



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. R DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1105 LANTAI 11 RSUD
KOJA JAKARTA UTARA**

DEVINTHA RAHMA YANTI

2011049

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. R DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1105 LANTAI 11 RSUD
KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

DEVINTHA RAHMA YANTI

2011049

**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 : Devintha Rahma Yanti

NIM : 2011049

Tanda Tangan : 

Tanggal : 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. R dengan
Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar
1105 Lantai 11 RSUD Koja
Jakarta Utara

Pembimbing

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

Penguji I

(Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep)

Penguji II

(Ns. Hardin La Ramba, S.Kep., M.Biomed)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.E., M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas segala rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. R Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar 1105 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara”.

Penulisan Karya tulis ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada Jakarta. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Ellynia, S.E, M.M selaku Direktur Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada Jakarta.
2. Ibu Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing yang telah banyak membantu untuk mengarahkan saya dan memberikan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan semangat pada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Ns. Hardin La Ramba, S.Kep., M.Biomed selaku penguji II yang telah memberikan semangat pada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Seluruh staff dosen pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada Jakarta Rumah Sakit Husada Jakarta.
6. Dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, MKM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta.
7. Ny. R dan keluarga pasien yang telah bekerjasama memberikan data-data yang dibutuhkan penulis.

8. Kedua orang tua saya, Bapak Budi Santoso dan Ibu Ariyanti, adik-adik saya: Jessica Nathania dan Christo Gamaliel, yang telah memberikan doa serta dukungan penuh baik moril maupun materil untuk puterinya dalam menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan di STIKes RS Husada Jakarta.
9. Kepada Devintha Rahma Yanti yang telah bertahan hingga bisa sampai dititik ini, kamu hebat. Terus semangat, perjuanganmu masih panjang untuk bisa membahagiakan kedua orang tua, kedua adik dan dirimu sendiri.
10. Terima kasih untuk idola saya yaitu Kim Jin Hwan, Kim Ji Won, Song Yoon Hyung, Kim Dong Hyuk, Koo Jun Hoe, Jung Chan Woo, Kim Han Bin, Lee Ji Eun, Kim Ji Soo, Park Chaeyoung, Kim Jennie, Pranpriya Manoban. Mereka telah memberikan saya motivasi dan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini melalui karya dari lagu-lagu mereka.
11. Kepada orang-orang yang tanpa sadar pernah menyakiti penulis, terima kasih pernah menyakiti karena dari hal tersebut penulis dapat belajar banyak hal, salah satunya belajar menjadi pribadi yang lebih baik dan kuat dalam menghadapi persoalan.
12. Kepada teman saya Delfi yang telah memberikan semangat dan menjadi tempat bercerita.

Saya menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih ada kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dalam rangka perbaikan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya dunia keperawatan dan pembaca pada umumnya.

Jakarta, 2023

Devintha Rahma Yanti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus.....	6
C. Ruang Lingkup	7
D. Metode Penulisan	7
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II : TINJAUAN TEORI	9
A. Pengertian	9
B. Patofisiologi.....	9
C. Penatalaksanaan.....	13
D. Pengkajian Keperawatan	16
E. Diagnosis Keperawatan	25
F. Perencanaan Keperawatan.....	26
G. Pelaksanaan Keperawatan	33
H. Evaluasi Keperawatan	34

BAB III : TINJAUAN KASUS.....	36
A. Pengkajian	36
B. Diagnosis	56
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi	57
BAB IV : PEMBAHASAN	78
A. Pengkajian	78
B. Diagnosis	82
C. Perencanaan.....	87
D. Pelaksanaan	89
E. Evaluasi	91
BAB V : PENUTUP	94
A. Kesimpulan.....	94
B. Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	97

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Patofisiologi Stroke
- Lampiran 2 : Analisa Obat
- Lampiran 3 : Satuan Acara Pembelajaran *Range Of Motion* (ROM)
- Lampiran 4 : Lembar Balik *Range Of Motion* (ROM)
- Lampiran 5 : Leaflet *Range Of Motion* (ROM)
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan masalah kesehatan atau penyakit yang mengenai pembuluh darah otak. Serangan stroke merupakan suatu kondisi di mana gejala klinisnya umumnya berkembang dengan cepat dan dapat mengganggu fungsi otak, yang berlangsung selama lebih dari 24 jam dan dapat berujung pada kematian. Serangan stroke bisa mengakibatkan gangguan pada pasokan darah ke otak secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penyumbatan pasokan darah ke otak atau yang disebut Stroke Iskemik atau Stroke Non Hemoragik, serta dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak atau yang dikenal sebagai Stroke Hemoragik (Hartono et al., 2019).

Data dari *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya terdapat sekitar 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta orang meninggal karena penyakit tersebut. Negara-negara berpendapatan rendah dan menengah menyumbang sekitar 70% dari total kasus stroke dan 87% dari kematian dan disabilitas akibat stroke. Dalam 15 tahun terakhir, kasus stroke berakibat kematian lebih banyak terjadi di negara-negara

berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara-negara berpendapatan tinggi (Infodatin, 2019). Prevalensi stroke bervariasi di seluruh dunia, Amerika Serikat memiliki sekitar 7 juta kasus (3,0%), sementara di Cina prevalensi stroke berkisar antara 1,8% (pedesaan) dan 9,4% (perkotaan). Cina, bersama dengan Afrika dan Amerika Utara, merupakan negara dengan tingkat kematian stroke yang cukup tinggi (19,9% dari seluruh kematian di Cina) di seluruh dunia (Mutiarasari, 2019). Kejadian Stroke Iskemik menyumbang sekitar 87% dari seluruh jumlah kasus stroke sedangkan Stroke Hemoragik menyumbang sekitar 13% dari jumlah seluruh kasus stroke. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa Stroke Iskemik memiliki angka kejadian yang lebih besar dibandingkan dengan Stroke Hemoragik (AHA, 2023).

Di Indonesia, hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan peningkatan prevalensi penyakit stroke dibandingkan dengan tahun 2013, yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Secara keseluruhan, prevalensi penyakit stroke di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk yang berusia \geq 15 tahun mencapai (10,9%) atau sekitar 2.120.362 orang sedangkan di DKI Jakarta sendiri mencapai 12,2%. Kelompok usia 55 - 64 tahun memiliki jumlah kasus stroke tertinggi 33,3%, sedangkan kelompok usia 15 - 24 tahun memiliki kasus stroke terendah. Laki-laki dan perempuan memiliki risiko stroke yang hampir sama. Mayoritas penduduk yang menderita stroke memiliki pendidikan maksimal SD 29,5%. Prevalensi penyakit stroke di perkotaan lebih tinggi 63,9% daripada di pedesaan 36,1% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Pada provinsi DKI Jakarta diketahui proporsi kontrol stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan pada penduduk umur ≥ 15 tahun dengan stroke berdasarkan diagnosis dokter yaitu sekitar 51% yang rutin melakukan pemeriksaan ulang (kontrol), 33,8% kadang-kadang atau tidak rutin, dan 15,2% tidak memeriksakan ulang (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara periode Januari 2022 – Januari 2023 diketahui penderita Stroke Non Hemoragik yang dirawat di RSUD Koja dengan total pasien berjumlah 127 orang atau 0,42% dari seluruh pasien yang dirawat di RSUD Koja pada periode tersebut.

Penyebab seseorang terkena stroke antara lain memiliki faktor risiko penyakit hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes melitus serta kebiasaan merokok (Widyarani, 2022). Serangan stroke ialah situasi kritis yang memerlukan penanganan secepat mungkin dalam jangka waktu 4,5 jam. Jika penanganan melampaui batas waktu tersebut, penderita stroke dapat mengalami kecacatan bahkan risiko kematian (Lisiswanti & Putra, 2016). Sekitar 20% dari pasien yang selamat dari stroke memerlukan perawatan selama 3 bulan, dan 15 - 30% mengalami kecacatan permanen (Widyarani, 2022).

Komplikasi medis akibat stroke sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan. Komplikasi yang sering terjadi pada fase akut ini berupa edema otak yang terjadi 24 - 48 jam pertama setelah stroke. Selain itu, kejang juga dapat terjadi pada stroke hemoragik. Komplikasi jangka panjang atau

komplikasi lanjutan dapat berupa bronkopneumonia, ulkus dekubitus, serta depresi juga dapat terjadi akibat imobilitas dan perawatan yang memerlukan jangka waktu lama. Kontraktur dan atrofi otot dapat terjadi akibat imobilisasi saat dirawat ataupun saat di rumah (Tarwoto, 2013; Susilo, 2019).

Satu dari 6 pasien yang sembuh dari stroke pertama akan mengalami stroke berulang sekitar 30%, dan 25% di antaranya mengalami kematian dalam waktu 28 hari. Hal ini berarti pasien yang pernah mengalami stroke memiliki kemungkinan 9 kali lebih besar untuk mengalami serangan ulang dibandingkan dengan populasi normal. Sebanyak 25% orang yang mengalami stroke berulang terjadi dalam waktu 1 - 5 tahun (Widyarani, 2022).

Komplikasi akut maupun komplikasi lanjutan pada pasien stroke dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Oleh karena itu, strategi pencegahan dan pengelolaan stroke memiliki peran yang signifikan dalam mengurangi angka kejadian, kecacatan, dan kematian pada kasus stroke (Widyarani, 2022).

Meninjau tingginya angka kejadian stroke yang didapatkan dari hasil laporan Riskesdas pada tahun 2018 dan banyaknya masalah beserta komplikasi yang dapat ditimbulkan stroke, maka dalam hal ini perawat memegang peranan yang penting sebagai seorang *care giver* dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita stroke. Adapun peran yang dilakukan perawat meliputi pada aspek atau upaya yang dilakukan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Tindakan promotif dapat dilakukan dengan memberikan edukasi kesehatan mengenai berbagai aspek penyakit stroke, seperti definisi stroke, penyebab, gejala, komplikasi,

pengecehan, serta cara mengurangi rasa sakit yang diakibatkan oleh stroke dan merawat pasien stroke di rumah dengan memberikan informasi tentang gaya hidup sehat untuk menghindari faktor risiko seperti penyakit hipertensi, obesitas, diabetes, makanan tinggi kolesterol, merokok, gaya hidup tidak sehat, konsumsi alkohol berlebihan, dan kurangnya aktivitas fisik.

Tindakan preventif dilakukan oleh perawat dengan mengurangi faktor risiko, seperti mengurangi konsumsi garam dan lemak, mengurangi aktivitas fisik yang berat, dan memperbaiki gaya hidup menjadi lebih sehat. Tindakan kuratif dilakukan dengan memberikan perawatan pada pasien stroke untuk meningkatkan kualitas hidup, seperti memantau tanda-tanda vital, keadaan pasien, mengubah posisi tidur setiap 2 jam, memberikan posisi semi-fowler, dan melakukan gerakan sendi dengan *range of motion* (ROM). Kolaborasi dengan dokter juga dilakukan dalam memberikan obat diuretik osmotik, steroid, sedatif, antihipertensi, dan memantau efek samping obat. Tindakan rehabilitatif dilakukan untuk mengurangi tingkat kecacatan dan ketergantungan pasien dengan melakukan terapi seperti terapi okupasi dan terapi wicara yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien sehari-hari.

Berdasarkan paparan latar belakang tersebut, penulis menilai bahwa perlu untuk mengetahui secara langsung bagaimana dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik serta mengaplikasikan ilmu dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik

C. Ruang Lingkup

Dalam melakukan penyusunan karya ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1105 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” selama 3x24 jam dari tanggal 15 Maret 2023 sampai 17 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Metode yang penulis gunakan dalam menyusun karya ilmiah ini dengan menggunakan metode deskriptif dan metode studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus menggunakan proses keperawatan dengan data dan informasi didapatkan melalui hasil wawancara langsung dengan pasien stroke dan keluarga serta perawat di Ruang Neurologi RSUD Koja, observasi langsung dengan cara melakukan pengamatan langsung pada pasien stroke, pemeriksaan fisik pada pasien stroke serta mengumpulkan data rekam medis dan catatan yang berkaitan dengan penyakit stroke. Metode lain yang digunakan adalah studi kepustakaan dimana pendekatan yang digunakan adalah membaca dan mempelajari buku-buku ataupun referensi yang berhubungan dengan penyakit stroke.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan pada karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun meliputi: Bab satu merupakan pendahuluan yang penyusunannya terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan (tujuan umum dan tujuan khusus), ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab dua

merupakan tinjauan teori yang penyusunannya terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses, manifestasi klinik, dan komplikasi), penatalaksanaan (terapi, tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan), pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab tiga merupakan tinjauan kasus yang penyusunannya terdiri dari asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab empat merupakan pembahasan yang penyusunannya berisi bahasan antara kasus dengan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab lima merupakan penutup yang penyusunannya terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke merupakan suatu simptom yang ditandai dengan gangguan pada fungsi otak, fokal atau global, yang timbul secara mendadak dan berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat berakhir dengan kematian tanpa penyebab yang jelas selain vaskular (Bahrudin, 2019).

Stroke Iskemik (non hemoragik) ialah kondisi yang terjadi ketika pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan yang menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi tersebut disebut juga dengan iskemia. Dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan kelainan yang terjadi pada jaringan otak disebabkan karena gangguan aliran darah. (Maria, 2021).

B. Patofisiologi

Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab meningkatnya risiko stroke yang meliputi faktor kesehatan, gaya hidup dan jenis stroke yang dialami. Adapun dalam faktor kesehatan meliputi apakah menderita penyakit hipertensi, Diabetes Mellitus, kolesterol tinggi, obesitas, *sleep apnea* atau

apnea tidur, riwayat mengalami *transient ischaemic attack*, penyakit jantung: seperti gagal jantung, penyakit jantung bawaan, infeksi jantung, atau aritmia. Dalam faktor gaya hidup yang meningkatkan risiko stroke meliputi kebiasaan merokok, kurang melakukan aktivitas fisik atau olahraga, konsumsi obat-obatan terlarang, dan kecanduan alkohol (Maria, 2021).

Berdasarkan pada *American heart association* (2023), stroke dibagi dalam dua jenis, yang pertama ialah Stroke Iskemik (non hemoragik) disebabkan oleh kurangnya suplai darah ke otak dikarenakan terjadinya penyempitan atau tersumbatnya pembuluh darah oleh deposit lemak atau plak sehingga jaringan otak mengalami iskemik. Jenis yang kedua ialah Stroke Hemoragik yang disebabkan oleh pemecahan pada rongga antara otak dan tengkorak sehingga menimbulkan terjadinya iskemik dan desakan pada jaringan otak (Puspitasari, 2020). Stroke Iskemik (non hemoragik) dapat dibagi lagi ke dalam dua jenis yaitu Stroke Trombotik dan Stroke Embolik. Pada Stroke Trombotik terjadi akibat adanya trombus, maupun aterosklerosis sedangkan pada Stroke Embolik terjadi akibat adanya sumbatan seperti bekuan lemak, udara dan darah. Faktor lainnya yang menyebabkan stroke antara lain memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami stroke dan bertambahnya usia (Maria, 2021).

Otak adalah bagian tubuh yang sangat sensitif terhadap oksigen dan glukosa karena walaupun berat otak sebesar 2% dari seluruh berat badan tetapi hanya menggunakan sekitar 25% suplai oksigen serta 70% glukosa dan tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen serta glukosa. Stroke Iskemik (non hemoragik) terjadi karena adanya perubahan aliran darah otak yang

disebabkan sumbatan/oklusi pembuluh darah otak sehingga menimbulkan tidak adekuatnya suplai oksigen dan glukosa (Tarwoto, 2013). Aliran darah otak pada keadaan normal yaitu sekitar 50 – 60 ml/100 gram/menit jaringan otak, apabila terjadi penurunan aliran darah otak antara 10 – 25 ml/100 gram/menit maka akan menimbulkan aliran listrik yang senyap. Jika aliran darah otak dibawah 10 ml/100 gram/menit maka akan menyebabkan terjadinya kematian (Haryono & Utami, 2019).

Penurunan aliran darah ke otak menyebabkan pembentukan energi (ATP) menurun (Adnyana, 2020). Tanpa ATP (adenosin trifosfat seluler), tidak ada lagi energi yang digunakan untuk mempertahankan gradient ionik di seluruh membran sel serta depolarisasi sel, yang menyebabkan edema sitotoksik karena masuknya ion natrium dan kalsium serta aliran pasif air ke dalam sel (Susilo, 2019). Influx natrium dapat menyebabkan jumlah cairan intraseluler meningkat sehingga membuat edema pada jaringan. Sedangkan influx kalsium dapat merangsang pelepasan enzim proteolisis yaitu protease, lipase, dan nuklease yang memecah protein, lemak dan struktur sel serta juga dapat menimbulkan kegagalan pada mitokondria. Dari kegagalan-kegagalan yang ditimbulkan menyebabkan sel otak akhirnya mati atau mengalami nekrosis (Haryono & Utami, 2019).

Adapun manifestasi klinik pada stroke yaitu jika terjadi peningkatan tekanan intra kranial maka akan dijumpai tanda dan gejala berupa penurunan tingkat kesadaran: penurunan orientasi dan respons terhadap stimulus, perubahan kemampuan gerak pada ekstremitas: terjadi kelemahan sampai kelumpuhan, perubahan ukuran pupil: bilateral atau unilateral dilatasi,

perubahan tanda vital: nadi rendah, tekanan pada nadi melebar, pola nafas irregular, terjadi peningkatan suhu tubuh, ada keluhan kepala pusing, muntah proyektil (tanpa adanya rangsangan). Manifestasi klinik lainnya antara lain adanya kelumpuhan atau kelemahan, terdapat penurunan penglihatan, terjadi defisit kognitif dan bahasa khususnya komunikasi, mengalami pelo atau disartria, terdapat kerusakan pada nervus kranialis, mengalami inkontinensia alvi dan uri (Padila, 2019).

Stroke merupakan salah satu penyakit yang memiliki risiko tinggi untuk terjadinya komplikasi medis, seperti terjadinya kerusakan pada jaringan saraf pusat yang dapat terjadi secara dini pada stroke, kemudian adanya gangguan pada kognitif, fungsional serta defisit sensorik. Komplikasi medis yang sering terjadi pada stroke terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke atau pasca stroke (Mutiarasari, 2019). Seseorang yang menderita stroke jika terlambat dalam mendapatkan pertolongan atau tidak segera dalam mendapatkan pertolongan yang tepat maka akan menimbulkan terjadinya komplikasi yang lebih serius (Jamaluddin et al., 2020).

Komplikasi yang terjadi pada fase akut antara lain: hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak karena tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen, edema serebri pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik karena tubuh akan meningkatkan aliran darah sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler dan menyebabkan terjadi edema jaringan otak, peningkatan tekanan intrakranial karena adanya penambahan massa pada otak seperti perdarahan atau edema otak, dan yang terakhir aspirasi pada pasien

dengan gangguan kesadaran sangat beresiko karena tidak adanya reflek batuk dan menelan (Tarwoto, 2013).

Komplikasi yang terjadi pada masa pemulihan antara lain: akibat dari immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin dan bowel, akibat kerusakan atau adanya gangguan pada aktifitas listrik otak sehingga terjadi kejang, akibat intake yang tidak adekuat terjadi malnutrisi, yang terakhir nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster (Tarwoto, 2013). Adapun komplikasi lainnya yaitu septicemia akibat adanya ulkus dekubitus atau infeksi saluran kemih, infark miokard, aritmia jantung, gagal jantung, dan ketidakseimbangan cairan (Susilo, 2019).

C. Penatalaksanaan

Perawatan untuk mengobati Stroke Iskemik (non hemoragik) yaitu aliran darah ke otak harus cepat dikembalikan dengan prosedur yang tepat (Haryono & Utami, 2019). Pada prinsipnya terapi pada Stroke Iskemik ialah membuka dan melancarkan aliran darah akibat terjadinya penyumbatan (trombus/emboli) tanpa menimbulkan adanya komplikasi perdarahan (Bahrudin, 2019).

1. Terapi

a. Reperfusi

Reperfusi adalah memperbaiki aliran darah ke otak supaya dapat memperbaiki area iskemik dengan obat-obatan anti trombotik seperti antiplatelet, antikoagulan, trombolitik. Terapi antiplatelet antara lain seperti aspirin, clopidogrel, dipiridamol. Terapi antikoagulan antara

lain seperti warfarin, dabigatran, apixaban. Terapi trombolitik dengan *trombolytic agents* (rtPA) diberikan secara intravena 0,9 mg/kg berat badan dengan dosis maksimal 90 mg.

b. Neuroproteksi

Neuroproteksi adalah mencegah terjadinya kerusakan otak dengan obat-obatan seperti pirasetam, citicholin supaya tidak bertambah lebih berat yang diakibatkan adanya area iskemik. Beberapa terapi neuroproteksi diantaranya merupakan golongan penghambat kanal kalsium seperti: nimodipin, flunarisin, golongan antagonis reseptor glutamate seperti: aptiganel, gavestinel, selfotel, serestat, magnesium, golongan agonis GABA (klomethiazol), penghambat peroksidasi lipid (tirilazad), antibody anti-ICAM-1 (enlimomab), dan activator metabolik (pirasetam, sitikolin).

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

a. Pembedahan untuk pasien stroke

Pembedahan pada pasien stroke menurut Haryono & Utami (2019), Tarwoto (2013) dilakukan dengan indikasi jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ditemukan ada hidrosefalus obstruktif akut. Dengan tujuan untuk mengurangi risiko mengalami stroke atau serangan iskemik transien dapat dilakukan prosedur untuk membuka arteri yang telah dipersempit oleh plak, ada dua pilihan prosedur yang dapat dilakukan tergantung

dengan kondisi kesehatan pasien yaitu endarterektomi karotis, angioplasti dan stent.

Pada endarterektomi karotis dilakukan dengan membuka arteri karotid pada bagian depan leher dan kemudian menghilangkan plak yang menghalangi arteri karotid, selanjutnya ialah memperbaiki arteri dengan jahitan atau patch yang terbuat dari vena. Pada angioplasti dan stent, biasanya dalam angioplasti arteri karotid diakses melalui arteri di pangkal paha. Stent dapat dimasukkan untuk mendukung arteri yang terbuka dengan cara sebuah balon digelembungkan untuk memperluas arteri yang menyempit agar stent bisa masuk.

b. Rehabilitasi pada pasien pasca stroke

Rehabilitasi untuk pasien pasca stroke menurut Tarwoto (2013) dapat dilakukan dengan memberikan:

1) Terapi fisik

Terapi fisik dilakukan dengan tujuan memulihkan semaksimal mungkin fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi akibat kerusakan susunan saraf pusat. Terapi fisik dapat dilakukan latihan di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi atau dengan *range of motion* menyesuaikan dengan melihat kondisi dan tingkat stabilitas pasien.

2) Okupasional terapi

Terapi okupasional atau terapi kerja sangat dibutuhkan bagi pasien stroke untuk menggali potensi yang dimiliki pasien dan melatih kerja sesuai dengan kondisi pasien karena gangguan fungsi

tubuh yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu aktivitasnya hingga juga dapat kehilangan pekerjaannya.

3) *Speech therapy*

Pada pasien stroke dapat mengalami gangguan bicara seperti disatria atau apasia sehingga latihan bicara sangat diperlukan karena jika pasien mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dapat menimbulkan isolasi diri dan perasaan frustrasi.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan suatu catatan tentang hasil pemeriksaan yang dilaksanakan dalam rangka mengumpulkan informasi dari pasien, kemudian membuat data dasar tentang pasien, dan membuat suatu catatan tentang respons pada kesehatan pasien. Pengkajian harus dilakukan secara menyeluruh dan sistematis agar mendukung dan mengarah untuk mengidentifikasi masalah-masalah yang terjadi pada pasien. Masalah-masalah yang didapatkan dari hasil pengkajian yang dilakukan nantinya akan digunakan untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019). Pengkajian adalah langkah awal yang dilakukan dalam proses keperawatan. Hasil yang didapatkan dari pengkajian merupakan terkumpulnya data-data meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang seperti test diagnostik dan laboratorium, sehingga proses ini sangatlah penting dalam ketepatan data yang dikumpulkan (Tarwoto, 2013). Pengkajian yang dilakukan meliputi (Susilo, 2019):

1. Identitas Pasien

Data yang didapatkan meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosis medis (Tarwoto, 2013).

2. Riwayat Kesehatan

Apakah pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, penggunaan kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulan, aspirin dan kegemukan atau obesitas. Tanyakan pada pasien apakah ada anggota keluarga yang menderita atau pernah mengalami penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit jantung. Tanyakan pada pasien tentang keluhan meliputi apakah pasien merasakan sakit kepala, mual muntah hingga mengalami kejang sampai tidak sadarkan diri, mengalami kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak.

3. Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Tanda Vital. Perubahan pada tanda vital dapat terjadi mengindikasikan adanya peningkatan tekanan intrakranial. Pada saat meningkatnya tekanan intrakranial, tubuh akan melakukan cara agar tercukupinya kebutuhan oksigen dan glukosa di otak dengan meningkatkan aliran darah ke otak. Oleh karena hal tersebut respirasi rate juga dapat terganggu jika terjadi peningkatan tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

- b. Rambut dilihat apakah pada rambut dan kulit kepala pasien bersih.
 - c. Mata pasien mengalami kebutaan atau kehilangan daya lihat.
 - d. Hidung dilihat apakah simetris kiri dan kanannya sama, kemudian kemungkinan adanya gangguan.
 - e. Leher. Palpasi pada otot leher dapat mengidentifikasi adanya massa dan tenderness (Tarwoto, 2013).
 - f. Dada dilakukan inspeksi apakah simetris kanan dan kiri, pada palpasi apakah adanya premitus, pada perkusi apakah sonor, pada auskultasi apakah terdapat ronchi.
 - g. Abdomen dilakukan inspeksi apakah perut acites, pada palpasi apakah hepar dan lien tidak teraba, pada perkusi apakah adanya thympani, pada auskultasi apakah bising usus (+).
 - h. Genito Urinaria: apakah ada dekontaminasi, anuria.
 - i. Ekstramitas dikaji apakah ada kelemahan atau kelumpuhan.
4. Pemeriksaan Fisik Sistem Neurologis

a. Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran terbagi dalam 2 jenis yaitu kualitatif dan kuantitatif. Kualitatif yaitu pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan. Sedangkan kuantitatif dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS). Tingkat kesadaran yang termasuk kualitatif yaitu *compos mentis*, *apatis*, *latargi*, *delirium*, *somnolen*, *koma*. Pada fungsi mental *compos mentis*, tingkat kesadaran pasien yaitu pasien sadar akan dirinya dan mempunyai orientasi penuh. Pada fungsi mental *apatis*, tingkat kesadaran pasien yaitu pasien sadar

namun tampak lesu dan mengantuk. Pada fungsi mental latargi, tingkat kesadaran pasien yaitu kesadaran menurun serta pasien tampak lesu dan mengantuk. Pada fungsi mental delirium, tingkat kesadaran pasien yaitu terjadi penurunan kesadaran diikuti dengan peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gaduh gelisah.

Pada fungsi mental somnolen, tingkat kesadaran pasien yaitu pasien tampak selalu mengantuk dan ingin tidur terus serta jika dibangunkan pasien akan kembali tertidur. Pada fungsi mental koma, tingkat kesadaran pasien yaitu kesadaran yang hilang sama sekali. Sedangkan yang termasuk kuantitatif terdiri dari respon membuka mata ($E = Eye$), respon verbal ($V = Verbal$), dan respon motorik ($M = Motorik$). Pada respon membuka mata ada 4 yaitu membuka mata secara spontan nilainya 4, membuka mata dengan perintah nilainya 3, membuka mata dengan nyeri nilainya 2, dan tidak berespon nilainya 1.

Pada respon verbal ada 5 yaitu berorientasi nilainya 5, bicara membingungkan nilainya 4, kata-kata yang dikeluarkan tidak tepat nilainya 3, suara yang dikeluarkan tidak dapat dimengerti nilainya 2, tidak ada respon nilainya 1. Pada respon motorik ada 6 yaitu pergerakan dengan perintah nilainya 6, pergerakan dengan melokalisasi nyeri nilainya 5, pergerakan dengan menarik area yang nyeri nilainya 4, fleksi abnormal atau postur dekortikasi nilainya 3, ekstensi abnormal atau postur deserebrasi nilainya 2, tidak berespon nilainya 1.

b. Nervus Kranialis

1) Test Nervus I (*Olfactory*)

Pada N_I dilakukan tes pemeriksaan fungsi penciuman dengan cara minta pasien untuk menutup kedua matanya dan minta pasien untuk mencium benda yang baunya mudah dikenal lalu bandingkan dengan hidung bagian kiri dan kanan.

2) Test Nervus II (*Optikus*)

Pada N_{II} dilakukan tes fungsi aktivitas visual dan lapang pandang. Tes aktivitas visual dilakukan dengan cara menutup salah satu mata pasien kemudian minta pasien untuk membaca dua baris dari sebuah artikel koran lalu ulangi untuk mata satunya lagi. Tes lapang pandang dilakukan dengan cara minta pasien untuk menutup salah satu matanya dan memperhatikan pena yang dipegang pemeriksa kemudian pemeriksa berada di sebelah bagian pasien yang matanya tidak ditutup sambil memegang pena berwarna cerah lalu gerakam perlahan objek tersebut, informasikan pada pasien jika melihat benda tersebut.

3) Test Nervus III, IV, VI (*Oculomotorius, Trochlear, dan Abducens*)

Pada N_{III}, N_{IV}, dan N_{VI} dilakukan tes fungsi koordinasi gerakan mata dan kontriksi pupil mata. Pada tes nervus III atau respon pupil terhadap cahaya dilakukan dengan cara menyorotkan senter ke dalam tiap pupil pasien dimulai dari menyinari arah belakang sisi pasien dan sinari salah satu mata, kemudian perhatikan kontraksi pupil yang terkena sinar. Pada tes nervus IV

dilakukan dengan posisi kepala tegak lurus lalu letakkan objek kurang lebih 60cm sejajar dengan mid-line mata, kemudian gerakkan objek kearah kanan dan lihat apakah adanya deviasi bola mata, diplopia, nystagmus. Pada tes nervus VI dilakukan dengan meminta pasien untuk melihat kerah kiri dan kanan tanpa menengok.

4) Test Nervus V (*Trigeminus*)

Pada N_V dilakukan tes fungsi sensasi dan fungsi motorik. Fungsi sensasi dilakukan dengan cara usap pilihan kapas pada kelopak mata atas dan bawah pasien kemudian perhatikan reflek yang ditunjukkan pasien. Jika ada reflek kornea langsung maka gerakan mengedip ipsilateral sedangkan jika ada reflek kornea konsensual maka gerakan mengedip kontralateral. Kemudian usapkan juga kapas pada maksila dan mandibula, dan perhatikan apakah pasien merasakan adanya sentuhan. Fungsi motorik dilakukan dengan meminta pasien mengunyah lalu pemeriksa melakukan palpasi pada otot temporal dan masseter.

5) Test Nervus VII (*Facialis*)

Pada N_{VII} dilakukan tes fungsi sensasi dan fungsi motorik. Fungsi sensasi dilakukan untuk mengkaji sensasi rasa bagian anterior lidah terhadap asam, manis, asin. Fungsi motorik dilakukan dengan cara meminta pasien untuk tersenyum, mengerutkan dahi, dan menutup mata, kemudian pemeriksa berusaha untuk membukanya.

6) Test Nervus VIII (*Acustikus*)

Pada N_{VIII} dilakukan tes untuk mengkaji pendengaran dan mengkaji keseimbangan. Untuk mengkaji pendengaran dilakukan dengan cara menutup salah satu telinga pasien lalu pemeriksa berbisik di telinga lain, atau pemeriksa menggesekkan jari bergantian kanan-kiri. Untuk mengkaji keseimbangan dilakukan dengan cara meminta pasien untuk berjalan lurus lalu perhatikan apakah pasien dapat melakukannya atau tidak.

7) Test Nervus IX (*Glossopharyngeal*) dan Nervus X (*Vagus*)

Pada N_{IX} untuk mengetahui fungsi kemampuan menelan, pergerakan lidah, dan gag reflek. Pada N_X untuk mengetahui fungsi sensasi faring, laring dan kemampuan menelan dengan melakukan inspeksi palatum dan uvula simetris atau tidak serta observasi kemampuan menelan (Tarwoto, 2013).

8) Test Nervus XI (*Accessorius*)

Tes pada nervus ini dilakukan dengan cara meminta pasien menoleh kesamping melawan tahanan. Kemudian perhatikan apakah *sternocleidomastodeus* dapat terlihat atau apakah atrofi dan palpasi juga kekuatannya. Minta pasien untuk mengangkat bahunya lalu pemeriksa berusaha menahan.

9) Test Nervus XII (*Hypoglossus*)

Tes pada nervus ini dilakukan untuk mengkaji gerakan lidah pasien saat bicara dan menelan. Lakukan inspeksi lidah apakah normal, asimetris, atau deviasi. Minta pasien untuk mengeluarkan

lidahnya kemudian memasukkannya lagi dengan cepat lalu minta pasien untuk menggerakkan lidah ke kiri dan kanan.

c. Kekuatan Otot

Kekuatan otot dinyatakan dengan menggunakan angka dari 0 sampai 5. Pada angka 0 yaitu pada pasien tidak didapatkan sedikitpun adanya kontraksi otot atau lumpuh total. Pada angka 1 yaitu pada pasien terlihat kontraksi tetap namun tidak ada gerakan pada sendi. Pada angka 2 yaitu ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi. Pada angka 3 yaitu pasien bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan yang diberikan pemeriksa. Pada angka 4 yaitu pasien bisa bergerak melawan tahanan yang diberikan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang. Pada angka 5 yaitu pasien dapat melawan tahanan yang diberikan pemeriksa dengan kekuatan otot maksimal.

d. Refleks

Refleks terdiri dari 2 yaitu refleks fisiologis dan refleks patologis. Pemeriksaan refleks dilakukan dengan posisi pasien duduk atau tidur jika kondisi pasien tidak memungkinkan. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan paling akhir.

5. Data Penunjang

Data penunjang adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter untuk mendiagnosis penyakit tertentu. Pemeriksaan ini umumnya dilakukan setelah pemeriksaan fisik dan penelusuran riwayat keluhan atau riwayat penyakit pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke menurut Bahrudin (2019) yaitu:

a. CT (*computed tomography*) scan

Pada saat setelah pasien tiba di ruang gawat darurat perlu sesegera mungkin dilakukan pemeriksaan CT scan kepala tanpa kontras untuk mengetahui apakah adanya perdarahan otak. CT scan dilakukan untuk mengetahui adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark (Susilo, 2019).

b. EKG (elektrokardiografi)

Pemeriksaan elektrokardiografi harus dilakukan karena memperhatikan pentingnya iskemia dan aritmia jantung serta penyakit jantung lainnya sebagai penyebab terjadinya stroke.

c. Kadar gula darah

Diabetes melitus merupakan salah satu faktor risiko utama penyebab stroke, karena hal tersebut pemeriksaan kadar gula darah sangat diperlukan.

d. Elektrolit serum dan faal ginjal

Pemeriksaan elektrolit serum dan faal ginjal diperlukan apalagi yang berkaitan dengan pemberian obat osmoterapi pada pasien stroke yang disertai peningkatan tekanan intrakranial dan keadaan dehidrasi karena jika keadaan terjadi gangguan fungsi ginjal maka pemberian obat osmoterapi (manitol) tidak boleh diberikan.

e. Darah lengkap (hitung sel darah)

Pada pemeriksaan ini diperlukan untuk menentukan keadaan hematologik yang dapat mempengaruhi Stroke Iskemik, misalnya seperti anemia, polisitemia vera dan keganasan.

f. Faal hemostatis

Pemeriksaan jumlah trombosit, waktu protrombin (PT) dan tromboplastin (aPTT) diperlukan terutama yang berkaitan dengan penggunaan obat antikoagulan dan trombolitik.

g. X-foto toraks

Pada pemeriksaan radiologic toraks berfungsi untuk menilai besar jantung, adanya kalsifikasi katup jantung, maupun edema paru, kemudian adanya infeksi paru TBC (dikaitkan dengan vaskulitis).

h. Pemeriksaan lain yang diperlukan pada keadaan tertentu dengan sesuai indikasi yaitu: tes faal hati, saturasi oksigen, analisis gas darah, toksikologi, kadar alkohol dalam darah, pungsi lumbal (bila dicurigai adanya perdarahan subaraknoid tetapi gambaran CT scan normal), EEG atau elektro-ensefalografi (terutama pada paralisis Todd).

i. Ekokardiografi dilakukan untuk melihat apakah ada tidaknya kelainan jantung yang dapat menyebabkan Stroke Emboli (Purnomo et al., 2017).

E. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon terhadap individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual ataupun masalah kesehatan potensial yang digunakan sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan yang dimiliki perawat (Hadinata & Abdillah, 2022). Diagnosis keperawatan sebagai dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019). Menurut Tarwoto (2013),

Brunner & Suddarth (2014), Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan stroke adalah sebagai berikut:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor resiko, penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, hiperkolesteronemia, hipertensi, neoplasma otak, terapi trombolitik.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, penurunan kekuatan otot.
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler.
4. Defisit perawatan diri: ADL berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan.
5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, ketidakmampuan mengakses toilet, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi.
6. Risiko konstipasi berhubungan dengan menurunnya kontrol volunteer, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltik, immobilisasi.

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan kumpulan suatu aktivitas yang dilakukan dalam penentuan langkah-langkah pemecahan suatu masalah beserta prioritasnya. Kemudian merumuskan masalah, rencana tindakan yang akan dilakukan serta penilaian asuhan keperawatan pada pasien sesuai dengan analisa data dan diagnosis keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019). Dalam

menetapkan dan menyusun suatu perencanaan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien harus melalui langkah-langkah seperti: menetapkan suatu prioritas, menetapkan sasaran atau hasil yang diharapkan, menetapkan tujuan atau pernyataan hasil yang diharapkan dan dapat diukur, menetapkan rencana intervensi yang dilakukan (Priyoto, 2018). Perencanaan keperawatan pada pasien stroke menurut Tarwoto (2013), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) meliputi:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor resiko penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, hiperkolesteronemia, hipertensi, neoplasma otak, terapi trombolitik.

Tujuan: Perfusi serebral meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam

Kriteria hasil: Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik

Intervensi:

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi

- a. Kaji status neurologik setiap jam
- b. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS
- c. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata

Terapeutik

- d. Monitor tanda vital setiap 1 jam
- e. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur

- f. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, alur waktu istirahat dan aktivitas
- g. Pertahankan suhu normal

Edukasi

- h. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya/fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mengedan

Kolaborasi

- i. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, penurunan kekuatan otot ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, fisik lemah, gerakan terbatas.

Tujuan: Mobilitas fisik meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam

Kriteria hasil: Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop, mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal, mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit, kebutuhan ADL terpenuhi

Intervensi:

Dukungan mobilisasi

Observasi

- a. Kaji kemampuan motorik
- b. Observasi daerah yang tertekan, termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi

- c. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak

Terapeutik

- d. Bila pasien ditempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh

- e. Lakukan massage pada daerah tertekan

Edukasi

- f. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4x perhari bila mungkin

Kolaborasi

- g. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler ditandai dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, pelo.

Tujuan: Komunikasi verbal meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam

Kriteria hasil: Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, terhindar dari tanda-tanda frustrasi, mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar, mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain

Intervensi:

Promosi komunikasi

Observasi

- a. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara

Terapeutik

- b. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi
- c. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi
- d. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh

Edukasi

- e. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara

Kolaborasi

- f. Konsul dengan therapist wicara

4. Defisit perawatan diri: ADL berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan ditandai dengan tidak mampu melakukan perawatan diri.

Tujuan: Perawatan diri meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam

Kriteria hasil: Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri: mandi, bab, bak, berpakaian, makan, menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri

Intervensi:

Dukungan perawatan diri

Observasi

- a. Kaji kemampuan ADL pasien

Terapeutik

- b. Berikan umpan balik positif atas usaha pasien
- c. Pertahankan dukungan, sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada pasien

d. Bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL jika pasien tidak mampu

Edukasi

e. Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu

Kolaborasi

f. Kolaborasi ahli fisioterapi

- 5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, ketidakmampuan mengakses toilet, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi ditandai dengan sering buang air kecil, nokturia, distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas, volume residu urin meningkat.**

Tujuan: Gangguan eliminasi urine menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam

Kriteria hasil: Pola bak normal, pasien dapat berkomunikasi sebelum bak, kulit bersih dan kering, terhindar dari infeksi saluran kemih

Intervensi:

Manajemen eliminasi urine

Observasi

- a. Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya
- b. Palpasi bladder terhadap adanya distensi
- c. Monitor hasil urinalisa dan karakteristik urine

Terapeutik

- d. Buatlah jadwal untuk bak
- e. Berikan minum yang cukup 1500 – 2000 ml jika tidak ada kontraindikasi
- f. Lakukan perawatan kateter setiap hari
- g. Jaga privasi pasien saat bak
- h. Hindari pasien minum sebelum tidur

6. Risiko konstipasi berhubungan dengan menurunnya kontrol volunteer, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltik, immobilisasi ditandai dengan defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, feses keras, peristaltik usus menurun.

Tujuan: Risiko konstipasi menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam

Kriteria hasil: Pola bab normal, feses lunak, pasien menyatakan secara verbal kebutuhan-kebutuhan defekasi

Intervensi:

Manajemen eliminasi fekal

Observasi

- a. Kaji pola bab pasien
- b. Kaji status nutrisi

Terapeutik

- c. Lakukan pemeriksaan peristaltik usus
- d. Lakukan mobilisasi dan aktivitas sesuai kemampuan pasien
- e. Berikan minum ekstra lebih

Kolaborasi

- f. Berikan laksatif, suppositoria, enema
- g. Berikan diet tinggi serat

G. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan atau pelaksanaan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat dalam rangka membantu pasien agar masalah status kesehatan yang sedang dihadapinya sekarang menjadi kestatus kesehatan yang lebih baik dengan kriteria hasil yang diharapkan. Dalam proses pelaksanaan keperawatan harus menjadikan penting kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kebutuhan keperawatan pada pasien, strategi pelaksanaan keperawatan serta kegiatan komunikasi. Terdapat tiga jenis pelaksanaan keperawatan antara lain independen, interdependen dan dependen (Leniwita & Anggraini, 2019).

Pelaksanaan independen merupakan suatu implementasi yang dilakukan sendiri oleh perawat dalam rangka membantu pasien untuk mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan. Pelaksanaan interdependen atau pelaksanaan kolaboratif merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan dengan kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter. Pelaksanaan dependen merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan atas dasar rujukan atau instruksi dari profesi lain (Leniwita & Anggraini, 2019).

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian yang dilakukan dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Saat melakukan evaluasi, perawat menilai reaksi pada pasien atas intervensi yang telah diberikan dan juga menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima (Hadinata & Abdillah, 2022). Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari serangkaian proses keperawatan yang bertujuan untuk mengetahui apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu dilakukan pendekatan lain (Leniwita & Anggraini, 2019).

Adapun jenis evaluasi terdapat 2 yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses merupakan evaluasi yang berfokus pada jenis informasi yang didapat pada saat wawancara serta pada saat dilakukan pemeriksaan fisik, dan validasi dari suatu perumusan diagnosis keperawatan yang ditetapkan. Evaluasi hasil merupakan evaluasi yang fokusnya tertuju pada respon dan fungsi pasien yang merupakan pengaruh dari perencanaan keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan kriteria hasil (Priyoto, 2018).

Evaluasi hasil menggunakan pendekatan SOAP (Subjek, Objek, Analisa, Perencanaan) dan mengacu pada tujuan serta kriteria hasil yang telah dibuat pada saat perencanaan. Pada subjek merupakan data dari apa yang diucapkan oleh pasien, keluarga maupun seseorang yang sedang bersama pasien saat berobat. Pada objek merupakan data yang diambil dari segala sesuatu yang dapat diukur, dilihat serta diraba. Pada analisa yaitu dengan

membandingkan ulang pada hasil subjek dan objek untuk melihat apakah masalah teratasi, muncul masalah baru, teratasi sebagian, atau masalah belum teratasi. Pada *planning* ialah perencanaan apa yang harus dilanjutkan, dimodifikasi, dibatalkan karena ada masalah baru, atau selesai karena tujuan sudah tercapai (Priyoto, 2018).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai hasil “Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1105 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 15 Maret – 17 Maret 2023.

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh data antara lain, pasien bernama Ny. R, jenis kelamin perempuan, berusia 68 tahun, status menikah, beragama Kristen, suku bangsa Batak, pendidikan tamat sekolah menengah atas, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan sudah tidak bekerja, alamat Kampung Bendungan Melayu No. 12, sumber biaya BPJS, sumber informasi berasal dari pasien dan keluarga, pasien masuk pada hari Senin, tanggal 14 Maret 2023 di ruang Neurologi kamar 1105 dengan nomor register RG01306693 dengan diagnosis medis Stroke Non Hemoragik.

2. Resume

Pasien dan keluarga datang melalui IGD pada tanggal 13 Maret 2023 pukul 20.00. Pasien datang dengan keluhan badan terasa lemas, muntah dan kesadaran menurun. Hasil pengkajian tanda-tanda vital: Tekanan darah 157/79 mmHg, frekuensi nadi 106x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C, pH 7.474, pCO₂ 27.3 mmHg, PO₂ 200.7 mmHg, HCO₃ 20.3 mEq/L, Base excess -3.5 mmol/L, Natrium 130 mEq/L, Kalium 2.85 mEq/L, Klorida 95 mEq/L, glukosa sewaktu 231 mg/dL, Hematokrit 35.5%, Limfosit 19.2%. Hasil GDS pasien 198 mg/dL, pada tanggal 14 Maret 2023, pasien dipindahkan ke ruang Neurologi kamar 1105. Hasil pengkajian di ruangan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 3 3 3 3, tanda-tanda vital: Tekanan darah 151/79 mmHg, frekuensi nadi 100x/menit, frekuensi napas 21x/menit, suhu 36°C. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan Diabetes Mellitus tipe 2 sejak setahun yang lalu. Masalah keperawatan yang diangkat yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, ketidakefektifan pola napas, resiko jatuh. Tindakan keperawatan mandiri yang sudah dilakukan, memberikan posisi semifowler, mengajarkan napas dalam dan batuk efektif, memonitor tanda-tanda vital, memonitor EKG, mengatur posisi nyaman, memasang pengaman tempat tidur, memasang gelang identifikasi. Sedangkan tindakan kolaborasi yang telah diberikan untuk ketiga masalah keperawatan diatas yaitu memberikan O₂ 3 liter/menit, memasang IV line ditangan kanan dengan ukuran 20, mempertahankan cairan infus assering 500 cc/12 jam, memasang kateter dengan ukuran 16, memasang NGT dengan ukuran 16,

melakukan pemeriksaan radiologi dan laboratorium, memberikan terapi: Citicolin 500mg IV, Mecobalamin 500 mg IV, Omeprazole 40 mg IV, Ondansentron 4 mg IV. Evaluasi secara umum pasien masih merasa pusing dan tampak lemas.

3. Riwayat Keperawatan

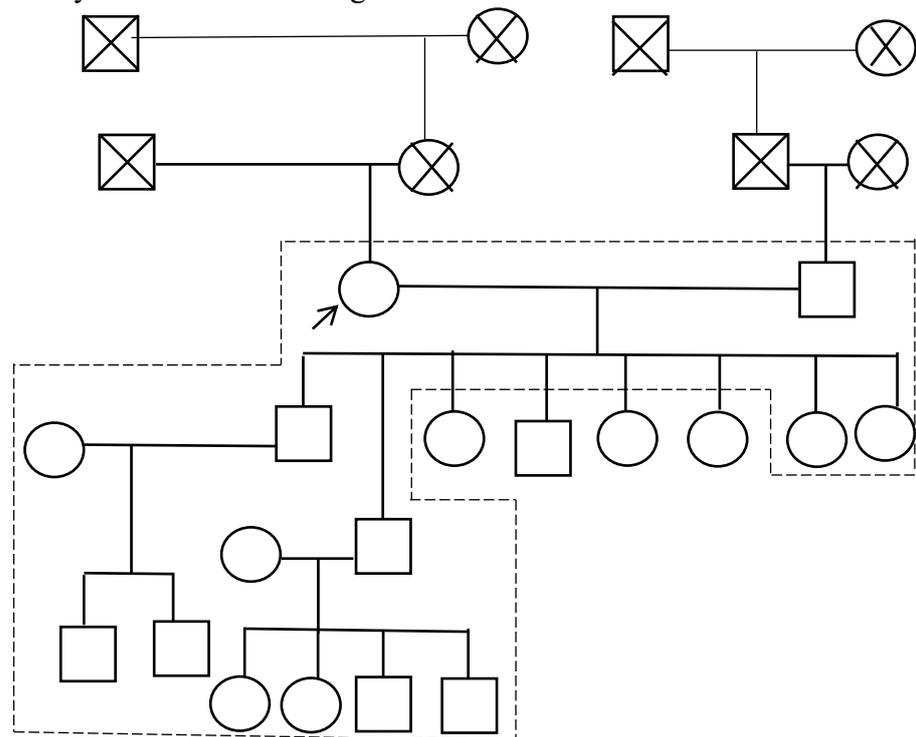
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien saat ini, pasien mengeluh sakit kepala terasa bagian depan dan belakang, keluarga mengatakan pasien masih lemas, pasien mengatakan belakang punggung terasa nyeri dan lebih banyak tiduran, faktor pencetus pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi, timbulnya keluhan secara mendadak, lamanya bisa sampai seharian, upaya mengatasinya dengan istirahat.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus tipe 2 sejak setahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat, makanan, binatang, dan lingkungan. Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat pemakaian obat Metformin, Amlodipine.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan:

○ : Perempuan ✕ : Meninggal [---] : Serumah
 □ : Laki-laki ↗ : Pasien

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor risiko
 Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit hipertensi dan diabetes mellitus.
- e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Orang terdekat pasien adalah suami, anak perempuannya dan cucunya. Interaksi dalam keluarga yaitu pola komunikasi baik (terbuka), pembuatan keputusan dua arah yaitu pasien dengan suaminya, pasien tidak mempunyai kegiatan kemasyarakatan yang diikuti. Saat ini dampak penyakit yang dialami pasien terhadap keluarga adalah keluarga merasa khawatir. Pasien mengatakan saat ini masalah yang

mempengaruhi pasien yaitu tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, mekanisme coping yang dilakukan pasien terhadap stress yaitu dilakukan dengan tidur/istirahat. Hal yang dipikirkan pasien saat ini adalah ingin cepat sembuh dan berkumpul di rumah bersama keluarga, pasien memiliki harapan setelah menjalani perawatan yaitu tidak ingin merasakan dirawat di rumah sakit lagi, perubahan yang dirasakan pasien setelah jatuh sakit yaitu pasien merasa lemas, terasa pusing, serta aktivitas terbatas, tidak ada nilai-nilai kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan pasien yaitu beribadah, kondisi lingkungan rumah bersih dan baik serta tidak mempengaruhi kesehatan pasien saat ini.

f. Pola Kebiasaan

1. Pola Nutrisi

Sebelum sakit: Pasien makan tiga kali sehari, nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah, porsi makanan yang dihabiskan satu porsi, pasien tidak memiliki makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, pasien tidak memiliki makanan pantangan dan makanan diet, tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk makan *Naso Gastric Tube* (NGT).

Di rumah sakit: Pasien makan tiga kali sehari, nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah, porsi makanan yang dihabiskan satu porsi, pasien tidak memiliki makanan yang tidak disukai, tidak ada makanan yang membuat alergi, pasien tidak memiliki makanan

pantangan, pasien mendapatkan diit III rendah garam, tidak ada penggunaan obat-obatan sebelum makan, pasien menggunakan alat bantu untuk makan *Naso Gastric Tube* (NGT).

2. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Buang air kecil $\pm 7 - 10$ x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan pada saat buang air kecil, pasien tidak menggunakan alat bantu kateter. Buang air besar ± 1 x/hari, waktunya tidak tentu, warna kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan pada saat buang air besar, tidak ada penggunaan laxatif.

Di rumah sakit: Buang air kecil 600 ml - 800 ml/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan pada saat buang air kecil, pasien menggunakan alat bantu kateter. Buang air besar ± 1 x/hari, waktunya tidak tentu, warna kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan pada saat buang air besar, tidak ada penggunaan laxatif.

3. Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit: Pasien mandi dua kali sehari, waktunya pagi dan sore dengan menggunakan sabun, gosok gigi dua kali sehari setelah makan dan sebelum tidur, mencuci rambut satu kali seminggu dengan menggunakan shampo.

Di rumah sakit: Pasien mandi dua kali sehari, waktunya pagi dan sore hanya dilap, gosok gigi dua kali sehari setelah makan dan sebelum tidur, pasien belum mencuci rambut selama dirawat.

4. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: Pasien tidur siang $\pm 1 - 2$ jam/hari, lama tidur malam $\pm 6 - 8$ jam/hari, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur.

Di rumah sakit: Pasien tidur siang $\pm 1 - 2$ jam/hari namun kadang suka terbangun, lama tidur malam $\pm 6 - 8$ jam/hari namun kadang suka terbangun, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: Pasien sudah tidak bekerja, pasien tidak pernah berolahraga, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Di rumah sakit: Pasien sudah tidak bekerja, pasien terbaring lemah di atas tempat tidur, pasien dibantu dalam aktivitas karena mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri yaitu tangan dan kakinya.

6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: Pasien tidak merokok, tidak ada kebiasaan mengkonsumsi alkohol dan tidak ada ketergantungan obat terlarang.

Di rumah sakit: Pasien tidak merokok, tidak ada kebiasaan mengkonsumsi alkohol dan tidak ada ketergantungan obat terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan pasien sebelum dan sesudah sakit tetap sama yaitu 40 kg, tinggi badan pasien 148 cm, tekanan darah 136/76 mmHg, nadi 96x/menit, frekuensi nafas 22x/menit, suhu tubuh 36,5°C, keadaan umum sakit sedang, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Pada mata simetri, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera anikterik, pada pemeriksaan nervus II (optikus) didapatkan fungsi penglihatan kurang, pasien biasa menggunakan kacamata minus, tidak ada tanda-tanda radang, tidak menggunakan lensa kontak, reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus III (okulomotorius) didapatkan diameter pupil 3mm, pupil isokor, nervus IV (troklearis) tidak ada kelainan otot mata, pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah, tidak ada ptosis, pada pemeriksaan nervus VI (abduksen) didapatkan pasien dapat melihat ke arah kanan dan kiri tanpa menengok.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga normal, karakteristik serumen warna kuning, konsistensi kering dan tidak berbau, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak terdapat tinitus, tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran, pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) didapatkan fungsi pendengaran baik ditandai dengan pasien dapat mengulang bisikan

yang diucapkan perawat, kedua telinga normal, pasien dapat mengikuti perintah untuk melakukan keseimbangan gerak antar tangan dan hidung dengan cara menyentuh ujung jari perawat dengan jari telunjuknya, pemeriksaan keseimbangan dengan berjalan tidak dapat dilakukan karena pasien mengalami kelemahan.

d. Sistem Wicara

Pasien tidak mengalami gangguan pada sistem wicara namun terkadang pasien mengeluarkan suaranya terlalu kecil dan kurang jelas, pada pemeriksaan nervus XII (hipoglossus) didapatkan posisi lidah ketika dijulurkan lurus kedepan, pasien dapat menahan tekanan yang diberikan perawat pada pipi saat diberikan instruksi untuk mendorong lidah ke pipi kanan dan kiri

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien bersih, pernafasan pasien tidak sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan dalam pernafasannya, frekuensi nafas pasien 22x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman nafas dalam, pasien tidak batuk, tidak ada sputum, palpasi dada didapatkan dada teraba simetris, tidak ada nyeri saat ditekan dan tidak ada benjolan, perkusi dada didapatkan disemua lapang paru terdengar bunyi sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) didapatkan tidak ada kelainan penciuman, pasien dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat

secara tepat dengan cara menutup salah satu lubang hidung dan kedua matanya.

f. Sistem Kardiovaskuler

Pada sirkulasi perifer didapatkan nadi 96x/menit dengan irama teratur dan denyut nadi kuat, tekanan darah 136/76 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperature kulit hangat, warna kulit pucat dengan pengisian kapiler 3 detik dan tidak terdapat edema. Pada sirkulasi jantung didapatkan kecepatan denyut apikal 80x/menit dengan irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak terdapat sakit dada.

g. Sistem Hematologi

Tidak ada gangguan hematologi, tidak pucat, tidak ditemukannya perdarahan dalam tubuh pasien.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh sakit kepala bagian depan dan belakang, tingkat kesadaran pasien kompos mentis dengan GCS 15 (E4M6V5), tidak ada tanda-tanda terjadinya peningkatan TIK, pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak atas dan bawah sebelah kiri, reflek fisiologis mengalami kelemahan, reflek patologis (babinski, kaku duduk, bludzenky) tidak ada, pada pemeriksaan nervus V (trigeminus) didapatkan pasien dapat merasakan sensasi sentuhan pada dahi, pipi, rahang bawah, kekuatan mengunyah kanan dan kiri sama, pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) didapatkan pasien dapat menahan

tetap mengerutkan dahi, tersenyum dan menutup mata saat perawat berusaha membukanya, wajah simetris.

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut terdapat karies pada gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, saliva normal, tidak terdapat muntah, pada pemeriksaan nervus IX (glossofaringeus) dan nervus X (vagus) didapatkan uvula terletak ditengah, reflek muntah ada, reflek menelan baik, pasien dapat membedakan antara rasa pahit, asin, dan manis, tidak ada nyeri daerah perut, bising usus 6x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien tidak mengalami konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen teraba lembek.

j. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, tidak terdapat luka gangren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pasien +363/12 jam dengan intake 1463 ml (infus, obat, minum), output 1100 ml (urine, IWL), pasien tidak mengalami perubahan pola berkemih, urine pasien berwarna kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien baik, temperature kulit hangat dengan suhu tubuh 36,5°C, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus pada tangan kanan baik

dan tidak ada plebitis, keadaan rambut tekstur baik, kebersihan baik, tidak ada ketombe dan tidak berminyak.

m. Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan diakibatkan karena kelemahan pada anggota gerak tangan dan kakinya sebelah kiri, tidak terdapat sakit pada tulang, sendi dan kulit, pasien tidak mengalami fraktur, tidak terdapat kelainan bentuk sendi dan tulang belakang, keadaan tonus otot hipotoni pada ekstremitas kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 4 4 4 4, pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) didapatkan saat diberikan instruksi untuk menoleh ke kanan dan kiri teraba m.s sternokleidomastoideus menegang, saat diberikan instruksi untuk mengangkat bahu lalu perawat menekan, pasien dapat menahannya.

5. Data Tambahan

Keluarga pasien sudah mengetahui tentang penyebab dan tanda gejala stroke.

6. Data Penunjang

Pemeriksaan foto thorax tgl 13 Maret 2023:

Hasil: Jantung: *Mild cardiomegaly*, Pulmo: *Suspect infiltrat*

Pemeriksaan CT Scan Brain tgl 13 Maret 2023:

Kesan: Stroke iskemik

Pemeriksaan EKG tgl 13 Maret 2023:

Hasil: Sinus takikardi

Pemeriksaan laboratorium tgl 13 Maret 2023:

Darah lengkap: Hemoglobin 12.7 g/dL (nilai rujukan 12.5 – 16.0), jumlah leukosit $9.29 \times 10^3/\mu\text{L}$ (nilai rujukan 4.00 – 10.50), hematokrit 35.5% (nilai rujukan 37.0 – 47.0), jumlah trombosit $253 \times 10^3/\mu\text{L}$ (nilai rujukan 182 -369), jumlah eritrosit 4.34 juta/ μL (nilai rujukan 4.20 – 5.40), MCV 82 fL (nilai rujukan 78 – 100), MCH 29 pg (nilai rujukan 27 – 31), MCHC 36 g/dL (nilai rujukan 32 – 36), RDW-CV 13.1% (nilai rujukan 11.5 – 14.0), Hitung Jenis: Basofil 0.6% (nilai rujukan 0.1 – 1.2), eosinofil 1.4% (nilai rujukan 0.7 – 5.8), neutrofil 69.2% (nilai rujukan 34.0 – 71.1), limfosit 19.2% (nilai rujukan 19.3 – 51.7), monosit 9.6% (nilai rujukan 4.7 – 12.5), NLR 3.60, ALC $1784/\mu\text{L}$, Analisa Gas Darah & Elektrolit: pH 7.474 (nilai rujukan 7.350 – 7.450), p CO₂ 27.3 mmHg (nilai rujukan 32.0 – 45.0), p O₂ 200.7 mmHg (nilai rujukan 95.0 – 100.0), HCO₃ 20.3 mEq/L (nilai rujukan 21.0 - 28.8), base excess -3.5 mmol/L (nilai rujukan -2.5 - +2.5), O₂ saturation 99.6% (nilai rujukan 94.00 – 100.00), natrium 130 mEq/L (nilai rujukan 135 – 147), kalium 2.85 mEq/L (nilai rujukan 3.5 – 5.0), klorida 95 mEq/L (nilai rujukan 96 – 108), Elektrolit: Ureum 19.4 mg/dL (nilai rujukan 16.6 – 48.5), kreatinin 0.53 mg/dL (nilai rujukan 0.51 – 0.95), GFR (CKD-EPI) 100.7 mL/min/1.73 m² (nilai rujukan ≥ 90 kondisi normal), glukosa sewaktu 231 mg/dL (nilai rujukan 70 - 200)

Pemeriksaan laboratorium tgl 14 Maret 2023:

Kimia Klinik: Kolesterol total 92 mg/dL, kolesterol HDL 26.0 mg/dL (nilai rujukan 48.9 – 73.5), kolesterol LDL 37 mg/dL (nilai rujukan <130),

trigliserida 146 mg/dL (nilai rujukan <200), asam urat 2.8 mg/dL (nilai rujukan 2.4 – 5.7)

Pemeriksaan glukosa tgl 14 Maret 2023:

Hasil: GDS 190 mg/dL (Pukul 07.30 WIB), 167 mg/dL (Pukul 12.00 WIB), 189 mg/dL (Pukul 20.00 WIB), PP 199 mg/dL

Pemeriksaan laboratorium tgl 15 Maret 2023:

Elektrolit: Natrium 130 mEq/L (nilai rujukan 135 – 147), kalium 4.20 mEq/L (nilai rujukan 3.5 – 5.0), klorida 96 mEq/L (nilai rujukan 96 – 108)

7. Penatalaksanaan

Cairan infus Assering 500cc/12 jam

Makan diit III rendah garam

Terapi oral: Clopidogrel 1x75 mg (Pukul 12.00 WIB), Amlodipine 1x10 mg (Pukul 23.00 WIB), Metformin 3x500 mg (Pukul 04.00, 12.00, 20.00 WIB).

Terapi injeksi: Mecobalamin 2x500 mg (Pukul 12.00, 24.00 WIB), Citicolin 2x500 mg (Pukul 12.00, 24.00 WIB), Manitol 3x125 ml (Pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB), Ranitidine 2x50 mg (Pukul 12.00, 24.00 WIB), Granisetron 1x30 mg (Pukul 12.00 WIB), Ceftriaxone 1x2 g (Pukul 12.00 WIB).

8. Data Fokus

Data Subjektif: Pasien mengeluh sakit kepala terasa bagian depan dan belakang, pasien mengatakan memiliki hipertensi, pasien mengeluh belakang punggung terasa nyeri, pasien mengatakan tidur suka kebangun karena nyeri belakang punggung, keluarga mengatakan pasien masih

lemas, pasien berusia 68 tahun, pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu.

Data Objektif: Pasien tampak terpasang kateter, pasien tampak terpasang NGT, pasien tampak gelisah, pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur, ADL pasien dibantu, CRT 3 detik, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 4 4 4 4, pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri (tangan dan kaki), tanda-tanda vital: Tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,5°C, hasil lab tgl 13 Maret 2023 pH 7.474, pCO₂ 27.3 mmHg, PO₂ 200.7 mmHg, HCO₃ 20.3 mEq/L, Base excess -3.5 mmol/L, Natrium 130 mEq/L, glukosa sewaktu 231 mg/dL, Hematokrit 35.5%, Limfosit 19.2%, hasil pemeriksaan foto thoraks tgl 13 Maret 2023: Jantung: *Mild cardiomegaly*, Pulmo: *Suspect infiltrat*, hasil pemeriksaan CT scan brain tgl 13 Maret 2023: Stroke iskemik, hasil EKG tgl 13 Maret 2023: Sinus takikardi (frekuensi nadi 106x/menit), hasil lab tgl 14 Maret 2023: Kolesterol HDL 26.0 mg/dL, pemeriksaan glukosa tgl 14 maret 2023: GDS 190 mg/dL (Pukul 07.30 WIB), 167 mg/dL (Pukul 12.00 WIB), 189 mg/dL (Pukul 20.00 WIB), PP 199 mg/dL, hasil lab tgl 15 Maret 2023: Natrium 130 mEq/L, GDS tgl 15 Maret 170 mg/dL (Pukul 07.30 WIB).

9. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sakit kepala terasa bagian depan dan belakang - Pasien mengatakan memiliki hipertensi - Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 3 detik - Tanda-tanda vital: Tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,5°C - Kolestrol HDL 26.0 mg/dL - Hasil pemeriksaan CT 	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Hipertensi</p>

	scan brain: Stroke iskemik		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu - Pasien mengatakan memiliki hipertensi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natrium 130 mEq/L - Hasil pemeriksaan thoraks Jantung: <i>Mild cardiomegaly</i>, Pulmo: <i>Suspect infiltrat</i> - Hasil EKG 13 maret 2023: Sinus takikardi (frekuensi nadi 106x/menit) - Tanda-tanda vital: Tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi 	Risiko penurunan curah jantung	Perubahan irama jantung dan perubahan preload

	<p>napas 22x/menit, suhu 36,5°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 3 detik 		
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu - Keluarga mengatakan pasien masih lemas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data hasil lab 13 maret 2023: Glukosa sewaktu 231 mg/dL - Pemeriksaan GDS 14 maret: GDS 190 mg/dL (Pukul 07.30 WIB), 167 mg/dL (Pukul 12.00 WIB), 189 mg/dL (Pukul 20.00 WIB), PP 199 mg/dL - GDS tgl 15 Maret 170 mg/dL (Pukul 07.30 WIB) 	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>Hiperglikemia (resistensi insulin)</p>

4	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien masih lemas - Pasien mengeluh belakang punggung terasa nyeri - Pasien mengatakan tidur suka kebangun karena nyeri belakang punggung <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur - ADL pasien dibantu - Pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri (tangan dan kaki) - Kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 4 4 4 4 	Gangguan mobilitas fisik	Gangguan neuromuskular
---	--	--------------------------	------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak terpasang kateter - Pasien tampak terpasang NGT 		
5	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital: Frekuensi nadi 96x/menit, suhu 36,5°C - Pemeriksaan thoraks <i>Pulmo: Suspect infiltrat</i> - Glukosa sewaktu 231 mg/dL - Pasien tampak terpasang kateter - Pasien tampak terpasang NGT 	Risiko infeksi	Penyakit kronis dan efek prosedur infasif
6	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh sakit kepala terasa bagian 	Risiko jatuh	Kekuatan otot menurun, perubahan

	<p>depan dan belakang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien masih lemas - Pasien berusia 68 tahun - Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glukosa sewaktu 231 mg/dL - Pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur - Kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 4 4 4 4 - Pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri (tangan dan kaki) 		<p>kadar glukosa darah</p>
--	--	--	----------------------------

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data yang telah disusun diatas maka dapat dirumuskan diagnosis keperawatan yang muncul pada tanggal 15 Maret 2023 sesuai dengan prioritas yaitu:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi.
2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dan perubahan preload.
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (resistensi insulin).
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.
5. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis.
6. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun, perubahan kadar glukosa darah.

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

- 1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan**

Data Subjektif: Pasien mengeluh sakit kepala terasa bagian depan dan belakang, pasien mengatakan memiliki hipertensi, pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu.

Data Objektif: CRT 3 detik, Tanda-tanda vital: Tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,5°C, kolesterol HDL 26.0 mg/dL, hasil pemeriksaan CT scan brain: Stroke iskemik.

Tujuan: Perfusi serebral meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria Hasil: Tingkat kesadaran meningkat (E4M6V5), sakit kepala menurun, kesadaran membaik (compos mentis), tekanan darah sistolik membaik (130 - 140 mmHg), tekanan darah diastolik membaik (80 - 90 mmHg), tidak ditemukan tanda-tanda peningkatan TIK.

Rencana Tindakan:

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi:

- a. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
- b. Monitor status pernapasan
- c. Monitor intake dan output cairan

Terapeutik:

- d. Berikan posisi semi fowler
- e. Berikan cairan IV assering 500cc/12 jam
- f. Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi:

- g. Pemberian obat Clopidogrel 1x75 mg oral (Pukul 12.00 WIB), Amlodipine 1x10 mg oral (Pukul 23.00 WIB), Mecobalamin 2x500 mg IV (Pukul 12.00 & 24.00 WIB), Citicolin 2x500 mg IV (Pukul 12.00 & 24.00 WIB), Manitol 3x125 ml IV (Pukul 06.00, 12.00, 20.00 WIB)

Pelaksanaan:**Tanggal 15 Maret 2023**

Pukul 06.00 memberikan infus Manitol 125 ml drip IV, pasien sudah diberikan obat; pukul 11.00 memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan pusing sedikit, pasien mengatakan tidak merasa mual dan ingin muntah, tekanan darah 140/80 mmHg, pasien tampak tenang, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5; memonitor status pernapasan, frekuensi napas 20x/menit, irama teratur; mempertahankan suhu tubuh normal, suhu 36°C; memberikan posisi semi fowler, pasien mengatakan nyaman, pasien tampak menggunakan bantal pada posisi yang diberikan; pukul 12.00 memberikan cairan IV Assering 500cc/12 jam, cairan infus Assering sudah diganti yang baru 500cc/12 jam; memberikan obat sesuai program: 1 tablet Clopidogrel 75 mg, 1 ampul Mecobalamin 500 mg IV, 1 ampul Citicolin 500 mg, Manitol 125 ml drip IV, pasien sudah diberikan obat, tidak ada reaksi alergi saat dimasukkan obat; memonitor intake dan output cairan, pasien mengatakan minum 300 ml, urine 200 ml; pukul 20.00 memberikan infus Manitol 125 ml drip IV, pasien sudah diberikan obat; pukul 24.00 memberikan obat sesuai program: 1 ampul Mecobalamin 500 mg IV, 1 ampul Citicolin 500 mg IV, pasien sudah diberikan obat.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa mual dan ingin muntah, tekanan darah 135/79 mmHg, pasien tampak tenang, kesadaran compos

mentis dengan GCS E4M6V5; memonitor status pernapasan, frekuensi napas 22x/menit, irama teratur; mempertahankan suhu tubuh normal, suhu 36,7°C; memberikan posisi semi fowler, pasien mengatakan nyaman, pasien tampak menggunakan bantal pada posisi yang diberikan; memberikan infus Manitol 125 ml drip IV, pasien sudah diberikan obat; pukul 12.00 memberikan cairan IV Assering 500cc/12 jam, cairan infus Assering sudah diganti yang baru 500cc/12 jam; memberikan obat sesuai program: 1 tablet Clopidogrel 75 mg, 1 ampul Mecobalamin 500 mg IV, 1 ampul Citicolin 500 mg IV, pasien sudah diberikan obat, tidak ada reaksi alergi saat dimasukkan obat; memonitor intake dan output cairan, pasien mengatakan minum 200 ml, urine 100 ml; pukul 18.00 memberikan infus Manitol 125 ml drip IV, pasien sudah diberikan obat; pukul 24.00 memberikan obat sesuai program: 1 ampul Mecobalamin 500 mg IV, 1 ampul Citicolin 500 mg IV, pasien sudah diberikan obat.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.00 memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa mual dan ingin muntah, tekanan darah 130/85 mmHg, pasien tampak tenang, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5; memonitor status pernapasan, frekuensi napas 22x/menit, irama teratur; mempertahankan suhu tubuh normal, suhu 36°C; memberikan posisi semi fowler, pasien mengatakan nyaman, pasien tampak menggunakan bantal pada posisi yang diberikan.

Evaluasi:**Tanggal 17 Maret 2023**

Subjektif: Pasien mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa mual dan ingin muntah.

Objektif: Tekanan darah 130/85 mmHg, pasien tampak tenang, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36°C.

Analisa: Tujuan tercapai.

Perencanaan: Dihentikan karena pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

2. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dan perubahan preload ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu, pasien mengatakan memiliki hipertensi.

Data Objektif: Natrium 130 mEq/L, hasil pemeriksaan thoraks Jantung: *Mild cardiomegaly*, Pulmo: *Suspect infiltrate*, hasil EKG 13 maret 2023: Sinus takikardi (frekuensi nadi 106x/menit), tanda-tanda vital: Tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,5°C, CRT 3 detik.

Tujuan: Curah jantung meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria Hasil: Takikardia menurun, tekanan darah membaik (130 - 140/80 - 90 mmHg), Capillary refill time (CRT) membaik (<2 detik).

Rencana Tindakan:

Perawatan jantung

Observasi:

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung
- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung
- c. Monitor tekanan darah
- d. Monitor keluhan nyeri dada

Terapeutik:

- e. Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- f. Berikan diet jantung yang sesuai (diit III rendah garam)

Edukasi:

- g. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Pelaksanaan:**Tanggal 15 Maret 2023**

Pukul 10.00 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada edema pada bagian tubuh pasien; mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, tidak ada distensi vena jugularis, pasien mengatakan tidak batuk, pasien mengatakan tidak ada sakit dada; pukul 11.00 memonitor tekanan darah, tekanan darah 140/80 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, CRT 3 detik; memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan tidak ada sakit dada, pasien tampak tenang; memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, pasien mengatakan sudah

nyaman, pasien tampak tenang; pukul 12.00 memberikan diet jantung yang sesuai (diit III rendah garam), pasien makan sesuai anjuran yang diberikan; menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, pasien tampak bisa duduk di tempat tidur, pasien mengatakan lebih banyak tiduran karena kaki dan tangan kirinya terasa lemas.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada edema pada bagian tubuh pasien; mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, tidak ada distensi vena jugularis, pasien mengatakan tidak batuk, pasien mengatakan tidak ada sakit dada; memonitor tekanan darah, tekanan darah 135/79 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, CRT 2 detik; memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan tidak ada sakit dada, pasien tampak tenang; memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, pasien mengatakan sudah nyaman, pasien tampak tenang; pukul 12.00 memberikan diet jantung yang sesuai (diit III rendah garam), pasien makan sesuai anjuran yang diberikan; menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, pasien tampak bisa duduk di tempat tidur.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada edema pada bagian tubuh pasien; mengidentifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung, tidak ada distensi vena jugularis, pasien mengatakan tidak batuk,

pasien mengatakan tidak ada sakit dada; memonitor tekanan darah, tekanan darah 130/85 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, CRT 2 detik; memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan tidak ada sakit dada, pasien tampak tenang; memposisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman, pasien mengatakan sudah nyaman, pasien tampak tenang.

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan tidak ada sesak, pasien mengatakan tidak batuk, pasien mengatakan tidak ada sakit dada.

Objektif: Tidak ada edema pada bagian tubuh pasien, tidak ada distensi vena jugularis, tekanan darah 130/85 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, CRT 2 detik.

Analisa: Tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan: Dihentikan karena pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (resistensi insulin) ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu, keluarga mengatakan pasien masih lemas.

Data Objektif: Data hasil lab 13 maret 2023: glukosa sewaktu 231 mg/dL, pemeriksaan GDS 14 maret: GDS 190 mg/dL (Pukul 07.30 WIB), 167 mg/dL (Pukul 12.00 WIB), 189 mg/dL (Pukul 20.00 WIB), PP 199 mg/dL, GDS tgl 15 Maret 170 mg/dL (Pukul 07.30 WIB).

Tujuan: Kestabilan kadar glukosa darah meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria Hasil: Kesadaran meningkat (compos mentis), pusing menurun.

Rencana Tindakan:

Manajemen hiperglikemia

Observasi:

- a. Monitor kadar glukosa darah
- b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

Terapeutik:

- c. Berikan asupan cairan oral

Edukasi:

- d. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

Kolaborasi:

- e. Pemberian Metformin 3x500 mg oral (Pukul 04.00, 12.00, 20.00 WIB)
- f. Pemberian cairan Assering 500 cc/12 jam

Pelaksanaan:

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 04.00 memberikan 1 tablet Metformin 500 mg, pasien sudah diberikan obat; pukul 07.30 memonitor kadar glukosa darah, gds 170 mg/dL; pukul 12.00 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, pasien mengatakan masih pusing sedikit, pasien mengatakan tidak merasa haus terus menerus, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5; memberikan asupan cairan oral, pasien sudah diberikan minum; menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien mengatakan

rutin minum obat gulanya; memonitor kadar glukosa darah, gds 165 mg/dL; memberikan 1 tablet Metformin 500 mg, pasien sudah diberikan obat, pasien tampak lebih tenang; memberikan cairan Assering 500 cc/12 jam, cairan infus Assering sudah diganti yang baru 500cc/12 jam; pukul 20.00 memonitor kadar glukosa darah, gds 160 mg/dL; memberikan 1 tablet Metformin 500 mg, pasien sudah diberikan obat.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 04.00 memberikan 1 tablet Metformin 500 mg, pasien sudah diberikan obat; pukul 07.30 memonitor kadar glukosa darah, gds 170 mg/dL; pukul 08.00 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, pasien mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa haus terus menerus, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5; memberikan asupan cairan oral, pasien sudah diberikan minum; menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien mengatakan rutin minum obat gulanya; memonitor kadar glukosa darah, gds 168 mg/dL; memberikan 1 tablet Metformin 500 mg, pasien sudah diberikan obat, pasien tampak lebih tenang; memberikan cairan Assering 500 cc/12 jam, cairan infus Assering sudah diganti yang baru 500cc/12 jam; pukul 20.00 memonitor kadar glukosa darah, gds 180 mg/dL; memberikan 1 tablet Metformin 500 mg, pasien sudah diberikan obat.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 04.00 memberikan 1 tablet Metformin 500 mg, pasien sudah diberikan obat; pukul 07.30 memonitor kadar glukosa darah, gds 170 mg/dL; pukul 08.00 memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, pasien

mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa haus terus menerus, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5, pasien tampak tenang; memberikan asupan cairan oral, pasien sudah diberikan minum; menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien mengatakan rutin minum obat gulanya.

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa haus terus menerus.

Objektif: Kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5, pasien tampak tenang.

Analisa: Tujuan tercapai.

Perencanaan: Dihentikan karena pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan

Data Subjektif: Keluarga mengatakan pasien masih lemas, pasien mengeluh belakang punggung terasa nyeri, pasien mengatakan tidur suka kebangun karena nyeri belakang punggung.

Data Objektif: Pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur, ADL pasien dibantu, pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri (tangan dan kaki), kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 4 4 4 4, pasien tampak terpasang kateter, pasien tampak terpasang NGT.

Tujuan: Mobilitas fisik meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria Hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat (bagian tubuh kiri dan kanan 5), rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun.

Rencana Tindakan:

Dukungan mobilisasi

Observasi:

- a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- b. Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan

Terapeutik:

- c. Fasilitasi melakukan pergerakan (ROM)
- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- e. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- f. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Pelaksanaan:

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 10.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tidak mengalami fraktur, pasien mengatakan merasa lemas, kekuatan otot tangan dan kaki kiri 4 4 4 4, kekuatan otot tangan dan kaki kanan 5 5 5 5; menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, pasien sudah mengetahui melakukan pergerakan agar tidak terjadi kekakuan atau kelemahan pada

tubuh; menganjurkan melakukan mobilisasi dini, pasien dapat duduk di tempat tidur; Pukul 12.30 memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM), pasien diajarkan latihan rentang gerak, pasien tampak mengikuti instruksi pada bagian tubuh yang tidak lemah (tangan dan kaki kanan); memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan, pasien tampak tenang, pasien mengatakan tidak merasa nyeri atau sakit; melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga pasien tampak menyimak saat pasien sedang dilakukan latihan rentang gerak, keluarga mengatakan akan membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tidak mengalami fraktur, pasien mengatakan masih merasa lemas, kekuatan otot tangan dan kaki kiri 4 4 4 4, kekuatan otot tangan dan kaki kanan 5 5 5 5; menganjurkan melakukan mobilisasi dini, pasien dapat duduk di tempat tidur; memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan, pasien tampak tenang, pasien mengatakan tidak merasa nyeri atau sakit.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tidak mengalami fraktur, pasien mengatakan sudah tidak lemas, kekuatan otot tangan dan kaki kiri 5 5 5 5, kekuatan otot tangan dan kaki kanan 5 5 5 5; menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, pasien sudah mengetahui melakukan pergerakan agar tidak terjadi kekakuan atau kelemahan pada

tubuh; menganjurkan melakukan mobilisasi dini, pasien dapat berpindah dari tempat tidur ke kursi; Pukul 09.00 memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM), pasien tampak bisa melakukan pergerakan tanpa bantuan; memonitor kondisi umum selama melakukan pergerakan, pasien tampak tenang, pasien mengatakan tidak merasa nyeri atau sakit; melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga pasien tampak menyimak saat pasien sedang dilakukan latihan rentang gerak, keluarga mengatakan akan membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak lemas, pasien mengatakan tidak merasa nyeri atau sakit.

Objektif: Kekuatan otot tangan dan kaki kiri 5 5 5 5, kekuatan otot tangan dan kaki kanan 5 5 5 5, pasien dapat berpindah dari tempat tidur ke kursi, pasien tampak bisa melakukan pergerakan tanpa bantuan.

Analisa: Tujuan tercapai.

Perencanaan: Dihentikan karena pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

5. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu.

Data Objektif: Tanda-tanda vital: frekuensi nadi 96x/menit, suhu 36,5°C, pemeriksaan thoraks *pulmo: Suspect infiltrate*, glukosa sewaktu 231 mg/dl, pasien tampak terpasang kateter, pasien tampak terpasang NGT.

Tujuan: Tingkat infeksi menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria Hasil: Kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, kadar sel darah putih membaik, demam menurun.

Rencana Tindakan:

Pencegahan infeksi

Observasi:

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik:

- b. Batasi jumlah pengunjung
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi:

- e. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- f. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Kolaborasi:

- g. Pemberian Ceftriaxone 1x2g IV (Pukul 12.00 WIB), Ranitidine 2x 50 mg IV (Pukul 12.00, 24.00 WIB), Granisetron 1x30 mg IV (Pukul 12.00 WIB)

Pelaksanaan:

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 10.00 membatasi jumlah pengunjung, pasien hanya dijaga oleh 1 orang; mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan

lingkungan pasien, setiap melakukan tindakan sudah dilakukan cuci tangan; mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, sudah dilakukan setiap melakukan tindakan; mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, keluarga dan pasien tampak mengikuti saat diajarkan; menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, pasien makan sesuai dengan anjuran; pukul 11.00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, suhu 36°C , tidak ada kemerahan dan bengkak, pasien mengatakan tidak merasa ingin muntah; pukul 12.00 memberikan obat sesuai program: 2 vial Ceftriaxone 2g IV, 1 ampul Ranitidine 50 mg IV, 1 ampul Granisetron 30 mg IV, pasien sudah diberikan obat, pasien mengatakan tidak merasa nyeri atau pusing; pukul 24.00 memberikan 1 ampul Ranitidine 50 mg IV, pasien sudah diberikan obat.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 membatasi jumlah pengunjung, pasien hanya dijaga oleh 1 orang; mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, setiap melakukan tindakan sudah dilakukan cuci tangan; mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, sudah dilakukan setiap melakukan tindakan; mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, keluarga dan pasien tampak mengikuti saat diajarkan; menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, pasien makan sesuai dengan anjuran; memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, tidak ada kemerahan dan bengkak, pasien mengatakan tidak merasa ingin muntah; pukul 12.00 memberikan obat sesuai program: 2 vial Ceftriaxone 2g IV, 1 ampul Ranitidine 50 mg IV, 1 ampul Granisetron 30

mg IV, pasien sudah diberikan obat, pasien mengatakan tidak merasa nyeri atau pusing; pukul 24.00 memberikan 1 ampul Ranitidine 50 mg IV, pasien sudah diberikan obat.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.00 membatasi jumlah pengunjung, pasien hanya dijaga oleh 1 orang; mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, setiap melakukan tindakan sudah dilakukan cuci tangan; mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, sudah dilakukan setiap melakukan tindakan; mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, keluarga dan pasien tampak mengikuti saat diajarkan, pasien mengatakan terkadang suka lupa membersihkan tangan; menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, pasien mengatakan makan sesuai dengan anjuran; pukul 11.00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, suhu 36°C, tidak ada kemerahan dan bengkak, pasien mengatakan tidak merasa ingin muntah.

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan makan sesuai dengan anjuran, pasien mengatakan terkadang suka lupa membersihkan tangan, pasien mengatakan tidak merasa ingin muntah.

Objektif: Suhu 36°C, tidak ada kemerahan dan bengkak.

Analisa: Tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan: Dihentikan karena pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

6. Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun, perubahan kadar glukosa darah, gangguan penglihatan ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengeluh sakit kepala terasa bagian depan dan belakang, keluarga mengatakan pasien masih lemas, pasien berusia 68 tahun, pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu.

Data Objektif: Glukosa sewaktu 231 mg/dl, pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 4 4 4 4, pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri (tangan dan kaki).

Tujuan: Tingkat jatuh menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam.

Kriteria Hasil: Jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun.

Rencana Tindakan:

Pencegahan jatuh

Observasi:

- a. Identifikasi faktor resiko jatuh
- b. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

Terapeutik:

- c. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- d. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci

e. Pasang handrail tempat tidur

Edukasi:

f. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

Pelaksanaan:

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 10.00 mengidentifikasi faktor resiko jatuh, pasien mengatakan merasa lemas, pasien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kiri; memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien mengatakan untuk berpindah perlu dibantu karena masih lemas, pasien tampak bisa duduk di tempat tidur; mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pasien dan keluarga sudah memahami kondisi ruangan; memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur dalam kondisi terkunci; memasang handrail tempat tidur, handrail pada tempat tidur selalu terpasang; menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan akan mencoba konsentrasi dalam melakukan pergerakan.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi faktor resiko jatuh, pasien mengatakan merasa lemas, pasien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kiri; memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien mengatakan untuk berpindah perlu dibantu karena masih lemas, pasien tampak bisa duduk di tempat tidur; mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pasien dan keluarga sudah memahami

kondisi ruangan; memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur dalam kondisi terkunci; memasang handrail tempat tidur, handrail pada tempat tidur selalu terpasang; menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan akan mencoba konsentrasi dalam melakukan pergerakan.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.00 mengidentifikasi faktor resiko jatuh, pasien mengatakan sudah tidak lemas; memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien tampak bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi, pasien tampak bisa berpindah tanpa bantuan; mengorientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, pasien dan keluarga sudah memahami kondisi ruangan; memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur dalam kondisi terkunci; memasang handrail tempat tidur, handrail pada tempat tidur selalu terpasang; menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, pasien mengatakan akan mencoba konsentrasi dalam melakukan pergerakan.

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan sudah tidak lemas, pasien mengatakan akan mencoba konsentrasi dalam melakukan pergerakan, pasien mengatakan tidak pernah mengalami jatuh saat berdiri dan turun dari tempat tidur serta berjalan.

Objektif: Pasien tampak bisa berpindah sendiri dari tempat tidur ke kursi, pasien tampak bisa berdiri dan berjalan tanpa bantuan.

Analisa: Tujuan tercapai.

Perencanaan: Dihentikan karena pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menguraikan tentang perbedaan antara teori pada bab dua dengan kasus nyata serta faktor pendukung dan penghambat pada saat memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1105 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 15 Maret – 17 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pada kasus penyebab stroke karena adanya trombosis yang dipicu oleh beberapa faktor risiko yaitu pasien memiliki riwayat hipertensi dan Diabetes Mellitus sejak setahun yang lalu, pasien berusia 68 tahun serta pasien tidak pernah berolahraga, selain itu diagnosis medis menyatakan pasien mengalami Stroke non hemoragik. Menurut penulis penyakit penyerta seperti hipertensi dan diabetes yang dialami oleh pasien menjadi faktor risiko kenapa dapat terjadi stroke apalagi ditambah dengan pola hidup yang kurang baik serta

faktor usia. Menurut Maria (2021) menyebutkan penyebab stroke terbagi menjadi empat faktor yaitu faktor kesehatan: apakah menderita penyakit hipertensi, Diabetes Mellitus, kolestrol tinggi, obesitas, apnea tidur, riwayat mengalami *transient ischaemic attack*, penyakit jantung: seperti gagal jantung, penyakit jantung bawaan, infeksi jantung, atau aritmia. Gaya hidup meliputi: kebiasaan merokok, kurang melakukan aktivitas fisik atau olahraga, konsumsi obat-obatan terlarang, dan kecanduan alkohol. Jenis stroke yang dialami meliputi Stroke Iskemik (non hemoragik) dan Stroke Hemoragik. Faktor lainnya yaitu memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami stroke dan bertambahnya usia.

Manifestasi klinik stroke bergantung pada arteri serebral yang terkena, fungsi otak yang terkena, keparahan, kerusakan serta ukuran daerah otak yang terkena serta derajat sirkulasi kolateral. Manifestasi klinik yang ditemukan pada kasus seperti umumnya pada pasien stroke iskemik meliputi terjadinya penurunan kesadaran meskipun sesaat, mengalami kelemahan pada bagian kiri ekstremitas atas dan bawah. Pada saat pengkajian masih ditemukan adanya keluhan kepala pusing, terdapat peningkatan pola nafas. Pasien tidak mengalami pelo atau disartria, hanya terkadang ketika berbicara suara yang dikeluarkan terlalu kecil dan kurang jelas. Sedangkan manifestasi lain tidak ditemukan karena pasien cepat mendapat penanganan medis sehingga kerusakan fungsi otak belum parah dan ukuran daerah otak yang terkena juga belum cukup luas. Selain itu komplikasi seperti tekanan intrakranial tidak terjadi. Hal ini dibuktikan dari hasil pengkajian pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, tidak ada muntah tanpa adanya rangsangan karena pada

saat terjadi serangan segera dibawa ke rumah sakit dan mendapatkan terapi untuk penanganannya.

Menurut Padila (2019) menyebutkan beberapa manifestasi klinik pada stroke meliputi jika terjadi peningkatan tekanan intrakranial maka akan dijumpai tanda dan gejala berupa penurunan tingkat kesadaran: penurunan orientasi dan respons terhadap stimulus. Adanya perubahan kemampuan gerak pada ekstremitas: terjadi kelemahan sampai kelumpuhan. Tanda gejala lainnya yaitu perubahan ukuran pupil: bilateral atau unilateral dilatasi, perubahan tanda vital: nadi rendah, tekanan pada nadi melebar, pola nafas irregular, terjadi peningkatan suhu tubuh, ada keluhan kepala pusing, muntah proyektil (tanpa adanya rangsangan), terdapat penurunan penglihatan, terjadi defisit kognitif dan bahasa khususnya komunikasi, mengalami pelo atau disartria, terdapat kerusakan pada nervus kranialis, mengalami inkontinensia alvi dan uri.

Komplikasi peningkatan tekanan intrakranial hanya terjadi pada saat awal kejadian, tetapi pada saat pengkajian oleh penulis tidak ditemukan. Peningkatan tekanan intrakranial terjadi karena adanya gangguan aliran darah ke otak. Kondisi penyakit penyerta yang dimiliki pasien yaitu hipertensi dan diabetes mengakibatkan diameter pembuluh darah mengecil, terjadinya penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan terjadinya komplikasi peningkatan tekanan intrakranial. Pada pasien hanya ditemukan adanya *suspect infiltrat* pada *pulmo*. Menurut penulis kondisi tersebut dapat terjadi sebagai akibat dari stroke karena melihat dari pola hidup kebiasaan pasien tidak ada riwayat merokok atau pun mempunyai riwayat

penyakit paru. Menurut Susilo (2019), stroke dapat menyebabkan pneumonia yang terjadi pada masa pemulihan akibat dari immobilisasi. Hal ini terjadi karena daya tahan tubuh melemah sehingga memudahkan terjadinya serangan infeksi, kemudian gangguan kesadaran serta gangguan menelan pada pasien stroke juga menjadi faktor risiko.

Bahrudin (2019), Susilo (2019), Purnomo et al (2017) menyebutkan beberapa pemeriksaan penunjang yang dilakukan meliputi CT scan, EKG, kadar gula darah, elektrolit serum dan faal ginjal, darah lengkap, faal hemostatis, X-foto toraks, ekokardiografi. Pemeriksaan penunjang lain yang perlu dilakukan pada kondisi tertentu meliputi tes faal hati, saturasi oksigen, analisis gas darah, toksikologi, kadar alkohol dalam darah, pungsi lumbal, dan EEG. Pemeriksaan penunjang seperti CT scan, EKG, kadar gula darah, elektrolit serum dan faal ginjal, darah lengkap, X-foto toraks, analisa gas darah sudah sesuai antara teori dengan kasus yang ditemukan. Pada kasus terdapat pemeriksaan penunjang tambahan yaitu pemeriksaan laboratorium kimia klinik.

Menurut Haryono & Utami (2019), Bahrudin (2019), Tarwoto (2013) menyebutkan penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien stroke terbagi menjadi terapi (reperfusi dan neuroproteksi), pembedahan, dan rehabilitasi (terapi fisik, okupasional terapi, terapi bicara). Penatalaksanaan terapi pada kasus sudah sesuai dengan teori yaitu untuk terapi reperfusi pasien mendapatkan clopidogrel dan untuk terapi neuroproteksi pasien mendapatkan citicholin. Pada tindakan pembedahan tidak dilakukan karena pasien tidak ada indikasi untuk dilakukan tindakan tersebut. Penatalaksanaan bersifat

rehabilitasi pada kasus sudah sesuai dengan teori, tetapi untuk okupasional terapi dan terapi bicara tidak dilakukan karena tidak ada indikasi untuk dilakukan tindakan tersebut.

Faktor pendukung yang ditemukan penulis pada saat tahap pengkajian adalah pasien dan keluarga kooperatif saat dilakukan pengkajian sehingga membantu penulis dalam pengumpulan data. Faktor pendukung lainnya yaitu kerjasama yang baik dari kepala ruangan serta perawat ruangan dalam membantu pengumpulan data pemeriksaan penunjang. Faktor penghambat yang penulis temukan pada saat tahap pengkajian adalah sudah ada hasil pemeriksaan CT scan dan foto toraks, namun belum ada ekspertisnya atau hasil deskripsi dari foto tersebut oleh dokter spesialis radiologi. Sebagai solusi atas hambatan tersebut, penulis menggunakan layanan pada halodoc untuk membaca hasil pemeriksaan tersebut tetapi untuk CT scan hanya berupa kesimpulannya saja bahwa foto tersebut menunjukkan pasien mengalami stroke iskemik, tidak bisa dijelaskan secara detail dikarenakan harus dalam berbentuk film atau video sedangkan yang penulis dapat hanya berbentuk foto.

B. Diagnosis Keperawatan

Pada diagnosis keperawatan penulis menemukan adanya perbedaan antara teori dengan kasus, dimana pada teori berdasarkan Tarwoto (2013), Brunner & Suddarth (2014), Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) terdapat enam diagnosis keperawatan pada pasien stroke yaitu: risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, gangguan eliminasi urine, risiko konstipasi. Pada kasus berdasarkan hasil analisa data penulis menemukan enam diagnosa

keperawatan, dimana untuk dua diagnosis yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan teori. Kemudian untuk empat diagnosis yang lain tidak sesuai dengan teori yaitu resiko penurunan curah jantung, ketidakstabilan glukosa darah, risiko infeksi dan risiko jatuh.

Empat (4) diagnosis keperawatan yang ada di teori tetapi tidak ditemukan di kasus yaitu: Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler. Menurut teori Astriani et al. (2019), gangguan komunikasi verbal yang terjadi pada pasien yang mengalami Stroke Iskemik atau Stroke Non Hemoragik terjadi akibat iskemik yang menimbulkan lesi pada area broca dan area wernicke, yang dimana pada area broca ini berperan sebagai area motorik bicara yang berhubungan dengan motorik bicara yang mengontrol otot-otot penting untuk artikulasi bicara. Pada area wernicke berhubungan dengan pengertian dan pengenalan bahasa lisan. Pada kasus tidak ditemukan adanya gangguan komunikasi verbal karena saat dilakukan pengkajian oleh penulis didapatkan bahwa pasien masih dapat berbicara atau berkomunikasi dengan jelas serta masih dapat memahami dan menjawab apa yang penulis tanyakan, hanya saja saat berbicara pasien mengeluarkan suaranya terlalu kecil sehingga terkadang kurang jelas dan harus dari dekat untuk mendengarnya.

Diagnosis keperawatan kedua yang ada di teori tetapi tidak ditemukan di kasus yaitu: Defisit perawatan diri: ADL berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan. Menurut teori Iswahyuni et al. (2015), defisit perawatan diri merupakan keadaan dimana seseorang mengalami suatu gangguan atau kerusakan pada fungsi motorik atau kognitifnya yang

menyebabkan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan dirinya terjadi penurunan. Pada kasus tidak dimunculkan diagnosis defisit perawatan diri karena walaupun pasien mengalami kelemahan yaitu pada sisi tubuhnya yang sebelah kiri dan beberapa ADL pasien harus dibantu oleh keluarganya, tetapi pasien masih dapat menggunakan ekstremitas sebelah kanan dalam melakukan perawatan diri. Pasien juga sangat memperhatikan kebersihan dirinya dibuktikan dengan keadaan kulit pasien baik, keadaan rambut tekstur baik dan bersih, tidak ada ketombe dan tidak berminyak.

Diagnosis keperawatan ketiga yang ada sesuai teori tetapi tidak ditemukan di kasus yaitu: Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, ketidakmampuan mengakses toilet, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi. Menurut teori dari Rasyid et al. (2015), gangguan eliminasi urine: Inkontinensia urine terjadi karena terputusnya jalur *neuromicturition* yang terjadi akibat Stroke Iskemik atau perdarahan yang menyebabkan kandung kemih mengalami peningkatan reflek atau *bladder hyperreflexia*. Gangguan pada fungsi kognitif dan bahasa yang diakibatkan karena stroke juga menyebabkan seseorang yang terkena stroke kesulitan untuk mengkomunikasikan keinginannya untuk buang air kecil. Terakhir, gangguan pada lobus frontal yang memegang peranan sebagai pusat pengaturan tertinggi untuk miksi dan defekasi.

Pada kasus tidak ditemukan diagnosis gangguan eliminasi urine karena saat melakukan pengkajian meskipun pasien terpasang kateter urine namun tidak ada keluhan dari pasien terkait efek dari pemasangan kateter ini.

Meskipun demikian penulis mempertimbangkan efek pemasangan kateter ini dapat menimbulkan masalah baru apalagi pasien mempunyai riwayat Diabetes Mellitus dimana menurut Triyani et al. (2023) bahwa dilaporkan pasien dengan penyakit kronis seperti Diabetes Mellitus rentan sekali terkena infeksi. Alat invasif seperti pemasangan kateter dan selang nasogastrik merupakan akses terbaik bakteri masuk ke dalam tubuh pasien. Oleh karena itu untuk mengantisipasi kondisi tersebut maka penulis mengangkat diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Saat kateter dilepas pada tanggal 17 Maret 2023 pasien kembali bisa berkemih secara spontan dan pasien bisa mengkomunikasikan keinginannya untuk berkemih karena pasien tidak mengalami gangguan komunikasi.

Diagnosis keperawatan keempat yang ada di teori tetapi tidak ditemukan di kasus yaitu: Risiko konstipasi berhubungan dengan menurunnya kontrol volunteer, kerusakan komunikasi, perubahan peristaltik, immobilisasi. Menurut teori dari Rasyid et al. (2015), Konstipasi dapat disebabkan karena kurangnya cairan yang masuk dalam tubuh atau dehidrasi, adanya terjadi penurunan kesadaran dan menyebabkan kurangnya mobilisasi, mengkonsumsi beberapa jenis obat-obatan seperti diuretik osmotik yaitu manitol. Pada kasus tidak ditemukan diagnosis tersebut walaupun pasien mendapatkan terapi manitol. Pola eliminasi buang air besar pasien pada saat sebelum dirawat dengan saat dirawat di rumah sakit sama yaitu 1x/hari dengan waktunya tidak tentu dan konsistensi feses lunak serta tidak ada keluhan saat buang air besar.

Diagnosis keperawatan yang tidak ditemukan di teori tetapi muncul pada kasus yaitu: Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan

irama jantung dan perubahan *preload*. Hal ini dibuktikan dengan data yang penulis dapatkan yaitu pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu, pasien mengatakan memiliki hipertensi, natrium 130 mEq/L, hasil pemeriksaan thoraks Jantung: *mild cardiomegaly*, Pulmo: *suspect infiltrate*, hasil EKG 13 maret 2023: sinus takikardi (frekuensi nadi 106x/menit), tanda-tanda vital: tekanan darah 138/76 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36,5°C, CRT 3 detik.

Diagnosis keperawatan kedua yang tidak ditemukan di teori tetapi muncul pada kasus yaitu: Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (resistensi insulin). Hal ini dibuktikan dengan data yang penulis dapatkan yaitu pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu, keluarga mengatakan pasien masih lemas, data hasil lab 13 maret 2023: Glukosa sewaktu 231 mg/dL, pemeriksaan GDS 14 maret: GDS 190 mg/dL (Pukul 07.30 WIB), 167 mg/dL (Pukul 12.00 WIB), 189 mg/dL (Pukul 20.00 WIB), PP 199 mg/dL, GDS tgl 15 Maret 170 mg/dL (Pukul 07.30 WIB).

Diagnosis keperawatan ketiga yang tidak ditemukan di teori tetapi muncul pada kasus yaitu: Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Hal ini dibuktikan dengan data yang penulis dapatkan yaitu pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu, tanda-tanda vital: frekuensi nadi 96x/menit, suhu 36,5°C, pemeriksaan thoraks *pulmo: suspect infiltrate*, glukosa sewaktu 231 mg/dl, pasien tampak terpasang kateter, pasien tampak terpasang NGT.

Diagnosis keperawatan keempat yang tidak ditemukan di teori tetapi muncul pada kasus yaitu: Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun, perubahan kadar glukosa darah. Hal ini dibuktikan dengan data yang penulis dapatkan yaitu pasien mengeluh sakit kepala terasa bagian depan dan belakang, keluarga mengatakan pasien masih lemas, pasien berusia 68 tahun, pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes mellitus sejak setahun yang lalu, glukosa sewaktu 231 mg/dl, pasien tampak terbaring lemah di atas tempat tidur, kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah 5 5 5 5 dan ekstremitas kiri atas dan bawah 4 4 4 4, pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri (tangan dan kaki).

Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosis keperawatan yaitu dengan tersedianya berbagai buku referensi tentang stroke yang cukup membantu penulis, data pasien yang lengkap serta buku-buku dari perpustakaan. Faktor penghambat yang penulis rasakan pada tahap diagnosis adalah merumuskan diagnosis yang tepat sesuai dengan data dan analisa data yang telah penulis buat. Sebagai solusi atas hambatan tersebut, penulis memperbanyak melihat dan membaca referensi terkait diagnosis keperawatan pada pasien stroke.

C. Perencanaan

Pada kasus dan teori dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan mulai dari prioritas masalah dibuat dengan menyesuaikan waktu praktik penulis yaitu 3x24 jam, sedangkan untuk tujuan serta kriteria hasil disusun secara spesifik dan dapat diukur. Pada teori dan kasus untuk diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif dalam prioritas masalah menempati urutan

kesatu. Adapun dalam tujuan tidak terdapat perbedaan antara teori dengan kasus, tetapi untuk kriteria hasil terdapat perbedaan karena pada kasus dibuat dengan menyesuaikan kondisi pasien yang dapat diukur dan menyesuaikan dengan buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Kriteria hasil pada teori yaitu pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik. Pada kasus untuk kriteria hasil yang penulis buat menyesuaikan dengan kondisi pasien yang dapat diukur yaitu tingkat kesadaran meningkat (E4M6V5), sakit kepala menurun, kesadaran membaik (compos mentis), tekanan darah sistolik membaik (130 - 140 mmHg), tekanan darah diastolik membaik (80 - 90 mmHg), tidak ditemukan tanda-tanda peningkatan TIK. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat pada kasus dan teori sesuai, hanya saja terdapat perbedaan dalam menjabarkannya tetapi pada intinya sama yaitu untuk memonitor apakah ada tanda/gejala peningkatan TIK.

Pada teori untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik, ada pada urutan kedua dalam prioritas masalah, sedangkan pada kasus ada di urutan keempat karena untuk urutan kedua ada risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan irama jantung dan perubahan *preload*. Pada urutan ketiga yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia (resistensi insulin). Penulis membuat gangguan mobilitas fisik berada pada prioritas masalah urutan keempat karena dilihat dari data dan kondisi pasien, kedua diagnosis pada urutan kedua dan ketiga lebih harus diutamakan terlebih dahulu karena kedua masalah tersebut bila muncul dapat memperburuk masalah perfusi serebral pada pasien stroke. Pada tujuan tidak terdapat

perbedaan antara kasus dengan teori. Kriteria hasil antara teori dengan kasus sesuai, tetapi terdapat perbedaan pada teori yaitu mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit. Perbedaan tersebut karena pada kasus, penulis menyesuaikan kriteria hasil di buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia dengan data objektif maupun subjektif yang penulis dapatkan dari pasien.

Rencana tindakan keperawatan pada kasus dan teori mayoritas sudah sesuai, hanya ada beberapa rencana yang ada pada teori tidak dimunculkan di kasus yaitu adanya rencana tindakan untuk inspeksi serta observasi kulit pada daerah tertekan. Pada kasus penulis tidak mengambil kedua rencana tindakan tersebut dikarenakan penulis mengambil rencana disesuaikan dengan kondisi pasien yang masih dapat miring kiri dan kanan sendiri.

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan adanya hambatan. Banyaknya akses untuk mendapatkan sumber penulisan pada teori rencana tindakan keperawatan ini sangat memudahkan penulis. Rencana tindakan keperawatan berdasarkan teori yang disusun oleh penulis bersumber dari buku Tarwoto (2013), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

D. Pelaksanaan

Penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun selama 3x24 jam. Adapun rencana tindakan keperawatan yang telah disusun penulis sebelumnya dapat terealisasi semua, namun belum dapat dilakukan secara maksimal dalam pelaksanaannya.

Diagnosis keperawatan risiko penurunan curah jantung, intervensi monitor tekanan darah, dimana intervensi ini bertujuan untuk mengetahui tekanan darah pada pasien saat itu berapa. Hal ini dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis dan alat tensimeter di ruangan. Sebagai solusinya penulis melakukan kolaborasi dengan perawat ruangan dalam memonitor tekanan darah. Intervensi monitor keluhan nyeri dada, dimana intervensi ini bertujuan untuk mengetahui apakah pasien saat ini mengalami keluhan nyeri pada dada atau tidak. Hal ini dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki penulis serta keluarga yang menunggu pasien berbeda-beda orang. Sebagai solusinya penulis menjelaskan kepada keluarga untuk memperhatikan dan menanyakan kepada pasien jika terdapat keluhan nyeri dada untuk melaporkan kepada perawat ruangan.

Diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik, intervensi untuk melakukan pergerakan (ROM), dimana intervensi ini bertujuan untuk mencegah terjadinya kekakuan pada sendi dan kontraktur akibat dari imobilisasi. Hal ini dikarenakan terbatasnya waktu penulis. Sebagai solusi penulis sudah menjelaskan dan menyampaikan kepada keluarga tentang tindakan melakukan pergerakan (ROM) dan berkolaborasi dengan perawat ruangan untuk mengingatkan keluarga tentang pentingnya melakukan pergerakan (ROM). Pada hari terakhir penulis hanya dapat melakukan tindakan keperawatan sampai pukul 11.00 WIB karena pasien saat itu sudah diperbolehkan untuk pulang dan pada saat yang bersamaan penulis sedang membantu perawat ruangan karena ada pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

Faktor pendukung yang penulis rasakan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu pasien dan keluarga yang kooperatif, kerjasama yang baik serta kepercayaan untuk melakukan tindakan keperawatan yang diberikan dan ditunjukkan oleh perawat ruangan, juga peran keluarga yang memberikan semangat kepada penulis dan lingkungan yang baik saat praktik.

Adapun hambatan yang penulis temukan selama melaksanakan tindakan keperawatan tersebut adalah dalam menjelaskan dan melakukan mengenai tindakan latihan rentang gerak sendi kepada pasien dan keluarga karena kurang fokus dalam memperhatikan yang penulis jelaskan, dikarenakan penulis menyadari bahwa penulis terlalu cepat menjelaskan akibat grogi, tetapi pasien dan keluarga masih dapat mengulangi gerakan walau tidak sesuai dengan urutan. Sebagai solusinya penulis melakukan latihan terlebih dahulu dan memilih waktu yang tepat untuk melakukan pendidikan kesehatan sehingga penulis lebih fokus dan percaya diri serta pasien dan keluarga lebih memahami penjelasan yang akan diberikan oleh penulis.

E. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini, penulis menyesuaikan dengan teori yang didapatkan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil dilakukan untuk melihat pencapaian tujuan kriteria hasil. Dari enam diagnosis keperawatan yang diangkat pada kasus, ada empat diagnosis keperawatan yang sudah tercapai dan dua diagnosis keperawatan yang tercapai sebagian.

Diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa mual dan

ingin muntah, tekanan darah 130/85 mmHg, pasien tampak tenang, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5, frekuensi napas 22x/menit, suhu 36°C.

Diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak pusing, pasien mengatakan tidak merasa haus terus menerus, kesadaran compos mentis dengan GCS E4M6V5, pasien tampak tenang.

Diagnosis gangguan mobilitas fisik tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak lemas, pasien mengatakan tidak merasa nyeri atau sakit, kekuatan otot tangan dan kaki kiri 5 5 5 5, kekuatan otot tangan dan kaki kanan 5 5 5 5, pasien dapat berpindah dari tempat tidur ke kursi, pasien tampak bisa melakukan pergerakan tanpa bantuan.

Diagnosis risiko jatuh tercapai dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak lemas, pasien mengatakan akan mencoba konsentrasi dalam melakukan pergerakan, pasien mengatakan tidak pernah mengalami jatuh saat berdiri dan turun dari tempat tidur serta berjalan, pasien tampak bisa berpindah sendiri dari tempat tidur ke kursi, pasien tampak bisa berdiri dan berjalan tanpa bantuan.

Diagnosis risiko penurunan curah jantung tercapai sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak ada sesak, pasien mengatakan tidak batuk, pasien mengatakan tidak ada sakit dada, tidak ada edema pada bagian tubuh pasien, tidak ada distensi vena jugularis, tekanan darah 130/85 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, CRT 2 detik. Diagnosis ini tercapai sebagian dikarenakan pada kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan ada yang belum tercapai yaitu *capillary refil time* membaik (<2 detik).

Diagnosis risiko infeksi tercapai sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan makan sesuai dengan anjuran, pasien mengatakan terkadang suka lupa membersihkan tangan, pasien mengatakan tidak merasa ingin muntah, suhu 36°C, tidak ada kemerahan dan bengkak. Diagnosis ini tercapai sebagian dikarenakan pada kriteria hasil yang telah dibuat pada tahap perencanaan ada yang belum tercapai yaitu kebersihan badan meningkat, kadar sel darah putih membaik. Pada kebersihan badan belum tercapai karena saat dievaluasi pasien terkadang suka lupa untuk membersihkan tangannya, sedangkan kadar sel darah putih tidak diketahui membaik atau tidak karena sampai hari terakhir tidak adanya pemeriksaan laboratorium terbaru.

Faktor pendukung yang ditemukan penulis saat penyusunan evaluasi adalah kriteria hasil yang sesuai dan pasien yang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan yang diberikan oleh penulis, serta dukungan dari keluarga pasien dan motivasi dari pasien yang ingin cepat sembuh agar bisa berkumpul di rumah bersama anak-anak dan cucunya. Adapun hambatan yang penulis temukan yaitu untuk data penunjang tidak ada yang terbaru lagi dan sampai hari terakhir untuk hasil ekspertisnya CT scan dan foto toraks belum ada. Hambatan lainnya yaitu dalam pendokumentasian tindakan beberapa tulisan banyak yang sulit dimengerti dan perlu dibaca lebih saksama.

BAB V

PENUTUP

Dalam bab ini penulis dapat menarik kesimpulan setelah melakukan asuhan keperawatan pada Pasien Ny. R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1105 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 15 Maret – 17 Maret 2023 serta memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

A. Kesimpulan

Pada kasus beberapa faktor risiko yang menjadi penyebab stroke yaitu pasien memiliki riwayat hipertensi dan Diabetes Mellitus sejak setahun yang lalu, pasien berusia 68 tahun serta pasien tidak pernah berolahraga, selain itu diagnosis medis menyatakan pasien mengalami stroke non hemoragik. Penulis menemukan beberapa perbedaan antara teori dengan kasus pada pengkajian antara lain: manifestasi klinik yang ditemukan pada pasien meliputi tidak terdapat penurunan penglihatan, pasien tidak mengalami pelo atau disartria, serta pada pemeriksaan penunjang terdapat pemeriksaan laboratorium kimia klinik dan penatalaksanaan tidak semuanya diberikan karena disesuaikan kondisi pasien.

Dalam melaksanakan pengkajian, tentunya penulis menemukan hambatan maupun pendukung diantaranya yaitu: hasil pemeriksaan penunjang CT scan dan foto toraks yang belum ada ekspertisinya, tetapi penulis mendapatkan faktor pendukung dari kepala ruangan serta perawat ruangan yang membantu dan pasien serta keluarga yang kooperatif saat dilakukan pengkajian.

Penulis menemukan enam diagnosis pada pasien, dimana dua diagnosis sesuai dengan teori yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik. Namun ada empat diagnosis yang tidak sesuai dengan teori, tetapi muncul di kasus yaitu gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, gangguan eliminasi urine, dan risiko konstipasi.

Pada tahap perencanaan, penulis melakukan penyusunan berdasarkan prioritas masalah serta menyesuaikan apa yang tertulis di teori dengan kondisi pasien pada kasus yang penulis ambil dan dibuat dengan menyesuaikan waktu praktik penulis yaitu 3x24 jam. Adapun terdapat perencanaan yang berbeda pada teori dengan kasus karena kondisi pasien yang ditemukan di lapangan berbeda-beda sehingga perencanaan yang penulis buat menyesuaikan dengan kasus yang didapat.

Dalam pelaksanaan, rencana tindakan keperawatan yang telah disusun selama 3x24 jam dapat terealisasi semua tetapi belum dapat dilakukan secara maksimal dalam pelaksanaannya. Dalam pelaksanaan, penulis menemui hambatan seperti kurangnya fokus pasien dan keluarga saat diberikan pendidikan kesehatan.

Pada tahap evaluasi terdapat empat diagnosis keperawatan yang sudah tercapai dan dua diagnosis keperawatan yang tercapai sebagian. Diagnosis

keperawatan yang sudah tercapai yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh. Diagnosis keperawatan yang tercapai sebagian yaitu risiko penurunan curah jantung dan risiko infeksi.

B. Saran

Sebagai usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam melakukan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik, maka penulis berkenan memberikan saran, antara lain:

1. Bagi perawat ruangan

Untuk pencatatan dalam pendokumentasian perkembangan keadaan pasien dilakukan dengan tulisan yang lebih rapi dan jelas sehingga memudahkan tenaga kesehatan yang membutuhkan informasi tersebut. Untuk penyediaan alat sudah cukup baik, namun masih ada beberapa alat yang perlu diperhatikan seperti tensimeter karena terkadang suka eror, agar mempermudah perawat dalam melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan baik.

2. Untuk penulis

Untuk penulis supaya lebih mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan dan keperawatan terlebih saat menyusun dan memberikan asuhan keperawatan dengan cara memperbanyak membaca buku yang berkaitan, memperbanyak literatur dan terus memperbaharui informasi tentang Stroke Non Hemoragik sesuai dengan perkembangan.

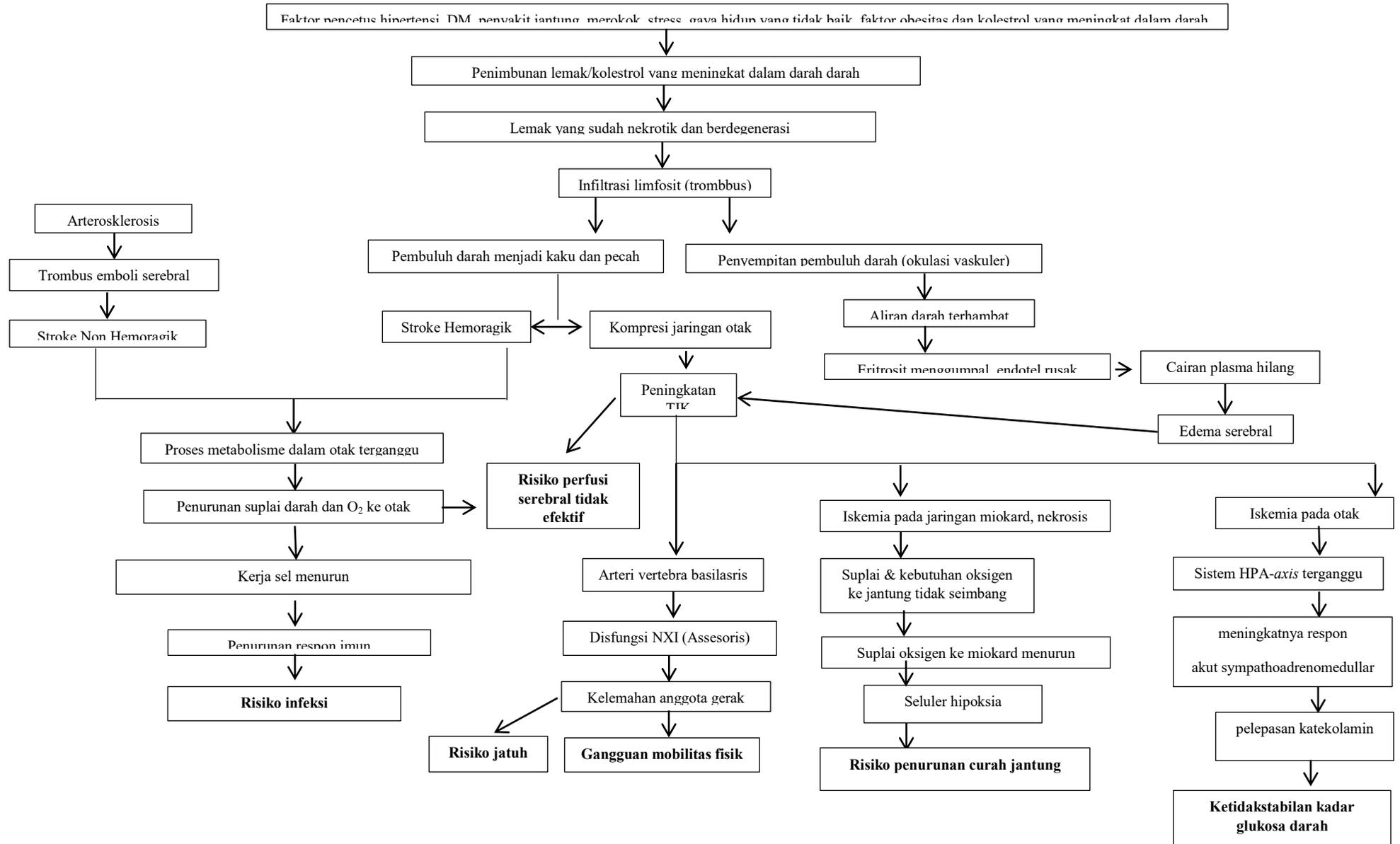
DAFTAR PUSTAKA

- Adnyana, I. M. O. (2020). *Stroke iskemik dari patofisiologi sampai kematian sel (apoptosis dan nekrosis) dan astrosit sebagai target neuroprotektor*. Bali: PT Intisari Sains Medis.
- Astriani, N. M. D. Y., Dewi, P. I. S., Heri, M., & Widiari, N. K. E. (2019). *Terapi aiueo terhadap kemampuan berbicara (afasia motorik) pada pasien stroke*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(2), 396–405. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.924>
- American Heart Association. (2023). *Types of stroke*. <https://www.heart.org/>.
- Bahrudin, M. (2019). *Neurologi klinis*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Brunner, & Suddarth. (2014). *Keperawatan medikal bedah* (12th ed.). Jakarta: EGC.
- Hadinata, D., & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi keperawatan*. Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung. <https://repository.penerbitwidina.com/publications/439035/metodologi-keperawatan>
- Hartono, E., Puspitasaria, M., & Adam, O. (2019). *Gambaran tekanan darah pada pasien stroke hemoragik dengan diabetes melitus dan non diabetes melitus di bagian saraf rumkital dr.ramelan surabaya*. *Jurnal Sinaps*, 2(1), 1–8.
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2019). *Keperawatan medikal bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Iswahyuni, S., Rejo, & D, R. (2015). *Prosiding seminar nasional fakultas ilmu kesehatan update: upaya promotif, preventif, dan rehabilitatif dalam penanganan stroke. 1*, 17–24.
- Jamaluddin, M., Widiyaningsih, W., & Nadhifah, Z. (2020). *Peningkatan fleksibilitas sendi pada pasien stroke dengan terapi tali temali*. *Journal Of Health Science (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 5(2), 74–78. <https://doi.org/10.24929/jik.v5i2.1076>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan nasional riskesdas 2018*. In *Kementerian Kesehatan RI*. <https://www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematian-terbanyak-ke-2-di-indonesia.html>

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Infodatin stroke: don't be the one*. Jakarta: Pusat data dan informasi kemenkes RI.
- Leniwita, H., & Anggraini, Y. (2019). *Model dokumentasi keperawatan*. In fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. <http://repository.uki.ac.id/2738/1/MODULDOKUMENTASIKEPERAWATAN.pdf>
- Liswanti, R., Elka Putra, & F. iqbal. (2016). *Multi media campaignakronim f.a.s.t dalam mengurangi mortalitas dan morbiditas kegawatdaruratan penyakit stroke*. *Majority*, 5(1), 43–48. <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/978>
- Maria, I. (2021). *Asuhan keperawatan diabetes mellitus dan asuhan keperawatan stroke* (1st ed.). Sleman: Penerbit Deepublish.
- Mutiarasari, D. (2019). *Ischemic stroke: symptoms, risk factors, and prevention*. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
- Padila. (2019). *Buku Ajar: Keperawatan medikal bedah dilengkapi asuhan keperawatan pada sistem cardio, perkemihan, integumen, persyarafan, gastrointestinal, muskuloskeletal, reproduksi, dan respirasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Priyoto. (2018). *Ilmu keperawatan komunitas* (1st ed.). Yogyakarta: Pustaka Panasea.
- Purnomo, H., Dalhar, M., Noersyahdu, H., Rianawati, S. B., Rahayu, M., Arisetijono, E., Budiarso, B., Kusuma, S. N., Santoso, W. M., Husna, M., Munir, B., Afif, Z., Rachmawati, D., Setianto, C. A., Rakhmatiar, R., & Damayanti, R. (2017). *Buku ajar neurologi* (1st ed.). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Puspitasari, P. N. (2020). *Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>
- Rasyid, A., Misbach, J., & Harris, S. (2015). *Stroke: komplikasi medis & tata laksana*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Susilo, C. B. (2019). *Keperawatan medikal bedah persarafan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan medikal bedah gangguan sistem persarafan* (Mariyam (ed.); II). Jakarta: CV Sagung Seto.

- PPNI. (2017). *Standar diagnosa keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik, edisi I*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: definisi dan tindakan keperawatan, edisi I*. Jakarta: DPP PPNI.
- Triyani, N. N., Arsana, I. N., & Sudaryati, N. uh G. (2023). *Infeksi saluran kemih pada pasien dewasa*. *Jurnal Widya Biologi*, 13, 553–557.
- Widyarani, L. (2022). *Deteksi dini kegawatdaruratan stroke pada lingkup prehospital dengan metode face-arm-speech-time (fast)*. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 10(1), 1–9. <http://jurnal.stikes-notokusumo.ac.id/index.php/jkn/article/view/199%0Ahttps://jurnal.stikes-notokusumo.ac.id/index.php/jkn/article/download/199/136>

PATOFISIOLOGI



Sumber: Haryono & Utami (2019); Tarwoto (2013)

ANALISA OBAT

1. Clopidogrel

Manfaat:

Mengurangi kejadian aterosklerosis pada pasien yang berisiko tinggi, termasuk pasien yang memiliki riwayat infark miokard dan gejala lain dari sindrom koroner akut, stroke, serta penyakit arteri perifer.

Indikasi:

Mengurangi kejadian aterosklerosis (infark miokard, stroke dan kematian vaskular) pada pasien dengan aterosklerosis yang ditandai dengan stroke yang belum lama, terjadi infark miokard atau penyakit arteri lain.

Kontraindikasi:

Perdarahan patologis aktif (misalnya tukak peptik atau perdarahan intrakranial). Gangguan hati yang parah

Efek samping:

Signifikan: Hipersensitivitas obat lintas-reaktif (misalnya ruam, angioedema, reaksi hematologis) di antara thienopyridines; waktu perdarahan memanjang. Jarang, didapat hemofilia.

Gangguan sistem darah dan limfatik: Trombositopenia, leukopenia, eosinofilia, neutropenia.

Gangguan pencernaan: Diare, sakit perut, dispepsia, tukak lambung, tukak duodenum, gastritis, muntah, mual, sembelit, perut kembung.

Gangguan umum dan kondisi tempat pemberian: Pendarahan di tempat tusukan.

Pemeriksaan penunjang: Penurunan jumlah neutrofil dan trombosit.

Gangguan sistem saraf: Sakit kepala, parestesia, pusing.

Gangguan ginjal dan saluran kemih: Hematuria.

Gangguan pernapasan, toraks dan mediastinum: Epistaksis.

Gangguan kulit dan jaringan subkutan: Memar, gatal-gatal.

Gangguan pembuluh darah: Hematoma.

2. Amlodipine

Manfaat:

Untuk menurunkan tekanan darah tinggi, membantu mencegah stroke, serangan jantung, dan masalah ginjal. Amlodipine juga digunakan untuk mencegah beberapa jenis nyeri dada (angina). Obat ini membantu meningkatkan kemampuan tubuh untuk berolahraga dan mengurangi frekuensi serangan angina.

Indikasi:

Amlodipine diindikasikan untuk pengobatan lini pertama hipertensi dan dapat digunakan sebagai agen tunggal untuk mengontrol tekanan darah pada sebagian besar pasien.

Kontraindikasi:

Hipotensi berat, syok (termasuk syok kardiogenik), obstruksi saluran keluar ventrikel kiri (misalnya stenosis aorta derajat tinggi), gagal jantung dengan hemodinamik tidak stabil setelah infark miokard akut.

Efek samping:

Signifikan: Hipotensi simtomatik, edema perifer.

Gangguan jantung : Palpitasi.

Gangguan mata: Gangguan penglihatan.

Gangguan pencernaan: Sakit perut, mual, dispepsia, diare, sembelit.

Gangguan umum dan kondisi tempat pemberian: Edema, kelelahan, asthenia.

Gangguan muskuloskeletal dan jaringan ikat: Pembengkakan pergelangan kaki, kram otot.

Gangguan sistem saraf: Somnolen, pusing, sakit kepala.

Gangguan pernapasan, toraks dan mediastinum: Dyspnoea.

Gangguan pembuluh darah: Pembilasan.

3. Metformin

Manfaat:

Mengontrol dan menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes tipe 2.

Indikasi:

Terapi awal untuk diabetes dewasa dengan keadaan kelebihan berat badan serta kadar gula darah yang tidak dapat dikendalikan hanya dengan diet saja.

Terapi kombinasi untuk kegagalan terapi sulfonilurea primer atau sekunder.

Terapi tambahan pada IDDM untuk mengurangi dosis insulin.

Kontraindikasi:

Asidosis metabolik akut atau kronis, termasuk ketoasidosis diabetik (dengan atau tanpa koma); pra-koma diabetes; kondisi akut yang dapat mengubah fungsi ginjal (misalnya dehidrasi, infeksi berat, syok), kondisi akut atau kronis yang dapat menyebabkan hipoksia jaringan (misalnya gagal jantung akut yang tidak stabil; gagal napas, infark miokard baru-baru ini; emboli paru, kehilangan darah akut yang signifikan, sepsis, gangren, pankreatitis), keracunan alkohol akut atau alkoholisme. Gangguan hati atau ginjal berat

(eGFR <30 mL/menit). Pemberian intravaskular bersamaan dengan agen kontras beryodium.

Efek samping:

Signifikan: Kekurangan vitamin B 12 (penggunaan jangka panjang).

Gangguan gastrointestinal: Mual, muntah, sakit perut atau kesusahan, perut kembung, diare, dispepsia, gangguan penecapan.

Gangguan metabolisme dan nutrisi: Kehilangan nafsu makan.

Gangguan muskuloskeletal dan jaringan ikat: Asthenia.

4. Mecobalamin

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.

5. 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:

Hipertonia 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. Manitol

Manfaat:

Untuk mengurangi tekanan dalam otak (tekanan intrakranial), tekanan dalam bola mata (tekanan intraokular), dan pembengkakan otak (cerebral edema).

Indikasi:

Menurunkan tekanan intrakranial, intraokular, mengurangi cerebral edema, dan mengobati oliguria.

Kontraindikasi:

Kemacetan atau edema paru; perdarahan intrakranial; CHF; edema metabolik dengan kerapuhan kapiler yang abnormal; anuria karena penyakit ginjal yang parah; dehidrasi parah.

Efek samping:

Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit; asidosis (dengan dosis tinggi). Mual, muntah, haus; sakit kepala, pusing, kejang, menggigil, demam; takikardia, nyeri dada; penglihatan kabur; urtikaria dan hipotensi atau hipertensi; gagal ginjal akut; nekrosis kulit; tromboflebitis.

7. Ranitidine

Manfaat:

Untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih.

Indikasi:

Penanganan GERD atau gastroesophageal reflux disease, ulkus peptikum, esofagitis erosif, dan kondisi hipersekretori seperti sindrom Zollinger-Ellison.

Kontraindikasi:

Penggunaan pada pasien dengan alergi terhadap obat ini atau sediaanannya.

Efek samping:

Sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah, sakit perut.

8. Granisetron

Manfaat:

Mencegah dan mengobati mual dan muntah akibat efek samping kemoterapi, radioterapi, dan pascaoperasi.

Indikasi:

Mual dan muntah.

Kontraindikasi:

Orang yang memiliki alergi berat (hipersensitivitas) terhadap granisetron atau zat-zat lain yang terkandung dalam obat granisetron.

Efek samping:

Sakit kepala, insomnia, konstipasi, diare, peningkatan transaminase hati; perpanjangan QT; bradikardia, palpitasi, sindrom sinus sakit, nyeri dada.
Reaksi situs aplikasi (transdermal): Ruam, nyeri, eritema, pruritus, iritasi, terbakar, vesikel, urtikaria, perubahan warna; menambal non-adhesi.

9. 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.

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Stroke Non Hemoragik
Sub Pokok Bahasan	: Rentang Pergerakan Sendi (ROM)
Sasaran	: Ny. R dan keluarga
Waktu	: 30 Menit
Tempat	: Ruang Neurologi RSUD Koja, Gedung D lantai 11
Hari/Tanggal	: Kamis, 16 Maret 2023
Penyuluhan Husada)	: Devintha Rahma Yanti (Mahasiswa STIKes RS

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan pasien/keluarga dapat memahami tentang teknik relaksasi (ROM), pasien/keluarga dapat mengungkapkan keinginan/kemauan untuk memahami tentang teknik relaksasi (ROM), dan pasien/keluarga dapat melakukan langkah-langkah teknik relaksasi (ROM) dengan baik dan benar.

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan pasien/keluarga diharapkan mampu:

1. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM) dengan benar
2. Menyebutkan 4 tujuan latihan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
3. Menyebutkan 5 indikasi latihan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
4. Menyebutkan 3 kontraindikasi latihan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
5. Menyebutkan 2 jenis rentang pergerakan sendi (ROM)
6. Menunjukkan sikap positif/mengungkapkan keinginan untuk melakukan teknik relaksasi pergerakan sendi dengan baik
7. Mendemonstrasikan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM) dengan benar

III. MATERI

1. Pengertian teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
2. Tujuan latihan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
3. Indikasi teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
4. Kontraindikasi teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
5. Jenis-jenis rentang pergerakan sendi (ROM)

6. Motivasi/rasional alasan harus melakukan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
7. Demonstrasikan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)

IV. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab/diskusi
3. Demonstrasi/redemonstrasi

V. MEDIA

1. Lembar balik
2. Leaflet

VI. KEGIATAN PEMBELAJARAN

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1	Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menyampaikan tujuan penyuluhan d. Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjawab salam b. Menerima dengan baik c. Menyetujui tujuan penyuluhan d. Menyimak
2	Penyampaian Materi (20 menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Memberikan penyuluhan dan berdiskusi bersama tentang: c. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM) d. Menyebutkan 4 tujuan latihan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM) e. Menyebutkan 5 indikasi latihan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM) f. Menyebutkan 3 kontraindikasi latihan teknik relaksasi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Menyimak materi yang diberikan dan berdiskusi c. Menyimak materi yang diberikan dan berdiskusi d. Menyimak materi yang diberikan dan berdiskusi e. Menyimak materi yang diberikan dan berdiskusi f. Menyimak materi yang diberikan dan berdiskusi g. Menyimak materi yang diberikan dan berdiskusi h. Meredemonstrasikan teknik relaksasi

		<p>pergerakan sendi (ROM)</p> <p>g. Menyebutkan 2 jenis rentang pergerakan sendi (ROM)</p> <p>h. Mendemonstrasikan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)</p> <p>i. Memberikan kesempatan untuk bertanya tentang hal yang belum dipahaminya</p>	<p>pergerakan sendi (ROM)</p> <p>i. Menyimak materi yang diberikan dan berdiskusi</p>
3	Penutup (5 menit)	<p>a. Melakukan evaluasi</p> <p>b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi</p> <p>c. Mengakhiri penyuluhan dan mengucapkan salam</p>	<p>a. Menjawab pertanyaan</p> <p>b. Menyimak kesimpulan</p> <p>c. Menjawab salam</p>

VII. EVALUASI

1. Evaluasi Struktural
 - a. SAP dan media telah dikonsulkan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
 - b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
 - c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan
 - d. Mahasiswa, pasien, dan keluarga berada ditempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati
2. Evaluasi Proses
 - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
 - b. Pasien/keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
 - c. Pasien/keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi Hasil
 - a. Pasien/keluarga dapat menjelaskan pengertian teknik relaksasi pergerakan sendi dengan benar, menyebutkan 4 tujuan latihan teknik relaksasi pergerakan sendi, menyebutkan 5 indikasi dan 3 kontraindikasi teknik relaksasi pergerakan sendi, menyebutkan 2 jenis rentang pergerakan sendi
 - b. Pasien/keluarga menunjukkan antusias/keinginan untuk melakukan latihan teknik relaksasi pergerakan sendi
 - c. Pasien/keluarga dapat meredemonstrasikan teknik relaksasi pergerakan sendi

4. Pertanyaan Evaluasi
 - a. Jelaskan pengertian teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)!
 - b. Sebutkan tujuan latihan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)!
 - c. Sebutkan indikasi teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)!
 - d. Sebutkan kontraindikasi teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)!
 - e. Sebutkan jenis-jenis rentang pergerakan sendi (ROM)!
 - f. Demonstrasikan ulang teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)!

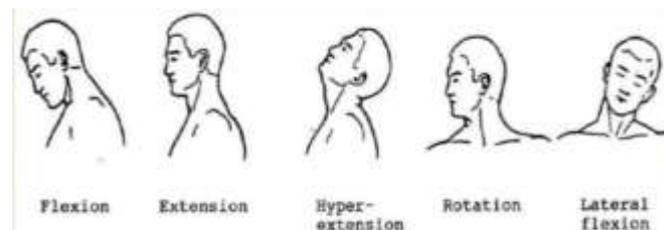
VIII. SUMBER

- Ariani, Ni Putu Eka. (2017). *Rom (range of motion) untuk pasien pasca stroke*. *Bhaktirahayu*. <https://www.bhaktirahayu.com/artikel-kesehatan/rom-range-of-motion-untuk-pasien-pasca-stroke>.
- Fajri & Rino. (2021). *Pendidikan kesehatan latihan range of motion*. *Jurnal abdimas kesehatan*, vol. 3 no. 3, November 2021.
- Murtaqib. (2013). *Perbedaan range of motion (rom) pasif dan aktif selama 1-2 minggu terhadap peningkatan rentang gerak sendi pada penderita stroke di kecamatan tanggul kabupaten jember*. *Jurnal keperawatan soedirman*, vol. 8 no.1. Maret 2013.
- Nisa, Ida Sholihatun. (2020). *Range of motion (rom)*. Fakultas keperawatan universitas airangga. <http://ners.unair.ac.id/site/lihat/read/506/range-of-motion-rom#:~:text=Apa%20saja%20tujuan%20dari%20ROM,menggerakkan%20otot%20melancarkan%20peredaran%20darah>.

LAMPIRAN MATERI

RENTANG PERGERAKAN SENDI (ROM)

- A. Pengertian teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
Range of motion atau rentang gerak merupakan latihan gerak pada sendi yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki pemulihan kekuatan otot.
- B. Tujuan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
1. Memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi
 2. Mengurangi rasa nyeri
 3. Mengembalikan kemampuan menggerakkan otot
 4. Melancarkan peredaran darah
- C. Indikasi teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
 2. Kelemahan otot
 3. Fase rehabilitasi fisik
 4. Pasien dengan tirah baring lama
 5. Penting untuk mempertahankan normal sendi dan jaringan lunak
- D. Kontraindikasi teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
1. Penyumbatan pada pembuluh darah
 2. Kelainan sendi atau tulang
 3. Pasien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)
- E. Jenis rentang pergerakan sendi (ROM)
1. Latihan rentang gerak aktif yaitu latihan rentang gerak yang dilakukan secara mandiri oleh pasien, perawat hanya memberikan bimbingan dan motivasi dalam melakukan pergerakan
 2. Latihan rentang gerak pasif yaitu latihan rentang gerak yang dilakukan oleh perawat pada pasien yang tidak mampu atau memiliki keterbatasan pergerakan
- F. Alasan melakukan teknik relaksasi pergerakan sendi (ROM)
1. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
 2. Mencegah kontraktur, kelainan bentuk dan kekakuan pada sendi
- G. Teknik gerakan ROM
- a. Anggota gerak atas
 1. Gerakan leher



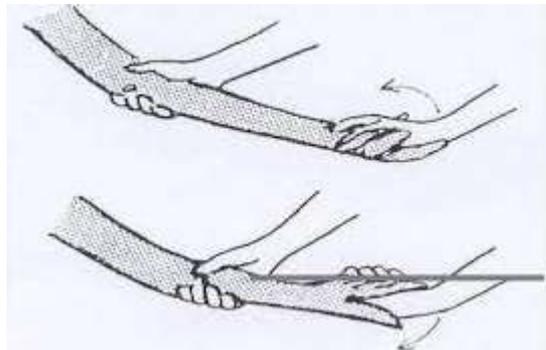
2. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu



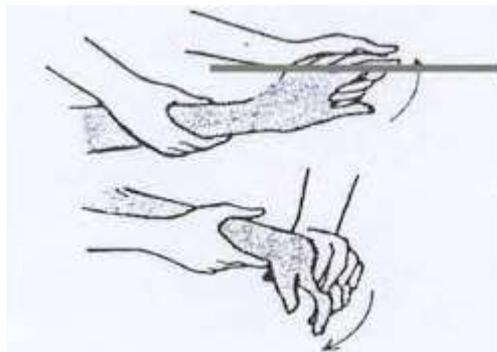
3. Gerakan menekuk dan meluruskan siku



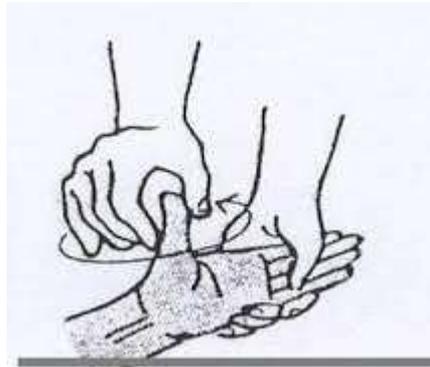
4. Gerakan memutar pergelangan tangan



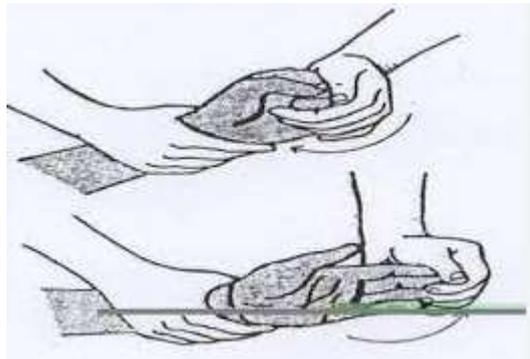
5. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan



6. Gerakan memutar ibu jari

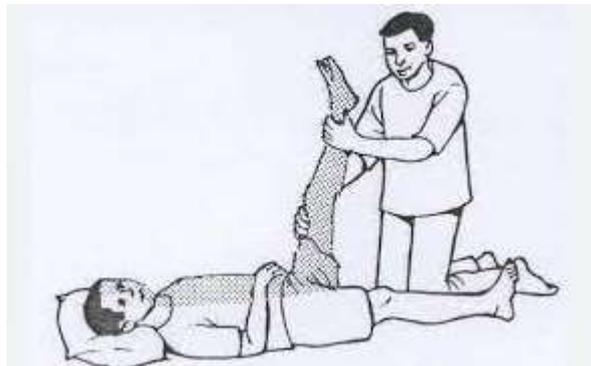


7. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan



b. Anggota gerak bawah

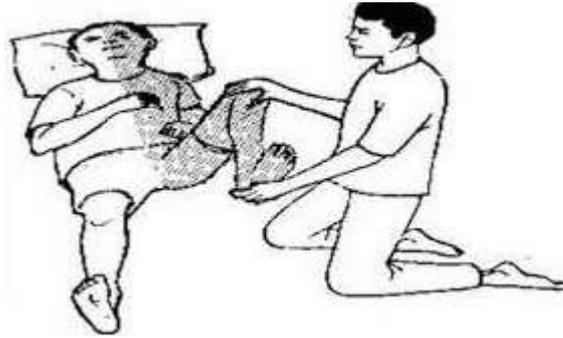
1. Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha



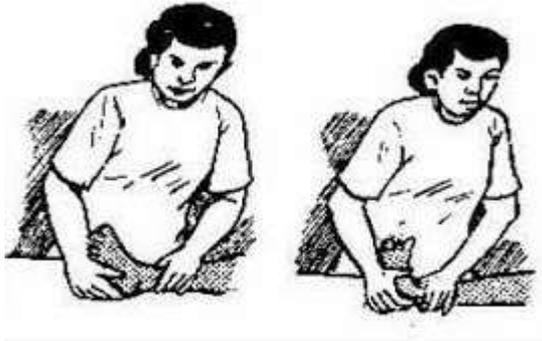
2. Gerakan menekuk dan meluruskan lutut



3. Gerakan untuk pangkal paha



4. Gerakan memutar pergelangan kaki



LEMBAR BALIK *RANGE OF MOTION* (ROM)

latihan

Rentang gerak sendi

ROM

Apa itu rom?

Range of motion atau rentang gerak merupakan latihan gerak pada sendi yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki pemulihan kekuatan otot.

Tujuan dilakukan rom

1. Memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi
2. Mengurangi rasa nyeri

Tujuan dilakukan rom

3. Mengembalikan kemampuan menggerakkan otot
4. Melancarkan peredaran darah

indikasi melakukan rom

1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
2. Kelemahan otot
3. Fase rehabilitasi fisik
4. Pasien dengan tirah baring lama
5. Penting untuk mempertahankan normal sendi dan jaringan lunak

kontraindikasi rom

1
Penyumbatan pada pembuluh darah

2
Kelainan sendi atau tulang

3
Pasien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)

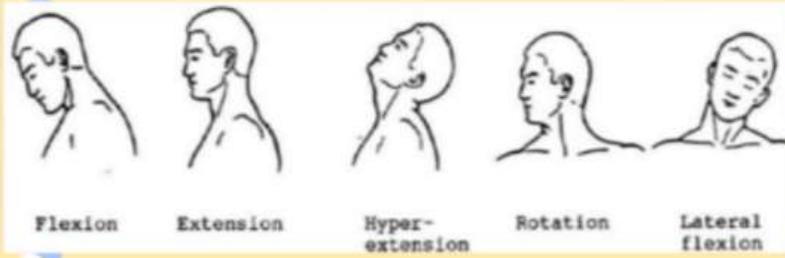
Jenis ROM



Aktif
dilakukan sendiri



Pasif
dengan bantuan



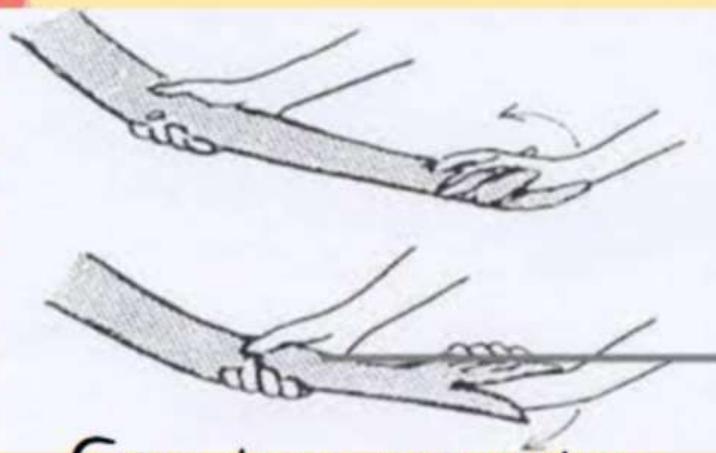
gerakan leher



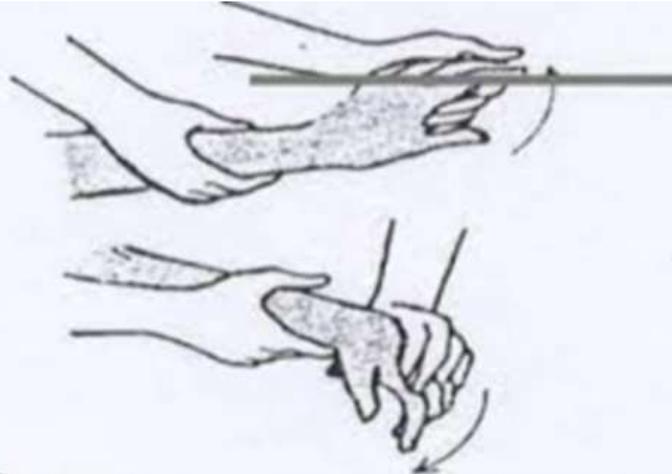
Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu



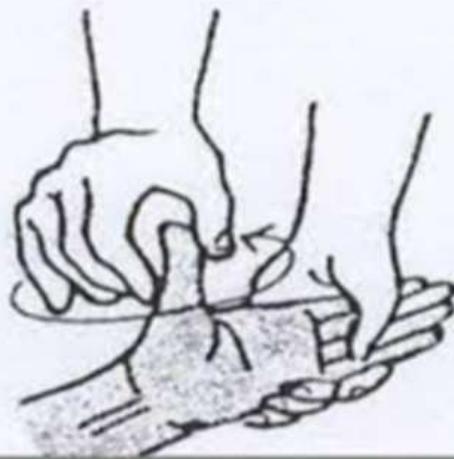
Gerakan menekuk
dan meluruskan
siku



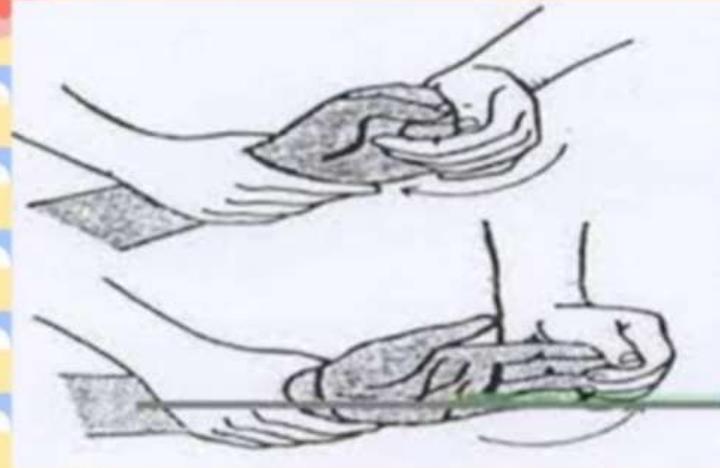
Gerakan memutar
pergelangan
tangan



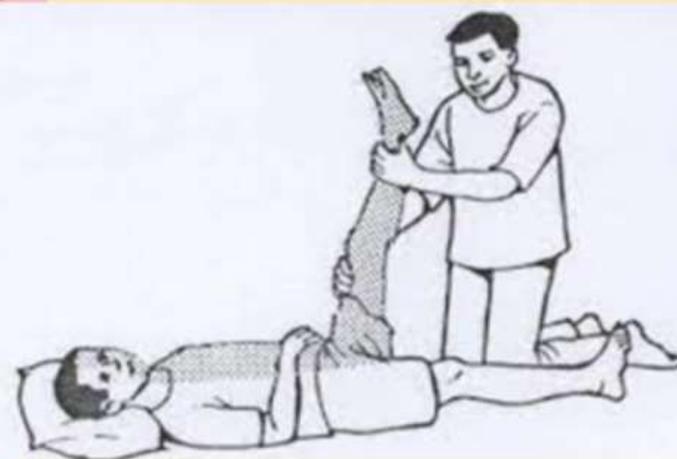
Gerakan menekuk dan
meluruskan pergelangan
tangan



Gerakan memutar ibu
jari



- Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan



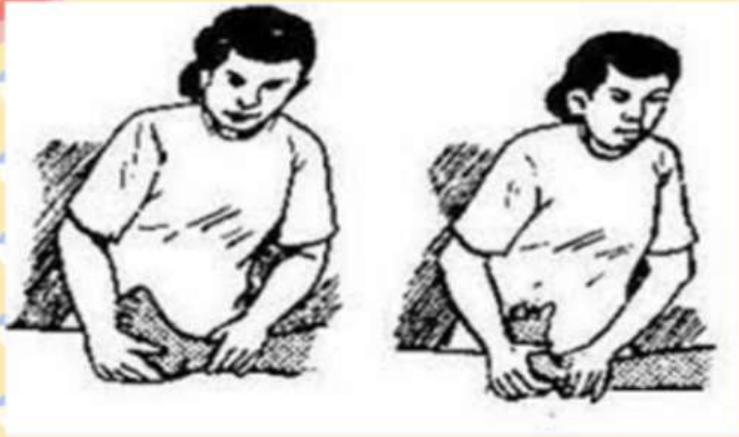
- Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha



Gerakan menekuk dan
meluruskan lutut



Gerakan untuk pangkal
paha



The illustration shows two sequential views of a person sitting on the floor with their feet flat on the ground. In the first view, the person's feet are pointing straight forward. In the second view, the person's feet are rotated inward towards each other, demonstrating the movement of the exercise.

- Gerakan memutar pergelangan kaki

LEAFLET RANGE OF MOTION (ROM)

Range of motion atau rentang gerak merupakan latihan gerak pada sendi yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki pemulihan kekuatan otot.

Apa itu rom?

Tujuan dilakukan rom

1. Memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi
2. Mengurangi rasa nyeri
3. Mengembalikan kemampuan menggerakkan otot
4. Melancarkan peredaran darah

Jenis ROM

Abad
diakukan sendiri

Pasif
dengan bantuan

Gerakan ROM

1. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan
2. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan
3. Gerakan menekuk dan meluruskan siku
4. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu
5. Gerakan menekuk dan meluruskan gerak leher
6. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan
7. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan

Indikasi melakukan rom

1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
2. Ketimahan otot
3. Fase rehabilitasi fisik
4. Pasien dengan tirah baring lama
5. Penting untuk mempertahankan normal sendi dan jaringan lunak

kontraindikasi Rom

1. Penyumbatan pada pembuluh darah
2. Kelainan sendi atau tulang
3. Pasien fase imobilisasi karena letas penyakit (jantung)

RANGE OF MOTION

Rentang gerak sendi

STIKES RS HUSADA
DIII KEPERAWATAN

Daftar Pustaka

Atias, N. Pita Eka. (2017). *Range of motion sendi-jenis-jenis sendi, gerak-gerak sendi dan latihan fisioterapi*. <http://www.stikesrs.husada.ac.id/keperawatan>

Field & Kim. (2020). *Principles of anatomy and physiology*. 12th edition. Elsevier, Philadelphia, PA.

Mansah. (2013). *Prinsip-prinsip anatomi dan fisiologi manusia*. 12th edition. Jakarta: Erlangga.

Siti, Ika. (2018). *Range of motion*. <http://www.stikesrs.husada.ac.id/keperawatan>

Diususun oleh:
Dovinita Rahma Yanti
3B
STIKES RS HUSADA

Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha

Gerakan menekuk dan meluruskan lutut

Gerakan untuk pangkal paha

Gerakan memutar pergelangan kaki

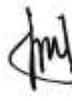
LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep.MB

Nama Mahasiswa : Devintha Rahma Yanti

Judul : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar 1105 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara"

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	06 Maret 2023	Pengarahan untuk UTEK di RSUD.	
2.	15 Maret 2023	Pengambilan kasus di ruang neurologi kamar 1105 lantai 11 RSUD Koja pasien dengan Stroke Non Hemoragik.	
3.	29 Maret 2023	BAB III: Perbaikan sesuai koreksian (penghapusan diagnosis rasa nyaman, penulisan kalimat, italic dan bold kalimat).	
4.	12 April 2023	BAB I & BAB II: Perbaikan sesuai koreksian (penulisan kalimat, penulisan sitasi, ganti prevalensi dengan data terbaru, sesuaikan penulisan diagnosis dengan SDKI, penggunaan tanda baca).	
5.	02 Mei 2023	BAB I Ke-2: Perbaikan sesuai koreksian (jarak antar sub bab, tambahkan apa itu stroke, konsisten menggunakan huruf besar diawal kata).	
6.	07 Mei 2023	ACC BAB I.	
7.	19 Mei 2023	BAB II ke-2: Perbaikan sesuai koreksian (penulisan sitasi, penyesuaian penulisan kalimat, tulisan inggris/asing di italic, judul yang menggantung enter ke halaman selanjutnya).	

8.	20 Mei 2023	BAB I: Penambahan data dari RSUD Koja (tambahkan total keseluruhan pasien, jangan hanya stroke saja).	
9.	22 Mei 2023	BAB III ke-2: Perbaiki sesuai koreksian (penulisan nama obat ditulis huruf besar, jumlah bak dalam 24 jam, penyesuaian penulisan kalimat, penulisan obat di intervensi, perbaiki data di analisa data).	
10.	02 Juni 2023	BAB II ke-3: Perbaiki sesuai koreksian (penyesuaian penulisan sitasi, penyesuaian kalimat).	
11.	02 Juni 2023	BAB I Penambahan (jarak dari bab ke sub bab, penulisan sitasi jika lebih dari 1 sumber).	
12.	04 Juni 2023	ACC BAB II & BAB I akhir.	
13.	06 Juni 2023	BAB III ke-3: Perbaiki sesuai koreksian (penyesuaian penulisan di analisa data, huruf besar sehabis titik dua, perhatikan dokumentasi obat apakah sudah 24 jam, tambahkan kata tanggal didepan semua pelaksanaan dan dibold, perbaiki pendokumentasian pemberian obat, perhatikan do ds sesuai dengan kriteria hasil untuk bisa menganalisa).	
14.	07 Juni 2023	ACC BAB III	
15.	08 Juni 2023	BAB IV & BAB V: Perbaiki sesuai koreksian (penyesuaian penulisan kalimat, spasi)	

16.	11 Juni 2023	ACC BAB IV & BAB V	
17.	13 Juni 2023	Melakukan revisi perbaikan sesuai saran penguji: perbaiki kalimat dan spasi, perkecil patofisiologi jadi satu halaman, tambahkan pembahasan komplikasi, perbaiki susunan pembahasan, tambahkan faktor pendukung, tambahkan nama rencana tindakan, jarak sumber dapus, modifikasi patofisiologi dx kasus.	