motion</i>) Pasif
Sasaran	: Pasien stroke dan keluarga pasien
Hari/Tanggal	: 25 Maret 2023
Tempat	: Di ruang penyakit dalam
Waktu	: 30 menit
Penyuluh	: Mahasiswa Tingkat III STIKes RS Husada

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU) → kognitif, afektif, psikomotor

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan Ny.S dan keluarga dapat menjelaskan tentang Latihan ROM Pasif pada penderita Stroke, serta Ny.S dan keluarga dapat mengungkapkan keinginan/kemauan untuk melakukan Latihan ROM Pasif pada penderita stroke, dengan demikian Ny.S dan keluarga mampu mendemonstrasikan kembali tentang Latihan ROM pasif pada penderita stroke

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, keluarga diharapkan dapat :

1. Menjelaskan dengan tepat pengertian ROM pasif.
2. Menyebutkan manfaat ROM pasif.
3. Menyebutkan Tujuan ROM pasif.
4. Menyebutka Waktu dan Frekuensi ROM pasif.
5. Menyebutkan macam-macam gerakan ROM pasif.
6. Menyebutkan Indikasi dan Kontraindikasi ROM pasif.
7. Mendemonstrasikan latihan ROM pasif.

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian ROM pasif
2. Tujuan ROM pasif
3. Manfaat ROM pasif
4. Waktu dan Frekuensi ROM pasif
5. Macam-macam gerakan ROM pasif
6. Indikasi dan kontraindikasi ROM pasif

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi
- c. Demonstrasi dan redemonstrasi

V. Media Penyuluhan

- a. Leaflet
- b. Lembar balik

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Uraian kegiatan	
		penyuluh	audience
1	Pembukaan (5 Menit)	a. Memberi Salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tujuan pembelajaran d. kontrak waktu e. mengajukan pertanyaan persepsi	a. Menjawab salam b. Menyetujui tujuan penyuluhan c. Mengikuti apresiasi
2	Kegiatan Inti (20 Menit)	a. Menjelaskan pengertian ROM pasif. b. Menyebutkan manfaat	a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Menyimak materi dan

Lampiran 2 : SAP, Leaflet, Lembar balik

		<p>ROM pasif.</p> <p>c. Menyebutkan Tujuan ROM pasif.</p> <p>d. Menyebutka Waktu dan Frekuensi ROM pasif.</p> <p>e. Menyebutkan macam-macam gerakan ROM pasif.</p> <p>f. Menyebutkan Indikasi dan kontraindikasi ROM pasif</p>	<p>berdiskusi</p> <p>c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</p> <p>d. Meredemonstrasikan latihan ROM</p>
3	Penutup	<p>a. Memberikan kesempatan bertanya</p> <p>b. Menjawab pertanyaan keluarga pasien</p> <p>c. Mengajukan Pertanyaan</p> <p>d. Menyampaikan Kesimpulan</p> <p>e. Menyampaikan salam penutup</p>	<p>a. Menjawab pertanyaan</p> <p>b. Menyimak kesimpulan</p> <p>c. Menjawab salam</p>

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural → sebelum

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
- c. Tempat dipersiapkan H-2 jam sebelum pelaksanaan
- d. Mahasiswa, dan keluarga berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

2. Evaluasi Proses → saat
 - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
 - b. Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
 - c. Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi Hasil → materi
 - a. Keluarga mampu menjelaskan dengan tepat pengertian ROM pasif, Menyebutkan manfaat ROM pasif, Menyebutkan Tujuan ROM pasif, Menyebutkan waktu dan Frekuensi ROM pasif, Menyebutkan macam-macam gerakan ROM pasif dan menyebutkan indikasi dan kontraindikasi ROM pasif → kognitif
 - b. Keluarga menunjukkan antusias/ keinginan untuk Latihan ROM PASIF → afektif
 - c. Keluarga dapat meredemonstrasikan 11 Macam gerakan ROM pasif → psikomotor
4. Pertanyaan evaluasi
 - a. Sebutkan pengertian ROM pasif?
 - b. Menyebutkan manfaat ROM pasif.
 - c. Menyebutkan Tujuan ROM pasif.
 - d. Menyebutka Waktu dan Frekuensi ROM pasif.
 - e. Sebutkan macam-macam ROM pasif?
 - f. Sebutkan Indikasi dan kontraindikasi ROM pasif?
 - g. Mendemonstrasikan ulang gerakan ROM pasif

VIII. Sumber

Louis. 2013. *Stroke Esensial*. Jakarta : PT Indeks Permata Puri Media

Marsinova Derison. *Latihan Range Of Motion (Rom) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke*. Vol. VII No. 2 2016.

<http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/INJ/article/download/6450/5289>

Mariana. 2014. *Tekanan Darah Pada Pasien Stroke Yang Mendapat Latihan Range Of Motion (ROM)*.

<http://ejournal.stikesmukla.ac.id/indrx.pjp/triage/article/download/178/176>

Suddarth & Brunner. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC

Setiyowati Eppy. 2017. *Intervensi Latihan Range Of Motion (Rom) Aktif Pada Ekstremitas Atas Terhadap Perubahan Emosional Pada Pasien Pasca Stroke Di Poli Saraf*.

http://Digilib.Stikekusumahusada.Ac.Id/Files/Disk139/01-Gdl-Brendipran-1931-1-Kti_Bren-A.Pdf

Derison Marsinova Bakara, Surani Warsito. 2016. *Latihan Range Of Motion (ROM) terhadap rentang sendi pasien pasca stroke*. *Idea Nursing Journal*, 7(2): 12-18

<https://pdfs.semanticscholar.org/08f9/33dd28de2e8f99fdf69ab2753b3d0d47562f.pdf>

Rahayu KIN. 2015. *Pemberian Latihan Range of Motion (ROM) terhadap kemampuan*

motorik pada pasien post stroke di rsud gambiran : the influence of range of motion exercise to motor capabily of post-stroke patien at the Gambiran Hospital. *Jurnal Keperawatan*. 6(2): 102-107.

<https://pdfs.semanticscholar.org/08f9/33dd28de2e8f99fdf69ab2753b3d0d47562f.pdf>

LAMPIRAN MATERI

RANGE OF MOTION (ROM)

A. PENGERTIAN *RANGE OF MOTION (ROM)* PASIF

Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus. Latihan ROM biasanya dilakukan pada pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Latihan ini bertujuan mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk (Derison et al, 2016).

B. Tujuan Range Of Motion (ROM) Pasif

1. Meningkatkan /mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
2. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan
3. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi
4. Melancarkan peredaran darah.

C. Manfaat Range Of Motion (ROM)

1. Menentukan nilai dan kemampuan sendi, tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
2. Mengkaji tulang, sendi dan otot
3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi
4. Memperlancar sirkulasi darah
5. Memperbaiki tonus otot
6. Meningkatkan mobilisasi sendi

D. Waktu dan Frekuensi ROM Pasif

Lampiran 2 : SAP, Leaflet, Lembar balik

1. Idealnya latihan ini dilakukan sekali sehari.
2. Lakukan masing-masing gerakan sebanyak 10 hitungan, latihan dilakukan dalam waktu 30 menit.
3. Mulai latihan secara perlahan, dan lakukan latihan secara bertahap.
4. Usahakan sampai mencapai gerakan penuh tetapi jangan memaksakan gerakan.
5. Jangan memaksakan suatu gerakan pada pasien, gerakan hanya sampai pada batas yang ditoleransi pasien.
6. Jaga supaya tungkai dan lengan, anggota badan menyokong seluruh gerakan.
7. Hentikan latihan apabila pasien merasa nyeri, dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.
8. Dilakukan dengan pelan-pelan dan hati-hati dengan melihat respon/keadaan

E. Macam-macam gerakan ROM pasif

1. Fleksi, yaitu berkurangnya sudut persendian.
2. Ekstensi, yaitu bertambahnya sudut persendian
3. Hiperekstensi, yaitu ekstensi lebih lanjut
4. Abduksi, yaitu gerakan menjauhi dari garis tengah tubu
5. Adduksi, yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh
6. Rotasi, yaitu gerakan memutari pusat dari tulang
7. Eversi, yaitu perputaran bagian telapak kaki ke bagian luar, bergerak membentuk sudut persendian
8. Inversi, yaitu putaran bagian telapak kaki ke bagian dalam bergerak membentuk sudut persendian
9. Pronasi , yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke bawah
10. Supinasi, yaitu pergerakan telapak tangan dimana permukaan tangan bergerak ke atas
11. Oposisi, yaitu gerakan menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama

Lampiran 2 : SAP, Leaflet, Lembar balik



F. Indikasi dan Kontraindikasi ROM pasif

Indikasi:

- Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
- Kelemahan otot
- Fase rehabilitasi fisik
- Klien dengan tirah baring lama

Kontraindikasi:

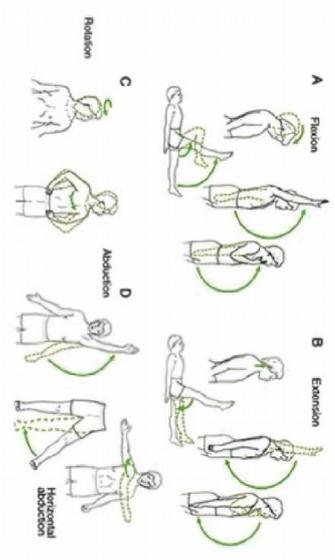
- Trombus/emboli pada pembuluh darah
- Kelainan sendi atau tulang
- Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)

Lampiran 2 : SAP, Leaflet, Lembar balik

Jenis gerakan

ROM pasif

RANGE OF MOTION



1. Flexi dan extensi (gerakan menekuk & meluruskan sendi)
2. Flexi dan extensi (gerakan menekuk & meluruskan siku)
3. Pronasi dan supinasi (gerakan mengadahkan & menelungkup tangan)
4. Abduksi dan aduksi (gerakan mendekat & menjauh dari tubuh)
5. Flexi dan extensi (gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari)
6. Flexi dan extensi (gerakan menekuk & meluruskan pergelangan kaki)
7. Rotasi (pergelangan tangan gerakan memutar)

Indikasi

- Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
- Kelemahan otot
- Fase rehabilitasi fisik
- Klien dengan tirah baring lama

Indikasi kontra

Indikasi

- Trombus/emboli pada pembuluh darah
- Kelainan sendi atau tulang
- Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)

Range of motion (ROM)

pada pasien stroke



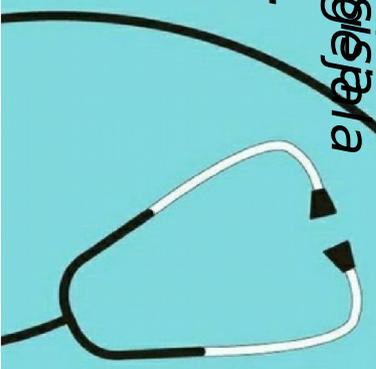
Di susun oleh :

- **Ayu Aqilah Azahra.**
(2011045)

apa itu Range Of Motion (ROM)

Motif (ROM) ?

ROM pada pasien stroke
dapat dilaksanakan
dengan cara
yang mungkin dilakukan
pada bagian
pada bagian stroke
untuk menghindari
beresnya
dari
penyakit atau
gejala



Tujuan

1. Meningkatkan

- Meningkatkan kemampuan
- Mempertahankan fungsi dan
- Mencegah kontraktur
- Kekakuan pada
- Berdistribusi pada

Macam-macam ROM

ROM pasif
Pasif gerakan yang dibantu

ROM aktif
Aktif gerakan yang dilakukan sendiri

Waktu dan frekuensinya

ROM

- 1 Idealnya latihan dilakukan
- 2 Lakukan -masing
- 3 Waktu latihan sendiri-perlahan,
- 4 Lakukan sampai mencapai
- 5 Jangan memaksakan suatu
- 6 Pasien supaya tungkai dan
- 7 Hentikan latihan apabila
- 8 Lakukan dengan

Manfaat:

Untuk mengatasi kekurangan vitamin B12. Kekurangan atau defisiensi vitamin B12 bisa menyebabkan neuropati perifer, anemia megaloblastik, atau glositis.

Indikasi:

Indikasi methylcobalamin adalah untuk suplementasi vitamin B12.

Kontraindikasi:

Pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini ataupun bentuk vitamin B12 lain.

Efek samping:

Gangguan gastrointestinal: Mual, muntah, diare, sakit perut.

Gangguan umum dan kondisi situs admin: Sensasi panas, diaforesis, nyeri/indurasi (IM).

Gangguan sistem kekebalan: Jarang, reaksi hipersensitivitas misalnya ruam, sesak napas.

Gangguan metabolisme dan nutrisi: Anoreksia.

Gangguan sistem saraf: Sakit kepala.

2. Citicolin

Manfaat:

Meningkatkan daya ingat, mempercepat masa pemulihan akibat stroke atau cedera kepala, dan membantu mengobati penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer, atau gangguan kognitif lainnya.

Indikasi:

Gangguan serebrovaskular, Gangguan kognitif, Cedera kepala, Stroke iskemik, Penyakit Parkinson.

Kontraindikasi:

Hypertonia dari sistem saraf parasimpatis.

Efek samping:

Gangguan jantung: Bradikardia, takikardia.

Gangguan mata: Diplopia.

Gangguan gastrointestinal: Diare, gangguan epigastrium, mual, sakit perut.

Gangguan umum dan kondisi situs administrasi: Kelelahan, malaise.

Investigasi: LFT abnormal.

Gangguan metabolisme dan nutrisi: Anoreksia.

Gangguan sistem saraf: Sakit kepala, pusing, kejang.

Gangguan kejiwaan: Insomnia, eksitasi.

Gangguan kulit dan jaringan subkutan: Ruam.

Gangguan pembuluh darah: Perubahan tekanan darah sementara, pembilasan.

6. Ceftriaxone

Manfaat:

Mengobati dan mencegah infeksi bakteri.

Indikasi:

Infeksi bakteri yang dapat diatasi dengan ceftriaxone, gonore tanpa komplikasi, otitis media akut, sifilis, penyakit lyme, meningitis, pencegahan infeksi luka operasi.

Kontraindikasi:

Hipersensitivitas terhadap ceftriaxone, sefalosporin lain, atau riwayat reaksi hipersensitivitas parah terhadap jenis antibiotik β -laktam lainnya (misalnya penisilin, monobaktam, karbapenem). Neonatus prematur hingga usia pascamenstruasi 41 minggu (usia kehamilan dan usia kronologis); neonatus cukup bulan (hingga usia 28 hari) dengan hiperbilirubinemia, ikterus, hipoalbuminemia, atau asidosis, dan jika memerlukan pengobatan IV Ca atau infus yang mengandung Ca. Pemberian larutan ceftriaxone IV yang mengandung lidokain.

Efek samping:

Bengkak, kemerahan, atau nyeri di tempat tusukan, sakit kepala, pusing, mual atau muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringat berlebihan.