



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. H DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1103 LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

TAHSYA ASTI AMALIA JASMAN

2011112

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. H DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1103 LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

TAHSYA ASTI AMALIA JASMAN

2011112

**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 benar.**

Nama : Tahsya asti amalia jasman

NIM : 2011112

Tanda tangan :

Tanggal : 15 Maret 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. H Dengan
Stroke Non Hemoragik Di Ruang Neurologi
Rumah Sakit Umum Daerah 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 kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.H Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Neurologi 1103 RSUD Koja Jakarta". Karya tulis ilmiah ini ditulis untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Keperawatan Rumah Sakit Husada Jakarta. Dalam menyusun Laporan Tugas Akhir ini penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, akan tetapi berkat bimbingan serta arahan dari berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan tepat waktu. Untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan karya tulis ilmiah ini terutama kepada :

1. Ellynia, SE.,MM selaku Direktur Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
2. Ns, Nia Rosliany, M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan kritik untuk kemajuan karya ilmiah ini;
4. Ns. Hardin La Ramba, S.Kep., M.Biomed selaku penguji II yang telah memberikan kritik untuk kemajuan karya ilmiah ini;
5. Ns. Yarwin Yari, M.Kep.,M.Biomed selaku wali kelas yang selalu mengingatkan untuk menyelesaikan kuliah tepat waktu dan menyelesaikan tugas dengan segera mungkin;
6. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membimbing dan membantu dalam kelancaran studi;
7. Pihak RSUD Koja Jakarta Utara yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
8. Ny. H dan keluarga yang menerima kedatangan penulis dengan kooperatif selama memberikan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir serta banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;

9. Ns. Rumiris, S. Kep. selaku Kepala Ruangan Neurologi di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta yang telah membimbing banyak bantuan selama praktek di ruangan
10. Ayahanda tersayang Jasman, Ibunda Delva martini dan adikku tersayang chika zikra aulia dan semua keluarga besar yang selalu memberikan support, bantuan moril, material serta doa bagi penulis selama membuat Laporan Tugas Akhir. Terima kasih atas perjuangan dan pengorbanan yang selama ini diberikan kepada penulis.
11. Sahabat perjuangan STIKes RS Husada Angkatan 33 yang sudah berjuang bersama-sama, memberikan semangat serta motivasi
12. Teman kelompok KMB yang bersama-sama berjuang, memberikan semangat (Subagyo, Dhevinta, Shelin, Yuli)
13. Sahabat-sahabatku Di Asrama Dwi fitriyani, Siti Roudhotul Mawa, Dwi Antikah, Lewinda octa uly, Dewi Alfrida, Tri Halimah Nur Rahmadhani, yang sudah banyak membantu dalam segala hal serta menemani saya dalam proses pembuatan karya ilmiah ini;
14. Seluruh teman-teman kelas 3c yang sudah menemani selama tiga tahun melewati suka duka bersama dan terus memberikan motivasi satu sama lain. Akhir kata, saya harap Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

(Tahsya asti amalia jasman)

DAFTAR ISI

PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulis.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Penelitian.....	6
E. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II : Tinjauan Teori	
A. Pengertian.....	8
B. Patofisiologi (etiologi, proses, manifestasi klinis, komplikasi)	9
C. Penatalaksanaan	16
1. Terapi.....	16
2. Tindakan medis.....	17
D. Pengkajian Keperawatan	18
E. Diagnosa Keperawatan.....	27
F. Perencanaan Keperawatan.....	29
G. Pelaksanaan Keperawatan	39
H. Evaluasi Keperawatan	41
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian	41
B. Diagnosa.....	61
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi	61
BAB IV : PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	92
B. Diagnosa.....	97
C. Perencanaan.....	100
D. Pelaksanaan	105
E. Evaluasi	106
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	108
B. Saran.....	109
DAFTAR PUSTAKA	112

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : *Pathway*

Lampiran 2 : Analisa Obat

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang sudah tidak asing lagi bagi masyarakat Indonesia. Penyakit stroke dapat diderita masyarakat dari golongan usia produktif maupun usia lanjut. Faktor risiko yang dapat menyebabkan stroke ada dua yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes mellitus, obesitas, alkohol dan *atrial fibrillation* (Setyowati, 2021).

Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga di dunia dan penyebab utama kecacatan fisik pada usia produktif dan usia lanjut. Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak atau stroke iskemik dan pecahnya pembuluh darah ke otak atau stroke hemoragik (Black & Hawks, 2014).

Data Organisasi Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) menunjukkan, stroke menempati peringkat kedua penyebab kematian terbanyak, mencapai 6,7 juta pada 2012. Pada tahun 2018 prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%. Sebanyak 69% stroke terjadi di negara dengan pendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi (*World Health Organization*, 2018)

World Stroke Organization (WSO), melaporkan bahwa ada lebih dari 13,7 juta orang yang terkena stroke setiap tahunnya. Tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke. Pada penderita stroke 60,7% disebabkan oleh Stroke Non Hemoragik, sedangkan 36,6% disebabkan oleh stroke hemoragik. Setiap tahunnya diperkirakan 500 ribu penduduk Indonesia terkena serangan stroke. Stroke termasuk penyakit tidak menular. Prevalensi penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit ginjal kronis, diabetes mellitus, hipertensi, dan stroke berdasarkan data kemenkes (2020) meningkat dibandingkan tahun 2018. Prevalensi penyakit stroke mengalami peningkatan dari 7% menjadi 10,9% (LeMone et al., 2016).

Berdasarkan hasil hasil Riskesdas tahun 2018 Prevalensi penyakit tidak menular yang salah satunya adalah stroke mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2013. Prevalensi stroke dari 7% meningkat 3,9% menjadi 10,9% pada tahun 2018. Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 10,9%, atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang menderita stroke. Provinsi DKI Jakarta berdasarkan diagnosis dokter prevalensi penderita stroke pada penduduk umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik yaitu sebanyak (12,25%) (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data statistik yang diperoleh dari data rekam medis RSUD Koja Jakarta Utara periode Januari 2022 – Januari 2023 diketahui bahwa jumlah pasien rawat inap menderita penyakit Stroke Non Hemoragik adalah 127 orang atau 0,42% dari seluruh pasien yang dirawat di RSUD koja pada periode tersebut.

Stroke menimbulkan dampak yang besar dari segi sosial dan ekonomi.

Dari segi ekonomi yaitu biaya untuk berobat semakin mahal, pendapatan berkurang karena ketidakmampuan seseorang untuk bekerja dalam kondisi stroke, sedangkan dari segi sosial yaitu kecacatan yang ditimbulkan pasca stroke dan menyebabkan berkurangnya kemampuan untuk bekerja seperti semula dan menjadi beban sosial dimasyarakat serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa selain itu, stroke juga dapat berdampak pada kecacatan permanent hingga kematian. Rentang usia yang rentan terkena stroke yaitu usia 16-45 tahun. Penyebab stroke tidak hanya satu namun sangat banyak, namun faktor dominan yang mengiringi seseorang terkena stroke adalah stress, pola makan yang mengandung banyak kolesterol dan asam lemak jenuh serta gaya hidup yang salah contohnya seperti perokok berat. Perokok berat dan orang yang memiliki penyakit hipertensi serta diabetes melitus merupakan orang yang mungkin mengalami stroke (Ridwan, 2017).

Stroke Non Hemoragik merupakan jenis stroke yang dominan diderita oleh masyarakat Indonesia yang menyebabkan kecacatan sementara maupun permanen. Stroke Non Hemoragik merupakan masalah serius baik di Indonesia maupun di dunia. Penyakit stroke jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan menimbulkan komplikasi, seperti kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot, disatria, disfagia, afasia, kehilangan memori atau sulit berpikir. Stroke juga bisa menimbulkan masalah emosional, rasa sakit atau nyeri (Manurung, 2018).

Perawat sebagai anggota tim kesehatan merupakan ujung tombak terdepan dalam mewujudkan gerakan masyarakat hidup sehat sesuai dengan perannya. Upaya yang harus dilakukan perawat untuk dapat meminimalisir

terjadinya peningkatan penyakit stroke di Indonesia mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan menggunakan sistem asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan (Muttaqin & Sari, 2016).

Aspek promotif meliputi penyuluhan tentang stroke, penyebab dan tanda gejala stroke yang bisa dilakukan seorang perawat adalah meningkatkan pengetahuan dengan memberikan pendidikan kesehatan meliputi pendidikan kesehatan mengenai pola hidup yang sehat agar terhindar dari faktor yang dapat menyebabkan stroke seperti hipertensi, merokok, diabetes melitus dan kolesterol tinggi. Selain pendidikan kesehatan tentang pola hidup, keluarga pasien juga harus diberikan pendidikan kesehatan mengenai cara merawat pasien stroke di rumah. Aspek preventif meliputi kebiasaan yang dilakukan oleh masyarakat yaitu pola hidup sehat dan rajin cek tekanan darah secara rutin, melakukan manajemen stress, mengurangi makanan yang mengandung garam, gula dan kolesterol yang tinggi, memperbanyak makan buah-buahan dan sayur-sayuran, menghindari aktivitas yang berat dan melakukan olahraga rutin serta menghentikan kebiasaan merokok.

Aspek kuratif yaitu penanganan stroke yang cepat, tepat, dan akurat di rumah sakit yang maksimal, dan tindakan rehabilitatif yaitu pemulihan aktivitas pasca stroke yang bisa berkolaborasi dengan terapis maupun tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan terapi dan obat-obatan. Upaya rehabilitatif yang bisa diberikan perawat pada pasien stroke terutama pasien pasca stroke untuk mencegah terjadinya serangan berulang. Serangan berulang dapat memperburuk kondisi klien pasca stroke dan menimbulkan kecacatan.

Pasien pasca stroke biasanya memerlukan rehabilitasi seperti terapi fisik, terapi okupasi dan terapi wicara. Selain rehabilitasi fisik, rehabilitasi psikologis juga diperlukan bagi pasien stroke seperti motivasi, berbagi rasa dan lain-lain. Hal ini diperlukan agar pasien tidak merasa membebani keluarga karena kondisi tubuh mereka yang tidak berfungsi sebagaimana mestinya

Berdasarkan latar belakang tersebut menjadi hal yang penting bagi penulis untuk mengetahui bagaimana melakukan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dan akan dilaporkan dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan 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 penyusunan karya ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus mengenai “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Lantai 11 Gedung D Kamar 1103 RSUD Koja Jakarta Utara” dari tanggal 15-17 Maret 2023 menggunakan proses keperawatan dengan tahapan pengkajian, perumusan masalah perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif, metode studi dokumentasi dan metode kepustakaan. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang berkaitan dengan pengumpulan data, sehingga memberikan informasi yang berguna. Selain itu menggunakan cara lain dengan melakukan wawancara dan meminta penjelasan pada pihak keluarga tentang objek yang akan diteliti dalam hal ini mengenai Stroke Non Hemoragik. Adapun dengan cara studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data dari rekam medis yang berkaitan dengan penyakit dan juga studi kepustakaan yaitu dengan cara membaca dan mempelajari dari buku dari sumber yang berhubungan dengan penyakit pasien.

E. Sistematika Penulisan

Adapun penulisan karya ilmiah ini disusun menjadi lima BAB yaitu, BAB I Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teori terdiri dari pengertian, patofisiologi, penatalaksanaan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan Kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. BAB IV Pembahasan terdiri dari pembahasan kesenjangan antara teori dan kasus serta faktor pendukung dan penghambat. Selanjutnya ada BAB V Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Stroke Non Hemoragik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah berkurang. Stroke iskemik (non hemoragik) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya trombus atau embolus (Ruhardi et al., 2021).

Stroke Non Hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Andra & Yessie, 2015).

Stroke Non Hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke non-hemoragik dapat disebabkan oleh trombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke non-hemoragik dan 20% persen sisanya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh pendarahan intraserebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Bachrudin & Najib, 2016).

B. Patofisiologi

Penyebab dari Stroke Non Hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Adapun beberapa penyebab Stroke Non Hemoragik menurut LeMone et al., (2016) adalah karena timbulnya thrombosis (trombotik), Emboli (embolik), dan ruptur pembuluh darah.

Stroke trombotik terjadi ketika gumpalan darah (trombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan tersebut disebabkan oleh deposit lemak (plak) yang menumpuk di arteri yang menyebabkan aliran darah berkurang (aterosklerosis) atau kondisi arteri lainnya.

Stroke embolik terjadi ketika gumpalan darah menyebar dari otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut embolus. Stroke embolik berkembang setelah okulasi arteri oleh embolus yang terbentuk di luar otak.

Pembuluh darah mengalami degeneratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah, sehingga dapat menyebabkan ruptur pembuluh darah.

Stroke Non Hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, trombosis otak, aterosklerosis dan emboli serebral yang merupakan penyumbatan pembuluh darah yang timbul akibat pembentukan plak sehingga terjadi penyempitan pembuluh darah yang dikarenakan oleh penyakit jantung,

diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, stress, gaya hidup, rusak atau hancurnya neuron motorik atas (upper motor neuron) dan hipertensi (Lewis et al., 2017).

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor atau yang sering disebut multifaktor. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan (*non-modifiable risk factors*) dan faktor resiko yang dapat dikendalikan (*modifiable risk factors*) (Black & Hawks, 2014).

Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan antara lain : umur, jenis kelamin, ras dan faktor genetik. Semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok dewasa muda dan tidak memandang jenis kelamin.

Pria lebih berisiko terkena stroke daripada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pria 1,25 lebih tinggi daripada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

Ada variasi yang cukup besar dalam insiden stroke antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko

ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke *Intracerebral Hemorrhage* (ICH).

Stroke dengan garis keturunan diduga saling berkaitan. Dalam hal ini hipertensi, diabetes, dan cacat pada pembuluh darah menjadi faktor genetik yang berperan. Selain itu, gaya hidup dan kebiasaan makan dalam keluarga yang sudah menjadi kebiasaan yang sulit diubah juga meningkatkan risiko stroke.

Faktor risiko dapat dikendalikan antara lain: hipertensi, Diabetes Mellitus, kenaikan kadar kolesterol/lemak darah, obesitas, kebiasaan mengonsumsi alkohol, aktifitas fisik dan merokok (LeMone et al., 2016). Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko stroke empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke.

Pada penderita DM, khususnya *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) terdapat faktor risiko *multiple stroke*. Lesi aterosklerosis pembuluh darah otak baik intra maupun ekstrakranial merupakan penyebab utama stroke. Aterosklerosis pada pembuluh darah jantung akan mengakibatkan kelainan jantung yang selanjutnya dapat menimbulkan stroke dengan emboli yang berasal dari jantung atau akibat kelainan hemodinamik. Pada aterosklerosis pembuluh darah otak yang besar, perkembangannya mengikuti peningkatan tekanan darah. (Keogh, 2019).

Penderita diabetes cenderung menderita aterosklerosis dan meningkatkan

terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan lemak darah. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes, termasuk stroke. Pengendalian diabetes sangat menurunkan terjadinya stroke (Hinkle & Cheever, 2017).

Kenaikan *level Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol di atas 240 mg%. Setiap kenaikan 38,7 mg% menaikkan angka stroke 25%. Kenaikan HDL 1 m mol (38,7 mg%) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke (Winkelman, 2016).

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik perdarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lainnya yang ikut menyertainya. Fakta membuktikan bahwa stroke banyak dialami oleh mereka yang mengalami kelebihan berat badan dan bahkan sebagian kasus umumnya dialami oleh penderita obesitas (Black & Hawks, 2014).

Mengonsumsi alkohol memiliki efek sekunder terhadap peningkatan tekanan darah, peningkatan osmolaritas plasma, peningkatan plasma homosistein, kardiomiopati dan aritmia yang semuanya dapat meningkatkan risiko stroke. Konsumsi alkohol yang sedang dapat menguntungkan, karena alkohol dapat menghambat trombosis sehingga dapat menurunkan kadar *fibrinogen* dan *agregasi platelet*, menurunkan lipoprotein, meningkatkan HDL, serta meningkatkan sensitivitas insulin (LeMone et al., 2016).

Kurang olahraga merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya

stroke dan penyakit jantung. Olahraga secara cukup rata-rata 30 menit/hari dapat menurunkan risiko stroke. Kurang gerak menyebabkan kekakuan otot serta pembuluh darah. Selain itu orang yang kurang gerak akan menjadi kegemukan yang menyebabkan timbunan dalam lemak yang berakibat pada tersumbatnya aliran darah oleh lemak (aterosklerosis). Akibatnya terjadi kemacetan aliran darah yang bisa menyebabkan stroke (Diyono, 2016).

Merokok merupakan faktor risiko stroke yang sebenarnya paling mudah diubah. Perokok berat menghadapi risiko lebih besar dibandingkan perokok ringan. Merokok hampir melipat gandakan risiko stroke iskemik, terlepas dari faktor risiko yang lain, dan dapat juga meningkatkan risiko subaraknoid hemoragik hingga 3,5 persen. Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa muda ketimbang usia tengah baya atau lebih tua. Sesungguhnya, risiko stroke menurun dengan seketika setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis (Ruhardi et al., 2021).

Stroke Non Hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) dilokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Diyono, 2016).

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis atau tingginya kadar asam di dalam tubuh lalu asidosis akan mengakibatkan natrium klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi perusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Ruhardi et al., 2021).

Infark iskemik serebri sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinis dengan cara: Menyempitnya lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi atau jantung tidak dapat memompa darah secara memadai keseluruh tubuh; Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya trombus dan perdarahan aterm; Dapat terbentuk trombus yang kemudian terlepas sebagai emboli; Menyebabkan aneurisma yaitu lemahnya dinding pembuluh darah atau menjadi lebih tipis sehingga dapat dengan mudah robek (Keogh, 2019).

Faktor yang mempengaruhi aliran darah ke otak: Keadaan pembuluh darah; Keadaan darah : viskositas darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak menjadi lebih lambat, anemia berat, oksigenasi ke otak menjadi menurun; Tekanan darah sistemik memegang peranan perfusi otak.

Otoregulasi otak yaitu kemampuan intrinsik pembuluh darah otak untuk mengatur agar pembuluh darah otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak; Kelainan jantung menyebabkan menurunnya curah jantung dan karena lepasnya embolus sehingga menimbulkan iskhemia otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (trombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung) (Hinkle & Cheever, 2017).

Arteriosklerosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Trombus dapat berasal dari flak arteriosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit serebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4- 6 menit. Perubahan *irreversible* dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya *cardiac arrest* (Winkelman, 2016).

Manifestasi klinis stroke sebagai berikut: mengalami kelemahan tiba-tiba atau kelumpuhan separuh badan, hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, kesadaran menurun, proses kencing terganggu dan gangguan fungsi otak (Hinkle & Cheever, 2017; Ignatavicius et al., 2020; Lewis et al., 2014).

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Lewis et al., 2014).

Komplikasi pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya bekuan darah (trombosis) mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru; Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi; Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paruparu dan selanjutnya menimbulkan pneumoni; Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur). Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi; Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh (Smeltzer & Bare, 2017).

C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien Stroke Non Hemoragik adalah sebagai berikut (Lewis et al., 2017; Winkelman, 2016):

1. Terapi

Terapi farmakologi yang digunakan pada pasien Stroke Non Hemoragik yaitu: Fibrinolitik/ trombolitik (rtPA/ *Recombinant Tissue Plasminogen*

Activator); Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktivasi plasminogen yang terikat pada fibrin. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna; serta angioedema. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat diberikan terapi fibrinolitik yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terhadap angka kematian adalah <3 jam dan rentang 3-4, atau 5 jam setelah onset gejala (Winkelman, 2016).

Antikoagulan terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli, misalnya Heparin dan warfarin; Antiplatelet Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke (LeMone et al., 2016).

2. Tindakan Medis

Tindakan medis yang dapat dilakukan dalam mengobati stroke yaitu, pembedahan. Pembedahan dilakukan untuk mengembalikan aliran darah yang tersumbat dan menyebabkan stroke. Salah satu jenis pembedahan yang dilakukan dalam mengatasi *Trans Ischemia Attack* (TIA) yaitu dengan

endarterektomi karotis, tindakan ini dilakukan dengan tujuan menghilangkan plak atau sumbatan pada arteri karotis.

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Doenges, 2014). Hal-hal yang perlu dikaji antara lain:

a. Identitas Klien

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

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak

responsif dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

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

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psikososiospiritual

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

g. Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran

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

2) Tanda-tanda Vital

a) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan Stroke Non Hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole 80. Tekanan darah akan meningkat dan menurun secara spontan. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2 - 3 hari pertama.

b) Nadi

Nadi biasanya normal 60 - 100 x/menit

c) Pernafasan

Biasanya pasien Stroke Non Hemoragik mengalami gangguan bersihan jalan napas

d) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik

3) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien Stroke Non Hemoragik

4) Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, pasien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengerutkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah, pasien kesulitan untuk mengunyah.

5) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopakmata tidak oedema. Pada pemeriksaannervus II (optikus): biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius): biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebral dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis): biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduken): biasanya hasil yang di dapat pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

6) Hidung

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

7) Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, sopor coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis): biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeus): biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus): biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

8) Telinga

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

dengan artikulasi yang jelas.

9) Leher

Pada pemeriksaan nervu X (vagus): biasanya pasien Stroke Non Hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+).

10) Paru-paru

Biasanya simetris kiri dan kanan, biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan, biasanya bunyi normal sonor, biasanya suara normal vesikuler

11) Jantung

Biasanya iktus kordis tidak terlihat, biasanya iktus kordis teraba, biasanya batas jantung normal, biasanya suara vesikuler

12) Abdomen

Biasanya simetris, tidak ada asites, biasanya tidak ada pembesaran hepar, biasanya terdapat suara tympani, biasanya bising usus pasien tidak terdengar, Pada pemeriksaan reflek dinnding perut, pada saat perut pasien digores, biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

13) Ekstremitas

a) Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dekstra atau sinistra. *Capillary Refill Time* (CRT) biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien Stroke Non Hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku

diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-). Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner biasanya jari tidak mengembang ketika di beri reflek (reflek Hoffman tromner (+).

b) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan bluedzensky 1 kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+). Pada saat dorsal pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespon (reflek Caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+) dan pada saat betis di remas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa- apa reflek Gordon (+). Pada saat dilakukan treflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan reflek patella (+).

14) Aktivitas dan Istirahat

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

Tanda : gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadikelemahan umum, gangguan pengelihatan, gangguan tingkat kesadaran.

15) Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi

postural.

Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia.

16) Integritas Ego

Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

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

17) Eliminasi

Gejala : terjadi perubahan pola berkemih

Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

18) Makanan atau Cairan

Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.

19) Neurosensori

Gejala : sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

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

20) Kenyamanan atau Nyeri

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

21) Pernapasan

Gejala : merokok

Tanda : ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

22) Keamanan

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

- h. Menurut Black & Hawks (2014), pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke, sebagai berikut:
- a. Radiologi Angiografi serebri Proses pemeriksaan dengan menggunakan sinar-X terhadap sirkulasi serebri setelah zat kontras disuntikkan kedalam arteri yang sudah ditentukan. Pemeriksaan ini juga digunakan untuk menyelidiki adanya penyakit vaskular aneurisma dan malformasi arteriovena serta untuk menentukan letak, ukuran, dan proses patologis sebelum dilakukan kraniotomi. Pemeriksaan ini merupakan pilihan terakhir apabila pemeriksaan CT-scan dan MRI diagnosis masih belum bisa ditemukan.
 - b. Magnetic Resonance Imaging (MRI): Pemeriksaan ini dilakukan untuk menentukan berbagai kelainan otak dan pembuluh darah otak

yang sangat kecil yang tidak dapat dijangkau oleh CT-scan. Pemeriksaan ini juga untuk menentukan posisi serta besar/luas nya infark akibat serangan stroke.

- c. USG Dopler Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (gangguan pada sistem karotis).
- d. Computerized Tomography Scanning (CT-Scan) Untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang mengalami infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti.
- e. Elektroensefalografi (EEG) Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga impuls listrik dalam jaringan otak mengalami penurunan.

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Doenges, 2018).

Diagnosa yang akan muncul pada kasus Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017) yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot,

Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan musculoskeletal, Gangguan neuromuscular, Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensori-persepsi.

2. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan musculoskeletal, Kelainan palatum, Hambatan fisik, Hambatan individu, Hambatan psikologis.
3. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan Penurunan kapasitas kandung kemih, Iritasi kandung kemih, Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, Efek tindakan medis dan diagnostik, Kelemahan otot pelvis, Ketidakmampuan mengakses toilet, Hambatan lingkungan, Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, Outlet kandung kemih tidak lengkap, Imaturitas.
4. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan Gangguan musculoskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan/atau psikotik, Penurunan motivasi/minat.
5. Resiko perfusi serebral tidak efektif faktor resiko Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, Penurunan kinerja ventrikel kiri, Aterosklerosis aorta, Diseksi arteri, Fibrilasi atrium, Tumor otak, Stenosis karotis, Miksoma atrium, Aneurisma serebri, Koagulopati, Dilatasi kardiomiopati, Koagulasi intravaskuler diseminata, Embolisme,

Cidera kepala, Hiperkolesteronemia, Hipertensi, Endokarditis infeksi, Katup prostetik mekanis, Stenosis mitral, Neoplasma otak, Infark miokard akut, Sindrom sick sinus, Penyalahgunaan zat, Terapi trombolitik, Penyalahgunaan zat

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan medikal bedah pada pasien stroke antara lain (PPNI, 2018) :

1. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan Kerusakan integritas struktur tulang, Perubahan metabolisme, Ketidakbugaran fisik, Penurunan kendali otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan perkembangan, Kekakuan sendi, Kontraktur, Malnutrisi, Gangguan musculoskeletal, Gangguan neuromuscular, Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, Efek agen farmakologis, Program pembatasan gerak, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Kecemasan, Gangguan kognitif, Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan sensori-persepsi.

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan mobilitas fisik (kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri) meningkat.

Kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot, rentang gerak (ROM) meningkat. Nyeri, kecemasan, kaku sendi, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan kelemahan fisik menurun.

Intervensi:

- a. Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
 - 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- b. Terapeutik
- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
 - 2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
2. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan musculoskeletal, Kelainan palatum, Hambatan fisik, Hambatan individu, Hambatan psikologis.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka komunikasi verbal (kemampuan menerima, proses, mengirim. Dan/atau menggunakan sistem simbol) meningkat.

Kriteria hasil: Kemampuan berbicara meningkat, kemampuan

mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, pelo menurun, respon perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- 2) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
- 3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

b. Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien

- 5) Berikan dukungan psikologis
 - 6) Gunakan juru bicara, jika perlu
- c. Edukasi
- 1) Anjurkan berbicara perlahan
 - 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
- d. Kolaborasi
- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
3. Defisit nutrisi yang berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi, Faktor psikologis.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi (keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme) membaik.

Kriteria hasil: Kekuatan otot pengunyah meningkat pasien mampu mengunyah dengan normal, kekuatan otot menelan meningkat pasien tidak kesulitan saat menelan, serum albumin, meningkat. Berat badan membaik dengan tidak adanya penurunan berat badan lebih dari 10%, indeks massa tubuh (IMT) membaik dalam rentang 18,5-24,9, Frekuensi makan 3x perhari, nafsu makan membaik pasien menghabiskan 1 porsi makanya, bising usus normal 5-30 kali permenit dan membran mukosa membaik.

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

b. Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

c. Edukasi

- 1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 - 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
4. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan Penurunan kapasitas kandung kemih, Iritasi kandung kemih, Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, Efek tindakan medis dan diagnostik, Kelemahan otot pelvis, Ketidakmampuan mengakses toilet, Hambatan lingkungan, Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, Outlet kandung kemih tidak lengkap, Imaturitas.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam makan konsinensia urine (pola kebiasaan buang air kecil) membaik.

Kriteria hasil: Kemampuan berkemih meningkat, distensi kandung kemih menurun, frekuensi berkemih, dan sensasi berkemih membaik.

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin
- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin
- 3) Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

b. Terapeutik

- 1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- 2) Batasi asupan cairan, jika perlu

3) Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur

c. Edukasi

1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih

2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin

3) Ajarkan mengambil spesimen urin midstream

4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih

5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan

6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi

7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

d. Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

5. Resiko perfusi serebral tidak efektif faktor resiko Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, Penurunan kinerja ventrikel kiri, Aterosklerosis aorta, Diseksi arteri, Fibrilasi atrium, Tumor otak, Stenosis karotis, Miksoma atrium, Aneurisma serebri, Koagulopati, Dilatasi kardiomiopati, Koagulasi intravaskuler diseminata, Embolisme, Cidera kepala, Hiperkolesteronemia, Hipertensi, Endokarditis infeksi, Katup prostetik mekanis, Stenosis mitral, Neoplasma otak, Infark miokard akut, Sindrom sick sinus, Penyalahgunaan zat, Terapi trombolitik, Penyalahgunaan zat.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi jaringan serebral (keadekuatan aliran darah serebral

untuk menunjang fungsi otak) meningkat.

Kriteria hasil: kesadaran pasien meningkat dan kognitif meningkat. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, refleks saraf membaik, pasien tenang, tidak ada penambahan disfungsi neurologis, sakit kepala menurun. Tanda-tanda vital dalam batas normal: tekanan darah 110/70 – 120/80 mmHg, nadi 60-100 x/menit, nafas 16-20 x/menit, suhu 36,5-37,5°C

Intervensi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia dan tanda babinsky
- 2) Monitor tingkat kesadaran
- 3) Monitor tanda-tanda vital
- 4) Monitor status neurologi
- 5) Monitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata
- 6) Monitor pernapasan meliputi pola dan irama
- 7) Berikan posisi kepala 15-30 derajat
- 8) Berikan oksigen sesuai anjuran
- 9) Berikan terapi sesuai program seperti antifibrolitik dan antihipertensi

G. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Safitri (2019) Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh

karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Safitri, 2019).

Tipe implementasi keperawatan secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan antara lain:

1. *Cognitive implementations* yaitu meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.
2. *Interpersonal implementations* yaitu meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.
3. *Technical implementations* yaitu meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain:

1. *Independent implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya

sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

2. *Interdependen/ Collaborative implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.
3. *Dependent implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diit yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses

mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan, (PPNI, 2019). ada dua tipe evaluasi keperawatan:

1. Evaluasi formatif

Evaluasi ini berisi hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien pada saat dilakukan tindakan keperawatan yang kemudian dilakukan pendokumentasian. Perumusan evaluasi formatif meliputi empat kompone yang disebut istilah SOAP, yaitu S (subyektif) yang berisi keluhan pasien, O (Obyektif) yang berisi hasil pemeriksaan, A (analisa data) berisi perbandingan data dengan teori dan P (perencanaan) yang berisi rencana keperawatan lebih lanjut untuk pasien (Safitri, 2019).

2. Evaluasi sumatif

Merupakan evaluasi akhir yang dilakukan setelah tindakan keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi ini kesimpulan dari analisa dan observasi sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Metode yang digunakan dalam evaluasi sumatif ini adalah wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga setelah melakukan tindakan keperawatan, dan mengadakan pertemuan pada akhir layanan (Safitri, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai hasil “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.H dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1103 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 15 sampai 17 Maret 2023.

A. Pengkajian keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien bernama Ny.H dengan usia 62 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Islam, status janda, pendidikan SMP, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, suku bangsa Betawi, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat cempaka Wangi 3 RT 15 RW 09 Kecamatan Kemayoran, Kelurahan harapan mulya, sumber biaya BPJS, sumber informasi berasal dari keluarga pasien, pasien masuk pada tanggal 14 Maret 2023 di Ruang Neurologi kamar 1103 dengan nomor register 00534442 dengan diagnosa medis Stoke Non Hemoragik.

2. Resume

Pasien dibawa ke Rumah Sakit Koja oleh keluarganya pada tanggal 14 Maret 2023 pada Pukul 14.45 WIB. Pasien tinggal bersama anaknya, menurut keterangan anaknya pasien pingsan di bajai dan dilarikan ke puskesmas dirawat sejak 12 jam dengan hemiparise dekstra e.c stroke dan hipoglikemia (GDS di Puskesmas 51 mg/dL). Keesokan harinya

pasien di rujuk ke RSUD koja. Hasil pengkajian pasien mengatakan sulit berjalan, pasien mengeluh sakit kepala sekitar 4 hari, tidak nafsu makan, badan pegel semua, nyeri pinggang, kram kaki, sering kesemutan, mudah haus, mual, pasien memiliki riwayat jatuh, riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu, dan saraf kejepit, Pasien tampak lemas, keadaan umum sedang, TTV: TD: 151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, suhu: 36,5°C, BB: 52 Kg, TB: 154cm. GCS: E4M6V5, pasien mengalami kelemahan pada ekstermitas kanan. Pasien memiliki riwayat penyakit DM dengan hasil gula darah serum di IGD yaitu GDS 249 mg/dL, GDN 151 mg/dL, GDPP 134 mg/ dL.

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan masalah diatas adalah resiko perfusi jaringan serebral, resiko penurunan curah jantung, gangguan mobilitas fisik dengan kelemahan ekstremitas kanan, ketidakstabilan kadar glukosa darah, risiko jatuh dan resiko konstipasi.

Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum, mengkaji tanda-tanda vital pasien, mengkaji skala kekuatan otot pasien, membantu ADL pasien, memantau adanya peningkatan tekanan intrakranial, memantau adanya peningkatan kadar glukosa darah, memberikan posisi yang nyaman. Sedangkan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan untuk masalah diatas yaitu memasang dan mempertahankan cairan infus RL 20 TPM/12 jam. Memberikan terapi sesuai program Citicolin 2x500mg (IV), Ceftriaxond 1x2gr (IV), Omeprazole 2x1 ampul (IV), Lasix 2x1 mg (IV), Apidra 3x8 (SC), Pletaal 2x100 (tablet), Oxicobal 3x500 (tablet), ISDN 3x5 (tablet),

Sukralfat 3x1 (sirup), KSR 2x1 (tablet), Bicnat 3x1 (tablet), Aminofron 3x1 (tablet).

Evaluasi secara umum pasien masih tampak sakit sedang, masih merasa pusing, kelemahan masih ada pada bagian ekstremitas dextra.

3. Riwayat keperawatan

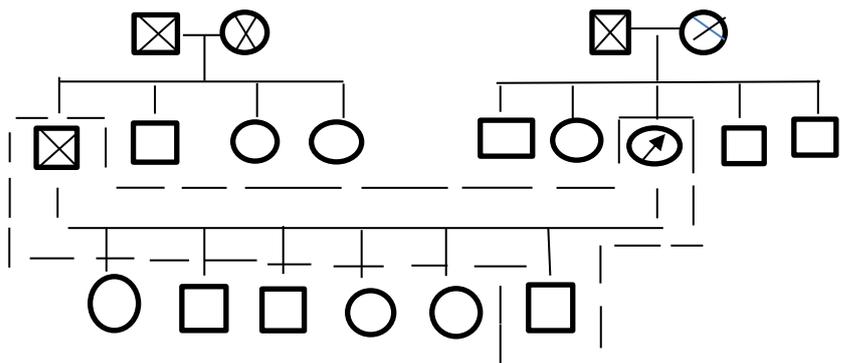
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien saat ini adalah ekstermitas kanan mengalami kelemahan dan agak sulit digerakkan, kronologi keluhan pasien pingsan di bajai sehabis pulang kerja dan langsung di bawa ke puskesmas kemayoran, timbul keluhannya mendadak, lamanya sejak 3 hari yang lalu, upaya untuk mengatasinya pasien langsung mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mempunyai riwayat hipertensi dan saraf kejepit, pasien memiliki riwayat jatuh di ruang tamu jatuh begitu saja sejak 27 tahun yang lalu, tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, binatang dan lingkungan. Riwayat pemakaian obat amprodipine 10 Mg sejak 2 tahun yang lalu dan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Meninggal
	: Pasien
	: Tinggal serumah
	: Garis pernikahan
	: Garis keturunan

Pasien merupakan anak ke 3 dari 5 bersaudara, suami pasien meninggal, almarhum anak ke 1 dari 4 saudara, ayah pasien sudah meninggal pada usia 78 tahun karena penyakit saraf kejepit dan lambung, ibu pasien sudah meninggal, pasien memiliki 6 orang anak dan pasien tinggal bersama anak yang ke 6

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi factor resiko
Di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang menjadi factor resiko.
- e. Riwayat Psikologis dan Spiritual

Orang terdekat pasien adalah anaknya, pola komunikasi dengan keluarga dua arah dan pengambilan keputusan diambil oleh keluarga serta pasien, tidak pernah mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Dampak penyakit terhadap keluarga adalah keluarga merasa cemas dengan kondisi pasien. Pasien mengatakan bahwa masalah yang mempengaruhinya adalah berbaring terus dan tidak mampu untuk

bermobilisasi. Mekanisme koping terhadap stress yang dilakukan oleh pasien adalah tidur. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarganya setelah menjalani perawatan, tidak ingin dirawat di rumah sakit lagi. Perubahan yang dirasakan pasien sejak jatuh sakit adalah pasien merasa lemas, pegal-pegal, tidak bisa menggerakkan ekstermitas bagian kanan dan mengalami nyeri pinggang akibat berbaring terus, saraf kejepit dan kesulitan beraktivitas. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama atau kepercayaan yang dilakukan pasien tampak tidak ada, lingkungan rumah pasien padat penduduk dan pasien juga jarang keluar rumah karena sibuk bekerja.

f. Pola kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: Pasien makan 3x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan pantangan yaitu daging olahan dan garam, tidak ada diit makanan, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

Di rumah sakit: Pasien makan 3x sehari nafsu makan berkurang, porsi makan hanya habis 3 suap, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan pantangan makanan yang bergaram dan daging olahan, diit rendah

garam, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Buang air kecil (BAK) 6 x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Pasien juga buang air besar (BAB) 1-2x/hari, biasanya pada waktu pagi, sore dan terkadang malam, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat namun lunak, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif.

Sesudah sakit: Pasien menggunakan alat bantu kateter urine pada tanggal 14 Maret 2023, jumlah urine 2200cc/hari dengan warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan. Pasien belum buang air besar (BAB) selama 4 hari dirawat.

3) Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit: Pasien mandi 2x/hari, biasanya pada pagi dan sore dengan menggunakan sabun, pasien gosok gigi 2x/hari dan pasien mencuci rambut 3x/minggu dengan menggunakan shampoo.

Di rumah sakit: Pasien dibantu dalam melakukan *personal hygiene* seperti mandi dan gosok gigi, selama 3 hari dirawat pasien belum keramas.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: Pasien tidur siang selama 2 jam/hari dan tidur malam selama 7 jam/hari dan kebiasaan sebelum tidur adalah nonton tv.

Di rumah sakit: Pasien tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam 4-5 jam dan kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: Pasien bekerja sebagai karyawan sablon Qur'an pada waktu pagi, pasien tidak pernah berolahraga dan tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas.

Di rumah sakit: Pasien hanya terbaring di atas tempat tidur karena tidak mampu bangun sendiri sehingga aktivitas pasien harus dibantu.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: Pasien tidak merokok, pasien tidak mengonsumsi alkohol serta tidak ada ketergantungan terhadap obat-obatan terlarang.

Di rumah sakit: Pasien tidak merokok, pasien tidak mengonsumsi alkohol dan tidak ada ketergantungan terhadap obat-obatan terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Pasien memiliki berat badan 52 Kg sebelum sakit, setelah sakit tidak bisa dikaji karena pasien tidak bisa berdiri, tinggi badan pasien 154 cm, TD 151/105 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20 x / menit dan suhu tubuh 36,5° C. Keadaan umum pasien sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris, kelopak mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal tidak tampak keruh/berkabut, sklera anikterik, pada pemeriksaan nervus III (*Okulomotor*), diameter pupil tiap bola mata

2 mm. pupil simetris, tidak terdapat kelainan pada nervus IV (*Trochlear*) hal ini di buktikan bahwa pasien dapat mengikuti arah tangan perawat dari atas ke bawah, pada pemeriksaan Nervus II (*Opticus*) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, penglihatan baik, tidak ada tanda peradangan, pasien tidak memakai kacamata, tidak memakai lensa kontak dan reaksi terhadap cahaya baik dan pada pemeriksaan nervus VI (*Abducent*) tidak terdapat penglihatan *doubel* (diplopia).

c. Sistem Pendengaran

Telinga tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada rasa penuh di telinga, tidak ada tinitus, pemeriksaan nervus VIII normal (*Akustikus*) terbukti pendengaran baik saat perawat berbisik, pasien dapat mengulangi bisikan tersebut oleh perawat, dan fungsi keseimbangan tidak diperiksa karena pasien mengalami hemiparesis pada tubuh bagian kanan, sehingga pemeriksaan tidak dapat dilakukan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem Wicara

Pada pemeriksaan Nervus XII (*Hipoglossus*) respon lidah baik, pasien bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke yang lain, tidak terdapat kesulitan dalam menelan, saat diminta untuk senyum pasien dapat senyum dengan simetris. Pada pemeriksaan Nervus VII (*fascialis*) saat pasien diinstruksikan untuk mengerutkan kening, mengangkat alis dan menutup mata sekuat mungkin, wajah kanan

dan kiri simetris.

e. Sistem Pernapasan

Pemeriksaan nervus I (*Olfactorious*) menunjukkan tidak ada kelainan pada penciuman, pasien dapat menyebutkan penciuman yang diberikan dengan cara menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung. Jalan nafas pasien bersih, pernafasan sesak, pasien menggunakan otot bantu nafas, frekuensi nafas 20 x/menit, irama teratur, nafas spontan, kedalaman nafas pasien tampak dalam, pasien tidak batuk atau berdahak, dada pasien teraba simetris dan tidak teraba massa dan nyeri tekan, ekspansi paru simetris, bunyi sonor pada saat di perkusi semua lapang paru, terdengar nafas vesikuler, pasien merasa nyeri saat bernafas, pasien terpasang alat bantu pernapasan nasal kanul 3 liter per menit.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi 88x/menit dengan irama teratur dan denyut frekuensi nadi kuat. TD 151/105 mmHg, vena jugularis kiri dan kanan, tidak tampak distensi, temperatur kulit hangat dan warna kulit tidak tampak pucat dengan pengisian kapiler <2 detik, tidak ada sianosis, bunyi jantung I-II regular, *ictus cordis* teraba di ICS 5, jantung kesan membesar

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut apical 88x/menit, dengan irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung, pasien kadang-kadang mengeluh sakit

dadanya.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak tidak pucat dan tidak ditemukan adanya perdarahan pada pasien, CRT <2 detik

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien hanya mengeluh pusing saja, tingkat kesadaran pasien composmentis dengan GCS 15 (E4M6V5), tidak terdapat adanya tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, pasien berbicara normal, pasien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan, reflek fisiologis normal, tidak ditemukan refleksi patologis. Pemeriksaan Nervus X (*Vagus*) tidak menunjukkan kelainan yang dibuktikan dengan refleksi menelan pasien baik. Pada pemeriksaan Nervus V (*Trigeminus*) pada pemeriksaan motorik perawat mengintruksikan kepada pasien untuk saling merapatkan gigi dengan kencang lalu perawat meraba muskulus masseter tampak kontraksi otot kuat, melakukan palpasi di muskulus temporalis teraba adanya kontraksi otot kuat. Pada pemeriksaan sensorik yaitu mengidentifikasi apakah rangsang yang diterima di area wajah berupa rangsangan benda halus atau benda tajam. Pasien mampu membedakan rangsangan yang diberikan oleh perawat.

i. Sistem Pencernaan

Kondisi mulut pasien tidak ada karies, tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah tampak bersih, air liur normal, tidak mengalami muntah, tidak mengalami nyeri daerah perut, bising usus pasien 6 x/menit, pasien tidak mengalami diare, pasien belum pernah

BAB selama di rumah sakit, hepar tidak teraba, tidak ada nyeri tekan, abdomen kembung, otot perut tidak ada kelainan, bunyi normal.

j. Sistem Endokrin

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

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pada pasien per 24 jam pada tanggal 15 maret 2023 dengan intake 2.700 (minum 1200, cairan infus 1500), output 2.032,5 (urine 2000 + iwl 32,5 ml) jadi balance cairan +670 ml, tidak ada perubahan pada pola berkemih, urine tampak berwarna kuning jernih, pasien tidak mengalami distensi pada kandung kemih.

l. Sistem integumen

Turgor kulit pasien tampak baik dengan temperatur hangat, warna kulit tidak tampak pucat dengan keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tidak ada tanda-tanda flebitis, keadaan rambut pasien tekstur baik dan bersih.

m. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak pasien tampak terganggu, yaitu mengalami kesulitan menggerakkan tungkai kanan bawah dan atas. Pasien mengalami hemiparesis tungkai dan lengan kanan, pasien tidak mengalami nyeri pada tulang, sendi dan kulit, tidak ada patah tulang, tidak ada kelainan bentuk pada tulang dan sendi, tidak ada kelainan pada struktur tulang belakang, dan kondisi otot pada tungkai kiri pasien baik, sedangkan kondisi otot tungkai kanan kurang baik. Pada pemeriksaan nervus XI

(*aksesorius*) anggota badan sebelah kanan susah digerakan dan dapat mengangkat bahu sebelah kiri dan nervus VIII (*Vestibulocochlear*) tidak dapat di kaji karena pasien tidak dapat berdiri dan mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan.

Kekuatan otot:

2222	5555
2222	5555

5. Data Tambahan

Keluarga mengatakan sering mendengar orang yang terkena stroke namun pasien tidak mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi stroke.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 maret 2023

Hemoglobin 11.9 g/dL (12.5-16.0), Leukosit $17.36 \times 10^3/uL$ (4.00-10.50), Hematokrit 32.1% (37.0-47.0), Trombosit $104 \times 10^3/uL$ (182-369), pH 7.396 (7.350-7.450), PCO₂ 19.4 mmHg (32.0-45.0), PO₂ 156.0 mmHg (95.0-100.0), HCO₃ 12.0mEq/L (21.0-28.8), O₂ saturation 99.4 %, Natrium 135 mEq/L (135-147), Kalium 3.34 mEq/L (3.5-5.0), Klorida 103 mEq/L (96-108), Ureum 64.4 mg/mL (<0.020), Kreatinin 2.58 mg/mL (0,51-0,95), eGFR (CKD-EPI) 20.4 mL/min/1.73m² (>=90) (Glukosa sewaktu 249 mg/mL (70-200)).

Hasil pemeriksaan Echocardiography Tanggal 15 maret 2023:

Dimensi ruang jantung dalam batas normal, LVH konsentrik, Kontraktillitas LV normal, *Ejection Friction (EF) 67% normokinetik at rest*, Kontraktillitas RV baik, Mild AR, *Disfungsi diastolic gr. 1. Pericardial efusi mild diapex*

Hasil pemeriksaan Thorax foto Tanggal 14 maret 2023:

Kesan jantung membesar. *Aorta elongasio* dan dilatasi. Mediastinum superior tidak melebar. Trakea di tengah. Kedua hilus tidak menebal. Corakan bronkovaskular kedua paru baik, tidak tampak infiltrat maupun nodul di kedua lapangan paru. Kedua hemidiafragma licin. Kedua sinus kostofrenikus lancip Tulang-tulang dinding dada kesan intak.

Hasil pemeriksaa CT-Scan Tanggal 14 maret 2023: Lesi hipodens regio ganglia basalis sinistra kesan suatu infark.

7. Penatalaksanaan

Terapi Oral: Pletaal 2x100 (Pukul 08.00 dan 20.00), Oxicobal 3x500 (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB), Omeprazole 2x20 (Pukul 08.00 WIB), ISDN 3x5 (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB), Sukralfat 3x1 sirup (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB), KSR 2x1 (Pukul 08.00 dan 17.00 WIB), Bicnat 3x1 (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB), Aminofron 3x1 (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB).

Terapi injeksi: Citicoline 2x500 (IV) (Pukul : 08.00 dan 20.00 WIB) , Ceftriaxond 1x2 (IV) (Pukul :20.00 WIB), Omeprazole 2x1 (IV) (Pukul : 08.00 dan 17.00 WIB), Ondanstron 3x8 (IV) (Pukul : 08.00,12,00 dan 20.00 WIB), Lasik 2x1(IV) Pukul: 08.00 dan 18.00 WIB), Apidra 3x8

(SC) (Pukul : 08.00, dan 20.00 WIB).

8. Data Fokus

Data subyektif

Pasien mengatakan ekstermitas kanan mengalami kelemahan dan agak sulit digerakkan, pasien sering kesemutan dan kram pada kaki, pusing, mual, dan sakit kepala, pasien mengeluh tidak bisa duduk karena pinggangnya sakit, aktivitas harus dibantu, pasien belum BAB dari awal masuk RS, pasien sering haus, pasien kadang-kadang sesak, tidak nafsu makan, pasien mengatakan nyeri dada skala nyeri 4, pasien mengatakan badan pasien pegal-pegal dan lemas, pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes, dan saraf kejepit.

Data Objektif

Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran pasien compos mentis, GCS (E4M6V5), kadang-kadang pasien terlihat sesak, dan dipasang O₂, kadang-kadang pasien minta dilepas O₂ nya karena sudah tidak sesak, bunyi jantung I-II regular dan terdapat edema, ictus kordis teraba di ICS 5 jantung kesan membesar, makan hanya habis 3 suap, BB 52 kg, TB 154 cm, IMT 21.9, pasien belum pernah BAB selama di Rumah Sakit, bising usus pasien 6 x/menit, abdomen kembung, pasien tampak hanya bisa berbaring, pasien terpasang kateter, pasien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan, pasien tidak mampu mengangkat bahu sebelah kanan. Pasien mengalami hemiparesis tungkai dan lengan kanan, dan kondisi otot pada tungkai kiri pasien baik dengan kekuatan

otot 5555, sedangkan kondisi otot tungkai kanan kurang baik dengan kekuatan otot 2222, balance cairan +670 ml, TD 151/105 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20 x / menit dan suhu tubuh 36,5° C, hasil Hemoglobin 11.9 g/dL (12.5-16.0), Leukosit 17.36 10³/uL (4.00-10.50), Hematokrit 32.1% (37.0-47.0), Trombosit 104 10³/uL (182-369), Glukosa sewaktu 249 mg/mL (70-200), hasil gula GDN 151 mg/dL, GDPP 134 mg/ dL. GDS tanggal 14 Maret 2023 51 mg/dL, hasil CT-Scan: Lesi hipodens regio ganglia basalis sinistra kesan suatu infark, Hasil pemeriksaan Echo kontraktillitas LV normal, *Ejection Friction* (EF) 67%, hasil Thoraks foto kesan jantung membesar. *Aorta elongasio* dan dilatasi.

9. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengeluh pusing, mual, dan sakit kepala, Pasien mengatakan ekstermitas kanan mengalami kelemahan dan agak sulit digerakkan pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Kesadaran pasien compos mentis, GCS: E4M6V5, pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan (pada pemeriksaan nervus XI</p>	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Factor resiko hipertensi</p>

2.	<p>(aksesorius) pasien dapat mengangkat bahu sebelah kiri namun anggota badan sebelah kanan susah digerakan), TD:151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C, hasil Ct-Scan kepala: Lesi hipodens regio ganglia basalis sinistra kesan suatu infark,</p> <p>Data subjektif</p> <p>Pasien mengatakan kadang-kadang sesak, pasien mengatakan nyeri dada, pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Kadang-kadang pasien terlihat sesak, dan dipasang O2, kadang-kadang pasien minta dilepas O2 nya karena sudah tidak sesak, bunyi jantung I-II regular dan terdapat edema, ictus kordis teraba di ICS 5 jantung kesan membesar, TD:151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, hasil Hemoglobin 11.9</p>	Resiko penurunan curah jantung	Faktor resiko perubahan <i>afterload</i>
----	---	--------------------------------	--

	<p>g/dL (12.5-16.0), Hasil pemeriksaan Echo kontraktillitas LV normal, <i>Ejection Friction</i> (EF) 67%, hasil Thoraks foto kesan jantung membesar. <i>Aorta elongasio</i> dan dilatasi.</p> <p>3. Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa duduk karena punggung dan pinggangnya sakit, pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, pasien mengatakan badan pasien pegal-pegal dan lemas.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Pasien tampak banyak berbaring, pasien tidak bisa duduk karena pingangnya sakit, Pasien mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan dengan kekuatan otot pada ekstremitas kanan 2222 dan ekstermitas kiri 5555</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik bagian ekstremitas kanan</p>	<p>penurunan kekuatan otot dan nyeri</p>
--	---	--	--

4.	<p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan pernah jatuh 27 tahun yang lalu.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Pasien berusia 62 tahun, kekuatan otot pada ekstremitas kanan 2222 dan kiri 5555, pasien terpasang kateter, Pasien mengalami hemiparesis tungkai dan lengan kanan</p>	Resiko jatuh	Faktor resiko kekuatan otot menurun
5.	<p>Data Subjektif</p> <p>Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sering kesemutan dan kram, pasien mengatakan sering haus, dan pusing.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Gula darah harian tgl 15 Maret 2023 Gula darah puasa (GDN) 151 mg/dL, GDPP 134 mg/ dL. tanggal 14 Maret 2023 GDS (di Puskesmas) 51 mg/dL, Glukosa sewaktu di IGD RS Koja 249 mg/mL (70-200).</p>	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Resistensi insulin

6.	<p>Data Subjektif</p> <p>Pasien belum BAB dari awal masuk RS, pasien tidak nafsu makan.</p> <p>Data Objektif</p> <p>Pasien makan hanya habis 3 suap, bising usus pasien 6 x/menit, abdomen kembung, pasien hemiparise kanan, pasien lebih sering terbaring di tempat tidur.</p>	Resiko konstipasi	Faktor resiko ketidakcukupan diet dan kelemahan otot abdomen.
----	---	-------------------	---

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan factor resiko hipertensi.
2. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan factor resiko perubahan *afterload*.
3. Ketidakseimbangan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan nyeri.
5. Resiko jatuh berhubungan dengan factor resiko kekuatan otot menurun.
6. Resiko konstipasi berhubungan dengan factor resiko ketidakcukupan diet dan kelemahan otot abdomen.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan factor resiko hipertensi ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengeluh pusing, mual, dan sakit kepala, pasien mengatakan ekstermitas kanan mengalami kelemahan dan agak sulit digerakkan pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi.

Data Objektif: Kesadaran pasien compos mentis, GCS: E4M6V5, pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan (pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) pasien dapat mengangkat bahu sebelah kiri namun anggota badan sebelah kanan susah digerakkan, TD:151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C, hasil Ct-Scan kepala: Lesi *hipodens regio ganglia basalis sinistra* kesan suatu infark,

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

Kriteria Hasil: kesadaran pasien meningkat dan kognitif meningkat. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, sakit kepala

membaik, refleks saraf membaik, gelisah menurun. Tanda-tanda vital dalam batas normal: TD 110/70 – 120/80 mmHg, frekuensi nadi 60-100 x/menit, frekuensi napas 16-20 x/menit, suhu 36,5-37,5°C.

Rencana tindakan

- a. Identifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, hemiparese dan tanda babinsky
- b. Monitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS
- c. Monitor tanda -tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu.
- d. Monitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata.
- e. Monitor pernapasan meliputi pola dan irama, dan auskultasi bunyi napas
- f. Berikan posisi kepala 15-30 derajat
- g. Berikan oksigen sesuai anjuran 3 liter/menit melalui nasal kanul
- h. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- i. Monitor saturasi oksigen
- j. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi, Citicolin 2x500mg IV (Pukul 08.00 dan 20.00 WIB), Oxicobal 3x500 tablet (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB), Sukralfat 3x1 sirup (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB).

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan

oral, 1 ampul Citicolin 500mg IV, 1 tablet Oxicobal 500 mg, 1 sendok Sukralfat sirup, Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 09.10 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 20x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal, tidak terdapat produksi sputum; Pukul 09.15 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5; mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, hemiparese dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kanan, reflek pupil baik, pasien tampak terbaring, pasien tampak mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan tanda babinsky (-); memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; memantau pernapasan meliputi pola dan irama, pola napas pasien tampak tidak normal dengan frekuensi napas: 20x/menit dan irama napas pasien tampak reguler; Pukul 10.00 WIB memberikan posisi kepala 15-30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena, memberikan terapi obat oral 1 tablet Oxicobal 500 mg (PO), 1 sendok Sukralfat sirup, pasien tidak menunjukkan tanda-tanda alergi; Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/90 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 20.00 WIB; memberikan terapi 1 ampul Citicolin 500mg IV, 1 tablet Oxicobal 500 mg, 1 sendok Sukralfat sirup. Obat telah diminum semua dan tidak ada reaksi alergi. Pasien tampak kooperatif. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/98 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan oral 1 ampul Citicolin 500mg IV, 1 tablet Oxicobal 500 mg, 1 sendok Sukralfat sirup. Obat telah diminum semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 145/89 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 09.10 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 20x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal, tidak terdapat produksi sputum berlebih; Pukul 09.15 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5; mengidentifikasi adanya nyeri

kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, hemiparese dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kanan, reflek pupil baik, pasien tampak terbaring, pasien tampak mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan tanda babinsky (-); memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; memantau pernapasan meliputi pola dan irama, pola napas pasien tampak tidak normal dengan frekuensi napas: 20x/menit dan irama napas pasien tampak reguler; Pukul 10.00 WIB memberikan posisi kepala 15-30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena, terapi oral Oxicobal 3x500 (PO), Sukralfat 3x1 sirup, pasien tidak menunjukkan tanda-tanda alergi; Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/90 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 20.00 WIB; memberikan terapi 1 ampul Citicolin 500mg IV, 1 tablet Oxicobal 500 mg, 1 sendok Sukralfat sirup. Obat telah diminum semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi, pasien tampak kooperatif. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 140/89 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.10 WIB

menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan oral, 1 ampul Citicolin 500mg IV, 1 tablet Oxicobal 500 mg, 1 sendok Sukralfat sirup. Obat telah diminum semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 119/67 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 09.10 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 20x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal, tidak terdapat produksi sputum berlebih; Pukul 09.15 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5; mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, hemiparese dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kanan, reflek pupil baik, pasien tampak terbaring, pasien tampak mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan tanda babinsky (-); memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; memantau pernapasan meliputi pola dan irama, pola napas pasien tampak tidak normal dengan frekuensi napas:

20x/menit dan irama napas pasien tampak reguler; Pukul 10.00 WIB memberikan posisi kepala 15-30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena, terapi oral, terapi obat oral 1 tablet Oxicobal 500 mg (PO), 1 sendok Sukralfat sirup. Obat telah diminum semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 145/92 mmHg, frekuensi nadi: 100x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 20.00 WIB; memberikan terapi 1 ampul Citicolin 500mg IV, 1 tablet Oxicobal 500 mg, 1 sendok Sukralfat sirup. Obat telah diminum semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; pasien tampak kooperatif.

Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 139/69 mmHg, frekuensi nadi: 99x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Evaluasi 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan masih sulit digerakkan.

Objektif: Kesadaran compos mentis, GCS 15 E4M6V5, pasien tampak berorientasi dengan baik, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan dan tanda-tanda vital, TD:119/67 mmHg,

frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,6°C,.

Analisa: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan dilanjutkan oleh perawat ruangan neurologi untuk poin a, b, c, d, e, f, g, h, I .

2. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan factor resiko perubahan afterload ditandai dengan

Data subjektif: Pasien mengatakan kadang-kadang sesak, pasien mengatakan nyeri dada skala nyeri 4, pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes.

Data Objektif: Kadang-kadang pasien terlihat sesak, dan dipasang O2, kadang-kadang pasien minta dilepas O2 nya karena sudah tidak sesak, bunyi jantung I-II regular dan terdapat edema, ictus kordis teraba di ICS 5 jantung kesan membesar, TD:151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, hasil Hemoglobin 11.9 g/dL (12.5-16.0), Hasil pemeriksaan Echo kontraktillitas LV normal, Ejection Friction (EF) 67%, hasil Thoraks foto kesan jantung membesar. Aorta elongasio dan dilatasi.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat.

Kriteria Hasil: Tekanan darah dalam batas normal: TD 110/70 – 120/80 mmHg, dispnea menurun, edema menurun, Lelah menurun.

Rencana Tindakan :

- a. Observasi tanda gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema).
- b. Observasi tanda gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan BB, batuk, kulit pucat)
- c. Monitor tanda -tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu.
- d. Monitor adanya keluhan nyeri dada
- e. Posisikan pasien semi flower dan atur posisi nyaman
- f. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi, Ceftriaxon 1x2 IV (Pukul :20.00 WIB), Lasik 2x1 IV (Pukul: 08.00 dan 18.00 WIB), obat oral ISDN 3x5 (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB), Bicnat 3x1 (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB), Aminofron 3x1 (Pukul 08.00, 12.00 dan 20.00 WIB).

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan oral, 1 ampul Lasik IV, 1 tablet ISDN via oral, 1 tablet Bicnat via oral, 1 tablet Aminofron via oral. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 09.10 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan ada nyeri, membantu posisikan pasien pada posisi semi flower dan atur posisi nyaman, pasien nampak normal tidak terdapat batuk dan kulit tidak tampak pucat; Pukul 09.15 WIB monitor tanda gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan

terkadang sesak, frekuensi nafas 20x/menit, pasien terpasang O2, pasien tampak sedikit lemas, tidak ada peningkatan BB saat ini. Pukul 10.00 WIB membantu memposisikan pasien dengan posisi nyaman dan posisi kepala 15 – 30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan terapi obat oral 1 tablet ISDN, 1 tablet Bicnat, 1 tablet Aminofron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/90 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 18.00 WIB; memberikan terapi 1 ampul Lasik via IV; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi 1 ampul Ceftriaxone via IV, 1 tablet ISDN, 1 tablet Bicnat, 1 tablet Aminofron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi, Pasien tampak kooperatif; Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/98 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan oral, 1 ampul Lasik IV, 1 tablet ISDN via oral, 1 tablet Bicnat via oral, 1 tablet Aminofron via oral. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 145/89 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 09.10 WIB memonitor keluhan nyeri

dada, pasien mengatakan nyeri masih ada, membantu posisikan pasien pada posisi semi flower dan atur posisi nyaman, pasien nampak normal tidak terdapat batuk dan kulit tidak tampak pucat; Pukul 09.15 WIB monitor tanda gejala primer penurunan curah jantung, pasien mengatakan masih sedikit sesak, frekuensi nafas 22x/menit, pasien mengatakan sedikit sesak dan terpasang O2, pasien tampak sedikit lemas, tidak ada peningkatan BB saat ini. Pukul 10.00 WIB membantu memposisikan pasien dengan posisi nyaman dan posisi kepala 15 – 30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan terapi obat oral 1 tablet ISDN, 1 tablet Bicnat, 1 tablet Aminofron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital TD: 150/90 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 18.00 WIB; memberikan terapi 1 ampul Lasik via IV; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi 1 ampul Ceftriaxone via IV, 1 tablet ISDN, 1 tablet Bicnat, 1 tablet Aminofron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi, Pasien tampak kooperatif; Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 140/89 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan oral, 1 ampul Lasik IV, 1 tablet ISDN via oral, 1 tablet Bicnat via oral, 1 tablet

Aminofron via oral. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 119/67 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 09.10 WIB memonitor keluhan nyeri dada, pasien mengatakan nyeri berkurang, membantu posisikan pasien pada posisi semi flower dan atur posisi nyaman, pasien nampak normal tidak terdapat batuk dan kulit tidak tampak pucat; Pukul 09.15 WIB monitor tanda gejala primer penurunan curah jantung, sesak sudah tidak ada, frekuensi nafas 20x/menit, tidak terpasang O2, pasien tampak sedikit lemas, tidak ada peningkatan BB saat ini. Pukul 10.00 WIB membantu memposisikan pasien dengan posisi nyaman dan posisi kepala 15 – 30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena dan terapi obat oral 1 tablet ISDN, 1 tablet Bicnat, 1 tablet Aminofron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 150/90 mmHg, frekuensi nadi: 93x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 18.00 WIB; memberikan terapi 1 ampul Lasik via IV; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi 1 ampul Ceftriaxone via IV, 1 tablet ISDN, 1 tablet Bicnat, 1 tablet Aminofron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pasien tampak kooperatif. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 139/69 mmHg, frekuensi nadi: 99x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.10 WIB

menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Evaluasi 17 Maret 2023

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa lemas dan sudah tidak sesak.

Objektif: Kesadaran composmentis, nyeri dada berkurang skala 2, tidak ada batuk, tidak ada dispnea, dan tanda-tanda vital, TD:119/67 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,6°C,.

Analisa: Resiko penurunan curah jantung belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan neurologi untuk poin a, b, c, d, e, f.

3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sering kesemutan dan kram, pasien mengatakan sering haus, dan pusing.

Data Objektif : Gula darah harian tgl 15 Maret 2023 Gula darah puasa (GDN) 151 mg/dL, GDPP 134 mg/ dL. tanggal 14 Maret 2023 GDS (di Puskesmas) 51 mg/dL, Glukosa sewaktu di IGD RS Koja 249 mg/mL (70-200).

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah meningkat.

Kriteria hasil: pusing menurun, Lelah menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa dalam darah membaik, kadar glukosa dalam darah membaik.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- b. Monitor kadar glukosa darah
- c. Monitor tanda dan gejala hiperglikemis (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
- d. Berikan asupan cairan oral dan frekuensi
- e. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- f. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)
- g. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi, Apidra 3x8 (SC), cairan RL 20 TPM/12 jam, kalium KSR 2x1(IV)

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.00 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, pasien tidak pernah menjaga pola makananya; Pukul 08.00 Kolaborasi pemberian insulin, Apidra 3x8 (SC); Pukul 08.10 Pukul Kolaborasi pemberian kalium, 1 ampul KSR (IV). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 Kolaborasi pemberian cairan IV, cairan RL 20 TPM/12 jam; Pukul 09.10 Monitor kadar glukosa darah, kadar glukosa darah sewaktu 249 mg/dl, pasien tampak lemas; Pukul 09.15 Monitor tanda dan gejala hiperglikemis (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), pasien sering ingin buang air kecil, lebih sering haus dan masih merasa lemas, pasien tampak berbaring ditempat tidur;

Pukul 11.20 Berikan asupan cairan oral dan frekuensi, pasien mengatakan sudah minum air putih sebanyak 5 gelas; Pukul 11.25 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien akan mengikuti diet yang dianjurkan, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat;

Pukul 12.15 ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan), pasien belum mampu melakukan penggunaan insulin; Pukul 20.00 Pukul Kolaborasi pemberian kalium, KSR 2x1(IV), pasien sudah diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi; Pukul 20.00 Kolaborasi pemberian insulin, Apidra 3x8 (SC). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 08.00 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, pasien tidak pernah menjaga pola makannya; Pukul 08.10 Kolaborasi pemberian insulin, Apidra 3x8 (SC); Pukul 08.00 Pukul Kolaborasi pemberian kalium, 1 ampul KSR (IV). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 Kolaborasi pemberian cairan IV, cairan RL 20 TPM/12 jam; Pukul 09.10 Monitor kadar glukosa darah, kadar glukosa darah sewaktu 249 mg/dl, pasien tampak lemas; Pukul 09.15 Monitor tanda dan gejala hiperglikemis (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), pasien sering ingin buang air kecil, lebih sering

haus dan masih merasa lemas, pasien tampak berbaring ditempat tidur; Pukul 11.20 Berikan asupan cairan oral dan frekuensi, pasien mengatakan sudah minum air putih sebanyak 5 gelas; Pukul 11.25 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien akan mengikuti diet yang dianjurkan, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat;

Pukul 12.15 ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan), pasien belum mampu melakukan penggunaan insulin; Pukul 20.00 Pukul Kolaborasi pemberian kalium, 1 ampul KSR (IV). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 20.00 Kolaborasi pemberian insulin, Apidra 3x8 (SC). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 08.00 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, pasien tidak pernah menjaga pola makannya; Pukul 08.10 Kolaborasi pemberian insulin, Apidra 3x8 (SC); Pukul 08.00 Pukul Kolaborasi pemberian kalium, 1 ampul KSR (IV). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 09.00 Kolaborasi pemberian cairan IV, cairan RL 20 TPM/12 jam; Pukul 09.10 Monitor kadar glukosa darah, kadar glukosa darah sewaktu 249 mg/dl, pasien tampak lemas; Pukul 09.15 Monitor tanda dan gejala hiperglikemis (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan

kabur, sakit kepala), pasien sering ingin buang air kecil, lebih sering haus dan masih merasa lemas, pasien tampak berbaring ditempat tidur; Pukul 11.20 Berikan asupan cairan oral dan frekuensi, pasien mengatakan sudah minum air putih sebanyak 5 gelas;

Pukul 11.25 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, pasien akan mengikuti diet yang dianjurkan, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat; Pukul 12.15 ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan), pasien belum mampu melakukan penggunaan insulin; Pukul 20.00 Pukul Kolaborasi pemberian kalium, 1 ampul KSR (IV). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 20.00 Kolaborasi pemberian insulin, Apidra 3x8 (SC). Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Evaluasi 17 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan lemas berkurang, pasien sudah paham menjaga diet makanan

Objektif: kadar glukosa darah membaik 135 mg/dl

Analisa : Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan neurologi untuk poin b, d, f, g.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan nyeri ditandai dengan

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak bisa duduk karena punggung dan pinggangnya sakit, pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, pasien mengatakan badan pasien pegal-pegal dan lemas.

Data Objektif: Pasien tampak banyak berbaring, pasien tidak bisa duduk karena pinggangnya sakit, Pasien mengalami hemiparese pada kedua ekstremitas kanan dengan kekuatan otot pada ekstremitas kanan 2222 dan ekstermitas kiri 5555.

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

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

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Identifikasi kekuatan otot
- d. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi
- e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal
- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

- g. Edukasi tujuan dan prosedur ambulasi
- h. Anjurkan ambulasi dini duduk di tempat tidur dan menggerakkan ekstermitas yang lumpuh
- i. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur dan ROM) Bantu Activity Daily Living (ADL) pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian.
- j. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi: Pletaal 2x100 mg (Pukul 08.00 dan 20.00)

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.00 Kolaborasi pemberian obat oral 1 tablet Pletaal 100 mg. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; 10.15 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien, pasien tampak hanya terbaring dan kurang kooperatif saat dilakukan pengkajian; Pukul 10.20 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tampak lemah dan kesulitan dalam menggerakkan ekstermitas kanan; Pukul 10.30 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstermitas kanan 5555 dan kekuatan otot ekstermitas kiri 2222; Pukul 11.35 WIB memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi, TD: 140/90 mmHg, frekuensi nadi: 89x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 10.55 WIB mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, pasien mengalami keterbatasan gerak pada ekstermitas kanan;

Pukul 14.15 WIB memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat

bantu pagar tempat tidur, kursi, atau bantal, keluarga mengatakan mau melakukan latihan gerak jika kondisinya dalam keadaan stabil sesuai anjuran dokter sehari sekali dengan alat bantu pagar tempat tidur atau bantal; Pukul 14.20 WIB menjelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dan prosedur ambulasi, keluarga mengatakan paham dan mengerti apa itu ambulasi dan tujuan ambulasi; Pukul 16.00 WIB menganjurkan ambulasi dini duduk di tempat tidur dan menggerakkan ekstremitas yang lumpuh, keluarga mengerti pasien dibantu duduk dan menggerakkan ekstremitas yang lemah serta ROM; Pukul 16.15 WIB bantu *Activity Daily Living* pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian, ADL pasien selalu dibantu oleh perawat atau keluarga pasien; Pukul 20.00 WIB pemberian obat oral 1 tablet Pletaal 100 mg. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 08.00 Kolaborasi pemberian obat oral 1 tablet Pletaal 100 mg. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 10.15 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien, pasien tampak hanya terbaring dan kurang kooperatif saat dilakukan pengkajian; Pukul 10.20 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tampak lemah dan kesulitan dalam menggerakkan ekstermitas kanan; Pukul 10.30 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstermitas kanan 5555 dan kekuatan otot ekstermitas kiri 2222; Pukul 11.35 WIB memonitor frekuensi jantung

dan TD sebelum memulai ambulasi, TD: 138/69 mmHg, frekuensi nadi: 99x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 10.55 WIB mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, pasien mengalami keterbatasan gerak pada ekstermitas kanan;

Pukul 14.15 WIB memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi, atau bantal, keluarga mengatakan mau melakukan latihan gerak jika kondisinya dalam keadaan stabil sesuai anjuran dokter sehari sekali dengan alat bantu pagar tempat tidur atau bantal; Pukul 14.20 WIB menjelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dan prosedur ambulasi, keluarga mengatakan paham dan mengerti apa itu ambulasi dan tujuan ambulasi; Pukul 16.00 WIB menganjurkan ambulasi dini duduk di tempat tidur dan menggerakkan ekstremitas yang lumpuh, keluarga mengerti pasien dibantu duduk dan menggerakkan ekstremitas yang lemah serta ROM; Pukul 16.15 WIB bantu Activity Daily Living pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian, ADL pasien selalu dibantu oleh perawat atau keluarga pasien; Pukul 20.00 WIB, diberikan terapi obat oral 1 tablet Pletaal 100 mg. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 08.00 Kolaborasi pemberian obat oral 1 tablet Pletaal 100 mg. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 10.15 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien, pasien tampak hanya terbaring dan kurang kooperatif saat

diilakukan pengkajian; Pukul 10.20 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, pasien tampak lemah dan kesulitan dalam menggerakkan ekstermitas kanan; Pukul 10.30 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstermitas kanan 5555 dan kekuatan otot ekstermitas kiri 2222; Pukul 11.35 WIB memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai ambulasi, TD: 134/89mmHg, frekuensi nadi: 70x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 10.55 WIB mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, pasien mengalami keterbatasan gerak pada ekstermitas kanan;

Pukul 14.15 WIB memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi, atau bantal, keluarga mengatakan mau melakukan latihan gerak jika kondisinya dalam keadaan stabil sesuai anjuran dokter sehari sekali dengan alat bantu pagar tempat tidur atau bantal; Pukul 14.20 WIB menjelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dan prosedur ambulasi, keluarga mengatakan paham dan mengerti apa itu ambulasi dan tujuan ambulasi; Pukul 16.00 WIB menganjurkan ambulasi dini duduk di tempat tidur dan menggerakkan ekstremitas yang lumpuh, keluarga mengerti pasien dibantu duduk dan menggerakkan ekstremitas yang lemah serta ROM; Pukul 16.15 WIB bantu Activity Daily Living pasien mulai dari pindah posisi, mandi, BAB dan BAK, serta berpakaian, ADL pasien selalu dibantu oleh perawat atau keluarga pasien; Pukul 20.00 WIB, diberikan terapi obat oral 1 tablet Pletaal 100 mg. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi

Evaluasi 25 Maret 2022 Pukul 20.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan sudah bisa miring ke kanan 1 menit dengan bantuan perawat dan keluarga, pasien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur sekitar \pm 1 menit dengan sandaran bantal, pasien mengatakan pinggangnya masih terasa pegal karena terlalu lama berbaring

Objektif: Pasien tampak sudah bisa miring ke kanan dengan bantuan, pasien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur dengan bantuan perawat, pasien tampak kekuatan otot pasien pada ekstremitas atas kanan 5555, ekstremitas atas kiri 2222 , ekstremitas bawah kanan 5555, ekstremitas bawah kiri 2222 , pasien tampak belum mampu bergerak dengan mandiri, pasien belum mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

Analisa: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi .

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruang neurologi pada poin a,b,c,d,g,

5. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan

Subjektif: pasien mengatakan berusia 62 tahun, pasien mengatakan pernah jatuh 27 tahun yang lalu, pasien mengatakan nyeri kepala dan punggung

Objektif: pagar pengaman tempat tidur pasien selalu terpasang, pasien berusia 62 tahun, kekuatan otot pada ekstremitas kanan 2222 dan kiri 5555, pasien terpasang kateter, Pasien mengalami hemiparesis tungkai dan lengan kanan,

Tujuan: Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan resiko jatuh menurun.

Kriteria hasil: Jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)
- b. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- c. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- d. Pasang handrail tempat tidur
- e. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- f. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.00 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang), keluarga mengatakan keadaan lingkungan rumah baik tidak licin dan cukup terang; Pukul 09.45 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien belum mampu untuk berpindah tempat; Pukul 09.50 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur terkunci selalu; Pukul 10.00 Pasang handrail tempat tidur, handrail terpasang dengan selalu dengan baik; Pukul

10.10 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur pasien berada di posisi terendah guna menghindari resiko jatuh; Pukul 12.00 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, aktivitas pasien selalu di bantu keluarga dan perawat; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 08.00 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang), keluarga mengatakan keadaan lingkungan rumah baik tidak licin dan cukup terang; Pukul 09.45 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien belum mampu untuk berpindah tempat; Pukul 09.50 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur terkunci selalu; Pukul 10.00 Pasang handrail tempat tidur, handrail terpasang dengan selalu dengan baik; Pukul 10.10 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur pasien berada di posisi terendah guna menghindari resiko jatuh; Pukul 12.00 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, aktivitas pasien selalu di bantu keluarga dan perawat; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tidur.

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 08.00 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang), keluarga mengatakan keadaan lingkungan rumah baik tidak licin dan cukup terang; Pukul

09.45 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pasien belum mampu untuk berpindah tempat; Pukul 09.50 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, roda tempat tidur terkunci selalu; Pukul 10.00 Pasang handrail tempat tidur, handrail terpasang dengan selalu dengan baik; Pukul 10.10 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempat tidur pasien berada di posisi terendah guna menghindari resiko jatuh; Pukul 12.00 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, aktivitas pasien selalu di bantu keluarga dan perawat; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Evaluasi 17 Maret 2023

Subjektif: keluarga sudah mengerti cara menjaga pasien dari resiko jatuh seperti mengunci roda tempat tidur, memasang handrail dan membantu aktivitas pasien

Objektif : Pasien tampak belum bisa berpindah tempat dan aktifitas pasien di bantu keluarga dan perawat, resiko jatuh terhadap pasien kecil, pasien masih sulit mengerakan ekstremitas bagian kanan.

Analisa: resiko jatuh teratasi

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan perawat di ruang neurologi pada poin b

- 6. Resiko konstipasi berhubungan dengan factor resiko factor resiko ketidakcukupan diet dan kelemahan otot abdomen ditandai dengan**

Data Subjektif: Pasien belum BAB dari awal masuk RS, pasien tidak nafsu makan.

Data Objektif: Pasien makan hanya habis 3 suap, bising usus pasien 6 x/menit, abdomen kembung, pasien hemiparise kanan, pasien lebih sering terbaring di tempat tidur.

Tujuan: : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan resiko konstipasi menurun.

Kriteria hasil : Peristaltik usus meningkat, nyeri abdomen menurun , frekuensi BAB meningkat, distensi abdomen menurun.

Intervensi:

- a. Identifikasi faktor risiko konstipasi (asupan serat tidak adekuat, asupan cairan tidak adekuat)
- b. Anjurkan untuk mengonsumsi air putih sesuai kebutuhan (1500 – 2000 ml/hari).
- c. Anjurkan peningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan
- d. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet tinggi serat
- e. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi: Ondansetron 3x8 (IV) (Pukul : 08.00,12,00 dan 20.00 WIB), Omeprazole 2x1 (IV) (Pukul : 08.00 dan 17.00 WIB).

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.00; Pemberian terapi obat intravena, 1 ampul Omeprazole IV, 1 ampul Ondansetron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 08.10 Melakukan identifikasi penyebab terjadinya konstipasi yaitu, diet yang diberikan rendah serat;

Pukul 09.00 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi terkait diet yang sesuai yaitu diet tinggi serat untuk mengatasi konstipasi, menganjurkan pasien untuk mengonsumsi air putih 2000ml/hari, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat; Pukul 11.25 menganjurkan pasien untuk meningkatkan aktivitas sehingga pasien tidak hanya berbaring di tempat tidur, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat;

Pukul 12.00, pemberian terapi obat intravena 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi. Pukul 17.00 Pemberian terapi obat intravena, 1 ampul Omeprazole IV. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 20.00 pemberian terapi obat intravena 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 08.00; Pemberian terapi obat intravena, 1 ampul Omeprazole IV, 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 08.10 Monitor frekuensi BAB, pasien mengatakan masih belum BAB. Monitor peristaltic usus dan distensi abdomen, peristaltik usus 8 x/menit, distensi abdomen berkurang; Pukul 09.00 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi terkait diet yang sesuai yaitu diet tinggi serat untuk mengatasi konstipasi, menganjurkan pasien untuk mengonsumsi air putih 2000ml/hari, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat; Pukul 11.25 menganjurkan pasien

untuk meningkatkan aktivitas sehingga pasien tidak hanya berbaring di tempat tidur, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat;

Pukul 12.00, pemberian terapi obat intravena 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi. Pukul 17.00 Pemberian terapi obat intravena, 1 ampul Omeprazole IV. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 20.00 pemberian terapi obat intravena 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 08.00; Pemberian terapi obat intravena, 1 ampul Omeprazole IV, 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 08.10 Monitor frekuensi BAB, pasien mengatakan telah BAB 1 kali. Monitor peristaltic usus dan distensi abdomen, peristaltik usus 12 x/menit, tidak terdapat distensi abdomen; Pukul 09.00 melakukan kolaborasi dengan ahli gizi terkait diet yang sesuai yaitu diet tinggi serat untuk mengatasi konstipasi, menganjurkan pasien untuk mengonsumsi air putih 2000ml/hari, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat; Pukul 11.25 menganjurkan pasien untuk meningkatkan aktivitas sehingga pasien tidak hanya berbaring di tempat tidur, pasien tampak mendengarkan anjuran perawat;

Pukul 12.00, pemberian terapi obat intravena 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan

reaksi alergi. Pukul 17.00 Pemberian terapi obat intravena, 1 ampul Omeprazole IV. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 20.00 pemberian terapi obat intravena 1 ampul Ondansentron. Obat telah diberikan semuanya dan tidak menunjukkan reaksi alergi; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Evaluasi 17 Maret 2023

Subjektif: pasien mengatakan masih terasa kembung dan belum mau untuk BAB

Objektif: Bising usus 6x, pasien belum bisa BAB

Analisa : Resiko konstipasi belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan perawat di ruang neurologi pada poin a b e.

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.H dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1103 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal dari 15 Maret sampai 17 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Stroke Non Hemoragik menurut Setyawati (2021) dapat disebabkan oleh trombosis dan embolus. Beberapa pemicu yang menjadi faktor risikonya adalah penyakit hipertensi, dislipidemia, Diabetes Melitus, kegemukan, kelainan jantung, kebiasaan merokok, diet, mengkonsumsi alkohol, dan aktifitas fisik yang minim. Pada kasus ada kesesuaian faktor resiko dengan teori. Faktor resiko tersebut adalah riwayat hipertensi yang dialami pasien sejak dua tahun yang lalu, serta memiliki riwayat Diabetes Mellitus yang sudah cukup lama.

Menurut (Hinkle & Cheever, 2017; Ignatavicius et al., 2020; Lewis et al., 2014). manifestasi klinis yang muncul pada pasien stroke adalah mengalami kelemahan tiba-tiba atau kelumpuhan separuh badan, hilang

rasa peka, bicara pelo, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, kesadaran menurun, proses kencing terganggu dan gangguan fungsi otak. Sedangkan pada kasus penulis menemukan adanya sulit berjalan, pasien mengeluh sakit kepala sekitar 4 hari, tidak nafsu makan, badan pegel semua, nyeri pinggang, kram kaki, sering kesemutan, mudah haus, mual, mengalami kesulitan menggerakkan tungkai kanan bawah dan atas. Variasi yang berbeda pada setiap kasus mungkin saja akan terjadi, karena manifestasi klinis yang muncul pada pasien stroke bergantung dari daerah yang terkena dan luasnya kerusakan jaringan serebral.

Pada kasus penulis menemukan juga keluhan yang tidak ada di teori pada pasien dengan stroke. Menurut Black & Hawks (2014) bicara pelo tidak ditemukan pada pasien hal ini dibuktikan pasien saat pengkajian yaitu, pasien kooperatif ketika menjawab pertanyaan saat dikaji, penulis juga bisa memantau langsung fisik dan keadaan pasien serta dapat melihat langsung data untuk pengkajian melalui rekam medis, dan perawat ruangan dengan mudah. Gangguan penglihatan tidak ditemukan pada pasien hal ini dibuktikan saat dilakukan pemeriksaan Nervus III (Okulomotorius) tampak diameter pupil 2 mm pada setiap bola mata, pupil isokor, pemeriksaan Nervus IV (Troklaris) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arah tangan perawat dari atas ke bawah, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90°

ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kaca mata miopia, tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus VI (abducen) gerakan bola mata pasien normal dan tidak terdapat pengelihatan dobel (diplopia). mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai hal ini dibuktikan Pada pemeriksaan Nervus XII (Hipoglossus) respon lidah baik, pasien bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke yang lain, senyum pasien simetris. Pada pemeriksaan Nervus VII (*facialis*) saat pasien diinstruksikan untuk mengerutkan kening, mengangkat alis dan menutup mata sekuat mungkin, wajah kanan dan kiri simetris. Dikasusu tidak ditemukan adanya penurunan kesadaran hal ini dibuktikan dengan GCS: E4M6V5 kesadaran compos mentis pasien mampu berorientasi dengan benar dan kooperatif. Tidak ditemukan adanya proses kencing terganggu hal ini dibuktikan pasien terpasang kateter dengan indikasi pada saat awal terjadi penurunan kesadaran dan mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan atas dan bawah.

Pada kasus penulis mendapatkan data adanya keluhan nyeri pinggang, badan pegel, yang jika dikaitkan dengan teori keluhan tersebut tidak ada di teori pasien dengan stroke. Keluhan ini disebabkan bisa karena efek dari imobilisasi. Pasien sudah seminggu mengalami gangguan dalam pergerakan (imobilisasi), dimana pasien berubah posisi tergantung orang lain, sehingga akhirnya pasien menjadi lebih banyak tidur dengan posisi telentang, hal ini tentunya berdampak

terhadap banyak sistem, yaitu system pernafasan, sistem kardiovaskular, sistem integumen dan sistem musculoskeletal (Daulay, Hidayah, and Santoso 2021)

Pada system imobilisasi terkadang menyebabkan kehilangan daya tahan, kekuatan dan masa otot serta menurunnya stabilitas dan keseimbangan. Dampak pembatasan gerak adalah gangguan metabolisme kalsium dan gangguan sendi. Akibat imobilisasi tentunya banyak yang akan dikeluhkan pasien termasuk diantaranya nyeri pinggang dan badan pegal. Nyeri pinggang juga bisa disebabkan riwayat kesehatan pasien yaitu saraf kejepit.

Keluhan lain yang ditemukan di kasus namun tidak ada di teori yaitu pasien sering kesemutan dan kram pada kaki. Ditinjau dari riwayat kesehatan masa lalu pasien memiliki riwayat diabetes mellitus. Nurjannah, N., Saputra, B., & Erianti, S. (2023) Kram yang timbul pada penderita diabetes seringkali disebabkan karena adanya kerusakan saraf yang disebut sebagai neuropati diabetikum. Hal ini disebabkan kadar gula yang tinggi dapat merusak saraf. Kerusakan saraf dapat menimbulkan gejala yang beragam mulai dari kesemutan, baal, nyeri dan yang lainnya. Selain karena komplikasi diabetes, kram juga sering ditimbulkan karena dehidrasi /kurang cairan serta kekurangan kalium, Ghea Chikarrani, Z. F., Isti, S., & Nugraheni, T. L. (2019). Hasil pemeriksaan kalium memang sesuai dimana hasil kalium serum menunjukkan kadar kalium yang rendah yaitu 3,34 mEq/L (nilai normal 3,5 – 5,0).

Pada teori yang dikemukakan oleh Menurut Black & Hawks (2014) terdapat lima pemeriksaan radiologi yaitu Angiografi serebri, Magnetic Resonance Imaging (MRI), USG Dopler, Computerized Tomography Scanning (CT-Scan) dan elektroensefalografi EEG. Sedangkan pada kasus dari kelima pemeriksaan tersebut hanya CT-scan yang dilakukan pada pasien. Hasil dari CT-scan ini sudah membantu menegakkan diagnosis medis pasien. Kesimpulan dari hasil CT-scan lesi hipodens regio ganglia basalis sinistra. Adanya hipodens ini menunjukkan telah terjadi infark di area otak, dari hasil CT-scan ini pasien dinyatakan mengalami Stroke Non Hemoragik. Sedangkan pemeriksaan lain seperti pemeriksaan laboratorium bertujuan salah satunya untuk mendapatkan apa yang menjadi faktor resiko stroke nya tersebut, sehingga bisa ditangani dokter supaya kerusakan otaknya tidak semakin meluas. Dari hasil pemeriksaan kadar gula darah menunjukkan adanya peningkatan kadar gula darah sewaktu yaitu 249 mmHg. Selanjutnya dokter melakukan pemeriksaan gula darah harian

Menurut LeMone, M.Burke & Bauldof, (2017) penatalaksanaan yang dapat diberikan pada penderita stroke adalah obat antikoagulan, antipalatelet, fibrinolitik, antihipertensi, antidislipidemia, antidiabetes, dan pembedahan. Pemberian obat antidislipidemia merupakan kondisi di mana kadar kolesterol, yaitu LDL, HDL, dan trigliserida, tidak normal. Namun pada pasien tidak diberikan obat antidislipidemia dikarenakan pasien tidak memiliki riwayat kolestrol dan tidak ada tanda gejala yang menunjukkan pasien mempunyai kolestrol.

Penatalaksanaan medis lainnya yang tidak dilakukan pada pasien yaitu pembedahan karena tidak ada indikasi untuk dilakukan pembedahan. Dimana indikasi pembedahan otak adalah untuk mengembalikan aliran darah ketika stroke terjadi, atau untuk memperbaiki kerusakan vaskularmalformasi. Hal ini biasa dilakukan pada orang yang mengalami trans ischemia attack (TIK) atau dalam bahaya mengalami stroke lainnya, endarterektomi karotis pada bifurkasi arteri karotis dapat dilakukan untuk menghilangkan plak aterosklerosis (LeMone, M.Burke & Bauldof, 2017)

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian. Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian adalah jika penulis tidak dapat mengkaji pasien dikarenakan pasien tidak konsen saat ditanya. Solusinya penulis dapat melihat data pasien dari Rekam Medis dan melanjutkan penulisan asuhan keperawatan kepada pasien. Penulis juga dapat melakukan pengkajian terhadap keluarga pasien terkait kondisi perkembangan pasien. Penulis tidak akan mengganggu waktu istirahat pasien dan akan melakukan pengkajian kembali saat pasien sudah bangun dari tidurnya.

Hambatan lainnya adalah pasien pada saat hari pertama pengkajian pasien tidak ditemukan beberapa hasil pemeriksaan. Solusinya yang pertama penulis berkonsultasi dengan kepala ruangan sehingga dibantu

untuk melengkapi data pasien, penulis meminta izin kepala ruangan untuk dipinjamkan rekam medis pasien, namun penulis mendapatkan hambatan lagi saat membaca rekam medis pasien yaitu pendokumentasian catatan perkembangan pasien yang tertulis direkam medis ditulis kurang jelas sehingga penulis sulit untuk memahaminya. Solusi yang kedua adalah penulis harus mengidentifikasi kembali dengan perawat ruangan tentang kejelasan data pasien yang ada direkam medis.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada 5 diagnosa yang ditemukan pada pasien stroke yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi, gangguan eliminasi urine, deficit perawatan diri, resiko perfusi serebral tidak efektif, Sedangkan pada kasus ditemukan enam diagnosa keperawatan yaitu dua sesuai teori yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik dan empat tidak ditemukan di teori yaitu resiko penurunan curah jantung, ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko jatuh dan resiko konstipasi. Diagnosa yang ada di teori namun tidak ada di kasus yaitu Gangguan komunikasi verbal. Diagnosa ini menurut (PPNI, 2017) pada pasien stroke disebabkan karena Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan musculoskeletal, Kelainan palatum, Hambatan fisik, Hambatan individu, Hambatan psikologis. Sedangkan pada kasus tidak ditemukan adanya gangguan komunikasi, dibuktikan dengan saat dilakukan pengkajian pasien

kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, dari awal hingga akhir proses pengkajian.

Gangguan eliminasi urine ditemukan di teori karena pada pasien stroke menurut (PPNI, 2017) diakibatkan oleh Penurunan kapasitas kandung kemih, Iritasi kandung kemih, Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, Efek tindakan medis dan diagnostik, Kelemahan otot pelvis, Ketidakmampuan mengakses toilet, Hambatan lingkungan, Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, Outlet kandung kemih tidak lengkap, Imaturitas. Sedangkan pada kasus tidak ada masalah di eliminasi urinenya dibuktikan dengan pasien terpasang kateter dengan indikasi pada saat awal masuk terjadi penurunan kesadaran dan mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan atas dan bawah.

Devisit perawatan diri ditemukan di teori karena pasien dengan stroke akan mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuhnya sehingga aktifitas *personal hygiene* nya menjadi terganggu. Pada kasus penulis menemukan juga adanya kelemahan pada sisi tubuh sebelah kanan namun penulis mengintegrasikan intervensi ini ke masalah gangguan mobilitas fisik, karena membantu aktifitas harian pasien ada juga di dalam perencanaan gangguan mobilitas fisik. Selain itu data yang mendukung untuk menegakkan devisit perawatan diri masih kurang untuk menegakkan diagnosis ini.

Diagnosis yang ditemukan di kasus namun tidak ditemukan di teori yaitu resiko penurunan curah jantung, hal ini dibuktikan dengan data-

data yang penulis temukan pada kasus yaitu Pasien mengatakan kadang-kadang sesak, pasien mengatakan nyeri dada, pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes, Kadang-kadang pasien terlihat sesak, dan dipasang O₂, kadang-kadang pasien minta dilepas O₂ nya karena sudah tidak sesak, bunyi jantung I-II regular dan terdapat edema, ictus kordis teraba di ICS 5 jantung kesan membesar, TD:151/105 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, hasil Hemoglobin 11.9 g/dL (12.5-16.0), Hasil pemeriksaan Echo kontraktillitas LV normal, *Ejection Friction* (EF) 67%, hasil Thoraks foto kesan jantung membesar. *Aorta elongasio* dan dilatasi.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah ditemukan di kasus karena berdasarkan pengkajian ditemukan Pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sering kesemutan dan kram, pasien mengatakan sering haus, dan pusing, Gula darah harian tgl 15 Maret 2023 Gula darah puasa (GDN) 151 mg/dL, GDPP 134 mg/ dL. tanggal 14 Maret 2023 GDS (di Puskesmas) 51 mg/dL, Glukosa sewaktu di IGD RS Koja 249 mg/mL (70-200).

Resiko jatuh dimunculkan di kasus karena penulis menemukan data-datanya dari pasien yaitu Pasien mengatakan pernah jatuh 27 tahun yang lalu, Pasien berusia 62 tahun, kekuatan otot pada ekstremitas kanan 2222 dan kiri 5555, pasien terpasang kateter, Pasien mengalami hemiparesis tungkai dan lengan kanan Risiko konstipasi dimunculkan di kasus karena dari hasil pengkajian ditemukan data-data sebagai berikut: Pasien belum BAB dari awal masuk RS, pasien tidak

nafsu makan, Pasien makan hanya habis 3 suap, bising usus pasien 6 x/menit, abdomen kembung, pasien hemiparise kanan, pasien lebih sering terbaring di tempat tidur.

Faktor pendukung perumusan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya banyak sumber seperti buku teks dan jurnal online yang memuat informasi yang melimpah tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik, banyaknya sumber yang tersedia membingungkan referensi penulis, opsi penulis adalah melakukan analisis dan diskusi di mana penulis menemukan referensi yang tepat untuk digunakan. Kendala yang dirasakan penulis dalam menegakkan diagnosis adalah adanya masalah terkait terapi, namun informasi yang diperoleh selama perumusan kurang dari 80% memenuhi kriteria diagnostik. Pilihan penulis agar tetap dapat menyelesaikan masalah keperawatan tanpa harus mengangkat diagnosis adalah dengan melakukan beberapa perubahan perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai.

Menurut teori Lewis et al (2017) Adapun diagnosis dan perencanaan yang terdapat pada kasus namun tidak terdapat pada teori

namun dibuat sesuai dengan literatur. Perencanaan diambil oleh penulis untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot atau nyeri terdapat beberapa perencanaan yang tidak dilakukan penulis diantaranya monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi tidak dibuat dikarenakan perawat tidak bisa selalu memantau mobilisasi pasien.

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan adalah data pasien sinkron dengan data mayor minor pada buku SDKI. Sehingga mempermudah menentukan diagnosa dan merencanakan asuhan keperawatan sehingga dalam melakukan perencanaan keperawatan yaitu tersedianya literatur yang mendukung. Kondisi pasien saat dilakukan rencana asuhan keperawatan juga terlihat stabil dan bisa menerima perencanaan keperawatan yang diberikan. Untuk memilih sumber, penulis menggunakan standar intervensi keperawatan dari PPNI serta mencari sumber informasi dari buku serta jurnal-jurnal yang ada pada database internet.

Faktor penghambat pada perencanaan keperawatan, ada perencanaan yang tujuannya sama tetapi dengan kata berbeda. Sehingga solusi yang penulis lakukan hanya dengan memberikan salah satu perencanaan yang umum sering dilakukan kepada pasien sesuai dengan kondisi yang dialami pasien saat ini.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dan semua tindakan keperawatan

dilakukan pendokumentasian selama 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala namun sudah ditemukan alternatif dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif saat dilakukan tindakan dan mampu bekerja sama dengan baik dengan penulis serta kepercayaan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan.

Pada diagnosa utama resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan factor resiko hipertensi dimana didapatkan bahwa pasien mengeluh pusing, mual, dan sakit kepala, pasien mengatakan ekstermitas kanan mengalami kelemahan dan agak sulit digerakkan pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi, Kesadaran pasien compos mentis, GCS: E4M6V5, pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan (pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) pasien dapat mengangkat bahu sebelah kiri namun anggota badan sebelah kanan susah digerakan, pasien sudah diberikan posisi kepala 15-30 derajat. Hal ini sejalan dengan panulisan Firmada, Kristianti, and Husain (2021) pemberian posisi untuk menurunkan perfusi serebral pada pasien Stroke Non Hemoragik ditemukan terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata perfusi serebral sebelum dan sesudah dilakukan pemberian posisi kepala 30°. diimplementasikan pada klien yaitu dengan memberikan posisi head up 30° yang dalam penelitian-penelitian tentang ischemic stroke, sangat bermanfaat untuk

memaksimalkan sirkulasi perfusi cerebral dan menurunkan risiko kerusakan serebral akibat tekanan darah yang tinggi. Karna manfaatnya ini maka posisi *head up* 30° merupakan posisi yang paling sering diberikan pada pasien dengan stroke non hemoragik, pemberian posisi dengan meninggikan bagian kepala tempat tidur 25 sampai 30 derajat untuk membantu pasien dalam menangani sekresi oral dan menurunkan TIK (AHA, 2017; Hinkle, 2014).

Sedangkan faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan dimana penulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semuanya dilaksanakan panulis, karena panulis tidak melakukan asuhan keperawatan selama 24 jam. Tetapi, panulis berkolaborasi rencana tindakan keperawatan tersebut pada perawat ruangan dan mahasiswa praktek yang sedang dinas diruangan tersebut. Untuk melihat hasil dari tindakan yang dilakukan panulis melihat dan membaca buku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat yang bertugas diruangan tersebut. Sehingga bisa didapatkan data lengkap terkait pelaksanaan tindakan keperawatan selama 24 jam selama pasien dirawat.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila

dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor : tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat dan terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi (Doenges 2018).

Pada tahap evaluasi pasien dilakukan sesuai dengan tujuan selama 3 x 24 jam, evaluasi dilakukan setelah penulis melakukan tindakan keperawatan setiap harinya. Enam diagnosa yang diangkat penulis, semua diganosa tertarasi sebagian dikarenakan terdapat beberapa pelaksanaan harus ada yang dilakukan berulang karna terkait kondisi pasien.

Faktor pendukung pada evaluasi keperawatan yaitu pasien tampak kooperatif, perkembangan pasien yang memungkinkan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan didapatkan perkembangan. Kerja sama perawat dan tenaga medis lainnya yang berperan penting sehingga adanya perkembangan dengan kondisi pasien setiap harinya

Faktor penghambat pada evaluasi ini dimana keterbatasan waktu sehingga evaluasi dilakukan semaksimal mungkin. Tercapai sebagian tujuan asuhan keperawatan yang dipengaruhi juga dengan kondisi pasien serta waktu memberikan asuhan keperawatan. Solusinya dengan asuhan keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan, dan menanyakan kondisi pasien langsung melalui komunikasi online

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.H dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1103 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara”. Maka penulis bisa menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

A. Kesimpulan

Penyebab Stroke Non Hemoragik pada pasien akibat adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus dan tingginya kadar kolesterol total, menurunnya kadar HDL serta meningkatnya LDL, Pada pengkajian keperawatan, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang dan juga penatalaksanaan penulis menemukan beberapa kesenjangan yang ditemukan pada pasien dengan sumber literatur yang peroleh penulis. Pengkajian pada pasien berjalan cukup lancar, hambatan yang dialami saat pengkajian dapat dicari solusinya sehingga data yang dibutuhkan bisa terkumpul.

Penulis menemukan enam diagnosis keperawatan pada kasus, dimana dua diagnosis sesuai dengan teori yaitu risiko ketidakefektipan perfusi serebral, dan gangguan mobilitas fisik, sedangkan 4 diagnosis keperawatan tidak sesuai dengan teori tapi ditemukan di kasus yaitu

risiko penurunan curah jantung, ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah, risiko jatuh dan risiko konstipasi.

Perencanaan keperawatan disusun menyesuaikan dengan teori, dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi dimodifikasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuaikannya berdasarkan jam dinas yaitu selama tiga hari. Referensi yang cukup banyak membantu kelancaran dalam menyusun intervensi, hamatan yang dialami penulis saat menyusun intervensi dapat ditemukan solusinya sehingga penulis dapat memberika intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan, tindakan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan dengan baik, namun ada beberapa yang mengalami hambatan, namun sudah didapatkan solusinya.

Pada tahap evaluasi ada 4 diagnosa keperawatan tercapai sebagian yaitu, resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, gangguan mobilitas fisik, resiko jatuh. ada 1 diagnosis sudah tercapai yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dan ada 1 diagnosa belum tercapai yaitu resiko konstipasi

B. Saran

Sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna untuk semua pihak, diantaranya:

1. Bagi perawat ruangan

Untuk perawat ruangan selain mengerjakan tindakan kolaborasi, hendaknya tindakan mandiri perawat juga jangan sampai diabaikan. Khususnya untuk pasien yang mengalami immobilisasi, penulis menyarankan untuk lebih fokus perhatiannya terhadap efek dari immobilisasi tersebut dengan melakukan latihan pencegahan terhadap kekakuan sendi yang dapat menimbulkan masalah baru. Dengan kesibukan kegiatan di ruangan latihan tidak harus diberikan sendiri oleh perawat tapi dengan memberikan edukasi ke keluarganya. Selain itu dalam melakukan pendokumentasian untuk setiap kegiatan di rekam medis pasien hendaknya lebih dirapihkan lagi penulisannya dan ditulis lebih jelas sehingga bisa dibaca dengan mudah oleh tim tenaga kesehatan lain yang memerlukan informasi tersebut.

2. Untuk penulis

Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literatur dari jurnal atau artikel, dan melakukan update informasi terbaru tentang Stroke Non Hemoragik disesuaikan dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK).

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, & Yessie. (2015). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Bachrudin, M., & Najib, M. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah I (Vol. 1)*. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. In R. Nampira (Ed.), *Elsevier*.
- Diyono. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Ajar*. Prenada Media.
- Doenges. (2014). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi 3*. In *EGC*. Jakarta.
- Doenges, M. E. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa, Ed. 9, Volume 1* (D. Yulianti (ed.)). EGC.
- Ghea Chikarrani, Z. F., Istri, S., & Nugraheni, T. L. (2019). Doctoral dissertation
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2017). *Medical-Surgical Nursing*.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Blair, M., Rebar, C., & Winkelman, C. (2020). *Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care*. In *Elsevier* (Vol. 8). Elsevier Mosby.
- Keogh, J. (2019). *Medical Surgical Nursing Demystified*. In *McGraw-Hill Education* (Vol. 3). McGraw-Hill Education eBooks.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. In *EGC*. Jakarta.
- Lewis, Dirksen, Heitkamper, & Bucher. (2017). *Medical Surgical Nursing : Assesment and Management Of Clinical Problem*. Elsevier Mosby.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2014). *Medical-Surgical nursing: Assessment and Management of clinical Problems*. Elsevier Inc.
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Jilid 1*. Trans Info Medika.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2016). *Gangguan Gastrointestinaln : Aplikasi Asuhan*

Keperawatan Medikal Bedah. Penerbit Salemba Medika.

Nurjannah, N., Saputra, B., & Erianti, S. (2023). *Jurnal prima Medika Sains*

PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. In *DPP PPNI*. Jakarta.

PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan (cetakan II)*. In *DPP PPNI*. Jakarta.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan (cetakan II)*. In *DPP PPNI*. Jakarta.

Ruhardi, A., Hasaini, A., Asman, A., Hariawan, H., Hardiyanti, D., Pefbrianti, D., Rosyda, R., Sutrisno, I. T., Dewi, D. S., & Mansoben, N. (2021). *TEORI Keperawatan Medikal Bedah*. Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia.

Setyowati, R. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular*. LovRinz Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=E64eEAAAQBAJ>

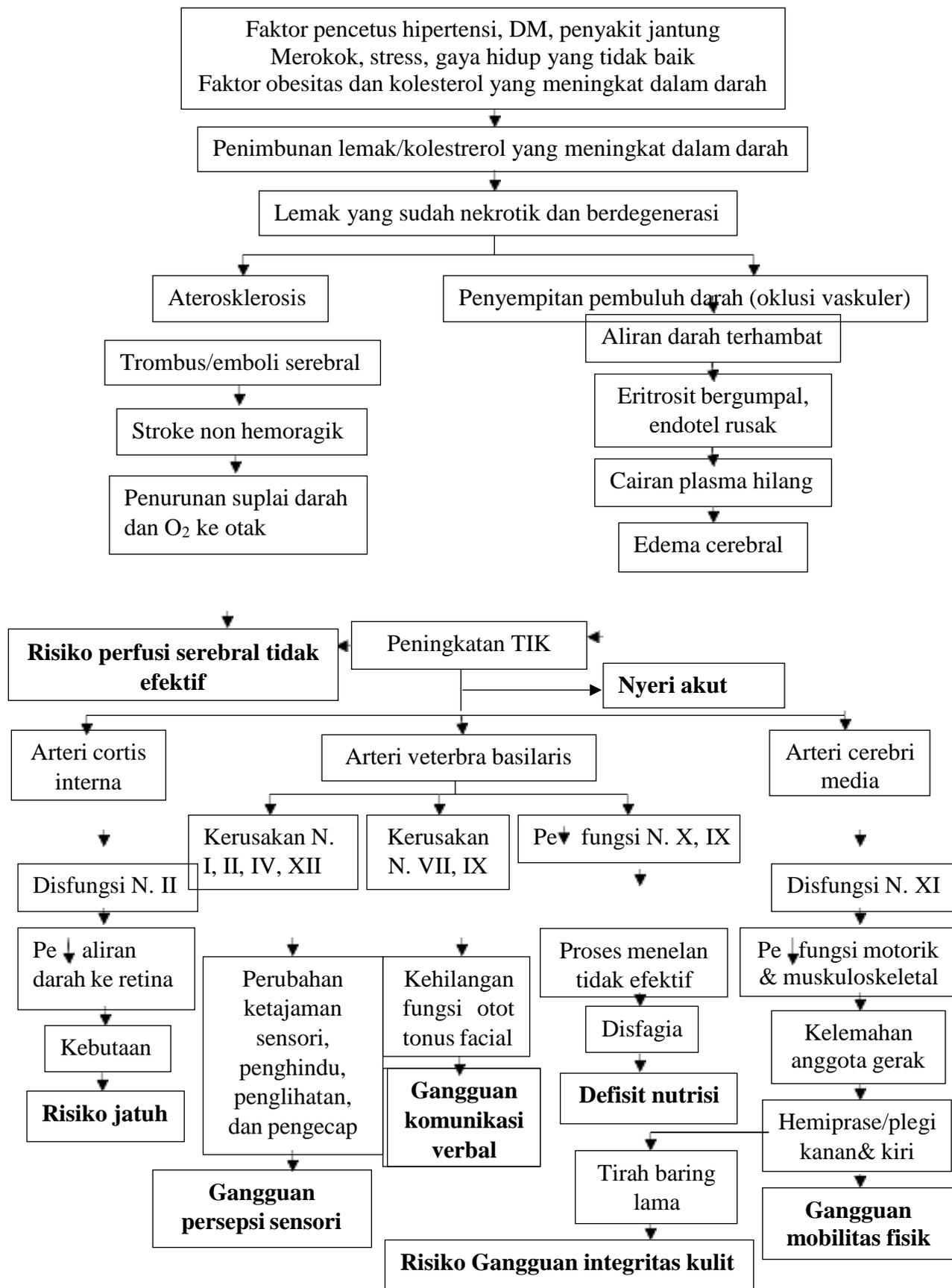
Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. In *Wolters Kluwer Health (Vol. 1)*. Lippincott Williams & Wilkins.

Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker-Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze-Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. In *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001123>

Wilkins, & Williams, L. (2017). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. In *Lippincott*. Philadelphia. <https://books.google.co.id/books?id=cEEFuwAACAAJ>

Winkelman, C. (2016). *Clinical Companion for Medical-Surgical Nursing_ Patient-Centered Collaborative Care, 8e*.

Pathway



Skema 2.2 Pathway Stroke Non Hemoragik
 Sumber: (Tim Pokja SDKI, 2016; Haryono, 2019; Maria, 2021)

Analisa Obat

1. Citicolin

Citicolin atau citicoline adalah obat untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala. Selain itu, obat ini juga dapat digunakan meningkatkan daya penglihatan pada pasien glaukoma.

Citicolin adalah bahan kimia yang sebenarnya secara alami terdapat di otak. Citicolin bekerja dengan cara meningkatkan jumlah zat kimia di otak bernama phosphatidylcholine. Zat ini berperan penting dalam melindungi fungsi otak

Indikasi obat:

Indikasi penggunaan citicolin adalah sebagai suplementasi untuk meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia dan digunakan untuk terapi gangguan serebrovaskular, gangguan kognitif, cedera kepala, penyakit parkinson

Kontraindikasi:

Kontraindikasi pemberian Citicolin apabila terjadi hipertonia pada saraf simpatis.

Efek samping:

Efek samping pemberian Citicolin yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat ini adalah diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut, kelelahan, pusing, sakit kepala, ruam, hipotensi

2. Ceftriaxone

Ceftriaxone adalah antibiotik beta laktam dari golongan sefalosporin generasu ketiga yang memiliki efek bakterisidal.

Indikasi obat:

Indikasi pemberian Ceftriaxone adalah untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif yang biasanya terjadi pada infeksi saluran pernafasan. Infeksi saluran kemih, infeksi saluran cerna, infeksi kulit, infeksi tulang serta sendi, otitis media, gonorhea, profilaksis, sebelum operasi dan meningitis.

Kontraindikasi obat:

Kontraindikasi pemberian Ceftriaxone pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan obat sefalosporin lainnya, serta harus lebih diperhatikan pada penderita alergi pada penisilin karena dapat menimbulkan reaksi silang.

Efek samping:

Efek samping pada pemberian Ceftriaxone yang sering terjadi meliputi reaksi lokal pada area injeksi, eosinofilia, trombositosis, diare, dan leukopenia

3. Omeprazole

Omeprazole merupakan obat untuk saluran cerna golongan penghambat pompa proton, turunan benzimidazole yang berguna untuk menurunkan produksi asam lambung. Omeprazole digunakan sebagai terapi lini pertama untuk mengatasi hipersekresi asam lambung yang terjadi pada ulkus peptikum dan ulkus duodenum. Omeprazole juga digunakan sebagai bagian dari terapi kombinasi untuk mengeradikasi *helicobacter pylori*.

Indikasi obat:

Indikasi omeprazole di antaranya untuk ulkus lambung dan duodenum.

Kontraindikasi :

Kontraindikasi omeprazole jika terjadi reaksi alergi terhadap obat. Pada neonatus, manfaat dan keamanan omeprazole tidak diketahui sehingga omeprazole maupun penghambat pompa proton lainnya sebaiknya tidak diberikan pada neonatus.

Efek samping:

Mual, muntah, diare, sakit kepala, pusing, nyeri, abdomen, rasa kembung, sakit punggung, lemas, bercak kemerahan pada kulit, kolitis akibat infeksi *clostridium difficile*, hypomagnesemia, dan nefritis interstitial akut

4. Ondansetron

Ondansetron merupakan obat antiemetik yang digunakan untuk meredakan mual dan muntah akibat kemoterapi serta pencegahan mual dan muntah paska operasi. Ondansetron bekerja sebagai antagonis reseptor 5-HT₃ yang memblokir serotonin pada Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ).

Pemblokkan ini menyebabkan efek antiemetik (anti mual dan muntah)

Indikasi obat:

mual dan muntah karena kemoterapi dan radioterapi, mual dan muntah paska operasi

Kontra Indikasi :

Hipersensitivitas. Sindrom QT panjang bawaan. Penggunaan bersamaan dengan apomorphine.

Kontra Indikasi:

Hipersensitivitas. Sindrom QT panjang bawaan. Penggunaan bersamaan dengan apomorphine.

5. Lasix

Lasix adalah obat yang mengandung Furosemide, obat ini diproduksi oleh Aventis Indonesia Farma. Lasix digunakan untuk membuang cairan berlebih di dalam tubuh. Komposisi Furosimide merupakan komposisi obat dengan golongan obat diuretik yang dapat digunakan untuk mengurangi cairan atau kadar garam yang berlebih didalam tubuh melalui urine serta dapat digunakan untuk mengurangi pembengkakan yang disebabkan oleh penyakit gagal jantung, penyakit hati dan penyakit kronis lainnya.

Interaksi Obat

Lithium, antibiotik aminoglikosida , asam ethacrynic, salisilat, cephalosporin dapat meningkatkan potensi toksisitasnya.

- ACE inhibitor dapat menyebabkan hipotensi berat dan penurunan fungsi ginjal.
- Sukralfat obat ini dapat menurunkan efek natriuretik dan antihipertensi dari furosemide. Jika tetap digunakan beri jarak setidaknya 2 jam.
- Fenitoin obat ini menyebabkan penurunan penyerapan furosemide di usus, dan akibatnya menurunkan konsentrasi serum puncak furosemide. Akibatnya efektivitas furosemide sedikit berkurang.
- Indometasin jika indometasin dan furosemide digunakan bersamaan dapat mengurangi efek natriuretik dan antihipertensi dari furosemide.

Kontraindikasi

Gagal ginjal akut, Hipokalemia (kadar kalium yang rendah dalam tubuh), Hiperurikemia

(peningkatan kadar asam urat).

Efek samping

Mual, muntah, Anoreksia, Iritasi mulut dan lambung, Diare, sembelit, Hipokalemia (kadar kalium yang rendah dalam tubuh), Hiperurikemia (peningkatan kadar asam urat), Hiperqlikemia (peningkatan kadar gula darah), Gangguan pendengaran, Pusing, Sakit kepala, Penglihatan kabur

6. Ranitidine

Ranitidine merupakan obat-obatan yang digunakan untuk mengobati penyakit-penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti sakit maag dan tukak lambung. Ranitidine termasuk golongan antagonis reseptor histamin H₂ yang bekerja dengan cara menghambat secara kompetitif kerja reseptor histamin H₂, yang sangat berperan dalam sekresi asam lambung. Penghambatan kerja reseptor H₂ menyebabkan produksi asam lambung menurun baik dalam kondisi istirahat maupun adanya rangsangan oleh makanan, histamin, pentagastrin, kafein dan insulin. Obat ini digunakan untuk tukak lambung dan tukak duodenum, refluks esofagitis, dispepsia episodik kronis, tukak akibat AINS, tukak duodenum karena H.pylori, sindrom Zollinger-Ellison, kondisi lain dimana pengurangan asam lambung.

Indikasi obat:

Indikasi pemberian ranitidine diantaranya tukak lambung dan tukak duodenum, refluks esofagitis, dispepsia episodik kronis, tukak akibat AINS, tukak duodenum karena H.pylori, sindrom Zollinger-Ellison, kondisi lain dimana pengurangan asam lambung

Kontraindikasi obat:

Kontraindikasi pemberian Ranitidine adalah jika terjadi porfiria akut, atau hipersensitivitas terhadap Ranitidine atau komponen obat tersebut.

Efek samping obat:

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing

individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Sakit kepala, konstipasi, diare, mual, rasa tidak nyaman/nyeri perut, pusing.

7. Apidra

Apidra PEN merupakan sediaan yang mengandung Insulin Glulisin yang termasuk dalam golongan insulin analog kerja cepat (Rapid-Acting). Insulin ini digunakan untuk pengobatan diabetes melitus pada pasien dewasa, remaja dan anak-anak usia 8 tahun dan di atasnya dimana pengobatan dengan insulin diperlukan. Pada penderita diabetes mellitus, kemungkinan tubuh berada dalam kondisi tidak dapat memanfaatkan glukosa untuk diubah menjadi energi akibat produksi insulin yang kurang memadai, atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin sebagaimana mestinya, atau keduanya. APIDRA bekerja dengan cara membantu gula darah (glukosa) untuk masuk ke dalam sel.

Indikasi obat:

Pengobatan diabetes melitus pada pasien dewasa, remaja dan anak-anak usia 8 tahun dan di atasnya dimana membutuhkan pengobatan dengan insulin.

Kontra Indikasi :

Obat ini tidak dianjurkan untuk pasien yang mengalami: - Hipersensitif atau mengalami alergi terhadap komponen obat ini. - Kondisi hipoglikemia.

Efek Samping:

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Hipoglikemia (kadar gula darah di bawah batas normal), reaksi lokal pada tempat injeksi dan reaksi hipersensitivitas misalnya kemerahan kulit, pembengkakan, dan pruritus.

8. T. Aspilet

Manfaat dari obat ini yaitu sebagai anti-platelet atau pengencer darah yang dapat digunakan untuk mencegah proses agregasi platelet (keping darah atau trombosit) pada pasien yang mengalami infark miokard atau penyumbatan pada otot jantung dan kondisi pasca stroke.

Indikasi obat:

Untuk pengobatan dan pencegahan proses pembekuan dalam pembuluh darah (agregasi platelet) seperti infark miokard akut dan pasca stroke.

Kontraindikasi obat:

Asma, tukak lambung, hemofilia, dan trombositopenia.

efek samping:

Iritasi lambung, mual, muntah, perdarahan lambung, dan tukak lambung.

9. Pletaal

Pletaal merupakan obat yang digunakan untuk terapi sistemik khususnya mengurangi gejala dari klaudikasio intermiten yaitu gejala nyeri otot yang terjadi pada aktivitas ringan (nyeri, kram, mati rasa atau rasa lelah). Pletaal mengandung Cilostazol yang bekerja dengan cara menghambat PDE yang menurunkan degradasi cAMP sehingga kadarnya meningkat. Peningkatan cAMP dapat menurunkan agregasi trombosit dan menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) dan menurunkan proliferasi otot polos pembuluh darah. Cilostazol dapat meningkatkan aliran darah dan jumlah oksigen untuk mengalir pada otot. Pletaal juga dapat digunakan untuk terapi gejala iskemik termasuk ulserasi, nyeri dan rasa dingin pada oklusi arteri kronik.

Indikasi obat :

Pengobatan gejala iskemia seperti ulkus, rasa sakit dan dingin yang disebabkan karena adanya penyumbatan arteri kronis, pencegahan kambuhan infark otak.

Kontra Indikasi :

Hipersensitif.

Efek Samping:

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Ruam, palpitasi, takikardia, muka terasa panas, sakit kepala, pusing, mual, muntah

10. Oxycobal

Obat ini mengandung mecobalamin yang diindikasikan untuk neuropati perifer (gangguan yang terjadi akibat kerusakan pada sistem saraf perifer atau sistem saraf tepi). Mekanisme kerja obat ini adalah mecobalamin merupakan vitamin b12 yang terjadi secara alami di dalam tubuh. Vitamin b12 berfungsi untuk proses metabolisme yang penting dalam perkembangan sel dan pembentukan sel darah merah, dan memelihara tabung saraf yang terdapat di seluruh sistem saraf.

Indikasi obat:

Neuropati perifer dan beberapa jenis anemia.

Kontraindikasi obat:

Penyakit tertentu dan alergi obat.

Efek samping :

Nafsu makan berkurang, mual, diare, gangguan saluran pencernaan, dan reaksi alergi.

11. ISDN

ISOSORBIDE DINITRATE merupakan obat anti angina golongan nitrat. Obat ini bekerja untuk menurunkan kebutuhan dan meningkatkan suplai oksigen dengan cara mempengaruhi tonus vaskular. Obat ini digunakan untuk mengatasi Angina (nyeri dada) yang disebabkan oleh penyakit jantung.

Indikasi obat:

Pencegahan dan pengobatan angina pectoris yang disebabkan penyakit jantung koroner

Kontra Indikasi:

Infark miokard akut, hipotensi, syok, hipovolemia, trauma serebral, anemia.

Efek Samping:

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Sakit kepala, vasodilatasi kutaneus, hipotensi postural, ruam kulit.

12. Sucralfate

Sucralfate sirup merupakan obat yang digunakan untuk pengobatan pada tukak lambung dan usus, gastritis kronik. Obat ini bekerja dengan cara membentuk lapisan pada dasar tukak sehingga melindungi tukak dari pengaruh agresif asam lambung dan pepsin.

Indikasi obat:

Indikasi pemberian sucralfate adalah pada penderita tukak lambung dan usus, gastritis kronik dan profilaksis perdarahan gastrointestinal

Kontraindikasi obat:

Kontraindikasi pemberian sucralfate adalah pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap sucralfat atau komponennya. Perlu diperhatikan dalam penggunaan khususnya pada pasien dengan penyakit ginjal kronik dan hemodialisis karena peningkatan risiko toksisitas aluminium

Efek samping obat:

Efek samping yang mungkin muncul pada pemberian Sucralfate adalah konstipasi/sembelit, mulut kering, diare, mual, muntah, pusing, sakit kepala, nyeri punggung, ruam.

13. KSR

KSR mengandung kalium klorida yang di gunakan untuk mengobati atau mencegah jumlah kalium yang rendah dalam darah.

Indikasi obat:

Pengobatan & pencegahan Hipokalemia

Kontra Indikasi:

gagal ginjal tahap lanjut, penyakit addison yang tidak di obati, dehidrasi akut, hiperkalemia.

Efek Samping:

mual, muntah,diare, nyeri perut

14. Bicnat

ODIUM BICARBONATE (Natrium bikarbonat) termasuk agen alkalinisasi yang memiliki efek meningkatkan pH darah dan urin. Obat ini digunakan untuk memperbaiki kondisi asidosis metabolik atau untuk pengobatan dispepsia. Natrium bikarbonat meningkatkan pH dengan cara menaikkan kadar ion bikarbonat yang kemudian akan menetralisasi konsentrasi ion hidrogen.

Indikasi obat:

Untuk memperbaiki kondisi asidosis metabolik, dispepsia.

Kontra Indikasi:

Edema pulmonary

Efek Samping:

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah : Rasa ingin berkemih yang sering, pusing.

15. Aminofilin

Aminofilin termasuk dalam golongan obat xanthine. Obat ini merupakan bronkodilator, yaitu obat yang digunakan untuk membantu mengendurkan otot bronkial atau saluran udara, sehingga dapat meningkatkan aliran udara di paru-paru.

Indikasi obat:

obstruksi saluran nafas yang reversibel, serangan asma berat.

Kontraindikasi : hati-hati penggunaan pada pasien dengan penyakit jantung, hipertensi, hipertiroid, ulkus lambung, epilepsi, lanjut usia, gangguan hati, kehamilan dan menyusui.

Efek Samping :

Denyut jantung meningkat, berdebar-debar, mual-muntah, gangguan saluran cerna lainnya, sakit kepala, gangguan tidur, gangguan irama jantung, kejang. Mungkin muncul reaksi alergi terhadap etilendiamin seperti kemerahan, gatal, dan dermatitis

