



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1104 LANTAI 11 RSUD
KOJA JAKARTA UTARA**

YORES JORDI ALDO

2011077

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1104 LANTAI 11 RSUD
KOJA JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

YORES JORDI ALDO

2011077

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yores Jordi Aldo

NIM : 2011077

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Stroke
Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar
1104 Lantai 11 RSUD Koja
Jakarta Utara

Pembimbing



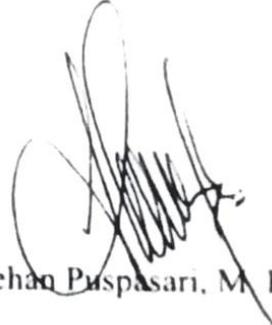
(Enni Juliani, M. Kep)

Penguji I



(Ns Fendy Yesayas, M. Kep)

Penguji II



(Ns Jehan Puspasari, M. Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



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

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan tugas akhir ini dilakukan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia., S.E., M.M selaku ketua STIKes RS Husada;
2. Enni Juliani, M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini;
3. Ns. Fendy Yesayas, M. Kep selaku dosen penguji I yang telah memberikan saran dan masukan untuk kemajuan karya tulis ilmiah ini dan selaku pembimbing akademik yang selalu membantu selama perkuliahan, selama mengingatkan untuk menyelesaikan kuliah tepat waktu dan menyelesaikan tugas dengan segera mungkin;
4. Ns. Jehan Puspasari, M. Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan saran dan masukan untuk kemajuan karya tulis ilmiah ini;
5. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran pembelajaran;
6. Pihak RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
7. Ny. S dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis;
8. Orang tua yang telah memberikan do'a yang tidak terhenti dan bantuan dukungan material dan moral, selalu memberikan motivasi, serta tak pernah lelah memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan

9. Kakak saya Yatin Tamala yang selalu memberikan dan memenuhi kebutuhan perkuliahan penulis
10. Kepada mahasiswi NIM: 2011058 yang selalu membantu saya dalam pengerjaan tugas akhir ini sebagai sumber motivasi dan diskusi.
11. Teman-teman seperjuangan Keperawatan Medikal Bedah 5 yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas Akhir ini
12. Seluruh teman-teman kelas 3B sudah menemani selama tiga tahun melewati suka duka bersama, memberikan motivasi satu sama lain, terima kasih telah memberikan suasana kelas yang menyenangkan dan penuh tawa
13. Teman-teman Angkatan 33 STIKes RS Husada yang telah berjuang bersama selama tiga tahun ini dan memberikan banyakan kenangan.

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 14 Juni 2023

Yores Jordi Aldo

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II : TINJAUAN TEORI	
A. Pengertian	7
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan	17
1. Terapi	17
2. Tindakan Medis Yang Bertujuan Untuk Pengobatan	19
D. Pengkajian Keperawatan	21
E. Diagnosa Keperawatan	34
F. Perencanaan Keperawatan	35
G. Pelaksanaan Keperawatan	45
H. Evaluasi Keperawatan	47
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian.....	50
B. Diagnosa	71
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi	72
BAB IV: PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	120
B. Diagnosa	127
C. Perencanaan	136
D. Pelaksanaan.....	138
E. Evaluasi	140
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	145
B. Saran	148
DAFTAR PUSTAKA	151

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Genogram Keluarga Tn. M	52
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Analisa Data	67
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Pathway	154
Lampiran Laporan Pendahuluan Obat	156
Lampiran SAP Stroke dan ROM	161
Lampiran Leaflet ROM.....	174
Lampiran Lembar Balik ROM	175
Lampiran Lembar Konsultasi.....	178

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan yang terjadi karena adanya perdarahan ke dalam otak atau karena kurangnya aliran darah ke otak yang kemudian mengakibatkan kematian sel-sel otak, kematian sel-sel otak ini dapat menyebabkan gangguan fungsi bicara, pergerakan, sensasi, berpikir, dan juga gangguan emosional yang di kendalikan oleh bagian yang terkena (Harding, 2023) Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO) stroke di definisikan sebagai suatu keadaan di mana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Kemenkes RI, 2018).

World Stroke Organization (WSO) tahun 2022 menyatakan bahwa jumlah penderita stroke di dunia diperkirakan sebanyak 12,2 juta. Dari data tersebut lebih dari 16% kasus merupakan populasi usia 15-49 tahun dan lebih dari 62% pada usia di bawah 70 tahun setiap tahunnya, 47% stroke terjadi pada laki-laki dan 53% pada perempuan. Terdapat lebih dari 101 juta orang di dunia yang pernah menderita stroke selama hidupnya, dan jumlah orang yang meninggal karena stroke dalam satu tahun bisa mencapai 6,5 juta orang, dari

data tersebut terdapat sebanyak 51% kasus kematian akibat stroke terjadi pada pria dan 49% terjadi pada wanita. Dari seluruh kasus stroke dunia, lebih dari 62% merupakan stroke non hemoragik. Ada sekitar 7,6 juta kasus baru stroke non hemoragik setiap tahunnya. Setiap tahunnya 45% kasus stroke non hemoragik terjadi pada pria dan 55% terjadi pada wanita. Lebih dari 77 juta orang hidup di dunia saat ini pernah mengalami stroke non hemoragik. Data yang meninggal karena stroke non hemoragik ada sekitar 3,3 juta orang, sebanyak 48% terjadi pada pria dan 52% pada wanita.

Di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) persentase stroke di Indonesia tahun 2018 pada usia lebih dari 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Prevalensi di DKI Jakarta tahun 2018 (12,2%) sekitar 28.985 penduduk DKI Jakarta usia lebih dari 15 tahun terdiagnosis stroke. Sehubungan dengan itu berdasarkan data statistik yang diperoleh dari data rekam medis RSUD Koja Jakarta Utara periode Januari 2022 sampai dengan Januari 2023 diketahui bahwa dari 29.938 jumlah pasien rawat inap terdapat sebanyak 127 pasien dengan diagnosis stroke non hemoragik.

Stroke merupakan kegawatdaruratan medis yang memerlukan penanganan segera, terganggunya aliran darah ke bagian otak yang mengalami gangguan, membuat sel-sel otak tidak menerima oksigen, nutrisi dan sel otak menjadi tidak bisa membuang limbah dari metabolisme sel. Akibatnya seorang penderita stroke dapat mengalami gangguan penglihatan, gangguan bicara, gangguan dalam memori, gangguan kemampuan penalaran, kelumpuhan, koma, bahkan sampai kematian bergantung pada seberapa banyak kerusakan

yang terjadi, dan bagian otak mana yang terganggu (Shaw & Jankowska, 2020). Tambahan lagi menurut Hutagalung (2021) pada penderita stroke komplikasi bisa terjadi karena akibat langsung dari cedera otak atau bisa juga terjadi karena perubahan kemampuan dari penderita stroke, seperti ketidakmampuan melakukan gerakan secara bebas, terjadinya luka tekan, nyeri bahu, dan infeksi saluran kemih.

Dalam upaya mencegah semakin besarnya angka stroke di Indonesia kementerian kesehatan Indonesia terus memperkuat upaya preventif dan promotif kesehatan masyarakat seperti mengampanyekan konsumsi makanan bergizi seimbang, rutin melakukan aktivitas fisik, menjaga kadar gula dalam darah, dan rutin cek kesehatan minimal 6 bulan sekali. Selain itu juga dengan memperbaiki pelayanan kesehatan untuk penyakit stroke dengan mengalokasikan dana sebesar 30 triliun sampai tahun 2027 untuk kebutuhan alat intervensi non bedah (Kemenkes RI, 2022).

Peran tenaga kesehatan khususnya perawat sangat penting bagi upaya pencegahan dan penanggulangan stroke. Upaya-upaya tersebut meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Promotif yaitu perawat dapat memberikan penyuluhan terhadap keluarga dan penderita tentang cara mencegah stroke berulang. Peran preventif yaitu mencegah terjadinya stroke dengan cara melakukan kunjungan rumah terhadap kelompok berisiko (Wijayanti, 2021). Upaya kuratif perawat ialah mengkaji kebutuhan pasien baik secara langsung atau berkomunikasi dengan keluarga, hal ini bertujuan untuk mengetahui keadaan umum pasien dan merupakan salah satu poin penting untuk menentukan intervensi dan implementasi keperawatan yang

tepat (Utami et al., 2018). Upaya rehabilitasi perawat adalah Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai masih cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke (Silalahi, 2019).

Berdasarkan data dan penjelasan dari latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, maka diharapkan dapat memberikan dampak yang baik bagi kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman langsung 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 tindakan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik dalam melakukan asuhan keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi pemecahan masalah dalam asuhan keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik.
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

C. Ruang Lingkup

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini tentang “Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar 1104 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” selama 3x24 jam dari tanggal 20 Maret sampai 22 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan jenis metode penelitian deskriptif yang dilakukan dengan cara meneliti pasien dengan stroke non hemoragik. Strategi pendekatan yang dipakai adalah metode studi kasus. Penulis dalam mengelola kasus menggunakan beberapa teknik data keperawatan, Data dan informasi dalam penulisan laporan ini diperoleh melalui wawancara pada pasien, keluarga dan perawat di ruangan neurologi dan melalui observasi yang dilakukan pengamatan pada pasien dengan stroke non

hemoragik sehingga dapat melengkapi data-data sebelumnya. Studi kepustakaan yaitu suatu cara untuk memperoleh teori-teori penelitian baik dari aspek teori medis maupun aspek teori keperawatan yang berhubungan dengan penyusunan penulisan. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien, melalui pemecahan masalah yang ada untuk diberikan jalan keluar melalui proses keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 5 (lima) BAB yang disusun secara sistematis. BAB I, pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penelitian, ruang lingkup penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II, tinjauan teoritis terdiri dari pengertian, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III, tinjauan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Koja terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, serta evaluasi keperawatan. BAB IV, pembahasan antara kasus yang ditemukan dengan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V, penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke adalah suatu kondisi saat ada penurunan aliran darah secara tiba-tiba ke daerah otak yang terlokalisir, kemudian menyebabkan defisit neurologis. Penurunan suplai darah ke otak disebabkan oleh trombus (gumpalan darah), embolus (benda asing yang berjalan melalui sirkulasi, stenosis (penyempitan), atau ketika pembuluh darah pecah yang kemudian menumpahkan darah ke ruang di sekitar neuron. Defisit neurologis yang terjadi bervariasi tergantung bagian yang terlibat (LeMone et al., 2017).

Stroke merupakan keadaan terganggunya fungsi neurologis dikarenakan oklusi pembuluh darah mengganggu aliran darah ke wilayah tertentu di otak, atau pun karena adanya perdarahan pada bagian otak yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, edema serebral, kompresi jaringan otak dan pembuluh darah (Simon et al., 2018). Sementara itu dari buku lain disebutkan bahwa stroke terjadi karena gangguan suplai darah ke bagian otak yang menyebabkan hilangnya fungsi secara tiba-tiba (Hinkle et al., 2022). Insiden stroke meningkat seiring bertambahnya umur, stroke dengan serangan yang akut dapat menyebabkan kecacatan seumur hidup, bahkan kematian dalam waktu singkat (Hutagalung, 2021).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa stroke adalah terganggunya aliran darah menuju otak secara tiba-tiba yang

disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah, atau pecahnya pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan defisit neurologis.

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Stroke terbagi menjadi dua jenis yang pertama adalah stroke iskemik yaitu stroke yang terjadi dikarenakan adanya penyumbatan sebagian atau pun seluruhnya pada pembuluh darah otak yang disebabkan oleh adanya aterosklerosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil. Lalu ada juga stroke hemoragik yang terjadi jika pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan ke dalam jaringan otak (Yueniwati, 2016).

Stroke iskemik sendiri terbagi lagi menjadi 2 jenis, yang pertama adalah stroke trombotik, stroke yang terjadi akibat pembentukan bekuan darah yang menyebabkan lumen pembuluh darah menyempit dan disebabkan juga oleh cedera pada dinding pembuluh darah. Stroke trombotik menyumbang sekitar 60% dari kasus stroke yang terjadi membuat stroke trombotik menjadi penyebab stroke yang paling umum stroke jenis ini sering terjadi ke pada orang yang lebih tua terutama pada orang-orang dengan diabetes, dan yang memiliki kolesterol tinggi (Harding, 2023).

Hipertensi berhubungan erat dengan stroke trombotik di mana hal tersebut merupakan pemercepat terjadinya aterosklerosis. Sebagian besar pasien dengan stroke iskemik tidak mengalami penurunan tingkat kesadaran dalam 24 jam pertama kecuali bila disebabkan oleh stroke batang otak dan

kondisi lain. Dalam 72 jam pertama manifestasi stroke iskemik dapat berkembang seiring dengan peningkatan infark dan edema serebral.

Selanjutnya adalah stroke emboli, emboli dapat menyebabkan stroke ketika arteri serebral tersumbat oleh bagian distal bekuan dari jantung arkus aorta, atau arteri serebral besar. Emboli pada sirkulasi serebral anterior paling sering menyumbat pada arteri serebral tengah atau pada cabang cabangnya. Emboli pada sirkulasi serebral posterior biasanya bersarang pada puncak arteri basilaris atau pada arteri serebral posterior (Simon et al., 2018).

Stroke subaraknoid adalah paling sering disebabkan oleh pecahnya aneurisma serebral yang menyebabkan keadaan darurat medis dengan tanda seperti sakit kepala, perubahan kesadaran meningismus, mual dan muntah (Espay & Biller, 2021). Perdarahan subaraknoid terjadi ketika adanya intra perdarahan ke dalam ruang berisi cairan serebrospinal di antara membran araknoid dan piamater pada permukaan otak, aneurisma sebagai penyebab utama stroke subaraknoid berupa aneurisma sakular atau berry, mulai dari ukuran beberapa milimeter hingga 20 sampai 30 mm. Stroke subaraknoid dapat menyebabkan perdarahan ulang (Harding, 2023).

Stroke intraserebral adalah pecahnya pembuluh darah biasanya pada ganglia basalis, perdarahan sering terjadi selama periode aktivitas biasanya gejala muncul tiba-tiba dengan perkembangan selama beberapa menit hingga berjam-jam karena perdarahan yang terus berlanjut (Harding & Kwong, 2019). Penyebab paling umum dari terjadinya stroke intraserebral adalah hipertensi, penggunaan alkohol dapat meningkatkan risiko, stroke

intraserebral paling umum terjadi pada beberapa daerah yaitu putamen cabang lenticulostriate dari arteri serebral tengah), kemudian juga sering terjadi pada daerah thalamus (cabang thalamogeniculate dari posterior cerebral arteri), regio nukleus dentate dari hemisfer serebelar (cabang dari arteri erebulum superior), pons (cabang paramedian dari arteri basilar), dan lobus serebral (menembus cabang kortikal dari pembuluh otak utama). Cerebral amyloid angiopathy yang muncul sebagai perdarahan loyar pada orang tua, yang disebabkan oleh pengendapan protein B amiloid dari fraktur dinding sarat amiloid di kortikal dan leptomeningeal berukuran kecil dan sedang (Espay & Biller, 2021).

Serupa dengan penyakit kardiovaskuler faktor risiko stroke juga berupa faktor risiko yang dapat di modifikasi dan yang tidak dapat di modifikasi. Faktor usia yang tidak dapat di modifikasi adalah usia, ras atau etnis dan faktor genetik. Sedangkan faktor risiko yang dapat yang dapat dimodifikasi memiliki dua tingkatan, tingkat yang pertama adalah hipertensi, diabetes melitus, merokok, atrial fibrilasi, dan disfungsi ventrikel kiri. Hipertensi, diabetes, dan merokok, merupakan faktor risiko yang berkontribusi 50%. Faktor risiko tingkat ke dua meliputi hiperlipidemia, stenosis karotis asimtomatik obesitas, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol (Wililams et al., 2020).

Kekentalan darah juga berperan sebagai faktor terjadinya stroke, darah yang kental akibat berkurangnya trombosit menimbulkan komponen darah lainya mudah melekat satu sama lain hal ini semakin diperparah bila seseorang merupakan seorang perokok berat dan sering konsumsi makanan

yang tinggi kadar kolesterol. Penumpukan kolesterol dapat menempel pada dinding pembuluh darah, sehingga penampang pembuluh darah menyempit. Asap rokok yang masuk ke dalam tubuh dapat merusak lapisan dinding pembuluh darah bagian dalam (endotel). Ketika endotel mengalami kerusakan maka trombosit dapat melekat satu sama lain dan memicu terjadinya trombosis, ketika trombosis terjadi di jaringan otak maka terjadilah stroke. Selain merokok dan makanan tinggi kolesterol, stres juga dapat meningkatkan kekentalan darah karena meningkatnya adrenalin. Tubuh akan menghasilkan energi dengan cara membakar lemak namun pada seseorang yang sedang stres HDL/kolesterol baik tidak ikut meningkat sehingga lemak darah menjadi meninggi berbeda dengan pembakaran lemak saat berolahraga (Ridwan, 2017).

2. Proses

Menurut Lemone (2016) Otak menerima curah jantung sekitar 750 ml atau sekitar 20% dari kebutuhan tubuh, meskipun berat otak hanya 2% dari total berat badan tubuh kita, namun terhitung sekitar 20% oksigen dari konsumsi tubuh kita digunakan oleh metabolisme sel otak. Otak sepenuhnya mengatur aliran darah serebral agar terpenuhi kebutuhan metaboliknya. Otak dapat mempertahankan aliran darah yang konstan dari pada mengubah aliran darah sistemik, dengan sendirinya atau disebut juga autoregulasi. Namun ketika tekanan darah sistemik turun di bawah 50 mmHg atau meningkat di atas 160 mmHg maka termoregulasi ini tidak lagi dapat bekerja efektif. Setelah itu tekanan sistemik yang meningkat membuat aliran darah serebral meningkat juga dengan resultan distensi berlebihan pada

pembuluh darah serebral. Di samping itu peningkatan konsentrasi karbon dioksida, peningkatan konsentrasi ion hidrogen, dan penurunan konsentrasi oksigen juga menyebabkan aliran darah serebral meningkat.

Dengan demikian akibat dari stroke membuat aliran darah dan ke oksigenasi neuron serebral menurun, maka berubahlah patofisiologi pada tingkat seluar yang berlangsung 4 hingga 5 menit. 2 juta sel otak mati setiap menit selama stroke. Perubahan yang berlangsung merupakan hasil rantai reaksi kimia yang disebut kaskade iskemik, dalam tiga tahap proses ini terjadi yaitu kematian sel pertama, kematian sel kedua, lalu inflamasi dan imun respons.

Kematian sel yang pertama dimulai dengan iskemia di area inti jaringan otak yang terlibat disebabkan oleh suplai darah yang terpotong ke area otak. Kurangnya *nutrient* dan anoksia ke sel-sel mengenai mitokondria sel yang secara esensial menurunkan sel pada sumber energi mereka. Kemudian kerusakan mitokondria membuat mereka melepaskan radikal bebas oksigen (seperti glutamate) ke dalam sitoplasma yang menghancurkan struktur intraseluler lain. Kalsium, natrium, dan kalium dapat masuk ke sel karena saluran membran sel yang terbuka. Pada waktu yang sama sel yang terkena melepaskan asam amino eksitatori ke dalam ruang intraseluler. Terjadilah edema sitotoksik yaitu keadaan di mana homeostatis hilang dan air masuk sel ke titik tempat terjadinya ledakan sel dan secara cepat menjadi infark dan nekrotik. Proses ini dapat berlangsung selama 2 hingga 3 jam dan dimulai pada 4 hingga 5 menit pertama.

Kematian sel kedua terjadi dari pajanan jumlah radikal bebas yang berlebihan, oksida nitrat, asam amino eksitatori yang di lepaskan dari sel yang mengalami kematian, glutamate. Sel-sel ini di daerah kerusakan awal memiliki hanya suplai darah yang cukup untuk tetap hidup dalam beberapa jam. Sel dapat hidup dan berfungsi kembali bila suplai darah di simpan kembali ke sel ini dalam 2 hingga 3 jam, area sel hidup dan area sekitar sel yang mati disebut penembura.

Ketika kematian sel kedua terjadi reaksi inflamasi yang di mediasi oleh sistem vaskular membuat sistem imun tubuh mengalami kerusakan lebih lanjut kerusakan awal menarik leukosit ke area yang rusak, leukosit ini memenetrasi dinding endotelial, bergerak melalui sawar darah otak, dan menyerbu substansi otak yang menyebabkan cedera atau pun kematian sel lebih lanjut. Sitokin interleukin, dan faktor nekrosis jaringan merupakan zat kimia inflamasi yang di lepaskan oleh monosit dan makrofag di tempat cedera untuk menghambat pelepasan aktivator plasmino gen jaringan dan menginaktivasi faktor anti pembekuan, hal ini membuat tubuh lebih sulit untuk melarutkan bekuan.

3. Manifestasi klinis

Menurut Simon (2018) manifestasi berbeda beda tergantung pada arteri serebral yang terkena dan bagian otak mana yang terkena. Pada arteri serebral anterior yang menyuplai bagian korteks motorik dan sensoris yang berhubungan dengan tungkai kontralateral, kandung kemih dan anterior korpus collosum. Sehingga stroke pada bagian arteri serebral anterior menghasilkan kelumpuhan kontralateral dan kehilangan sensoris pada kaki,

inkontinensia urine, sindrom tangan alien (kinerja motorik kompleks yang tidak disengaja pada tangan).

Kemudian arteri serebral tengah memasok sebagian besar belahan otak serebral dan struktur subkortikal dalam yang memasok representasi motorik dan sensorik dari wajah, tangan, lengan, dan area bahasa ekspresif (broca), area bahasa reseptif (wernicke), gangguan penglihatan. Maka dari itu stroke pada daerah arteri serebral tengah akan menimbulkan manifestasi klinis penurunan kesadaran, hemiplegia pada lengan dan wajah, afasia broca wernicke maupun global, defisit sensori pada kontralateral pada tangan dan wajah, penglihatan makula.

Selanjutnya pada arteri serebral posterior menghasilkan hemianopia homonim yang mempengaruhi bidang visual kontralateral, kelumpuhan pandangan vertikal, kelumpuhan saraf kranial III (okulamotor), ophthalmoplegia, internuclear, dan deviasi vertikal mata, aleksia tanpa agrafia (ketidakmampuan membaca tanpa gangguan menulis), agnosia visual, gangguan memori, ketidakmampuan mengenali wajah yang dikenal (prosopagnosia). Arteri karotid internal terletak pada percabangan arteri karotis umum di leher karena itu stroke yang terjadi pada area ini menyebabkan manifestasi yang sangat bervariasi yaitu hemiplegia kontralateral pada lengan tungkai dan wajah, afasia, apraksia, agnosia, hemianopia homonim, dan defisit hemisensori.

Penurunan pada kesadaran mulai dari konfusi ringan sampai dengan hingga koma merupakan manifestasi stroke yang dapat terjadi dari kerusakan jaringan setelah iskemia atau hemoragi yang mengenai arteri

karotis atau vertebra, edema serebral atau peningkatan TIK (Lemone et al., 2016). Hemiparesis dan hemiplegia adalah kelemahan atau paralisis pada satu bagian tubuh yang biasa terjadi setelah stroke. Hal ini disebabkan oleh stroke arteri serebral anterior atau media sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan syaraf motorik dari korteks bagian depan. Infark yang terjadi pada bagian otak sebelah kanan akan menyebabkan hemiplegia dari bagian kiri tubuh dan juga sebaliknya. Dikarenakan jaringan syaraf berjalan bersilangan dalam jalur piramida dari otak (Maria, 2021).

Afasia adalah penurunan kemampuan berbicara, membaca, menulis, dan memahami pembicaraan. Hal ini biasanya disebabkan saat pusat primer bahasa yang terletak di bagian kiri dipengaruhi oleh stroke. afasia wernick (sensory atau penerima) mempengaruhi pemahaman bicara sebagai hasil dari infark pada lobus temporal pada otak. Afasia broca (ekspresi dan motorik) mempengaruhi produksi bicara sebagai hasil dari infark pada lobus frontal pada otak. Afasia global mempengaruhi komprehensif berbicara dan produksi bicara dikarenakan infark pada cabang arteri tengah (Maria, 2021).

Disatria adalah kondisi kesulitan dalam berbicara karena artikulasi yang diucapkan tidak sempurna. Pasien dengan disatria paham dengan bahasa yang diucapkan seseorang tetapi mengalami kesulitan dalam melafalkan kata dibuktikan dengan pasien dapat membaca dan menulis. Disfagia adalah terjadinya masalah pada beberapa fungsi dari syaraf kranial yang membuat penderita stroke kesulitan menelan meliputi kerusakan pada syaraf kranial ke-5 yang membuat pasien sulit membuka mulut, kerusakan

pada syaraf kranial ke-7 dan ke-12 yang menyebabkan penderita mengalami masalah pada lidah (Maria, 2021).

Disfagia merupakan gangguan menelan, menelan adalah proses yang membutuhkan beberapa fungsi saraf kranial. Mulai dari membuka mulut (saraf kranial V), lidah harus tertutup (saraf kranial VII), lidah harus bergerak (saraf kranial XII), mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang di telan (saraf kranial V dan VII), stroke yang terjadi di daerah vertebrobasalir mengakibatkan terjadinya disfagia. Apraksia adalah ketidakmampuan melakukan beberapa keterampilan seperti berpakaian walaupun tidak lumpuh (Maria, 2021).

Perubahan penglihatan yang disebabkan oleh stroke pada lobus parietal dan atau temporal bisa mengganggu penglihatan dari saluran optik ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan. Sindrom horner yaitu paralisis simpatik ke mata yang menyebabkan tenggelam bola mata, ptosis bagian atas kelopak mata, bagian bawah kelopak mata sedikit terangkat, pupil mengecil dan air mata berkurang. Agnosia yaitu gangguan penglihatan pada kemampuan mengenali benda (Maria, 2021).

4. Komplikasi

Komplikasi menurut Lemone (2016) berupa defisit sensori perseptual, defisit motorik, gangguan eliminasi, gangguan komunikasi, dan perubahan kognitif dan perilaku, merupakan komplikasi yang khas pada penderita stroke. bergantung pada derajat iskemia, nekrosis, dan juga waktu terapi, komplikasi-komplikasi tersebut dapat berlangsung sementara atau pun

permanen. Pasien yang mengalami stroke mengalami komplikasi yang banyak sistem tubuh sebagai akibat dari defisit neurologis yang dialami.

Pada integumen stroke dapat menyebabkan terjadinya luka dekubitus, pada sistem saraf stroke menyebabkan sindrom pengabaian, kejang, agnosia, defisit komunikasi, defisit penglihatan, perubahan kognitif, perubahan perilaku, peningkatan tekanan intrakranial, penurunan kesadaran, kehilangan sensori. Pada pernafasan stroke dapat mengakibatkan kerusakan pusat pernapasan, obstruksi jalan napas, penurunan kemampuan untuk batuk, pada gastrointestinal menyebabkan disfagia dan konstipasi. Pada sistem perkemihan menyebabkan inkontinensia, retensi urine. Pada muskuloskeletal menyebabkan hemiplegia, kontraktur, ankilosis tubuh, atrofi disuse, disatria.

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

a. Terapi fibrinolitik

Terapi fibrinolitik tidak boleh di tunda aktivator plasmino gen jaringan rekombinan (tPA) di gunakan tuk menghasilkan fibrinolisis lokal dengan mengikat fibrin dalam trombus. Biasanya diberikan sebagai penanganan pada stroke iskemik, obat ini mengubah plasminogen menjadi plasmin yang kemudian menyebabkan fibrinolisis bekuan. Pemberian secara intravena dapat membangun kembali aliran darah melalui arteri yang tersumbat, dan mencegah kematian sel pada pasien dengan stroke iskemik. Terapi ini harus diberikan dalam waktu 3 sampai dengan 4 setengah jam setelah timbulnya tanda-tanda stroke iskemik. Sebelum

memberikan terapi ini lakukan skrining meliputi CT scan atau MRI non kontras untuk menegaskan pasien tidak mengalami stroke hemoragik (Harding, 2023).

b. Terapi antikoagulan

Menurut Harding (2023) penggunaan antikoagulan misalnya heparin pada fase darurat setelah stroke iskemik tidak dianjurkan karena berisiko terjadinya perdarahan intrakranial. Aspirin dengan kepadatan yang lebih tinggi dapat diberikan dalam 24 jam hingga 48 jam setelah serangan stroe iskemik. Aspirin harus diberikan dengan hati-hati bila pasien memiliki riwayat penyakit ulkus peptikum. Setelah pasien stabil sebagai pencegahan pembekuan lebih lanjut pada pasien dengan stroke yang disebabkan oleh trombus dan emboli barulah dapat diobati dengan anti koagulan dan penghambat trombosit. Untuk pasien dengan fibrasi atrium pilihan anti koagulan oral meliputi warfarin dan penghambat langsung faktor Xa misalnya *rivaroxaban (xarelto)*, *dabigatran (pradaxa)*, *apixaban (iliquis)*.

c. Terapi Antipalatelet

Pada pasien yang mengalami tia atau pasien yang pernah mengalami stroke sebelumnya dapat diberikan agens antiplatelet. Obat ini di gunakan untuk mencegah pembentukan bekuan dan oklusi pembuluh darah. Obat jenis ini di antaranya klopigdogrel (plavix), dipiridamol (persantin), tiklopidin (ticlid). Tiklopidine adalah inhibitor agregasi trombosit yang telah menunjukkan pengurangan dalam risiko stroke trombotik (Lemone et al., 2016).

d. Obat antihipertensi

Obat ini berfungsi untuk mengendalikan tekanan darah pasien, contoh golongan obat ini adalah Captopril, Lisinopril, Hidroklorotiazid (Lemone et al., 2016).

e. Obat antidiabetes

Obat ini merupakan terapi penyerta apabila pasien mengalami stroke dengan diabetes melitus. Obat ini diberikan sesuai dengan indikasi yang telah diberikan oleh dokter. Contoh golongan obat ini adalah Metformin dan Akarbose (Lemone et al., 2016).

f. Obat antidisplidemia

Obat ini merupakan obat yang diberikan pada penderita stroke dengan kadar kolesterol tinggi di dalam darah. Contoh golongan obat ini adalah Simvastatin dan Atorvastatin (Lemone et al., 2016).

2. Pembedahan

Carotid endarterectomi (CEA) telah berhasil digunakan dalam manajemen akut gejala penyakit steno oklusif internal carotid artery tomatik. Tingkat parahnya stenosis arteri karotis adalah prediktor terbaik dari ke kambuhan stroke. CEA menawarkan penurunan risiko terbesar pada stroke iskemik ipsilateral berulang bagi mereka dengan stenosis karotis simtomatik >70%, terutama pada pria lanjut usia dan mereka dengan iskemia hemisfer daripada retinal. Manfaat prosedur ini paling besar bila dilakukan dalam 2 minggu pertama sejak kejadian iskemik, dengan pengurangan risiko yang nyata selama 12 minggu pada mereka yang setidaknya memiliki 70% stenosis (Espay & Biller, 2021).

Pada stroke iskemik *stent retriever* adalah cara untuk membuka arteri yang tersumbat di otak dengan menggunakan sistem stent yang dapat di lepas. Selama prosedur, kateter digunakan untuk mengarahkan stent kecil dari arteri femoral atau radial ke bagian arteri di mana bekuan darah telah terbentuk. Stent melebarkan dinding bagian dalam arteri dan memungkinkan darah segera sampai ke otak pasien untuk mencegah kerusakan otak yang lebih parah (Harding, 2023).

Stroke iskemik sering disebabkan oleh lesi aterosklerotik pada percabangan arteri karotis. Terutama di area dengan tegangan geser dinding pembuluh darah yang rendah. Angioplasti atau stenting arteri karotis dari internal arteri karotis eksternal adalah alternatif yang kurang invasif dari *carotid endarterectomy* untuk pengobatan stenosis arteri karotis khususnya di antara pasien dengan risiko pembedahan yang tinggi (Espay & Biller, 2021).

3. Rehabilitasi

Dalam masa rehabilitasi berbagai jenis terapi antardisiplin diperlukan untuk rehabilitasi pasca stroke. yang pertama adalah terapi fisik untuk membantu mencegah kontraktur dan memperbaiki koordinasi dan kekuatan otot. Terapi fisik mengajarkan latihan untuk membuat mampu pasien belajar kembali cara duduk, berjalan, dan mengubah dari satu gerakan ke gerakan yang lain. Kemudian yang ke dua adalah terapi okupasi dengan merencanakan memperoleh kembali keterampilan motorik yang hilang yang sangat memperbaiki kualitas hidup setelah stroke keterampilan ini termasuk minum, makan, memasak, menulis, membaca, dan toileting. Dan yang

terakhir terapi bicara untuk mempelajari kembali keterampilan bahasa, komunikasi, juga untuk membantu pasien memperbaiki menelan (Lemone et al., 2016).

D. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah upaya yang dilakukan oleh perawat untuk menggali permasalahan dari pasien secara menyeluruh, sistematis, berkesinambungan, akurat, dan singkat. Tahapan ini merupakan dasar perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian harus sesuai dengan fakta dan kondisi pasien, hal ini sangat penting untuk nantinya merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Kartikasari et al., 2020).

Menurut Munir (2017) dan Susilo (2019) pengkajian pada pasien stroke meliputi:

1. Identitas pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, usia, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang di gunakan, pekerjaan, alamat, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor rekam medis dan diagnosa medis.

2. Keluhan utama

Kelemahan pada anggota gerak sebelah badan, gangguan bicara dan komunikasi, nyeri kepala, kejang dan penurunan kesadaran merupakan keluhan utama.

3. Riwayat penyakit sekarang

Gejala stroke biasanya di rasakan secara mendadak dan tanpa di sadari gejala yang sering terjadi biasanya merasakan sakit kepala, kejang, mual muntah, tidak sadarkan diri atau penurunan kesadaran, gangguan fungsi otak, kelumpuhan separuh atau seluruh badan.

4. Riwayat penyakit dahulu

Cari tahu ada tidaknya riwayat diabetes melitus, penyakit jantung, anemia riwayat trauma kepala, hipertensi, penggunaan obat antikoagulan dalam waktu yang lama, aspirin, dan obesitas.

5. Riwayat penyakit keluarga

Cari tahu apakah ada keluarga pasien yang menderita atau mengalami penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, atau penyakit jantung yang merupakan faktor risiko penyebab stroke.

6. Tingkat kesadaran

a. Tingkat kesadaran secara kualitatif

Pemeriksaan fungsi mental secara keseluruhan dan derajat kewaspadaan.

Composmentis yaitu saat pasien sadar akan dirinya dan punya orientasi penuh. Apatis saat pasien sadar namun tampak lesu dan mengantuk.

Latargie kesadaran menurun pasien tampak lesu dan mengantuk.

Delirium penurunan kesadaran di sertai dengan peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gaduh dan gelisah. Samnolen pasien selalu mengantuk, ingin tidur terus, dan apabila di bangunkan ia akan tidur kembali, koma kesadaran yang hilang total.

b. Tingkat kesadaran secara kuantitatif dengan menggunakan Glasgow Coma Scale

1) Respons membuka mata (*eye*)

Saat pasien membuka mata secara spontan mendapat nilai 4, dengan perintah mendapat nilai 3, dengan rangsangan nyeri 2, sama sekali tidak berespons mendapat nilai 1.

2) Respons berbicara (*verbal*)

Pasien diberikan pertanyaan orientasi dan dapat menjawab dengan tepat mendapat nilai 5, dapat mengucapkan kalimat tetapi bingung mendapat nilai 4, dapat menyebutkan kata tapi tidak berbentuk kalimat mendapat nilai 3, suara tidak dapat di mengerti atau hanya mengeran mendapat nilai 2, tidak ada respons mendapat nilai 1.

3) Respons pergerakan (*motorik*)

Melakukan gerakan yang di perintahkan mendapat nilai 6, saat tidak dapat melakukan perintah dan diberi rangsangan nyeri dapat melokalisasi nyeri mendapat nilai 5, saat di beri rangsangan nyeri menarik area yang nyeri mendapat nilai 4, saat diberi rangsangan nyeri pasien fleksi abnormal mendapat nilai 3 saat diberi rangsangan nyeri pasien terdapat gerakan ekstensi abnormal mendapat nilai 2, tidak berespons mendapat nilai 1.

7. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Biasanya pada pasien yang memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan sistole >120 dan diastole >80 mmHg. Nadi pasien biasanya teraba

normal, pada pasien dengan penurunan kesadaran biasanya akan ditemukan gangguan pada jalan napas.

b. Rambut

Kebersihan rambut dan kulit kepala biasanya tidak ditemukan masalah.

c. Mata

Biasanya tidak ditemukan anikterik, konjungtiva anememis, pupil dapat tidak isokor. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius) biasanya diameter pupil 2 mm di kedua mata, palpebra dan refleks kedip dapat di nilai jika pasien dapat membuka mata. Pada pengkajian nervus IV (troklearis) biasanya pasien dapat mengikuti arahan tangan perawat ke atas atau pun ke bawah. Dikatakan abnormal bila pasien tidak dapat mengikuti gerakan tangan perawat. Nervus VI (abduken) biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat saat digerakkan ke kanan dan ke kiri, dikatakan tidak normal bila pasien tidak dapat membedakan arah tangan ke kanan atau ke kiri.

d. Hidung

Biasanya simetris kiri kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen. Pada pemeriksaan nervus I (Olfaktorius) pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan perawat, abnormalnya pasien mengalami gangguan penciuman dibuktikan dengan tidak mampu menyebutkan bau yang diberikan, bisa saja ketajaman penciuman antara lubang hidung kiri dan kanan berbeda.

e. Mulut dan gigi

Pada pasien dengan penurunan kesadaran biasanya akan mengalami masalah bau mulut, gigi yang tampak kotor, dan mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) normalnya lidah mampu mendorong pipi sebelah kiri dan kanan, bibir simetris dan mampu menyebutkan rasa seperti asam, manis, asin, dan pahit. Sedangkan pada keadaan abnormal pasien biasanya mengalami gangguan pada lidahnya tidak mampu mendorong lidah ke kiri dan ke kanan, bibir yang tidak simetris dan pasien tidak mampu menyebutkan rasa. Kemudian pada pemeriksaan nervus IX (glosofaringeal) akan ditemukan ovula yang terangkat tidak simetris, cenderung ke arah tubuh yang mengalami kelemahan. Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglossus) normalnya pasien akan mampu untuk menjulurkan lidahnya saat di minta oleh perawat namun pada keadaan abnormal pasien tidak mampu menjulurkan lidah, bahkan lidahnya mengalami laterasi.

f. Telinga

Daun telinga biasanya normal, pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) pasien mampu mendengar dengan baik saat tes dengan garpu tala pada keadaan abnormal biasanya pasien akan mengalami penurunan pendengaran.

g. Leher

Periksa pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Pada pemeriksaan nervus X (vagus) pasien normalnya tidak mengalami gangguan menelan sebaliknya pada keadaan abnormal maka pasien akan

mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan rangsangan minengeal biasanya ditemukan kaku kuduk dan brudzensky. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) pasien di minta untuk mengangkat bahu dengan di beri tahanan abnormal bila pasien mengalami kesulitan dalam mengangkat bahunya bahkan tanpa diberi tahanan.

h. Dada

Paru saat dilakukan inspeksi kiri dan kanan maka didapatkan hasil yang simetris, saat di palpasi vokal fremitus sama antara yang kanan dengan kiri, perkusi suara sonor, auskultasi adanya ronchi. Pada jantung saat dilakukan inspeksi periksa iktus kordis terlihat atau tidak, saat di palpasi iktus kordis teraba, saat di perkusi batas-batas jantung normal dan saat diauskultasi hasilnya vesikuler.

i. Abdomen

Inspeksi ada tidaknya asites dan kesimetrisan abdomen, palpasi hepar tidak teraba, perkusi suara timpani, auskultasi bising usus.

j. Ekstremitas

Pada pemeriksaan refleks, ketika siku diketuk tidak ada respons apa-apa. Tidak ada flexi maupun ekstensi pada pemeriksaan refleks bicep dan pada pemeriksaan tricep tidak ada fleksi dan supinasi. Sedangkan pada pemeriksaan refleks *hoffman tromner* jari tidak mengembang ketika diberi refleks. pada pemeriksaan refleks *burdzensky I* (+), pada pemeriksaan refleks *babinski* (+). Pemeriksaan refleks *chaddock* (+).

8. Pemeriksaan penunjang

CT-Scan kepala, untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang mengalami infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. *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/luasnya infark akibat serangan stroke. *Magnetic Resonance Angiography* (MRA), elektrokardiogram untuk mendeteksi pasien yang di duga adanya fibrasi atrium, pemeriksaan foto thoraks, pemeriksaan glukosa darah, elektrolit, *blood urea nitrogen* (BUN) adalah tes darah yang dilakukan untuk menilai fungsi ginjal, pemeriksaan darah lengkap pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi apakah pasien mengalami anemia. Leukosit bertujuan untuk mengetahui apakah pasien mengalami penyakit sistem imun dan penyakit infeksi dan pemeriksaan *echocardiography* pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga impuls listrik dalam jaringan otak mengalami penurunan.

9. Pemeriksaan fisik sistem neurologis

a. Pemeriksaan nervus cranialis

1) Tes nervus I (olfactory)

Tes pemeriksaan fungsi penciuman tutup mata klien bandingkan penciuman bagian kiri dan kanan dengan minta ia mencium benda yang baunya mudah di kenal seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya.

2) Tes nervus II (optikus)

Tes aktivitas visual dengan cara tutup satu mata klien kemudian minta membaca dua baris dari sebuah artikel koran. Tes juga lapang pandang pasien dengan cara minta pasien tutup mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan, pasien memandangi hidung pemeriksa, pemeriksa memegang pena warna cerah, gerakkan perlahan objek tersebut dari depan hidung pemeriksa sampai menjauh ke luar.

3) Tes nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlear, dan Abducens)

Tes nervus III dilakukan dengan cara menyorotkan senter ke dalam tiap pupil pasien. Mulai menyinari dari sisi luar mata pasien sampai ke pupil, lakukan satu persatu pada kedua mata. Perhatikan respons pupil terhadap cahaya. Pemeriksaan nervus IV dilakukan dengan cara kepala pasien pada posisi tegak lurus, letakkan objek kurang lebih 60cm sejajar dengan mid-line mata gerakkan objek ke arah kanan, observasi ada tidaknya deviasi bola mata, diplopia, dan nistagmus. Pemeriksaan nervus dilakukan dengan cara minta klien melihat ke arah kiri dan kanan tanpa menengok.

4) Tes nervus V (trigeminus)

Tes fungsi sensasi dengan cara usap kapas pada kelopak mata atas dan bawah perhatikan jika ada refleks kornea langsung maka gerakan mengedip ipsilateral sedangkan jika ada refleks kornea konsensual maka gerakan mengedip kontralateral. Usap juga kapas pada maxilla dan mandibula sementara mata klien tertutup, perhatikan apakah pasien merasakan adanya sentuhan. Periksa juga fungsi motorik

dengan cara minta klien mengunyah sementara pemeriksa melakukan palpasi pada otot temporal dan masseter.

5) Tes nervus VII (facialis)

Periksa fungsi sensasi rasa pada bagian anterior lidah terhadap asam manis dan asin dengan mata pasien dalam kondisi tertutup. Pastikan pasien tidak menarik lidahnya ke dalam saat pemeriksaan dilakukan. Periksa juga fungsi motorik dengan cara meminta pasien tersenyum, mengerutkan dahi, dan menutup mata sementara pemeriksa berusaha membukanya.

6) Tes nervus VIII (akustikus)

Periksa fungsi sensoris cochlear dengan cara tutup salah satu telinga pasien lantas pemeriksa berbisik di telinga lain. Periksa fungsi sensoris vestibulator dengan cara meminta pasien berjalan lurus, dan perhatikan apakah dia dapat melakukan atau tidak.

7) Tes nervus IX (glossopharyngeal) dan nervus X (vagus)

Menyuruh pasien buka mulut minta pasien bilang aaghh dengan senter lihat palatum mole apakah ada asimetri arkus faring atau deviasi uvula. Meminta pasien membuka mulut hingga terlihat dinding faring belakang dengan lidi kapas sentuh dinding posterior faring kanan kiri bergantian lihat apakah ada reflek muntah atau tidak.

8) Tes nervus XI (accessorius)

Minta pasien untuk menoleh ke samping sambil menahan tahanan perhatikan apakah sternocleidomastodeus dapat terlihat atau apakah

terjadi tropi, dan kemudian palpasi kekuatannya. Minta juga pasien mengangkat bahu sementara pemeriksa memberi tahanan.

9) Tes nervus XII (hipoglosus)

Lakukan pengkajian pada pergerakan lidah saat berbicara dan menelan, kaji posisi lidah dengan cara meminta pasien untuk mengeluarkan lidah dan kemudian memasukkannya kembali dengan cepat setelah itu minta pasien untuk menggerakkan pasien ke kiri dan ke kanan.

b. Menilai kekuatan otot

Mendapatkan nilai 5 bila dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal. Nilai 4 bila bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang. Nilai 3 bila bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa. Nilai 2 apabila ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi. Nilai 1 apabila tidak ada gerakan pada sendi tetapi terlihat kontraksi tetap. Nilai 0 apabila lumpuh total dan tidak didapatkan sedikit pun kontraksi otot.

c. Pemeriksaan refleks fisiologis

1) Refleks patela

Lutut diangkat ke atas fleksi kurang lebih 30° pukul tendon patela dengan *reflex hammer* respons berupa kontraksi otot *guardisep femoris* yaitu ekstensi dari lutut.

2) Refleks bisep

Fleksikan lengan terhadap siku dengan sudut 90° supinas, jari pemeriksa di atas tendon bisep, kemudian dengan tangan lainnya jari

pemeriksa yang berada di atas tendon bisep dengan *reflex hammer*. Respons baik bila ada kontraksi otot bisep, refleks dikatakan hiper bila terjadi penyebaran gerakan pada jari atau sendi.

3) Refleks trisep

Lengan bawah disemifleksikan, lalu tendon triseps di pukul dengan *reflex hammer* pada jarak 1-2 cm di atas olekronon. Respons dikatakan baik bila ada kontraksi otot trisep dan sedikit meningkat bila ada ekstensi ringan, dikatakan hiperaktif bila ekstensi siku menyebar sampai ke atas sampai dengan otot-otot bahu.

4) Refleks *achilles*

Kaki di tempatkan pada posisi dorso fleksi, kaki diletakkan disilangkan di atas tungkai bawah kontralateral. Lalu pukul tendon *achilles* dengan *reflex hammer*, respons dikatakan normal jika terjadi gerakan plantar fleksi kaki.

d. Pemeriksaan refleks patologis

1) Tes *babinski*

Tes ini dilakukan dengan menggores kuat-kuat bagian lateral telapak kaki bagian, mulai dari tumit ke arah jari kelingking kemudian ke arah ibu jari. Respons *babinski* timbul bila ibu jari kaki yang di periksa melakukan dorsofleksi dan jari- jari lainnya menyebar.

2) Tes *chaddock*

Rangsangan diberikan dengan cara menggores bagian lateral maleolus. Hasil di katakan positif bila ada gerakan dorsoekstensi dari ibu jari dan gerakan abduksi dari jari-jari lainnya.

3) Tes *gordon* dengan cara memencet atau meremas otot-otot betis bila positif respons yang timbul berupa ibu jari kaki yang di periksa melakukan dorsofleksi dan jari- jari lainnya menyebar.

4) Tes *oppenheim*

Dilakukan dengan mengurut dengan kuat tibia dan otot tibialis anterior dengan arah dari lutut ke bawah ibu jari kaki yang di periksa melakukan dorsofleksi dan jari- jari lainnya menyebar.

5) Refleks *tromner*

Dilakukan dengan cara melakukan dorso fleksi pada jari tengah pasien kemudian melakukan pencolekan pada jari tengah pasien di katakan positif bila adanya fleksi jari telunjuk dan ibu jari serta jari-jari lainnya.

6) Refleks *hoffman*

Dilakukan dengan cara menjepit jari tengah pasien dan pada kuku pasien di goreskan dengan kuku ibu jari pemeriksa di katakan positif bila fleksi sejenak ibu jari, jari telunjuk serta jari-jari lainnya setiap kali kuku jari tengah pasien di gores.

e. Rangsangan meningeal

1) Kaku kuduk

Pemeriksaan dilakukan dengan cara pasien tidur terlentang tanpa bantal, tekuk leher pasien secara pasif bila terdapat tahanan sehingga dagu tidak bisa menempel pada dada maka kaku kuduk dikatakan positif.

2) Tanda *brudzinski I*

Pemeriksaan dilakukan dengan cara membaringkan pasien terlentang tanpa bantal, letakkan satu tangan pemeriksa di bawah kepala pasien dan satu tangan pemeriksa di atas dada pasien untuk mencegah badan pasien terangkat, lakukan fleksi kepala pasien dengan cepat ke arah dada pasien bila terjadi fleksi involunter pada ke dua tungkai pasien maka tanda *brudzinski I* positif.

3) Tanda *brudzinski II*

Membaringkan pasien terlentang tanpa bantal kemudian pemeriksa memfleksikan satu tungkai pada sendi lutut kemudian secara pasif melakukan fleksi maksimal pada persendian panggul sedangkan tungkai satunya berada dalam posisi lurus. Dikatakan positif bila pada saat fleksi pada sendi panggul pasien secara pasif diikuti oleh fleksi pada tungkai lainnya pada sendi panggul dan lutut, lakukan pemeriksaan pada kedua tungkai pasien.

4) Tanda kerning

Pemeriksa memfleksikan tungkai atas pasien pada sendi panggul sampai membuat sudut 90° kemudian ekstensikan tungkai bawah pada kaki yang sama di bagian persendian lutut sampai membuat sudut 135° dikatakan positif bila tungkai tidak bisa fleksi sampai 135° atau karena adanya nyeri. Lakukan pemeriksaan pada ke dua tungkai pasien.

E. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai proses kehidupan yang dialami pasien atau respons pasien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya baik yang berlangsung potensial maupun aktual. Mengidentifikasi respons pasien individu, komunitas, dan keluarga terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan merupakan tujuan dari adanya diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien stroke adalah sebagai berikut:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aneurisma serebri, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, hiperkolesteronemia, dan hipertensi.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot.
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler.
4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, dan gangguan saraf kranialis.
5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, dan ketidakmampuan mengakses toilet.
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan.

7. Risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis.
8. Risiko konstipasi dibuktikan dengan faktor risiko penurunan motilitas gastrointestinal.

F. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala sesuatu treatment yang mana pengetahuan dan penilaian klinis menjadi dasar bagi perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah aktivitas dan perilaku spesifik untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan yang di kerjakan oleh perawat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Menurut Lemone (2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Doenges (2019), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) perencanaan keperawatan untuk pasien stroke meliputi:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aneurisma serebri, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, hiperkolesteronemia, dan hipertensi.

Definisi: Risiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat.

Kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, kognitif meningkat. Tekanan intrakranial menurun, sakit kepala menurun, refleks saraf membaik, gelisah menurun, agitasi menurun, demam menurun, nilai rata-rata tekanan intrakranial menurun,. tekanan darah membaik, tanda-tanda vital membaik.

Intervensi:

- a. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan tanda gejala peningkatan TIK dan monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor tingkat kesadaran.

Rasional: mempengaruhi penetapan intervensi. Kemunduran tanda atau gejala neurologis atau kegagalan memperbaiki setelah fase awal mencerminkan penurunan kapasitas adaptif yang mengharuskan klien di rawat di ruang kritis untuk memantau TIK.

- b. Monitor tanda-tanda vital

Rasional: hipertensi merupakan faktor pencetus stroke dan hipotensi bisa terjadi pasca stroke perubahan dari ritme jantung dapat menandakan penyakit jantung, penyimpangan pernapasan dapat mengisyaratkan lokasi kerusakan serebral dan peningkatan TIK.

- c. Monitor status neurologi

Rasional: menilai tingkat kesadaran potensi peningkatan ICP dan berguna menentukan luas lokasi kerusakan sistem saraf pusat.

- d. Monitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata

Rasional: reaksi pupil diatur oleh saraf kranial 1 (okulomotor) berguna untuk menentukan apakah batang otak masih baik, ukuran dan kesetaraan pupil dan respons terhadap cahaya ditentukan saraf kranial optikus dan okulomotor.

- e. Berikan posisi kepala 15-30 derajat dengan posisi kepala netral

Rasional: mengurangi tekanan arteri dengan mempromosikan drainase vena dan dapat meningkatkan sirkulasi serebral dan perfusi.

- f. Minimalkan stimulus dan berikan lingkungan yang tenang

Rasional: stimulasi terus menerus dapat meningkatkan TIK istirahat total dan ketenangan diperlukan.

- g. Berikan oksigen sesuai anjuran

Rasional: Untuk menurunkan hipoksemia, hipoksemia dapat meningkatkan vasodilatasi dan dapat menyebabkan peningkatan TIK.

- h. Berikan terapi sesuai program misalnya pemberian antikoagulan dan heparin berat molekul rendah

Rasional: meningkatkan aliran darah serebral dan mencegah pembekuan lebih lanjut pada stroke iskemik dan agen antiplatelet dapat digunakan pada setelah stroke iskemik.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot.

Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

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

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

Intervensi:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: mengidentifikasi kekuatan dan kekurangan yang dapat memberikan informasi mengenai pemulihan, membantu melakukan pemilihan intervensi karena teknik yang berbeda di gunakan untuk jenis paralisis yang berbeda.

- b. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu

Rasional: mengurangi risiko cedera karena tekanan.

- c. Fasilitasi melakukan pergerakan

Rasional: meningkatkan rasa harapan akan kemajuan dan peningkatan serta memberikan rasa kontrol dan kemandirian.

- d. Anjurkan ambulasi dan mobilisasi dini

Rasional: meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur membantu dalam melatih kembali sistem saraf, meningkatkan respons motorik, mobilisasi dini setelah pasien stabil dapat mengevaluasi potensi efek neurologis pada pasien stroke.

- e. Ajarkan ambulasi dan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

Rasional: memulihkan tonus vasomotor, mempertahankan ektriminitas dalam posisi fungsional.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler.

Definisi: Penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima memproses, mengirim dan/atau menggunakan sistem simbol.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan komunikasi verbal meningkat.

Kriteria hasil: Kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, disatria menurun, pelon menurun, respons perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik.

Intervensi:

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume bicara monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara.

Rasional: membantu menentukan derajat dan area keterlibatan otak mengetahui kerusakan ada pada wernicke, broca atau pada keduanya.

- b. Gunakan metode komunikasi alternatif

Rasional: menyediakan media komunikasi sesuai kebutuhan dan defisit yang mendasarinya bermanfaat dalam mengurangi rasa frustrasi ketika tidak mampu mengomunikasikan keinginan.

- c. Berbicara pelan, perlahan dan tenang dengan posisi menghadap pasien

Rasional: menghindari kebingungan dan kecemasan karena harus memproses dan menanggapi sejumlah besar informasi sekaligus. Pasien belum tentu memiliki gangguan pendengaran dan meninggikan suara dapat membuat pasien marah.

- d. Motivasi pasien untuk melakukan komunikasi dengan jelas dan secara perlahan dan beri penguatan positif dengan sering atas upaya pasien untuk berkomunikasi.

Rasional: mempromosikan pasien untuk bicara dan berkomunikasi untuk melatih keterampilannya dalam berbicara memungkinkan pasien merasa di hargai.

4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, dan gangguan saraf kranialis.

Definisi: fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus.

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan status menelan membaik.

Kriteria hasil: Mempertahankan makanan di mulut meningkat, refleks menelan meningkat, kemampuan mengosongkan mulut meningkat, frekuensi tersedak menurun, batuk menurun.

Intervensi

a. Monitor kemampuan menelan

Rasional: menentukan intervensi nutrisi yang akan diberikan.

b. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

Rasional: meningkatkan relaksasi dan memungkinkan pasien untuk fokus pada tugas makan dan menelan.

c. Posisikan 15-30 derajat (30 – 45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral.

Rasional: menggunakan gravitasi untuk memudahkan menelan dan mencegah aspirasi.

d. Ajarkan makan secara perlahan

Rasional: perasaan tergesa gesa dapat meningkatkan stres dan dapat meningkatkan risiko aspirasi.

5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis dan ketidakmampuan mengakses toilet.

Definisi: Disfungsi eliminasi urine.

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

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

Intervensi:

- a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine dan identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine.

Rasional: pada pasien dengan paraplegic dan quadriplegic otak tidak dapat mengirim pesan ke bagian tubuh bawah yang mengalami cedera, dan pesan dari organ bawah yang cedera tidak bisa mengirim rangsangan mencapai otak.

- b. Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna).

Rasional: pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal, dan keseimbangan cairan.

- c. Ajarkan bladder training

Rasional: pengaturan waktu dan jenis program kandung kemih bergantung pada jenis cedera, keterlibatan saraf atas.

- d. Berikan terapi sesuai program

Rasional: obat seperti antikolinergik dapat menenangkan kandung kemih dan mencegah kejang kandung kemih yang memaksa urin keluar dari kandung kemih.

6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan

Definisi: Disfungsi eliminasi urine.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka eliminasi urine membaik.

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

Intervensi:

- a. Identifikasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri

Rasional: membantu dan mengantisipasi dalam merencanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

- b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan pasien

Rasional: memberikan bantuan sesuai kebutuhan, mempertahankan harga diri pasien, meningkatkan pemulihan.

- c. Monitor kebersihan tubuh (misal, rambut mulut, kulit dan kuku)

Rasional: membantu dalam pemilihan dan pengembangan rencana keperawatan.

- d. Sediakan peralatan mandi (misal, sabun, sikat gigi, shampo) Rasional:

memungkinkan untuk pasien mengelola diri sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri.

- e. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Rasional: mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan memungkinkan pasien menjadi lebih aktif secara sosial.

7. Risiko gangguan integritas kulit dan jaringan dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis.

Definisi: berisiko mengalami kerusakan kulit atau jaringan.

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

Kriteria hasil: elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun.

Intervensi:

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas).

Rasional: kulit sangat rentan terhadap kerusakan karena perubahan sirkulasi, tekanan, dan ketidakmampuan mobilitas.

- b. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring

Rasional: mengurangi risiko iskemia dan cedera karena tekanan, penyakit pembuluh darah yaitu aterosklerotik dapat memperburuk sirkulasi dan mengurangi sensasi sehingga meningkatkan risiko kerusakan kulit.

- c. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering

Rasional: perawatan kulit dapat meningkatkan sirkulasi dan melindungi permukaan kulit sehingga mengurangi risiko luka tekan.

- d. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.

Rasional: meningkatkan kenyamanan, mempertahankan integritas kulit.

8. Risiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring.

Definisi: Berisiko mengalami penurunan frekuensi normal defekasi disertai kesulitan dan pengeluaran feses tidak lengkap.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka eliminasi fekal (proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi serta frekuensi dan bentuk feses normal) membaik.

Kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit, mencejan saat defekasi, distensi abdomen, nyeri abdomen, kram abdomen menurun. Konsistensi feses, frekuensi defekasi dan peristaltik usus membaik.

Intervensi:

- a. Identifikasi faktor risiko konstipasi

Rasional: gangguan persarafan dapat menyebabkan gangguan atau pun kelumpuhan usus dan distensi usus.

- b. Monitor tanda dan gejala konstipasi (misal, defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama/sulit, feses keras, peristaltik menurun)

Rasional: untuk memudahkan intervensi dini diperlukan untuk mengobati konstipasi atau tinja yang tertahan secara efektif dan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut.

c. Monitor buang air besar

Rasional: Penilaian buang air besar membantu mengidentifikasi derajat gangguan atau disfungsi dan tingkat yang diperlukan bantuan.

d. Jelaskan penyebab dan risiko konstipasi

Rasional: Untuk memberikan gambaran tentang penyebab dan risiko konstipasi.

e. Anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan (1500-2000 ml/hari)

Rasional: Air putih diperlukan untuk memperlunak feses untuk transit melalui usus.

f. Anjurkan konsumsi makanan berserat

Rasional: serat yang cukup akan mengoptimalkan pengelolaan usus.

g. Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu.

Rasional: ahli gizi membantu dalam membuat rencana diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi berdasarkan fungsi pencernaan pasien.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Dalam proses keperawatan implementasi adalah fase di mana perawat melakukan tindakan dari rencana keperawatan yang telah di buat. Implementasi terdiri dari tindakan yang dilakukan perawat dan mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan . pengkajian, diagnosis, dan perencanaan menjadi dasar untuk tindakan keperawatan yang dilakukan (Berman et al., 2022).

Implementasi merupakan tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi yang sebelumnya telah di rencanakan dalam perencanaan keperawatan. Tindakan mandiri merupakan aktivitas perawat yang di dasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri, sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan yang di dasarkan dari hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lainnya (Mufidaturrohmah, 2017).

Untuk bisa melakukan implementasi dengan sukses perawat membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal dan teknik contohnya saat pemasangan kateter urine perawat memerlukan pengetahuan kognitif tentang prinsip dan langkah prosedur, kemampuan interpersonal untuk dapat menginformasikan dan meyakinkan pasien, dan kemampuan teknis dalam melakukan tindakan. Perawat juga menggunakan keterampilan kognitif untuk mendidik pasien seperti melakukan promosi kesehatan (Berman et al., 2022).

Keterampilan kognitif meliputi keterampilan memecahkan masalah, mengambil keputusan, penalaran klinis, kreativitas dan berpikir kritis, yang mana hal-hal tersebut dibutuhkan untuk memberikan asuhan keperawatan yang aman dan cerdas. Sedangkan keterampilan interpersonal adalah keterampilan verbal dan nonverbal yang perawat gunakan untuk berinteraksi satu sama lain. Keefektifan suatu tindakan keperawatan terkadang sangat bergantung pada kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan orang lain. Kemampuan interpersonal diperlukan dalam setiap kegiatan keperawatan seperti saat merawat, merujuk, menganjurkan, konseling, dan menghibur pasien. Keterampilan interpersonal meliputi penyampaian pengetahuan, sikap,

perasaan, minat, dan apresiasi terhadap nilai-nilai budaya dan gaya hidup orang lain (Berman et al., 2022).

Keterampilan teknis adalah keterampilan langsung yang disengaja seperti menggunakan peralatan, memberikan suntikan, membalut luka, memindahkan, mengangkat, dan mengubah posisi pasien. Keterampilan ini juga disebut sebagai keterampilan tugas, keterampilan prosedural, dan keterampilan psikomotorik. Istilah psikomotorik ini mengacu pada tindakan fisik yang dikendalikan oleh proses berpikir bukan dari refleksi. Keterampilan teknis ini membutuhkan pengetahuan, jam terbang, dan ketangkasan. Jumlah keterampilan teknis yang diharapkan dari seorang perawat telah meningkat pesat karena penggunaan teknologi yang meluas. Proses implementasi meliputi mengkaji ulang pasien, menentukan kebutuhan pasien akan bantuan perawat, melaksanakan intervensi keperawatan yang telah di rencanakan, mengawasi pemberi asuhan yang di tugaskan, dan mendokumentasikan kegiatan keperawatan yang telah dilakukan (Berman et al., 2022).

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap kelima dari proses keperawatan yang mana pada tahap ini perawat menilai dan menaksir. Evaluasi adalah kegiatan berkelanjutan dan terencana menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian hasil dan efektivitas rencana asuhan keperawatan. Kesimpulan yang diambil dari evaluasi keperawatan menentukan apakah intervensi keperawatan harus dilanjutkan, di hentikan atau di ubah. Evaluasi berlangsung terus menerus namun ada interval tertentu yang menunjukkan sejauh mana kemajuan menuju pencapaian hasil dan memungkinkan perawat untuk memperbaiki kekurangan

dan memodifikasi rencana keperawatan sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi pasien pulang meliputi status pencapaian dan kemampuan perawatan diri pasien sehubungan dengan perawatan lanjutan (Berman et al., 2022).

Sedangkan menurut Basri (2020) evaluasi terbagi menjadi 2 jenis yang pertama adalah evaluasi formatif (proses) yang berfokus pada proses keperawatan dan hasil dari kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan maka evaluasi formatif harus segera dilaksanakan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Metode pengumpulan data dalam evaluasi formatif terdiri dari analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi pasien, dengan menggunakan form evaluasi yang kemudian ditulis pada catatan keperawatan. Evaluasi formatif harus terus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai.

Kemudian yang kedua adalah evaluasi jenis sumatif (hasil) yaitu evaluasi akhir yang berfokus pada respons dan fungsi pasien dengan cara menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku pasien. Evaluasi sumatif ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna, yang ditandai dengan perubahan respons perilaku pasien akibat dari pengaruh intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan.

Sebelum melakukan evaluasi perawat terlebih dahulu mengidentifikasi indikator hasil yang diinginkan yang nantinya di gunakan untuk mengukur pencapaian tujuan pasien. Fase evaluasi memiliki beberapa komponen yaitu:

- a. Mengumpulkan data terkait indikator hasil yang diinginkan apakah pasien membaik atau memburuk dengan dibandingkan pada evaluasi sebelumnya.
- b. Lalu membandingkan data yang didapat dengan hasil yang diinginkan kemudian identifikasi apakah perbaikan yang telah di dapatkan setelah perawatan.
- c. Menghubungkan kegiatan keperawatan yang telah dilakukan dan identifikasi apakah intervensi keperawatan menghasilkan pencapaian hasil.
- d. Menarik kesimpulan tentang status masalah dan hasil apa yang telah di capai
- e. Memutuskan apakah asuhan akan dilanjutkan, di ubah atau di hentikan dengan mengidentifikasi perubahan apa yang diperlukan dalam rencana asuhan agar dapat mencapai hasil (Berman et al., 2022).

BAB III TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai hasil “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi 1104 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” yang dilakukan selama 3x24 jam dari 20 sampai 22 Maret 2023.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah penulis lakukan maka diperoleh data antara lain, pasien bernama Ny. S perempuan dengan usia 65 tahun, sudah menikah, suku sunda, agama islam, pendidikan SMP, bahasa yang di gunakan bahasa Indonesia, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, alamat Jl. warakas IV gang 2 RT 04 RW 05 No. 33, sumber biaya BPJS, sumber informasi berasal dari pasien dan keluarga yaitu anak dan keponakan pasien, pasien masuk pada tanggal 18 Maret 2023 di ruang Neurologi kamar 1104 dengan nomor register 00534837 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

2. Resume

Sabtu pagi 18 Maret 2023 saat bangun tidur pasien turun dari tempat tidurnya dan terjatuh karena merasa lemah pada tubuh bagian kiri, keluarga

baru mengetahui pasien terjatuh jam 9 pagi, keluarga tidak langsung membawa pasien ke rumah sakit, keluarga mencoba memberikan pertolongan pertama dengan mengurut pasien dan baru membawa ke klinik jam 12 siang. Pasien langsung di rujuk ke IGD Rumah Sakit Umum Daerah Koja, menurut keterangan pasien mengalami kelemahan pada tubuh bagian sebelah kiri, bibir tidak simetris, pasien merasa mual, sakit kepala di pagi hari, seperti tertekan, hilang timbul skala 5/10. Merasakan berat pada tengkuk leher, pasien tampak lemas, keadaan umum ringan dengan TTV: 170/100 mmHg, frekuensi nadi: 92x/menit, frekuensi napas: 18x/menit suhu 36°C, BB: 43 Kg TB: 160cm ,GCS:4M6V5 Compos Mentis.

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien berdasarkan data di atas adalah risiko perfusi serebral tidak efektif, dan risiko jatuh tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum, mengkaji tanda-tanda vital pasien, mengkaji skala kekuatan otot pasien, membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien, memberikan posisi 15-30 derajat, memantau ada tidaknya peningkatan tekanan intrakranial, memberikan cairan intravena berupa 1 kolf asering/24 jam. Memberikan terapi oksigen nasal kanul 3 liter/menit, memberikan terapi sesuai program berupa injeksi Omeprazole 40mg, injeksi ondansetron 4mg, mecobolamin 500mg, Citicoline 1gram, miniaspi 80mg, amlodipine 10mg, Clopidogrel 75mg. Evaluasi secara umum pasien masih tampak sakit, terlihat lemas, tidak ada penurunan kesadaran.

3. Riwayat Keperawatan

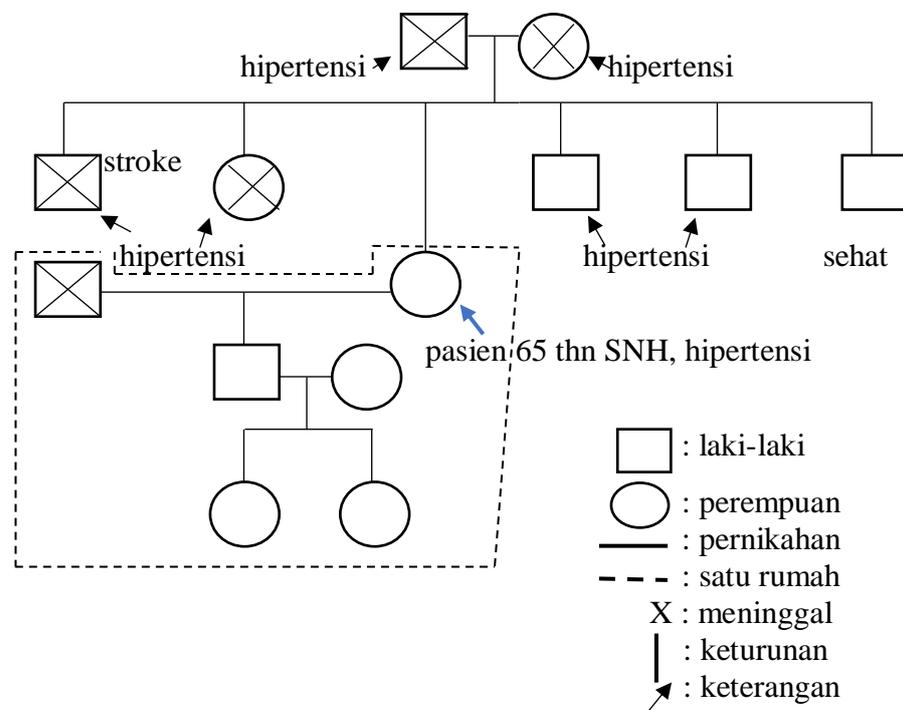
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien saat ini adalah kelemahan pada ekstremitas kiri, tidak mampu mengangkat ekstremitas kiri dan hanya mampu menggeser. Timbulnya keluhan secara mendadak, lamanya sejak 3 hari yang lalu, upaya untuk mengatasi keluarga pasien memberikan pengurutan pada pasien.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun, pasien sering merasa nyeri di tengkuk dan konsumsi obat rutin amlodipine 10mg 1x1 sebelum tidur, ini merupakan pertama kalinya pasien dirawat di rumah sakit, pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, tidak ada alergi obat, tidak ada alergi makanan, binatang, dan lingkungan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko: ayah, ibu dan 4 saudara pasien menderita hipertensi rata-rata diketahui sekitar 20 tahun lalu saat orang tua pasien pertama kali diketahui menderita hipertensi, dan kakak pertama pasien pernah mengalami stroke sejak 8 tahun lalu
- e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Orang terdekat bagi pasien adalah anak tunggalnya, pola komunikasi dalam rumah dengan keluarga baik, pasien sering berbicara dengan anak dan cucunya secara dua arah, pengambil keputusan adalah anak pasien, pasien sering mengikuti kegiatan kemasyarakatan seperti pengajian, pasien juga merupakan anggota pemberdayaan kesejahteraan keluarga (PKK). Dampak penyakit yang dialami pasien saat ini terhadap keluarga, anak pasien menjadi tidak bisa bekerja, keluarga pasien merasa khawatir dengan kondisi pasien saat ini. Masalah yang mempengaruhi pasien saat ini adalah pasien hanya tirah baring dan tidak mampu untuk mobilisasi, mekanisme koping pasien terhadap stres adalah dengan mencari pertolongan.

Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini adalah pasien ingin bertemu dengan cucunya, pasien berharap akan segera sembuh dapat beraktivitas seperti sediakala, perubahan yang dirasakan pasien setelah sakit adalah tidak bisa mengikuti kegiatan pengajian lagi, tidak bisa beraktivitas seperti dulu, tidak bisa bertemu dengan cucunya, tidak bisa menggerakkan ekstremitas, nyeri pinggang akibat tirah baring, dan merasa lemas. Tidak ada nilai-nilai kepercayaan pasien yang

bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama yang dilakukan pasien sebelum sakit adalah salat dan mengaji namun selama sakit pasien sudah tidak melakukannya lagi. Lingkungan rumah pasien padat penduduk, bersih karena sering diadakan kerja bakti, kamar pasien di lantai 1 sedangkan anak, menantu, dan cucunya dilantai 2 sehingga anaknya tidak langsung mengetahui saat pasien terjatuh.

f. Pola kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: Pasien makan 3x sehari, nafsu makan baik, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, tidak ada jenis makan yang tidak pasien sukai, tidak ada jenis makanan yang membuat alergi pasien, makan pantangan pasien adalah makanan tinggi garam, makanan diet pasien tidak ada, pasien tidak memiliki kebiasaan konsumsi obat-obatan sebelum makan, pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

Di rumah sakit: Pasien makan 3x sehari nafsu makan kurang baik karena merasa makanan di rumah sakit tidak enak, porsi makan terkadang tidak dihabiskan. Tidak ada jenis makan yang tidak pasien sukai, tidak ada jenis makanan yang membuat alergi pasien, makan pantangan pasien adalah makanan tinggi garam, makanan diet pasien selama di rumah sakit adalah bubur 3x sehari dan makanan rendah garam, pasien tidak memiliki kebiasaan konsumsi obat-obatan sebelum makan, pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Buang air kecil 6x sehari, warna kuning jernih tidak ada keluhan saat buang air kecil dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Pasien buang air besar 1-2x/hari biasanya pada waktu pagi dan malam, warna kecoklatan, konsisten padat namun lunak, tidak ada keluhan saat buang air besar, tidak ada penggunaan laxatif.

Di rumah sakit: Pasien buang air kecil 6-7x/hari warna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil, pasien menggunakan diapers, sejak awal masuk rumah sakit pasien tidak menggunakan kateter urine. Pasien buang air besar 2x dari 2 hari rawat, warna kecoklatan, tidak ada keluhan saat buang air besar, tidak ada penggunaan laxatif.

3) Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit: Pasien mandi 2x/hari biasanya pada pagi dan sore secara mandiri, pasien gosok gigi 2x/hari pagi dan sore, pasien cuci rambut 3x/ minggu menggunakan shampo.

Di rumah sakit: Pasien mandi 1x dibantu keluarga dengan cara di lap dan gosok gigi juga dibantu keluarga, selama 3 hari di rawat pasien belum keramas.

4) Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum sakit: Pasien tidur siang 1 jam dan tidur malam 7-8 jam/hari dan kebiasaan sebelum tidur adalah meminum obat amlodipine 10mg.

Di rumah sakit: Pasien tidur siang 3 jam dan tidur malam 8 jam/hari dan kebiasaan sebelum tidur adalah meminum obat amlodipine 10mg.

5) Pola Aktivitas Dan Latihan

Sebelum sakit: Pasien merupakan ibu rumah tangga, sehari hari pasien membantu menantunya menjaga cucu-cucunya, pasien suka jalan-jalan pagi dan naik sepeda, pasien tidak memiliki keluhan saat beraktivitas.

Di rumah sakit: Pasien hanya tirah baring karena tidak bisa bangun dari tempat tidur secara mandiri, seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: Pasien merupakan perokok berat, pasien merokok setiap hari sebanyak 1 bungkus semenjak 40 tahun lalu dan baru berhenti beberapa bulan lalu, pasien tidak konsumsi minuman keras dan obat-obatan terlarang.

Di rumah sakit: Pasien berhenti dan sudah tidak merokok, pasien tidak konsumsi minuman keras dan obat-obatan terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pasien kini memiliki berat 43Kg, sebelum sakit berat badan pasien juga 43Kg, tinggi badan pasien 150cm, tekanan darah: 170/100 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu tubuh 35,5°C dengan keadaan umum ringan, ada pembesaran kelenjar getah bening pada pasien di kedua sisi. Pada pemeriksaan nervus V (trigeminus) kontraksi otot temporalis pasien baik, dapat menyebutkan rangsangan halus dan kasar yang diberikan pada wajah, dan refleks berkedip baik.

Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerucutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah.

b. Sistem penglihatan

Sisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal tidak terjadi ptosis, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea keruh dan berkabut, sklera anikterik, pada pemeriksaan nervus III (Okulomotorius) saat diberi cahaya pupil mengecil 2 mm pada kedua bola mata, pada pemeriksaan nervus IV (Troklearis) tidak ditemukan adanya kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arahan 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 menggunakan kaca mata saat membaca, pasien tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus VI (abducent) tidak terdapat penglihatan double.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga tampak normal, terdapat serumen berwarna kuning, konsistensi cair dan tidak berbau, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh pada telinga, dan tidak terdapat tinitus. Pada pemeriksaan nervus VII (akustikus) fungsi pendengaran pasien baik yang dibuktikan dengan pada

saat dibisikan pasien mampu memberikan respons dengan menyebutkan ulang kalimat. Pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglossus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri. Pasien dapat bicara dengan baik dibuktikan saat diberikan pertanyaan oleh perawat pasien dapat menjawab pertanyaan dengan cepat dan cukup jelas.

e. Sistem pernapasan

Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) tampak tidak ada kelainan pada penciuman pasien, pasien dapat menyebutkan bau yang diberikan sambil menutup mata. Jalan napas pasien bersih, tidak ditemukan sesak napas, pasien tidak menggunakan otot bantu napas, pernapasan pasien 20x/menit dengan irama teratur, jenis pernapasan spontan dengan kedalaman napas yang baik, pasien tidak batuk dan tidak ada sputum. Pada saat dilakukan palpasi dada pasien teraba simetris saat inspirasi dan ekspirasi napas, tidak teraba masa dan nyeri tekan. Pada saat di perkusi terdengar suara sonor di semua lapang paru, suara napas vesikuler, pasien tidak merasa nyeri saat bernapas, saat awal masuk IGD pasien mendapat terapi oksigen 3 liter/menit., namun setelah dipindahkan ke ruang perawatan terapi oksigen sudah tidak diberikan lagi karena saturasi pasien baik 98% tanpa sesak dan gangguan pernapasan.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi pasien saat dikaji 94x/menit dengan irama yang teratur dan denyut nadi yang kuat. Sedangkan tekanan darah pasien 170/100 mm/Hg, tidak ditemukannya distensi vena jugularis sebelah kanan maupun kiri. Temperatur kulit pasien teraba hangat dengan warna kulit tampak kemerahan, pengisian kapiler pasien <2 detik dan tidak ditemukan edema pada wajah, tubuh, maupun tungkai.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical pasien 92x/menit dengan irama yang teratur dengan irama jantung yang teratur dan tidak ditemukannya kelainan bunyi jantung dan sakit dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tidak tampak pucat, tidak ditemukan adanya perdarahan, tidak ada tanda-tanda infeksi, anememis, tidak ada petekie, ikterik, tidak ada nyeri di perut kiri atas, HB normal, pemeriksaan darah lengkap normal.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengeluh pada pagi hari sering merasa sakit kepala di seluruh kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit. Kesadaran pasien saat ini compos mentis dengan pengukuran GCS (E4V5M6). Tidak ditemukan tanda-tanda peningkatan TIK seperti muntah proyektil, nyeri kepala hebat, dan papil edema bibir pasien tampak tidak simetris pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri

bagian atas dan bawah tubuh yang membuat pasien tidak bisa tidak bisa duduk dan bangun dari tempat tidur. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biceps pasien hiperaktif.

Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif ditandai dengan adanya tahanan sehingga dagu pasien tidak dapat menyentuh dada, kerning sign, tidak ditemukan ditandai dengan saat sendi lutut dapat di ekstensikan sampai sudut 135° tanpa adanya nyeri dan tahanan. Pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, tidak ditemukan namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV ditemukan dibuktikan dengan saat diberikan penekanan pada simpisis os pubis pasien terjadi fleksi involunter pada kedua tungkai pada sendi lutut. Pemeriksaan refleks *babinski* tidak ditemukan, ditandai dengan tidak adanya dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* tidak ditemukan, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* ditemukan ditandai dengan saat dilakukan pengurutan dari proksimal ke distal os tibia pasien, didapati dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien tidak tampak karies pada gigi pasien, tidak ada penggunaan gigi palsu tidak ada stomatitis dan lidah tampak bersih. Saliva normal tidak ditemukan muntah atau pun nyeri daerah perut, bising usus 20x/menit tidak ada diare dan konstipasi, hepar tidak teraba abdomen lembek. Pada pemeriksaan Nervus IX (Glossofaringeus) pasien

masih mampu membedakan rasa asam dan manis walaupun dengan lidah yang mengalami deviasi sedikit ke kiri. Pada pemeriksaan Nervus X (Vagus) tidak terdapat kelainan yang dibuktikan dengan reflek menelan pasien baik. Pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) saat menginstruksikan pasien untuk menggerakkan rahang bawah ke kanan dan ke kiri dengan tangan pemeriksa menahannya, tidak tampak tanda-tanda kelumpuhan.

j. Sistem endokrin

Saat dikaji tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat luka ganggren.

k. Sistem urogenital

Balance cairan pasien per 24 jam pada tanggal 20 Maret 2023 pukul 11.00 WIB dengan intake 1.715 (infus 500cc+ oral 1000cc + AM 215ml), output 1.630 (urine 1200ml + IWL 430 ml) maka balance cairan pasien adalah +85 ml pasien menggunakan pampers urine berwarna kuning jernih pasien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak ada keluhan nyeri pinggang.

l. Sistem integumen

Keadaan turgor kulit pasien baik dengan temperatur 35,5°C warna kulit kemerahan keadaan kulit baik tidak ada kelainan kulit. Pasien terpasang infus di tangan kanan.

m. Sistem muskuloskeletal

Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri, pasien mengalami

hemiplegia pada kedua ekstremitas kiri, pasien mengatakan pegal pada bagian bahu. Tidak terdapat kelainan pada struktur tulang belakang, dan keadaan tonus otot pasien baik, pasien mengatakan kesulitan miring ke kanan kiri, tidak bisa duduk dan berjalan semenjak sakit, dan aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat. Pada pemeriksaan nevus XI (aksesorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu, hanya bahu kanan yang terangkat serta saat pasien diminta untuk menoleh pasien bisa melakukannya hanya sedikit kesulitan saat menengok ke kiri.

Kekuatan otot :	5 5 5 5	2 2 2 2
	5 5 5 5	2 2 2 2

5. Data tambahan

Pasien hanya mengetahui kakaknya pernah mengalami stroke sebanyak 2 kali dan tidak bisa menggerakkan setengah badannya sampai dia mati, keluarga pasien mengatakan sudah sering mendengar stroke namun belum mengerti apa penyebabnya, tanda gejala, serta cara merawat keluarga penderita stroke.

6. Data penunjang

tanggal 18 Maret 2023

Hasil laboratorium: Hemoglobin 14.6 g/dl (12.5-16.0), jumlah leukosit $9.19 \times 10^3/\mu\text{l}$ (4.00 - 10.50), Hematokrit 41,9 % (37.0-47.0), Jumlah Trombosit $284 \times 10^3/\mu\text{l}$ (182-369), Jumlah Eritrosit 4.99 juta/ μl (4.20-5.40), MCV 84 fL (78 – 100), MCH 29 Pg (27 – 31), MCHC 35 g/dl (32 – 36), **RDW-CV 14.5 % (11.5 - 14.0)**, Basofil 0.3 % (0.1 - 1.2), **Eosinofil 0.4 % (0.7 - 5.8)**, Neutrofil 64.3 % (34.0 - 71.1), Limfosit 29.5 % (19,3 - 51.7), Monosit 5.5 %

(4.7 - 12.5), NLR 2.18, ALC 2711 / μ L, Natrium (Na) 141 mEq/L (135–147), **Kalium (K) 2.97 mEq/L (3.5 - 5.0)**, Klorida (Cl) 101 mEq/L (96 – 108), **Ureum 16.4 mg/dL (16.6-48,5)**, Kreatinin 0.73 mg/dL (0.51-0.95), Glukosa Sewaktu 108 mg/dL (70-200).

Tanggal 20 Maret 2023

Kolesterol Total 226 mg/dl (terdiri dari kolesterol LDL, kolesterol HDL, dan 20% Trigliserida), Kolesterol HDL 62.0 mg/dl (48.9 – 73.5), **Kolesterol LDL (penyebab penimbunan plak pada pembuluh darah) 144 mg/dl (<130)**, Trigliserida 99 mg/dl (<200), Asam Urat 3.3 mg/dl (2.4 – 5.7).

Tanggal 18 Maret 2023

Kesan CT-Scan: tampak adanya infark pada lobus frontalis dextra slice 8-12.

Kesan thorax: ke dua lapang paru tampak berkabut karena pasien seorang perokok, tidak ada infiltrasi, tidak tampak pneumonia, tuberkulosis paru dan edema paru, ukuran jantung tampak normal.

Kesan Elektrokardiogram (EKG): *sinus rhythm*, tidak ada atrial fibrilasi, tidak ada kelainan jantung.

7. Penatalaksanaan

Terapi oral: Miniaspi 1x1 Tablet 80mg Pukul 06.00 WIB (sebagai antikoagulan dan antiplatelet mencegah pembekuan darah dan penggumpalan darah), Amlodipine 1x1 10mg Pukul 22.00 WIB (menurunkan tekanan darah), Clopidogrel Tablet 1x1 75mg Pukul 06.00

WIB (sebagai antiplatelet mencegah pembekuan darah), Atorvastatin 1x1 Tablet 20mg Pukul 06.00 WIB (mengurangi kadar kolesterol).

Terapi injeksi: Citicoline 2x 1gram Pukul 06.00 dan 18.00 WIB (sebagai neuroproteksi meminimalisir juga mencegah kerusakan pada otak dan sebagai neurorepair memperbaiki kerusakan sel di otak), cairan infus asering 500cc/24jam. Mendapatkan diet makanan lunak berupa bubur dan protein dengan rendah garam karena pasien masih dalam tahap pemulihan dan belum bisa menggerakkan lidahnya dengan sempurna.

8. Data fokus

Tanggal 20 Maret 2023

Data subyektif:

Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstremitas kirinya, pasien mengatakan sering merasa pusing pada pagi hari seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, pasien mengatakan juga sering merasa berat di daerah tengkuk. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu. Pasien mengatakan aktivitas perawatan dirinya dibantu keluarga, pasien mengatakan suka meminta anaknya untuk membantu membersihkan badannya, keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan dan untuk bisa duduk harus di sanggah, pasien mengeluh pegal-pegal di daerah bahu, pasien mengatakan tidak bisa miring ke arah kanan kiri. Pasien mengatakan membutuhkan waktu lebih lama untuk mengunyah makanan dibanding saat sebelum sakit karena kesulitan untuk menggerakkan lidahnya.

Pasien mengatakan merupakan perokok berat, pasien merokok setiap hari sebanyak 1 bungkus semenjak 40 tahun lalu dan baru berhenti beberapa bulan lalu. Pasien mengatakan kakaknya pernah mengalami stroke, keluarga pasien mengatakan sudah sering mendengar stroke namun belum tahu apa itu stroke pasien dan keluarga juga menanyakan tentang masalah yang dihadapinya.

Data objektif:

Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri, pasien mengalami hemiplegia pada kedua ekstremitas kiri, keadaan umum pasien sakit sedang, pasien tampak hanya bisa tirah baring, meringis apabila miring sebelah kiri, pasien bisa duduk dengan bantuan, pasien tampak merasa cemas, pasien tampak hanya tidur telentang, saat ditanya mengenai pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita keluarga dan pasien tampak kebingungan. Saat keluarga menemukan pasien setelah terkena serangan stroke keluarga tidak langsung membawa pasien ke rumah sakit melainkan melakukan pengurutan di rumah, karena keluarga percaya memberikan pengurutan akan membuat pasien lebih baik.

Tekanan darah 170/100 mmHg, frekuensi nadi 94x/menit, frekuensi pernapasan 18x/menit sudah tidak menggunakan bantuan oksigen. Suhu 35,5°C GCS: E4M6V5 Compos Mentis. Pasien mandi dibantu keluarga dengan cara di lap dan gosok gigi juga dibantu keluarga, selama 3 hari di rawat pasien belum keramas rambut dan kulit kepala pasien kotor dan

lengket. Pasien tampak tidak bisa mandi berhias, mengenakan pakaian, dan toileting secara mandiri.

Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengerucutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris. Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglossus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri. Pasien dapat bicara dengan baik dibuktikan saat diberikan pertanyaan oleh perawat pasien dapat menjawab pertanyaan dengan cepat dan cukup jelas. Terlihat cairan makanan sering keluar saat pasien makan dari sudut mulut, terlihat sisa makanan dimulut pasien ketika selesai makan.

Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk ditandai dengan adanya tahanan sehingga dagu pasien tidak dapat menyentuh dada. Pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif ditandai dengan saat di lakukan pengurutan dari proksimal ke distal os tibia pasien, didapati a dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki. Pada pemeriksaan nevus XI (aksesorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu, hanya bahu kanan yang terangkat serta saat pasien diminta untuk menoleh pasien bisa melakukannya hanya sedikit kesulitan saat menengok ke kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222. Nilai

kolesterol Total 226 mg/dl, kolesterol LDL 144 mg/dl (<130). Kesan *CT-Scan*: tampak adanya infark pada lobus frontalis dextra slice 8-12.

9. Analisa data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Subjektif: Pasien mengatakan sering merasa pusing pada pagi hari seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, pasien mengatakan juga sering merasa berat di daerah tengkuk. Pasien mengatakan pasien merupakan perokok berat, pasien merokok setiap hari sebanyak 1 bungkus semenjak 40 tahun lalu dan baru berhenti beberapa bulan lalu. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu.</p> <p>Objektif: Kesan <i>CT-Scan</i>: tampak adanya infark pada lobus frontalis dextra slice 8-12 Tekanan darah 170/100 mmHg frekuensi nadi 94x/menit pernapasan 18x/menit sudah tidak menggunakan bantuan oksigen. Suhu pasien 35,5°C GCS:(E4M6V5) Compos Mentis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, saat diminta untuk</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Hipertensi dan hiperkolesterol onemia</p>

	<p>tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris. Pada pemeriksaan refleksi fisiologis refleks patela dan refleks biceps pasien hiperaktif, pemeriksaan <i>brudzinski IV</i> positif dibuktikan dengan saat diberikan penekanan pada simpisis os pubis pasien terjadi fleksi involunter pada kedua tungkai pada sendi lutut. Pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk ditandai dengan adanya tahanan sehingga dagu pasien tidak dapat menyentuh dada. Pada pemeriksaan refleks <i>oppenheim</i> positif ditandai dengan saat di lakukan pengurutan dari proksimal ke distal os tibia pasien, didapati a dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki, nilai kolesterol Total 226 mg/dl, kolesterol LDL 144 mg/dl (<130).</p>		
2.	<p>Subjektif: Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstremitas kirinya, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri, keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan dan untuk bisa duduk harus di sanggah, pasien mengeluh pegal-pegal di daerah bahu, pasien mengatakan tidak bisa miring ke arah kanan kiri.</p>	Gangguan mobilitas fisik	Gangguan neuromuskuler dan Kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri)

	<p>Objektif: Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri, Pasien mengalami hemiplegia pada kedua ekstremitas kiri, pasien tampak hanya bisa tirah baring, meringis apabila miring sebelah kiri, pasien bisa duduk dengan bantuan, pasien tampak hanya tidur telentang. Pada pemeriksaan nevus XI (aksesorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu, hanya bahu kanan yang terangkat serta saat pasien diminta untuk menoleh pasien bisa melakukannya hanya sedikit kesulitan saat menengok ke kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222.</p>		
3.	<p>Subjektif: Pasien mengatakan membutuhkan waktu lebih lama untuk mengunyah makanan dibanding saat sebelum sakit karena kesulitan untuk menggerakkan lidahnya.</p> <p>Objektif: Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah</p>	<p>Risiko Aspirasi</p>	<p>Disfagia fase oral</p>

	keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri. Terlihat cairan makanan sering keluar saat pasien makan dari sudut mulut, terlihat sisa makanan dimulut pasien ketika selesai makan.		
4.	<p>Subjektif: Pasien mengatakan aktivitas perawatan dirinya dibantu keluarga, pasien mengatakan suka meminta anaknya untuk membantu membersihkan badannya keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan dan untuk bisa duduk harus di sanggah. Keluarga mengatakan kesulitan untuk membersihkan rambut pasien.</p> <p>Objektif: Pasien mandi 1x sehari dibantu keluarga dengan cara di lap dan gosok gigi juga dibantu keluarga, selama 3 hari di rawat pasien belum keramas rambut dan kulit kepala pasien kotor dan lengket. Pasien tampak tidak bisa mandi berhias, mengenakan pakaian, dan toileting secara mandiri.</p>	Defisit perawatan diri	Kelemahan (hemiplegia pada ekstremitas kiri)
5.	<p>Subjektif: Pasien mengatakan kakaknya pernah mengalami stroke, keluarga pasien mengatakan sudah sering mendengar stroke namun belum tahu apa itu stroke pasien dan</p>	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi tentang manajemen stroke

	<p>keluarga juga menanyakan tentang masalah yang dihadapinya.</p> <p>Objektif: Saat ditanya mengenai pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita keluarga dan pasien tampak kebingungan. Saat keluarga menemukan pasien setelah terkena serangan stroke keluarga tidak langsung membawa pasien ke rumah sakit melainkan melakukan pengurutan di rumah, karena keluarga percaya memberikan pengurutan akan membuat pasien lebih baik.</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa keperawatan

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

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan hiperkolesteronemia
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri)
3. Risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko disfagia oral
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri)
5. Defisit pengetahuan tentang manajemen stroke berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan hiperkolesteronemia

Subjektif: Pasien mengatakan sering merasa pusing pada pagi hari seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, pasien mengatakan juga sering merasa berat di daerah tengkuk. Pasien mengatakan merupakan perokok berat, pasien merokok setiap hari sebanyak 1 bungkus semenjak 40 tahun lalu dan baru berhenti beberapa bulan lalu. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu.

Objektif: Kesan *CT-Scan*: tampak adanya infark pada lobus frontalis dextra slice 8-12. Tekanan darah 170/100 mmHg frekuensi nadi 94x/menit pernapasan 18x/menit sudah tidak menggunakan bantuan oksigen. Suhu 35,5°C GCS:(4M6V5) Composmentis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif, pemeriksaan *brudzinski* IV positif dibuktikan dengan saat diberikan penekanan pada simpisis os pubis pasien terjadi fleksi involunter pada kedua tungkai pada sendi lutut. Pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif ditandai dengan adanya tahanan sehingga dagu pasien tidak dapat menyentuh dada. Pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif ditandai dengan saat di lakukan pengurutan dari proksimal ke distal os tibia pasien, didapati a dorsum flexi

ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki, nilai kolesterol Total 226 mg/dl, kolesterol LDL 144 mg/dl (<130).

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

Kriteria hasil: tidak ada peningkatan TIK, tidak ada penurunan kesadaran, sakit kepala menurun (skala nyeri 3), nilai rata-rata tekanan darah membaik (<150/90 mmHg selama 1x24jam), tekanan darah sistolik membaik (<150 mmHG), tekanan darah diastolik membaik (<90 mmHg), refleks saraf membaik (refleks patela dan refleks biseps pasien tidak lagi hiperaktif), pasien tetap tenang.

Rencana tindakan

- a. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: nyeri kepala, tekanan darah meningkat, perlambatan atau ketidaksimetrisan respons pupil, muntah proyektil, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) setiap 8 jam
- b. Monitor tanda-tanda vital setiap 4 jam
- c. Monitor penurunan frekuensi jantung setiap 4 jam
- d. Monitor ireguleritas irama napas setiap 8 jam
- e. Monitor penurunan tingkat kesadaran setiap 8 jam
- f. Memonitor status neurologis setiap 8 jam
- g. Pertahankan posisi kepala dan leher netral periksa setiap 4 jam
- h. Pertahankan minimalisir stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang setiap 8 jam
- i. Pertahankan posisi 15-30 derajat periksa setiap 8 jam

- j. Monitor status pernapasan setiap 8 jam
- k. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi, Miniaspi 1x80mg Pukul 06.00 WIB (Oral), Amlodipine 1x10mg Pukul 22.00 WIB (Oral), CLOPIDOGREL 1x75mg Pukul 06.00 WIB (Oral), Atorvastatin 1x20mg Pukul 06.00 WIB (Oral), Citicoline 2x1gram Pukul 06.00 dan 18.00 WIB (IV) Cairan infus asering 500cc/24jam, 06.00 WIB (IV)

Pelaksanaan: 20 Maret 2023

Pukul 06. 00 WIB memberikan terapi injeksi Citicoline 1x1gram, mengganti cairan infus asering 500cc, kemudian memberikan obat oral Miniaspi 1x1 80mg, Clopidogrel 1x1 75mg, dan Atorvastatin 1x1 20mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 06.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 06.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik.

Pukul 06.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 170/100 mmHg, frekuensi nadi: 92x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak,

Suhu: 35,9°C; Pukul 08.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 08.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, , pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang.

Pukul 10.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 165/108 mmHg, frekuensi nadi: 87x/menit, frekuensi napas: reguler 18x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, suhu: 36,6°C; Pukul 12.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 12.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang; Pukul 12.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus V (trigeminus) kontraksi otot temporalis baik, dapat menyebutkan rangsangan halus dan kasar yang diberikan pada wajah, dan refleks berkedip baik.

Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak seimetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada

pemeriksaan nervus III (Okulomotorius) saat diberi cahaya pupil mengecil 2 mm pada kedua bola mata, pada pemeriksaan nervus IV (Troklaris) tidak ditemukan adanya kelainan pada otot-otot mata. Pada pemeriksaan nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien menggunakan kaca mata saat membaca, pasien tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus VI (abducent) tidak terdapat penglihatan double.

Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) tampak tidak ada kelainan pada penciuman pasien, nervus IX (Glossofaringeus) pasien masih mampu membedakan rasa asam dan manis walaupun dengan lidah yang mengalami deviasi sedikit ke kiri. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pukul 14.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 14.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak

isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik; Pukul 14.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 162/94 mmHg, frekuensi nadi: 84x/menit, frekuensi napas: reguler 18x/menit, saturasi 97%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C.

Pukul 16.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 16.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, , pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang; Pukul 18.00 WIB memberikan terapi injeksi Citicoline 1x1gram, obat masuk tanpa ada alergi. Pukul 18.45 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 165/98 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak Suhu: 36°C; Pukul 20.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 20.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang;

Pukul 20.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis)

wajah tampak tidak simetris, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pukul 22.00 WIB memberikan terapi oral Amlodipine 1x1 10mg pasien tampak kooperatif; Pukul 22.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 22.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan hanya tadi pagi merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik; Pukul 22.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 165/98 mmHg, frekuensi nadi: 92x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,4°C; Pukul 24.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat;

Pukul 04.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 162/98 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,6°C; Pukul 04.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 04.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang;

Pukul 04.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengerucutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pelaksanaan tanggal 21 Maret 2023

Pukul 06. 00 WIB memberikan terapi injeksi Citicoline 1x1gram, mengganti cairan infus assering 500cc, kemudian memberikan obat oral Miniaspi 1x80mg, Clopidogrel 1x1 75mg, dan Atorvastatin 1x20mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 06.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 06.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi masih merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik;

Pukul 06.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 160/96 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36°C; Pukul 08.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 08.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang.

Pukul 10.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 165/108 mmHg, frekuensi nadi: 87x/menit, frekuensi napas: reguler 24x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, suhu: 36,4°C; Pukul 12.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 12.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak seimetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerucutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pukul 14.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 14.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15

menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik; Pukul 14.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 158/94 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, frekuensi napas: reguler 18x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C.

Pukul 16.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 16.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang; Pukul 18.00 WIB memberikan terapi injeksi Citicoline 1x1 gram pasien tampak tidak menunjukkan alergi reaksi. Pukul 18.45 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 164/95 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak suhu: 36°C; Pukul 20.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 20.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang;

Pukul 20.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerucutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pukul 22.00 WIB memberikan terapi oral Amlodipine 1x10mg pasien tampak kooperatif; Pukul 22.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 22.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 5/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik; Pukul 22.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 158/96 mmHg, frekuensi nadi: 85x/menit, frekuensi napas:

reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,4°C; Pukul 24.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat;

Pukul 04.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 154/98 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,6°C; Pukul 04.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 04.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang;

Pukul 04.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan

brudzinski I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pelaksanaan 22 Maret 2023

Pukul 06. 00 WIB memberikan terapi injeksi Citicoline 1x1 gram, mengganti cairan infus assering 500cc, kemudian memberikan obat oral Miniaspi 1x80mg, Clopidogrel 1x75mg, dan Atorvastatin 1x20mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 06.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 06.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat namun telah menurun dengan skala 3/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 5 sampai 10 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik.

Pukul 06.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 155/94 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: reguler 22x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C; Pukul 08.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien

netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 08.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, , pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang.

Pukul 10.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 154/100 mmHg, frekuensi nadi: 84x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, suhu: 36°C; Pukul 12.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 12.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, , pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang.

Pukul 12.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak seimetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif.

Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pukul 14.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 14.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi merasakan sakit kepalanya sudah berkurang seperti tertekan benda berat dengan skala 3 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 5 sampai 10 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik; Pukul 14.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 149/92 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, frekuensi napas: reguler 18x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C.

Pukul 16.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 16.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang; Pukul 18.00 WIB memberikan terapi injeksi Citicoline 1x1 gram pasien tampak kooperatif; Pukul 18.45 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 144/95 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit,

saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak suhu: 36,4°C; Pukul 20.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 20.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang;

Pukul 20.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerucutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Pukul 22.00 WIB memberikan terapi oral Amlodipine 1x10mg pasien tampak kooperatif; Pukul 22.20 WIB memonitor tingkat kesadaran, pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 22.30 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengatakan tadi pagi merasakan sakit kepala seperti tertekan benda berat

turun dengan skala 3/10 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 5 sampai 10 menit, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik; Pukul 22.45 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 145/94 mmHg, frekuensi nadi: 85x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,4°C; Pukul 24.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat;

Pukul 04.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 148/92 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,6°C; Pukul 04.15 WIB mempertahankan posisi kepala leher netral dan mempertahankan posisi 15-30 derajat, posisi kepala juga leher pasien netral dan dalam posisi 15-30 derajat; Pukul 04.30 WIB mempertahankan minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, pasien di tempat tidur sudut ruangan yang minim stimulus dan lingkungan kamar pasien tenang;

Pukul 04.45 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleksi fisiologis, refleksi patologis. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengerucutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleksi fisiologis refleksi patela dan refleksi biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleksi patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleksi *babinski* negatif. Refleksi *hoffman* tromer, refleksi *chaddock*, refleksi *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleksi *oppenheim* positif.

Evaluasi 22 Maret 2023 pikul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah merasa lebih baik karena nyeri kepala sudah berkurang dari 5/10 *numeric scale*, menjadi 3/10 *numeric scale*, pasien mengatakan rasa berat di tengkuknya sudah jarang di rasakan. Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat lebih baik dan tampak lebih segar.

Objektif: pasien tampak hanya berbaring TD: 149/92 mmHg, frekuensi nadi: 78x/menit, frekuensi napas: reguler 18x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C. GCS: (E4M6V5) Compos Mentis, tidak ada muntah yang tanpa disertai mual, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2 mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap

cahaya baik. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah tampak tidak simetris, pasien dapat mengkerutkan dahi, membuka dan menutup mata, mengkerutkan mulut, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif. Sedangkan pada pemeriksaan refleks patologis ditemukan kaku kuduk positif, kerning sign, negatif, pemeriksaan *brudzinski* I, II, III, negatif namun pada pemeriksaan *brudzinski* IV positif. Pemeriksaan refleks *babinski* negatif. Refleks *hoffman* tromer, refleks *chaddock*, refleks *gordon* negatif, pada pemeriksaan refleks *oppenheim* positif.

Analisa: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian.

Perencanaan: intervensi dilanjutkan di lanjutkan oleh perawat ruangan neurologi untuk poin a, b, c, d, e, f, g, h, I, ,k, l, m, n dengan kriteria hasil tidak ada peningkatan TIK, tidak ada penurunan kesadaran, sakit kepala menurun (skala nyeri 3), nilai rata-rata tekanan darah membaik (<150/90 mmHg selama 1x24jam), tekanan darah diastolik membaik (<90 mmHg), refleks saraf membaik (refleks patela dan refleks biseps pasien tidak lagi hiperaktif), pasien tetap tenang.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan anggota gerak yang ditandai dengan

Subjektif: Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstremitas kirinya, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri, keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan dan untuk bisa duduk harus di

sanggah, pasien mengeluh pegal-pegal di daerah bahu, pasien mengatakan tidak bisa miring ke arah kiri.

Objektif: Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri, pasien mengalami hemiplegia pada kedua ekstremitas kiri, keadaan umum pasien sakit sedang, pasien tampak hanya bisa tirah baring, meringis apabila miring sebelah kiri, pasien bisa duduk dengan bantuan, pasien tampak hanya tidur telentang pada pemeriksaan nevus XI (aksesorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu, hanya bahu kanan yang terangkat serta saat pasien diminta untuk menoleh pasien bisa melakukannya hanya sedikit kesulitan saat menengok ke kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222.

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

Kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat (dapat melawan gravitasi), kekuatan otot meningkat dengan skor 3, rentang gerak (ROM) meningkat (dapat melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri atas), gerakan terbatas menurun (dapat duduk dan memiringkan badan secara mandiri), kelemahan fisik menurun (dapat duduk selama 10 menit), keluhan pegal bahu menurun.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainya setiap 8 jam
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan setiap shift
- c. Identifikasi kekuatan otot setiap 8 jam

- d. Monitor keadaan umum sebelum melakukan pergerakan
- e. Fasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal
- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- g. Edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi
- h. Anjurkan mobilisasi dini
- i. Anjurkan pergerakan sederhana duduk di tempat tidur dan mencoba menggerakkan ekstremitas yang lumpuh
- j. Bantu mengubah posisi setiap 4 jam

Pelaksanaan 20 Maret 2023

Pukul 07.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa pegal pada bagian bahunya karena lama tirah baring, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari; Pukul 07.40 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang tinggi dan konsisten, pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien mengalami hemiplegia kiri; Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222;

Pukul 09.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya sedikit miring kanan; Pukul 09.15 WIB memonitor keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, keadaan umum pasien sakit sedang; Pukul 09.30 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien

dalam meningkatkan pergerakan, karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat mengajarkan keluarga pasien untuk duduk di tempat tidur; Pukul 09.40 WIB mengedukasi tujuan dan prosedur mobilisasi, keluarga dan pasien dapat mengerti bahwa mobilisasi bisa membantu pasien untuk lebih sehat karena mobilisasi bisa mengurangi keluhan pegal yang di rasakan pasien dan dapat meningkatkan kekuatan dan rentang gerak otot;

Pukul 10.00 WIB menganjurkan mobilisasi dini dan menganjurkan pergerakan sederhana duduk di tempat tidur juga menggerakkan ekstremitas yang lumpuh; Pukul 11.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 11.20 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang.

Pukul 15.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi miring kanan; Pukul 15.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa pegal pada bagian bahunya karena lama tirah baring, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari; Pukul 15.40 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang tinggi dan konsisten,

pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien mengalami hemiplegia kiri; Pukul 16.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222;

Pukul 19.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 19.20 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang;

Pukul 23.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang; Pukul 23.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa pegal pada bagian bahunya karena lama tirah baring, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari; Pukul 23.40 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222;

Pukul 05.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur;

Pukul 05.15 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi miring kanan.

Pelaksanaan 21 Maret 2023

Pukul 07.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa pegal pada bagian bahunya telah tidak ada, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari; Pukul 07.40 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang tinggi dan konsisten, pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien mengalami hemiplegia kiri; Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222;

Pukul 09.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya sedikit miring kanan; Pukul 09.15 WIB memonitor keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, keadaan umum pasien sakit sedang; Pukul 09.30 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat mengajarkan keluarga pasien untuk duduk di tempat tidur; Pukul 09.40 WIB mengedukasi tujuan dan prosedur mobilisasi, keluarga dan pasien dapat mengerti bahwa mobilisasi bisa membantu pasien untuk lebih sehat karena mobilisasi bisa mengurangi keluhan pegal yang di rasakan pasien dan dapat meningkatkan kekuatan dan rentang gerak otot;

Pukul 10.00 WIB menganjurkan mobilisasi dini dan menganjurkan pergerakan sederhana duduk di tempat tidur juga menggerakkan ekstremitas

yang lumpuh; Pukul 11.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 11.20 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang

Pukul 15.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi miring kanan; Pukul 15.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa pegal pada bagian bahunya karena lama tirah baring, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari; Pukul 15.40 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang tinggi dan konsisten, pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien mengalami hemiplegia kiri; Pukul 16.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222;

Pukul 19.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur;

Pukul 19.20 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang;

Pukul 23.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang; Pukul 23.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa pegal pada bagian bahunya karena lama tirah baring, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari; Pukul 23.40 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 2222;

Pukul 05.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 05.15 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi miring kanan.

Pelaksanaan 22 Maret 2023

Pukul 07.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan rasa pegal pada bagian bahunya telah tidak ada, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari; Pukul 07.40 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang tinggi dan konsisten, pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien

mengalami hemiplegia kiri; Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 3322;

Pukul 09.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya sedikit miring kanan; Pukul 09.15 WIB memonitor keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, keadaan umum pasien sakit sedang; Pukul 09.30 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat mengajarkan keluarga pasien untuk duduk di tempat tidur; Pukul 09.40 WIB mengedukasi tujuan dan prosedur mobilisasi, keluarga dan pasien dapat mengerti bahwa mobilisasi bisa membantu pasien untuk lebih sehat karena mobilisasi bisa mengurangi keluhan pegal yang di rasakan pasien dan dapat meningkatkan kekuatan dan rentang gerak otot;

Pukul 10.00 WIB menganjurkan mobilisasi dini dan menganjurkan pergerakan sederhana duduk di tempat tidur juga menggerakkan ekstremitas yang lumpuh; Pukul 11.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 11.20 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang.

Pukul 15.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi miring kanan; Pukul 15.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan rasa pegal pada bagian bahunya telah hilang, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari namun sudah berkurang; Pukul 15.40 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang tinggi dan konsisten, pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien mengalami hemiplegia kiri; Pukul 16.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 3322;

Pukul 19.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 19.20 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang;

Pukul 23.00 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi telentang; Pukul 23.20 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan rasa pegal pada bagian bahunya telah hilang, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari namun

sudah berkurang; Pukul 23.40 WIB mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5555 dan ekstremitas kiri 3322;

Pukul 05.00 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, pasien melakukan pergerakan duduk di tempat tidur dengan bantuan pagar dan bantal dan karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat melibatkan keluarga pasien untuk membantu pasien duduk di tempat tidur; Pukul 05.15 WIB membantu mengubah posisi pasien, pasien di rubah posisinya menjadi miring kanan.

Evaluasi 22 Maret 2023 Pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan rasa pegal pada bagian bahunya telah menghilang, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan sering merasa sakit kepala di pagi hari namun sakit kepala telah berkurang, keluarga pasien mengatakan akan membantu pasien duduk dengan bantuan pagar, dan melakukan latihan rentang gerak (ROM) pada pasien saat keadaan tekanan darah pasien telah membaik.

Objektif: pasien mengalami hemiplegia kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan atas 5555 dan ekstremitas kiri atas meningkat 3322 dari sebelumnya 2222, ekstremitas kanan bawah 5555 dan ekstremitas kiri bawah meningkat 2222. pasien kini mulai bisa mengangkat telapak tangan dan lengannya walau hanya sesaat. Pasien tampak belum bisa duduk secara mandiri masih harus dibantu keluarga, berpindah dari tempat tidur dan mengganti posisi tidur miring kiri juga harus dibantu keluarga.

Analisa: Gangguan mobilitas fisik tidak teratasi.

Perencanaan: intervensi di lanjutkan oleh perawat di ruang neurologi pada poin a, b, c, d, i, j, dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

3. Risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko disfagia orofaringeal

Subjektif: pasien mengatakan membutuhkan waktu lebih lama untuk mengunyah makanan dibanding saat sebelum sakit karena kesulitan untuk menggerakkan lidahnya.

Objektif: Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri. Terlihat cairan makanan sering keluar saat pasien makan dari sudut mulut, terlihat sisa makanan dimulut pasien ketika selesai makan.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status menelan membaik.

Kriteria hasil: kelemahan otot lidah menurun (dapat menjulurkan lidah dan mendorong pipi secara maksimal), mempertahankan makanan di mulut meningkat (tidak ada lagi cairan makanan keluar dari mulut saat makan), kemampuan mengosongkan mulut meningkat (tidak ada sisi makanan di mulut), kemampuan mengunyah meningkat (lidah lebih mudah mengarahkan makanan), pembentukan bolus meningkat (waktu makan tidak terlalu lama).

Rencana tindakan:

- a. Monitor tanda dan gejala aspirasi setiap makan
- b. Monitor gerakan lidah saat makan
- c. Monitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan
- d. Hindari penggunaan sedotan
- e. Posisikan duduk saat makan
- f. Informasikan manfaat terapi menelan

Pelaksanaan 20 Maret 2023

Pukul 06.50 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan pagi dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 07.00 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, terlihat sesekali cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut waktu yang dibutuhkan untuk menghabiskan satu porsi makanan sekitar 12 sampai 15 menit. Pukul 07.10 WIB Memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pukul 13.00 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan siang dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 13.10 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, terlihat

sesekali cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut, waktu yang dibutuhkan untuk menghabiskan satu porsi makanan sekitar 12 sampai 15 menit. Pukul 13.20 WIB Memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pukul 11.30 WIB menghindari penggunaan sedotan, pasien minum menggunakan gelas sedikit demi sedikit; Pukul 11.40 WIB memosisikan pasien duduk saat makan dan minum, pasien dibantu keluarga dan perawat untuk makan dengan posisi duduk; Pukul 11.50 WIB menginformasikan manfaat terapi menelan, perawat telah berkomunikasi pada keluarga, menyarankan keluarga untuk terus mendampingi dan memotivasi pasien, saat makan menyuapi sedikit demi sedikit dan memberikan waktu kepada pasien untuk menghancurkan makanan;

Pukul 18.10 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan siang dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 18.20 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, terlihat sesekali cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut, waktu yang dibutuhkan untuk menghabiskan satu porsi makanan sekitar 12 sampai 15 menit. Pukul 18.30 WIB

memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pelaksanaan 21 Maret 2023

Pukul 06.50 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan pagi dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 07.00 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, terlihat sesekali cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut. waktu yang dibutuhkan untuk menghabiskan satu porsi makanan sekitar 12 sampai 15 menit; Pukul 07.10 WIB Memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pukul 13.00 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan siang dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 13.10 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, terlihat sesekali cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut, waktu yang dibutuhkan untuk menghabiskan satu porsi makanan sekitar 12 sampai 15 menit. Pukul 13.20 WIB

Memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pukul 11.30 WIB menghindari penggunaan sedotan, pasien minum menggunakan gelas sedikit demi sedikit; Pukul 11.40 WIB memosisikan pasien duduk saat makan dan minum, pasien dibantu keluarga dan perawat untuk makan dengan posisi duduk; Pukul 11.50 WIB menginformasikan manfaat terapi menelan, perawat telah berkomunikasi pada keluarga, menyarankan keluarga untuk terus mendampingi dan memotivasi pasien, saat makan menyuapi sedikit demi sedikit dan memberikan waktu kepada pasien untuk menghancurkan makanan;

Pukul 18.10 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan siang dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 18.20 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, terlihat sesekali cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut waktu yang dibutuhkan untuk menghabiskan satu porsi makanan sekitar 12 sampai 15 menit. Pukul 18.30 WIB memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pelaksanaan 22 Maret 2023

Pukul 06.50 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan pagi dari rumah sakit

tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 07.00 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, terlihat sesekali cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut. waktu makan pasien lebih cepat dibanding hari pertama yaitu sekitar 10 menit. Pukul 07.10 WIB Memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pukul 13.00 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan siang dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 13.10 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien telah berkurang tidak sesering hari pertama, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut, waktu makan pasien lebih cepat dibanding hari pertama yaitu sekitar 10 menit; Pukul 13.20 WIB Memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Pukul 11.30 WIB menghindari penggunaan sedotan, pasien minum menggunakan gelas sedikit demi sedikit; Pukul 11.40 WIB memosisikan pasien duduk saat makan dan minum, pasien dibantu keluarga dan perawat untuk makan dengan posisi duduk; Pukul 11.50 WIB menginformasikan

manfaat terapi menelan, perawat telah berkomunikasi pada keluarga, menyarankan keluarga untuk terus mendampingi dan memotivasi pasien, saat makan menyuapi sedikit demi sedikit dan memberikan waktu kepada pasien untuk menghancurkan makanan;

Pukul 18.10 WIB memonitor ada tidaknya tanda dan gejala aspirasi saat makan, pasien tampak dapat memakan makan siang dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi; Pukul 18.20 WIB memonitor gerakan lidah pasien saat makan, pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien telah berkurang tidak sesering hari pertama, setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut, waktu makan pasien lebih cepat dibanding hari pertama yaitu sekitar 10 menit; Pukul 18.30 WIB memonitor tanda kelelahan saat makan minum dan menelan, pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan;

Evaluasi 22 Maret 2023 Pukul 15.00 WIB

Subjektif: perawat telah berkomunikasi pada keluarga, keluarga mengatakan akan terus mendampingi dan memotivasi pasien, saat makan menyuapi sedikit demi sedikit dan memberikan waktu kepada pasien untuk menghancurkan makanan.

Objektif: pasien tampak dapat memakan makanan sarapan bubur telur dan sayur dari rumah sakit tanpa ada tanda dan gejala aspirasi. pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, cairan dari makanan menetes ke luar di sudut

mulut pasien telah berkurang tidak sesering hari pertama setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut. pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan. pasien minum menggunakan gelas sedikit demi sedikit dengan posisi duduk dibantu keluarga atau pun perawat. Waktu makan pasien lebih cepat dibandingkan dengan hari pertama yaitu waktu makan pasien lebih cepat dibanding hari pertama yaitu sekitar 10 menit.

Analisa: Risiko aspirasi tidak teratasi.

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruang neurologi pada poin a, b, c, d, e, f, dengan kriteria hasil kelemahan otot lidah menurun (dapat menjulurkan lidah dan mendorong pipi secara maksimal), mempertahankan makanan di mulut meningkat (tidak ada lagi cairan makanan keluar dari mulut saat makan), kemampuan mengosongkan mulut meningkat (tidak ada sisi makanan di mulut), kemampuan mengunyah meningkat (lidah lebih mudah mengarahkan makanan), pembentukan bolus meningkat (waktu makan tidak terlalu lama).

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri) dibuktikan dengan

Subjektif: Pasien mengatakan aktivitas perawatan dirinya dibantu keluarga, pasien mengatakan suka meminta anaknya untuk membantu membersihkan badannya keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan dan untuk bisa duduk harus di sanggah. Keluarga mengatakan kesulitan untuk membersihkan rambut pasien.

Objektif: Pasien mandi dibantu keluarga dengan cara di lap dan gosok gigi juga dibantu keluarga, selama 3 hari di rawat pasien belum keramas rambut dan kulit kepala pasien kotor dan lengket. Pasien tampak tidak bisa mandi berhias, mengenakan pakaian, dan toileting secara mandiri.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perawatan diri meningkat.

Kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat (dapat membersihkan diri secara mandiri), kemampuan mengenakan pakaian meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat (mandi 2x sehari).

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b. Monitor kebersihan tubuh
- c. Monitor tingkat kemandirian
- d. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
- e. Sediakan lingkungan yang terapeutik
- f. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- g. Fasilitasi kemandirian
- h. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pukul 08.00 WIB dan Pukul 17.00

Pelaksanaan 20 Maret 2023

Pukul 10.15 WIB menjadwalkan rutinitas perawatan diri untuk pasien, bersama keluarga dan pasien membuat jadwal perawatan diri untuk pasien mandi 2x sehari pagi sore pukul 10.15 WIB dan 17.30 WIB, gosok gigi 2x sehari pagi dan sore, cuci rambut 3x seminggu; Pukul 16.40 WIB mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri dan memonitor kebersihan tubuh, pasien berusia 65 tahun sebelum sakit pasien mandi 2x sehari pagi dan sore, gosok gigi 2x sehari, cuci rambut 3x seminggu, namun selama di rumah sakit pasien hanya mandi 1x sehari di pagi hari, belum pernah gosok gigi dan cuci rambut selama di rumah sakit, rambut pasien tampak lepek dan berminyak, mulut pasien tampak berbau dan gigi tampak kotor, kulit pasien tampak kering, kuku pasien tampak panjang dan kotor;

Pukul 16.55 WIB memonitor tingkat kemandirian pasien dan mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, pasien tampak hanya tirah baring dan hanya mampu menggerakkan bagian ekstremitas kanan pasien butuh bantuan perawat dan keluarga dalam melakukan perawatan diri, pasien memiliki alat kebersihan diri sendiri, alat berhias sendiri, pakaian sendiri, dan alat makan disediakan rumah sakit; Pukul 17.10 WIB menyediakan lingkungan yang terapeutik, telah disediakan lingkungan dengan privasi untuk pasien; Pukul 17.30 WIB mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, bantu melakukan perawatan diri, dampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi, mandi, memotong kuku

keluarga memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien;

Pelaksanaan 21 Maret 2023

Pukul 10. 15 WIB mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, perawat mendampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi, mandi, keluarga memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien; Pukul 16.40 WIB memonitor kebersihan tubuh, pasien berusia 65 tahun telah gosok gigi, mandi 2x sehari, potong kuku dan belum cuci rambut selama di rumah sakit, rambut pasien tampak lepek dan berminyak, mulut pasien tampak sudah tidak berbau dan gigi tampak lebih bersih, kulit pasien tampak lebih bersih, kuku pasien tampak telah di potong;

Pukul 16.55 WIB memonitor tingkat kemandirian pasien dan mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, pasien tampak hanya tirah baring dan hanya mampu menggerakkan bagian ekstremitas kanan pasien butuh bantuan perawat dan keluarga dalam melakukan perawatan diri, pasien memiliki alat kebersihan diri sendiri, alat berhias sendiri, pakaian sendiri, dan alat makan disediakan rumah sakit; Pukul 17.10 WIB menyediakan lingkungan yang terapeutik, telah disediakan lingkungan dengan privasi untuk pasien; Pukul 17.30 WIB mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, perawat mendampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi,

mandi, dan cuci rambut keluarga memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien;

Pelaksanaan 22 Maret 2023

Pukul 10.15 WIB mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, perawat mendampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi, mandi, keluarga memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien ;Pukul 16.40 WIB memonitor kebersihan tubuh, pasien berusia 65 tahun telah gosok gigi, mandi 2x sehari, potong kuku dan telah cuci rambut, rambut pasien tampak lebih bersih tapi kulit kepala pasien masih kotor, mulut pasien tampak sudah tidak berbau dan gigi tampak lebih bersih, kulit pasien tampak lebih bersih, kuku pasien tampak telah di potong, pasien mengatakan merasa lebih segar dan lebih nyaman setelah mandi 2x sehari dan cuci rambut;

Pukul 16.55 WIB memonitor tingkat kemandirian pasien dan mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, pasien tampak hanya tirah baring dan hanya mampu menggerakkan bagian ekstremitas kanan pasien butuh bantuan perawat dan keluarga dalam melakukan perawatan diri, pasien memiliki alat kebersihan diri sendiri, alat berhias sendiri, pakaian sendiri, dan alat makan disediakan rumah sakit; Pukul 17.10 WIB menyediakan lingkungan yang terapeutik, telah disediakan lingkungan dengan privasi untuk pasien; Pukul 17.30 WIB

mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, perawat mendampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi, mandi, keluarga memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien;

Evaluasi 22 Maret 2023 Pukul 15.00

Subjektif: pasien mengatakan lebih merasa segar setelah mandi dan gosok gigi 2x sehari, dan cuci rambut keluarga mengatakan sudah mengerti dalam membantu pasien melakukan perawatan diri gosok gigi, mandi dan perawatan kuku, keluarga mengatakan akan memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien.

Objektif: pasien tampak hanya tirah baring dan hanya mampu menggerakkan bagian ekstremitas kanan pasien butuh bantuan perawat dan keluarga dalam melakukan perawatan diri, rambut pasien tampak lebih bersih namun kulit kepala masih kotor, mulut pasien sudah tidak berbau dan gigi tampak lebih bersih, kulit pasien tampak bersih, kuku pasien sudah pendek dan bersih, pasien sudah mengikuti jadwal mandi 2x sehari dan gosok gigi 2x sehari sudah dilaksanakan namun cuci rambut telah dilaksanakan karena belum optimal.

Analisa: Defisit perawatan diri teratasi sebagian

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan pada poin b, c, e, g, dengan kriteria hasil kemampuan mandi meningkat (dapat membersihkan diri secara mandiri), kemampuan mengenakan pakaian meningkat, minat melakukan

perawatan diri meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat (mandi 2x sehari).

5. Defisit pengetahuan tentang manajemen stroke berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dibuktikan dengan

Subjektif: Pasien mengatakan kakaknya pernah mengalami stroke, keluarga pasien mengatakan sudah sering mendengar stroke namun belum tahu apa itu stroke, pasien dan keluarga juga menanyakan tentang masalah yang dihadapinya. Keluarga mengatakan tidak mengetahui apa yang bisa dilakukan untuk membuat pasien lebih baik. Keluarga mengatakan, saat keluarga menemukan pasien setelah terkena serangan stroke keluarga tidak langsung membawa pasien ke rumah sakit melainkan melakukan pengurutan di rumah,

Objektif: Saat ditanya mengenai pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien, keluarga dan pasien tampak kebingungan.

Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x3 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat.

Kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat (keluarga membantu pasien mengubah posisi, menggerakkan ekstremitas pasien dan membantu pasien melakukan ROM), kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (keluarga dan pasien dapat menyebutkan pengertian stroke, penyebab

stroke, tanda dan gejala stroke, cara mencegah stroke, dan perawatan di rumah pada penderita stroke dengan latihan ROM, manfaat, tujuan ROM, indikasi dan kontraindikasi dilakukannya ROM), pertanyaan dengan masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi
- c. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- d. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- e. Berikan kesempatan untuk bertanya
- f. Jelaskan pengetahuan tentang stroke yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- g. Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi
- h. Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi yaitu kekuatan otot dan rentang gerak
- i. Demonstrasikan cara melatih rentang gerak (mis. gerakan dilakukan dengan perlahan, dimulai dan kepala ke ekstremitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak normal, frekuensi tiap gerakan).

Pelaksanaan 20 Maret 2023

Pukul 11.30 WIB mengidentifikasi kesiapan, kemampuan menerima informasi, dan mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi pada pasien. pasien dan anaknya mampu dan siap menerima informasi, saat ini

pasien mengalami hemiplegia kiri yang membuatnya tirah baring, tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri, tidak mampu duduk, berdiri dan berjalan, namun terdapat kontraindikasi berupa tekanan darah pasien yang tinggi yaitu 158/98 mmHg; 11.45 WIB membuat materi dan media pendidikan kesehatan, perawat membuat powerpoint, satuan acara penyuluhan, dan leaflet dengan materi yang akan diberikan berupa pengertian stroke, penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, cara mencegah stroke, dan perawatan di rumah pada penderita stroke dengan latihan ROM, manfaat, tujuan ROM, indikasi dan kontraindikasi dilakukannya ROM.

Pelaksanaan 21 Maret 2023

Pukul 11.30 WIB mengidentifikasi kesiapan, kemampuan menerima informasi, dan mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi pada pasien. pasien dan anaknya mampu dan siap menerima informasi, saat ini pasien mengalami hemiplegia kiri yang membuatnya tirah baring, tidak mampu menggerakkan ekstremitas kiri, tidak mampu duduk, berdiri dan berjalan, namun terdapat kontraindikasi berupa tekanan darah pasien yang tinggi yaitu 158/98 mmHg, maka perawat memutuskan untuk tidak melakukan latihan rentang gerak secara langsung pada pasien, perawat memutuskan untuk memberikan edukasi kepada keluarga pasien tentang penyakit stroke dan cara melakukan latihan rentang gerak (ROM) agar keluarga dapat melatih pasien saat tekan darah sudah membaik;

Pukul 11.40 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, pasien keluarga dan perawat sepakat akan di laksanakan pendidikan kesehatan pada jam 12 siang; Pukul 11.45 WIB menyediakan

materi dan media pendidikan kesehatan, perawat menyiapkan media berupa laptop dengan powerpoint, satuan acara penyuluhan, dan leaflet dengan materi pengertian stroke, penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, cara mencegah stroke, dan perawatan di rumah pada penderita stroke dengan latihan ROM, manfaat, tujuan ROM, indikasi dan kontraindikasi dilakukannya ROM; Pukul 12.00 WIB menjelaskan pengetahuan tentang stroke yang dapat mempengaruhi kesehatan, perawat menjelaskan tentang pengertian stroke, penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, cara mencegah stroke, dan perawatan di rumah, keluarga pasien mengatakan mengerti dan bila ada keluarga yang menderita stroke akan sesegera mungkin membawanya ke rumah sakit, dan tidak akan melakukan pengurutan lagi sebagai penanganan stroke, pasien mengatakan akan berhenti merokok;

Pukul 12.15 WIB; menjelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kontraindikasi ROM serta dampak mobilisasi, perawat telah menjelaskan, keluarga mengatakan akan melakukan setelah kondisi tekanan darah pasien membaik, keluarga dapat menyebutkan kembali prosedur tujuan indikasi dan kontraindikasi dilakukannya ROM; Pukul 12.20 WIB mengajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi (seperti kekuatan otot, rentang gerak), perawat mengajarkan cara menilai kekuatan otot dan keluarga tampak dapat memahami; Pukul 12.30 mendemonstrasikan cara melatih rentang gerak, gerakan dilakukan dengan perlahan, dimulai dan kepala ke ekstremitas, gerakkan semua persendian sesuai rentang gerak normal, frekuensi tiap gerakan, keluarga dapat mengerti dibuktikan dengan keluarga

dapat melakukan beberapa gerakan ROM yang telah diajarkan dari kepala sampai ke kaki.

Evaluasi 21 Maret 2023 Pukul 15.00 WIB

Subjektif: keluarga pasien mengatakan kini mengerti tentang penyakit stroke dan bila ada keluarga yang menderita stroke akan sesegera mungkin membawanya ke rumah sakit, dan tidak akan melakukan pengurutan lagi sebagai penanganan stroke, keluarga mengatakan akan melakukan latihan ROM pada pasien setelah kondisi tekanan darah pasien membaik, pasien mengatakan akan berhenti merokok.

Objektif: keluarga dapat menyebutkan kembali prosedur tujuan indikasi dan kontraindikasi dilakukannya ROM, perawat mengajarkan cara menilai kekuatan otot dan keluarga tampak dapat memahami. keluarga dapat mengerti dibuktikan dengan keluarga dapat melakukan beberapa gerakan ROM yang telah diajarkan dari kepala sampai ke kaki. Keluarga dapat menjelaskan pengertian stroke, penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, cara mencegah stroke, dan perawatan di rumah.

Analisa: Defisit pengetahuan tentang manajemen stroke teratasi.

Perencanaan: Intervensi dihentikan, luaran dipertahankan.

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan stroke non hemoragik di ruang neurologi 1104 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal dari 20 Maret sampai 22 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Harding (2023) menyatakan bahwa stroke bisa terjadi akibat pembentukan bekuan darah yang menyebabkan lumen pembuluh darah menyempit atau bisa juga disebabkan karena cedera dinding pembuluh darah yang biasa disebut sebagai stroke trombotik, sering terjadi pada orang yang lebih tua terutama pada orang-orang tua dengan diabetes dan yang memiliki kadar kolesterol tinggi. Sedangkan Wililams (2020) menyebutkan bahwa usia dan faktor genetik merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Di samping itu hipertensi dan merokok merupakan faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi. Hal-hal yang disebutkan di atas sesuai dengan faktor yang mempengaruhi terjadinya stroke pada pasien yaitu usia

yang mana pasien saat ini berusia 65 tahun, lalu genetik diketahui bahwa kakak pasien yang telah meninggal pernah mengalami stroke.

Faktor risiko lainnya berupa peningkatan nilai kolesterol yang dapat memicu terjadinya trombus yang dibuktikan dengan hasil lab kolesterol total 226 mg/dl, kolesterol LDL 144 mg/dl (<130). Selain itu pasien memiliki riwayat merokok sejak 40 tahun lalu setiap hari minimal menghabiskan 1 bungkus rokok dan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu. Pada pengkajian selanjutnya penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan pasien meliputi manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan.

Menurut Simon (2018) dan Maria (2021) manifestasi klinis stroke berbeda-beda mulai dari kelumpuhan kontralateral, kehilangan sensoris pada kaki, inkontinensia urine, penurunan kesadaran, hemiplegia pada lengan dan wajah, afasia broca wenickle maupun global, defisit sensori pada kontralateral pada tangan dan wajah, penglihatan macula, hemianopia hononim yang mempengaruhi bidang visual kontralateral, kelumpuhan pandangan vertikal, kelumpuhan saraf kranial III (okulamotor), ophthalmoplegia, internuclear, deviasi vertikal mata, aleksia tanpa agrafia (ketidakmampuan membaca tanpa gangguan menulis), agnosia visual, gangguan memori, ketidakmampuan mengenali wajah yang dikenal (prosopagnosia) disatria afasia, apraksia, agnosia, defisit hemisensory gangguan penglihatan dan disfagia.

Menurut Maria (2021) hemiparesis dan hemiplegia adalah kelemahan atau paralisis pada satu bagian tubuh yang biasa terjadi setelah stroke. Hal ini disebabkan oleh stroke arteri serebral anterior atau media sehingga

mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan syaraf motorik dari korteks bagian depan. Dikarenakan jaringan syaraf berjalan bersilangan dalam jalur piramida dari otak maka infark yang terjadi pada bagian otak sebelah kanan akan menyebabkan hemiplegia dari bagian kiri tubuh dan juga sebaliknya. Pendapat ini sesuai dengan temuan pada pasien dengan kesan *CT-Scan* yang menunjukkan adanya infark pada lobus frontal kanan yang membuat pasien mengalami hemiparesis pada tubuh bagian kiri.

Menurut Lemone (2016) penurunan kesadaran dan gangguan memori mulai dari konfusi ringan hingga koma merupakan manifestasi stroke yang dapat terjadi dari kerusakan jaringan setelah iskemia atau hemoragi yang mengenai arteri karotis atau vertebra, edema serebral atau peningkatan TIK. Namun pada pasien penulis tidak menemukan adanya penurunan kesadaran dikarenakan pasien tidak mengalami iskemia pada arteri karotis, tidak ada edema atau peningkatan TIK hal ini dibuktikan oleh hasil CT scan yang tidak menunjukkan adanya hematoma vertebra, edema serebral serta pada pasien tidak ditemukan adanya tanda-tanda peningkatan TIK seperti muntah proyektil, papil edem dan sakit kepala berat.

Menurut Maria (2021) perubahan penglihatan yang disebabkan oleh stroke pada lobus parietal dan atau temporal yang bisa mengganggu penglihatan dari saluran optik ke korteks oksipital mengganggu ketajaman penglihatan. Sedangkan sindrom horner yaitu paralisis simpatik ke mata yang menyebabkan tenggelam bola mata, ptosis bagian atas kelopak mata, bagian bawah kelopak mata sedikit terangkat, pupil mengecil dan air mata berkurang.

Perubahan penglihatan tidak ditemukan pada pasien karena pasien tidak mengalami iskemia pada lobus parietal dan atau temporal hal ini dibuktikan dengan kesan *CT-Scan* juga hasil pengkajian sisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal tidak terjadi ptosis, pergerakan bola mata normal, konjungtiva ananemis, kornea keruh dan berkabut, sklera anikterik, pada pemeriksaan nervus III (Okulomotorius) saat diberi cahaya pupil mengecil 2 mm pada kedua bola mata, pada pemeriksaan nervus IV (Troklearis) tidak ditemukan adanya kelainan pada otot-otot mata, pasien mampu mengikuti arahan 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 menggunakan kaca mata saat membaca, pasien tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus VI (abducent) tidak terdapat penglihatan double.

Menurut Maria (2021) afasia adalah penurunan kemampuan berbicara, membaca, menulis, dan memahami pembicaraan biasanya disebabkan saat pusat primer bahasa yang terletak di bagian kiri dipengaruhi oleh stroke. afasia wernick (sensory atau penerima) mempengaruhi pemahaman bicara sebagai hasil dari infark pada lobus temporal kiri pada otak. Afasia broca (ekspresi dan motorik) mempengaruhi produksi bicara sebagai hasil dari infark pada lobus frontal kiri pada otak. Afasia global mempengaruhi komprehensif berbicara dan produksi bicara dikarenakan infark pada cabang arteri tengah.

Sedangkan pada pasien tidak ditemukan adanya afasia dikarenakan pasien tidak mengalami iskemia pada lobus frontal kiri dan lobus temporal kiri

hal ini dibuktikan oleh kesan *CT-Scan* pasien yang menunjukkan iskemia pada lobus frontal kanan meskipun pada pemeriksaan nervus XII (hipoglossus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri. Namun pasien masih dapat bicara dengan baik dibuktikan saat diberikan pertanyaan oleh perawat pasien dapat menjawab pertanyaan dengan cepat, tepat, dan cukup jelas untuk dimengerti.

Menurut Maria (2020) menelan adalah proses yang membutuhkan beberapa fungsi saraf kranial. Mulai dari membuka mulut (saraf kranial V), lidah harus tertutup (saraf kranial VII), lidah harus bergerak (saraf kranial XII), mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang ditelan (saraf kranial V dan VII), stroke yang terjadi di daerah vertebrobasilar lah mengakibatkan terjadinya disfagia.

Sedangkan pada pasien manifestasi klinis ini juga tidak ditemukan dikarenakan dari kesan *CT-Scan* pasien tidak mengalami masalah pada daerah vertebrobasilar dibuktikan dengan pada pemeriksaan Nervus IX (Glossofarineus) pasien masih mampu membedakan rasa asam dan manis walaupun dengan lidah yang mengalami deviasi sedikit ke kiri. Pada pemeriksaan Nervus X (Vagus) tidak terdapat kelainan yang dibuktikan dengan refleks menelan pasien baik. Pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) saat menginstruksikan pasien untuk menggerakkan rahang bawah ke kanan dan ke kiri dengan tangan pemeriksa menahannya, tidak tampak tanda-tanda kelumpuhan namun pada pemeriksaan nervus XII (hipoglossus) terdapat sedikit

penurunan fungsi lidah dibuktikan dengan pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri sehingga pasien sedikit kesulitan untuk mengelola makanan di fase oral.

Pada teori yang dikemukakan oleh Munir (2017) dan Susilo (2019) pemeriksaan penunjang pada pasien stroke meliputi *CT-Scan* kepala, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *Magnetic Resonance Angiography* (MRA), Elektrokardiogram untuk mendeteksi pasien yang di duga adanya fibrasi atrium, pemeriksaan foto *thorax*, pemeriksaan glukosa darah, elektrolit, *Blood urea nitrogen* (BUN) adalah tes darah yang dilakukan untuk menilai fungsi ginjal, pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan *Ecchocardiography*. Sedangkan pada pasien pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah *CT-Scan* kepala, foto *thorax*, pemeriksaan EKG, pemeriksaan laboratorium darah lengkap, hitung jenis, kimia darah, glukosa sewaktu.

Pemeriksaan lain tidak dilakukan karena dari hasil pemeriksaan radiologi (*CT-Scan*), foto *thorax*, EKG dan pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap dan tes kimia darah) sudah memberikan gambaran yang cukup untuk membantu menegakkan diagnosa medis pada pasien. Dibuktikan dengan kesan *CT-Scan*: tampak adanya infark pada lobus frontalis dextra slice 8-12, kesan *thorax* dan EKG normal tidak ada indikasi penyakit dan kelainan jantung peningkatan nilai kolesterol yang dapat memicu terjadinya trombus yang dapat dibuktikan dengan hasil lab kolesterol total 226 mg/dl, kolesterol LDL 144 mg/dl (<130), dan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu.

Menurut Lemone (2016) dan Harding (2023) penatalaksanaan yang dapat diberikan pada penderita stroke adalah obat fibrinolitik,, antipalatelet, obat antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan pembedahan. Pemberian obat antidiabetes merupakan terapi penyerta apabila pasien mengalami stroke dengan diabetes melitus. Terapi yang diberikan pada pasien sesuai dengan yang dikemukakan oleh Lemone (2016) dan Harding (2023) dibuktikan pasien mendapatkan terapi Miniaspi 1x1 Tablet 80mg (sebagai antikoagulan, fibrinolitik dan antiplatelet mencegah pembekuan darah dan penggumpalan darah), Amlodipine 1x1 10mg (Obat antihipertensi menurunkan tekanan darah), CLOPIDOGREL Tablet 1x1 75mg (sebagai antiplatelet mencegah pembekuan darah), Atorvastatin 1x1 Tablet 20mg (Obat antidisplidemia mengurangi kadar kolesterol). Citicoline 2x1 1gram (sebagai neuroproteksi meminimalisir juga mencegah kerusakan pada otak dan sebagai neurorepair memperbaiki kerusakan sel di otak).

Penatalaksanaan medis yang tidak dilakukan pada pasien yaitu pembedahan karena tidak ada indikasi untuk dilakukannya pembedahan pada pasien. Didukung oleh pernyataan menurut Espay & Biller (2021) dan Harding (2023) indikasi pembedahan otak adalah untuk mengembalikan aliran darah ketika stroke terjadi penyumbatan total atau penyakit steno oklusif internal carotid artery tomatik, stenosis arteri karotis yang parah, lesi aterosklerotik pada percabangan arteri karotis. Terutama di area dengan tegangan geser dinding pembuluh darah yang rendah.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien baik anak, menantu pasien, dan pasien sendiri sangat kooperatif saat

pengkajian sehingga memudahkan penulis dalam pengumpulan data-data yang diperlukan juga adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian adalah pasien yang telah mendapatkan perawatan di ruangan selama 2 hari namun pencatatan di rekam medis selama 2 hari terakhir kurang jelas, sulit dipahami dan juga kurang lengkap. Hambatan lainnya adalah kesulitan mendapatkan hasil *CT-Scan* karena hampir semua pasien di RSUD Koja tidak ada bukti cetak tertulis kesan *CT-Scan* hanya terdapat di komputer data pasien tanpa adanya hasil bacaan. Menurut informasi dari kepala perawat ruangan bahwa pada saat ini hasil *CT-Scan* tidak dicantumkan di rekam medis dan hanya dibacakan oleh dokter penanggung jawab apabila keluarga pasien ada yang ingin mengetahui hasil dari *CT-Scan* pasien.

Sebagai solusinya penulis berdiskusi, mengklarifikasi kembali dan banyak bertanya dengan perawat ruangan tentang data-data rekam medis yang kurang jelas dan tidak penulis mengerti selama 2 hari terakhir dan rencana pasien ke depannya. Kemudian sebagai solusi hambatan kedua penulis melakukan konsultasi dengan kepala perawat ruangan yang kemudian berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab pasien hingga akhirnya penulis mendapat informasi dari dr. P tentang kesan *CT-Scan* pada pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada delapan diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada pasien stroke yaitu, risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko

aneurisma serebri, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, hiperkolesteronemia, dan hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, dan gangguan saraf kranialis. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan, risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis, risiko konstipasi dibuktikan dengan faktor risiko penurunan motilitas gastrointestinal.

Terdapat tiga diagnosa yang ditemukan pada pasien sesuai dengan yang dikemukakan Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu yang pertama adalah risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan hiperkolesteronemia, menurut Lemone (2016) pada pasien stroke, pengkajian awal dan perawatan pasien yang masuk ke perawatan intensif berfokus pada mengidentifikasi perubahan perfusi serebral dan intervensi diberikan untuk mempertahankan perfusi serebral.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) faktor risiko dari diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif di antaranya adalah hiperkolesteronemia dan hipertensi dengan kondisi klinis yang terkait dengan diagnosa ini adalah stroke, hiperkolesteronemia dan hipertensi. Diagnosa ini sesuai dengan pasien karena pasien mengalami stroke, hiperkolesteronemia hipertensi, sehingga berisiko

untuk mengalami ketidakefektifan perfusi serebral hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan sering merasa pusing pada pagi hari seperti tertekan benda berat dengan skala 5 sakit kepala yang dirasakan tidak berlangsung lama hanya sekitar 10 sampai 15 menit, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 15 tahun yang lalu. Kesan *CT-Scan*: tampak adanya hematoma pada lobus frontalis dextra slice 8-12 tidak tampak perdarahan saat ini. Tekanan darah 170/100 mmHg, Kolesterol Total 226 mg/dl, Kolesterol LDL 144 mg/dl (<130).

Diagnosa yang kedua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri). Menurut Lemone (2016) diagnosa ini ditegakkan pada pasien stroke yang memiliki hambatan fisik bertujuan untuk meningkatkan kemampuan fungsional dengan menganjurkan perubahan posisi pasien, latihan ROM aktif dan pasif untuk membantu memperbaiki kekuatan otot, mempertahankan fungsi kardiopulmonal, mempertahankan fleksibilitas sendi dan mencegah komplikasi.

Sedangkan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Berdasarkan hal-hal di atas maka diagnosa ini sesuai dengan pasien karena pasien memiliki hambatan pada ekstremitas kiri yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler dan penurunan kekuatan otot, hal ini dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas kirinya, kekuatan otot pasien 2222 pada ekstremitas kiri atas dan bawah dan

5555 pada ekstremitas kanan atas dan bawah, juga rentang gerak ekstremitas kiri pasien yang menurun.

Diagnosa yang ke tiga adalah diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri). Menurut Lemone (2016) pasien yang mengalami stroke dapat mengalami defisit perawatan diri akibat dari gangguan mobilitas. Sedangkan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) defisit perawatan diri adalah tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Diagnosa ini sesuai dengan pasien karena pasien mengalami gangguan neuromuskuler dan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri, pasien mengatakan aktivitas perawatan dirinya dibantu keluarga, pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan dan untuk bisa duduk harus di sanggah. Keluarga mengatakan kesulitan untuk membersihkan rambut pasien. Pasien mandi dibantu keluarga dengan cara di lap dan gosok gigi juga dibantu keluarga, selama 3 hari di rawat pasien belum keramas rambut dan kulit kepala pasien kotor dan lengket. Pasien tampak tidak bisa mandi berhias, mengenakan pakaian, dan toileting secara mandiri.

Sebaliknya ada lima diagnosa yang dikemukakan menurut Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun tidak ditemukan pada pasien yang pertama adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dan gangguan neuromuskuler. Dikarenakan menurut Maria (2021) hal ini biasanya disebabkan saat pusat primer bahasa yang terletak di bagian kiri dipengaruhi oleh stroke. Afasia wernick mempengaruhi pemahaman bicara sebagai hasil dari infark pada lobus

temporal kiri pada otak. Afasia broca mempengaruhi produksi bicara sebagai hasil dari infark pada lobus frontal kiri pada otak, sedangkan pada pasien infark terjadi pada lobus frontal kanan.

Sedangkan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) untuk menegakkan diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal diperlukan tanda dan gejala ketidakmampuan berbicara atau mendengar, respons yang tidak sesuai, afasia, disfasia, apraksia. Namun pada pasien tanda dan gejala ini tidak ditemukan dibuktikan dengan pasien masih dapat bicara dengan baik dibuktikan saat diberikan pertanyaan oleh perawat pasien dapat menjawab pertanyaan dengan cepat, tepat, dan cukup jelas untuk dimengerti.

Diagnosa yang kedua adalah diagnosa keperawatan gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, dan gangguan saraf kranialis. Menurut Maria (2020) stroke yang terjadi di daerah vertebrobasilar mengakibatkan terjadinya disfagia. menelan adalah proses yang membutuhkan beberapa fungsi saraf kranial. Mulai dari membuka mulut (saraf kranial V), lidah harus tertutup (saraf kranial VII), lidah harus bergerak (saraf kranial XII), mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang di telan (saraf kranial V dan VII).

Sedangkan pada pasien pada pemeriksaan nervus XII (hipoglosus) terdapat sedikit penurunan fungsi lidah dibuktikan dengan pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri sehingga pasien sedikit kesulitan untuk mengelola makanan di fase oral. Namun pada

pemeriksaan Nervus X (Vagus) tidak terdapat kelainan yang dibuktikan dengan reflek menelan pasien baik. pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) saat menginstruksikan pasien untuk menggerakkan rahang bawah ke kanan dan ke kiri dengan tangan pemeriksa menahannya, tidak tampak tanda-tanda kelumpuhan.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) untuk menegakkan diagnosa keperawatan gangguan menelan diperlukan tanda dan gejala mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, dan makanan tertinggal dirongga mulut. sedangkan pada pasien terlihat cairan makanan sering keluar saat pasien makan dari sudut mulut, terlihat sisa makanan dimulut pasien ketika selesai makan, refleksi menelan baik tidak ada batuk dan tersedak. Maka dari data di atas dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan gangguan menelan tidak dapat ditegakkan pada pasien.

Diagnosa yang ke tiga dan ke empat adalah gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi dan risiko konstipasi dibuktikan dengan faktor risiko penurunan motilitas gastrointestinal. Menurut Lemone (2016) eliminasi urine dan usus dapat terganggu akibat dari defisit neurologis, hambatan mobilitas, perubahan kognitif, perubahan pada makanan dan cairan serta efek samping medikasi pada pasien stroke dapat menyebabkan gangguan eliminasi urine dan konstipasi. Sedangkan menurut Fatkurohmah & Afrian (2021) gangguan eliminasi urine dapat terjadi pada

pasien stroke karena lemahnya otot sfingter uretra yang mengendalikan kemampuan berkemih dari pasien dan penggunaan kateter urine pada pasien.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) untuk menegakkan diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urine dibutuhkan tanda dan gejala desakan berkemih (urgensi), urine menetes (dribbling), sering buang air kecil, nocturia (buang air kecil pada malam hari), mengompol enuresis (tidak dapat menahan kencing), distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesistancy) volume residu urine meningkat. Sedangkan pada pasien tidak ditemukan tanda dan gejala tersebut karena pasien tidak mengalami defisit neurologis yang mempengaruhi fungsi berkemihnya, tidak mengalami perubahan kognitif, efek samping dari medikasi, kelemahan otot sfingter uretra dan tidak menggunakan kateter urine. Hal ini dibuktikan dengan pasien tidak mengalami distensi kandung kemih, nyeri saat berkemih, urine menetes, pasien mengatakan dapat merasakan saat ingin berkemih dan bisa menahannya.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) untuk menegakkan diagnosa keperawatan konstipasi dibutuhkan tanda dan gejala defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran fases lama dan sulit, feses keras, paristalitik usus menurun. Sedangkan pada pasien tidak ditemukan adanya konstipasi karena pasien dapat makan dengan teratur, tidak ada penurunan fungsi usus, tidak ada efek samping medikasi, hal ini dibuktikan dengan pasien buang air besar 2x dari 3 hari rawat, warna kecoklatan, tidak ada keluhan saat buang air besar, tidak ada penggunaan laxative, bising usus 20x/menit.

Diagnosa yang ke lima adalah diagnosa keperawatan risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas, faktor

mekanis. Menurut Lemone (2016) gangguan integritas kulit adalah risiko yang dapat timbul akibat komplikasi dari imobilisasi pada pasien stroke. penulis tidak menegakkan diagnosa ini karena bila pasien di mobilisasi dengan teratur maka gangguan integritas kulit tidak akan terjadi, penulis hanya mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik yang intervensi pada diagnosa ini nantinya juga akan menangani risiko gangguan integritas kulit.

Namun terdapat dua diagnosa yang ditemukan pada pasien tapi tidak dikemukakan menurut Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu yang pertama defisit pengetahuan tentang manajemen stroke berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Munculnya diagnosa ini karena pasien dan keluarga belum memahami tentang pengertian stroke, penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, cara mencegah stroke, perawatan di rumah, adanya perilaku yang tidak sesuai anjuran, pemahaman yang salah terhadap masalah, dan keluarga pasien menanyakan tentang masalah yang dihadapi. Hal ini didukung oleh Pakpahan (2021) yang menyatakan seseorang yang tidak memiliki pengetahuan tidak akan memiliki dasar untuk menentukan keputusan dan menentukan tindakan tentang masalah yang di hadapi. Pengetahuan merupakan keadaan saat seseorang menjadi tahu setelah melihat, mendengar, mencium, meraba, merasakan menggunakan pancaindra.

Diagnosa kedua yang tidak sesuai dengan Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko disfagia orofaringeal munculnya diagnosa ini karena perawat menemukan penurunan fungsi lidah pada pasien yang dibuktikan oleh pada pemeriksaan nervus XII (hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk

mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri.

Hal ini didukung oleh Wirth (2016) yang mengatakan Disfagia orofaringeal (OD) adalah gejala klinis, yang didefinisikan oleh kesulitan untuk secara efektif memindahkan bolus alimentary dari mulut ke kerongkongan. Kesulitan menelan fase oral pada penderita stroke sebagian disebabkan oleh hilangnya konektivitas fungsional dalam jaringan menyebabkan penurunan aktivitas, fase oral yang memanjang, tekanan lidah yang berkurang, pemicu refleks menelan yang tertunda. Sehubungan dengan itu menurut Steele dan Cichero (2014) aspirasi, atau masuknya bahan ke dalam jalan napas, merupakan perhatian utama bagi individu dengan disfagia. Penekanan utama dalam evaluasi disfagia adalah untuk mengidentifikasi kelainan fisiologis dalam menelan yang berkontribusi atau menjelaskan risiko aspirasi pasien. kurangnya tekanan lidah-palatum, yang merupakan kekuatan pendorong utama untuk propulsi bolus dan berkurangnya kemampuan untuk mengontrol waktu pelepasan tekanan lidah-palatum merupakan salah satu faktor terjadinya aspirasi.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu data pasien yang lengkap, tersedianya banyak buku referensi di perpustakaan, buku referensi dari perpustakaan lain, *electronic book* maupun jurnal online yang cukup banyak tentang gangguan neurologi khususnya stroke non hemoragik.

Sedangkan hambatan yang dialami penulis saat melakukan perumusan diagnosa adalah banyaknya buku-buku referensi tentang diagnosa keperawatan pada pasien stroke membuat penulis kesulitan untuk menentukan referensi acuan penegakan diagnosa keperawatan pada pasien stroke non hemoragik. Sebagai solusinya penulis akhirnya memutuskan menggunakan sumber referensi Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) untuk menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien kelolaan penulis.

C. Perencanaan keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai. Menurut Tim Pokja SIKI PPNI DPP PPNI (2018) dan Lemone (2016) dalam perencanaan keperawatan pada pasien stroke dengan diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan hiperkolesteronemia, hampir semua rencana keperawatan yang ada pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien, namun ada satu rencana keperawatan yang tidak sesuai dengan pasien yaitu rencana memberikan oksigen dikarenakan tidak ada masalah pernapasan pada pasien hal ini dibuktikan dengan saat penulis melakukan pemeriksaan dengan mengauskultasi suara paru vesikuler, pasien tidak ada sesak, tidak ada sekret, frekuensi napas 18x/menit dengan saturasi 98% dan tidak tampak sianosis pada pasien.

Pada perencanaan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan anggota gerak sesuai dengan apa yang di kemukakan oleh Tim Pokja SIKI PPNI DPP PPNI (2018) dan Lemone (2016) namun juga di modifikasi dimana penulis membatasi latihan mobilisasi, ambulasi dan tidak melakukan latihan rentang gerak pada pasien karena tekan darah pasien yang terus menerus tinggi selama 3x24 jam waktu asuhan keperawatan. Penulis juga menambahkan perencanaan untuk mengatasi diagnosa keperawatan Defisit Pengetahuan Tentang Manajemen Stroke dengan memberikan edukasi tentang pengertian stroke, penyebab, tanda gejala, edukasi mobilisasi. Edukasi ini diberikan agar keluarga dapat mengetahui pengetahuan dasar tentang stroke sehingga tidak terjadi lagi perilaku menyimpang dalam memanajemen stroke pasien dan agar setelah tekanan darah pasien membaik keluarga dapat membantu pasien melakukan pergerakan.

Hal ini di dukung oleh pernyataan tingginya tekanan darah maka akan menyebabkan semakin keras jantung bekerja karena jantung berfungsi sebagai media memompa darah, maka tenaga yang dikeluarkan oleh jantung harus sesuai dengan tingginya tekanan darah. Olahraga dapat dilakukan bila dengan cara menguatkan endurance dan tidak meningkatkan tekanan (pressure). Seperti jalan kaki, senam, berenang, dan bersepeda ataupun olahraga aerobik lainnya. Olahraga tidak dibolehkan meningkatkan kekuatan, sebab akan meningkatnya tekanan darah secara tiba-tiba (Briliansyah, Roofid & Safitri, 2022).

Dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan penulis menemukan hambatan yaitu kondisi pasien yang mengalami tekanan darah tinggi terus menerus membuat penulis kesulitan untuk menentukan perencanaan yang sesuai dengan kondisi pasien. Sebagai solusi penulis menambah literatur dan berkonsultasi dengan pembimbing hingga akhirnya penulis memodifikasi perencanaan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik dan memutuskan untuk membuat perencanaan edukasi manajemen stroke pada keluarga.

D. Pelaksanaan keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sebelumnya telah disusun dan semua tindakan keperawatan dilakukan pendokumentasian selama 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala namun sudah ditemukan alternatif dan solusi dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang sangat kooperatif serta mampu bekerja sama dengan penulis selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan. Kemudian juga kepercayaan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan.

Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan (hemiplegia pada ekstremitas kiri), penulis mengalami hambatan dalam melaksanakan intervensi ajarkan ambulasi, ROM

dan mobilisasi sederhana. Penulis menunda pelaksanaan ROM dikarenakan pasien mengalami kenaikan tekanan darah terus menerus selama 3x24 jam, sebagai solusi penulis tidak melakukan ROM dan ambulasi namun, penulis mengajarkan pada keluarga cara melakukan ROM pada pasien agar dapat melakukannya secara mandiri setelah tekanan darah membaik.. Kemudian mobilisasi sederhana yang dilakukan berupa penggantian posisi tidur pasien, dan melatih pasien duduk di tempat tidur dengan durasi singkat.

Di samping itu penulis juga mengalami hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa defisit perawatan diri yaitu membersihkan rambut pasien karena kurangnya fasilitas peralatan keramas dari rumah sakit mulai dari hair dryer, air hangat, 2 buah handuk dan 2 baskom air. Solusi yang dilakukan penulis saat memandikan pasien adalah dengan menggunakan peralatan mandi pribadi pasien dan menggunakan air termos yang dibawa pasien, solusi lainnya yang diberikan penulis adalah menggunakan lap basah dengan shampo yang sedikit untuk membersihkan rambut pasien.

Namun hal tersebut belum sesuai dengan *standard operating procedure* (SOP) yang seharusnya. Hal ini didukung oleh pernyataan Mufidaturrohmah (2017) bahwa pada keadaan sakit kebersihan rambut sebaiknya tetap diperhatikan salah satunya dengan menyisir dan keramas 2 sampai 3 kali dalam seminggu dengan alat-alat berupa shampo, air hangat, baskom 2, perlak, 2 buah handuk, sisir hair dryer, tissue dan kapas penutup telinga, skort untuk petugas.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis dilakukan sesuai dengan pernyataan Basri (2020) bahwa evaluasi terbagi menjadi 2 jenis yang pertama adalah evaluasi formatif (proses) yang berfokus pada proses keperawatan dan hasil dari kualitas pelayanan asuhan keperawatan setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan. Jenis yang kedua adalah evaluasi sumatif (hasil)) yaitu evaluasi akhir yang berfokus pada respons dan fungsi pasien, evaluasi sumatif ini dilaksanakan pada akhir tindakan keperawatan secara paripurna yang akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan.

Dari lima diagnosa yang muncul pada pasien terdapat satu diagnosa keperawatan yang telah teratasi, yaitu Defisit pengetahuan tentang manajemen stroke berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, karena kriteria hasil pada perencanaan diagnosa ini telah tercapai, hal ini dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan kini mengerti tentang penyakit stroke dan bila ada keluarga yang menderita stroke akan sesegera mungkin membawanya ke rumah sakit, dan tidak akan melakukan pengurutan lagi sebagai penanganan stroke, keluarga mengatakan akan melakukan latihan ROM pada pasien setelah kondisi tekanan darah pasien membaik, pasien mengatakan akan berhenti merokok. keluarga dapat mengerti dibuktikan dengan keluarga dapat melakukan beberapa gerakan ROM yang telah diajarkan dari kepala sampai ke kaki.

Pada pasien terdapat dua diagnosa yang teratasi sebagian, yang pertama adalah Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan hiperkolesteronemia, karena tidak ada peningkatan TIK, tidak

ada penurunan kesadaran, nilai rata-rata tekanan darah masih tinggi <150/90 mmHg selama 1x24jam, tekanan darah diastolik masih tinggi <90 mmHg, refleks saraf belum membaik, pasien mengatakan sudah merasa lebih baik karena nyeri kepala sudah berkurang dari 5/10 *numeric scale*, menjadi 3/10 *numeric scale*, pasien mengatakan rasa berat di tengkuknya sudah jarang di rasakan. Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat lebih baik dan tampak lebih segar.

Pasien tampak hanya berbaring TD: 149/92 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C GCS: (E4M6V5) Compos Mentis, wajah masih tampak tidak simetris, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien masih tampak tidak simetris. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biceps pasien hiperaktif, saat dikaji pupil tampak simetris saat di beri cahaya mengecil 2 mm.

Diagnosa ke dua yang teratasi sebagian adalah Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri), karena pada pasien kemampuan mandi belum meningkat, (belum dapat membersihkan diri secara mandiri), kemampuan mengenakan pakaian belum meningkat, kemampuan ke toilet belum meningkat. minat melakukan perawatan diri meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat (gosok gigi 2x sehari), mempertahankan kebersihan diri meningkat (mandi 2x sehari).

Hal ini dibuktikan oleh pasien mengatakan lebih merasa segar setelah mandi dan gosok gigi 2x sehari, keluarga mengatakan sudah mengerti dalam membantu pasien melakukan perawatan diri gosok gigi, mandi dan perawatan kuku, keluarga mengatakan akan memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien. Tampak pasien hanya tirah baring dan hanya mampu menggerakkan bagian ekstremitas kanan pasien butuh bantuan perawat dan keluarga dalam melakukan perawatan diri, rambut pasien tampak lepek dan berminyak, mulut pasien sudah tidak berbau dan gigi tampak lebih bersih, kulit pasien tampak kering, kuku pasien sudah pendek dan bersih, pasien sudah mengikuti jadwal mandi 2x sehari dan gosok gigi 2x sehari sudah dilaksanakan namun cuci rambut belum dilakukan sesuai SOP.

Terdapat dua diagnosa yang tidak teratasi yang pertama adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri), karena pada pasien kekuatan otot masih belum meningkat seluruhnya dengan skor 3, rentang gerak (ROM) belum meningkat karena belum dapat melakukan ROM aktif pada ekstremitas kiri atas secara mandiri, gerakan terbatas belum menurun karena belum dapat duduk dan memiringkan badan secara mandiri, kelemahan fisik belum menurun karena belum dapat duduk selama 10 menit.

Hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan rasa pegal pada bagian bahunya telah menghilang, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, keluarga pasien mengatakan akan membantu pasien duduk dengan bantuan pagar, mengubah posisi tidur pasien setiap 2 jam, dan melakukan

latihan rentang gerak (ROM) pada pasien saat keadaan tekanan darah pasien telah membaik. Pasien mengalami hemiplegia kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kanan atas 5555 dan ekstremitas kiri atas meningkat 3322 dari sebelumnya 2222, ekstremitas kanan bawah 5555 dan ekstremitas kiri bawah meningkat 2222. pasien kini mulai bisa mengangkat telapak tangan dan lengannya walau hanya sesaat. Pasien tampak belum bisa duduk secara mandiri masih harus dibantu keluarga, berpindah dari tempat tidur dan mengganti posisi tidur miring kiri juga harus dibantu keluarga.

Diagnosa ke dua yang tidak teratasi adalah Risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko disfagia oral, karena kelemahan otot lidah belum menurun, pasien belum dapat menjulurkan lidah dan mendorong pipi secara maksimal, mempertahankan makanan di mulut belum meningkat karena masih ada cairan makanan keluar dari mulut saat makan, kemampuan mengosongkan mulut belum meningkat karena masih ada sisa makanan di mulut.

Hal ini dibuktikan oleh data pasien tampak makan sedikit demi sedikit lidah pasien terlihat kesulitan mengarahkan makanan dengan lidahnya, cairan dari makanan menetes ke luar di sudut mulut pasien telah berkurang tidak sesering hari pertama setelah pasien selesai makan saat diminta membuka mulut terlihat sisa-sisa makanan di sudut-sudut mulut. pasien tampak dalam kondisi yang baik dan tidak terlihat kelelahan sampai selesai makan. pasien minum menggunakan gelas sedikit demi sedikit dengan posisi duduk dibantu keluarga atau pun perawat.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dengan jelas, pasien dan keluarga

pasien yang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga penulis bisa mendapatkan luaran yang jelas dari hasil evaluasi pasien.

Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam evaluasi keperawatan adalah tidak adanya perbaruan data pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan kolesterol pasien dan lain-lain dikarenakan kondisi pasien yang telah membaik. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien-pasien yang telah membaik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut biasanya tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lagi.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis akan membuat kesimpulan dan saran “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan stroke non hemoragik di ruang neurologi 1104 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” berdasarkan pembahasan pada BAB IV untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik

A. Kesimpulan

Penyebab Stroke Non Hemoragik pada pasien akibat adanya riwayat hipertensi dan tingginya kadar kolesterol total, meningkatnya LDL, kebiasaan pasien merokok setiap hari sehingga aliran darah ke otak menjadi terganggu. Pada pengkajian keperawatan, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang dan juga penatalaksanaan penulis menemukan beberapa kesenjangan yang ditemukan pada pasien dengan sumber literatur yang diperoleh penulis. Pengkajian pada pasien berjalan cukup lancar, hambatan yang dialami saat pengkajian adalah pasien yang telah mendapatkan perawatan di ruangan selama 2 hari namun pencatatan di rekam medis selama 2 hari terakhir kurang jelas, sulit dipahami kurang lengkap. Penulis juga kesulitan mendapatkan hasil *CT-Scan* pasien. Sebagai solusinya penulis berdiskusi, mengklarifikasi kembali dan banyak bertanya dengan perawat ruangan tentang data-data rekam

medis yang kurang jelas dan tidak penulis mengerti selama 2 hari terakhir. Penulis juga melakukan konsultasi dengan kepala perawat ruangan hingga akhirnya penulis mendapat informasi dari dr. P tentang kesan *CT-Scan* pada pasien.

Terdapat tiga diagnosa yang ditemukan pada pasien sesuai dengan yang dikemukakan Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan hiperkolesteronemia, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri), defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri).

Sebaliknya ada lima diagnosa yang dikemukakan menurut Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun tidak ditemukan pada pasien yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, dan gangguan saraf kranialis. gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, risiko gangguan integritas kulit dibuktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis, risiko konstipasi dibuktikan dengan faktor risiko penurunan motilitas gastrointestinal. Kemudian ada dua diagnosa yang ditemukan pada pasien namun tidak dikemukakan menurut Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu defisit pengetahuan

tentang manajemen stroke berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dan risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko disfagia orofaringeal.

Penulis menyusun perencanaan keperawatan menyesuaikan dengan teori Lemone (2016) dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi dimodifikasi disesuaikan dengan kondisi pasien saat asuhan keperawatan diberikan. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuaikannya berdasarkan jam dinas yaitu selama 3x24 jam. Referensi yang cukup banyak membantu penulis dalam menyusun intervensi, hambatan-hambatan yang dialami penulis saat menyusun intervensi dapat ditemukan solusinya sehingga penulis dapat memberikan 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 hambatan. Penulis menunda pelaksanaan ROM dikarenakan pasien mengalami kenaikan tekanan darah terus menerus selama 3x24 jam, sebagai solusi penulis tidak melakukan ROM dan ambulasi namun, penulis mengajarkan pada keluarga cara melakukan ROM pada pasien dan keluarga agar dapat melakukannya secara mandiri setelah tekanan darah membaik.. Kemudian mobilisasi sederhana yang dilakukan berupa penggantian posisi tidur pasien, dan melatih pasien duduk di tempat tidur dengan durasi singkat. Penulis juga mengalami hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan membersihkan rambut pasien karena kurangnya fasilitas peralatan keramas dari rumah sakit. Solusi yang dilakukan penulis saat memandikan pasien adalah dengan menggunakan peralatan mandi pribadi

pasien dan menggunakan air termos yang dibawa pasien, solusi lainnya yang diberikan penulis adalah menggunakan lap basah dengan shampo yang sedikit untuk membersihkan rambut pasien.

Pada tahap evaluasi keperawatan terdapat satu diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu defisit pengetahuan tentang manajemen stroke berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Terdapat dua diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi dan hiperkolesteronemia dan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri). Selain itu terdapat 2 diagnosa keperawatan yang tidak teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri) dan risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko disfagia oral.

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, di antaranya:

1. Bagi perawat ruangan

Dokumentasi keperawatan adalah hal yang sangat penting karena merupakan catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan berkelanjutan yang disusun secara

sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum.

Tujuan dari pendokumentasian adalah sarana komunikasi antar petugas medis, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal. Diharapkan bagi seluruh tenaga medis dalam melakukan pendokumentasian untuk setiap kegiatan di rekam medis pasien hendaknya penulisannya lebih jelas lagi sehingga bisa dibaca oleh semua orang dengan mudah khususnya oleh tim tenaga kesehatan lain yang memerlukan informasi tersebut demi terjaminnya keselamatan pasien dan kelancaran selama pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dapat menyertakan hasil bacaan dari pemeriksaan penunjang seperti *CT-Scan* dan foto *thorax* sebagai kelengkapan di rekam medis, baik itu rekam medis elektronik maupun non elektronik untuk kelengkapan data pasien agar tenaga medis lain selain dokter juga dapat lebih mengerti kondisi pasien. Dapat menambah fasilitas peralatan keramas mulai dari hair dryer, air hangat, 2 buah handuk dan 2 baskom air untuk membantu perawat menjaga kebersihan rambut pasien. Diharapkan juga bagi tim medis di rumah sakit untuk dapat lebih peduli terhadap status perkembangan pasien dengan memberikan pemeriksaan penunjang lanjutan meski kondisi pasien tampak telah lebih baik, hal ini sebagai validasi untuk melihat apakah keadaan pasien sudah benar-benar membaik.

3. Untuk penulis

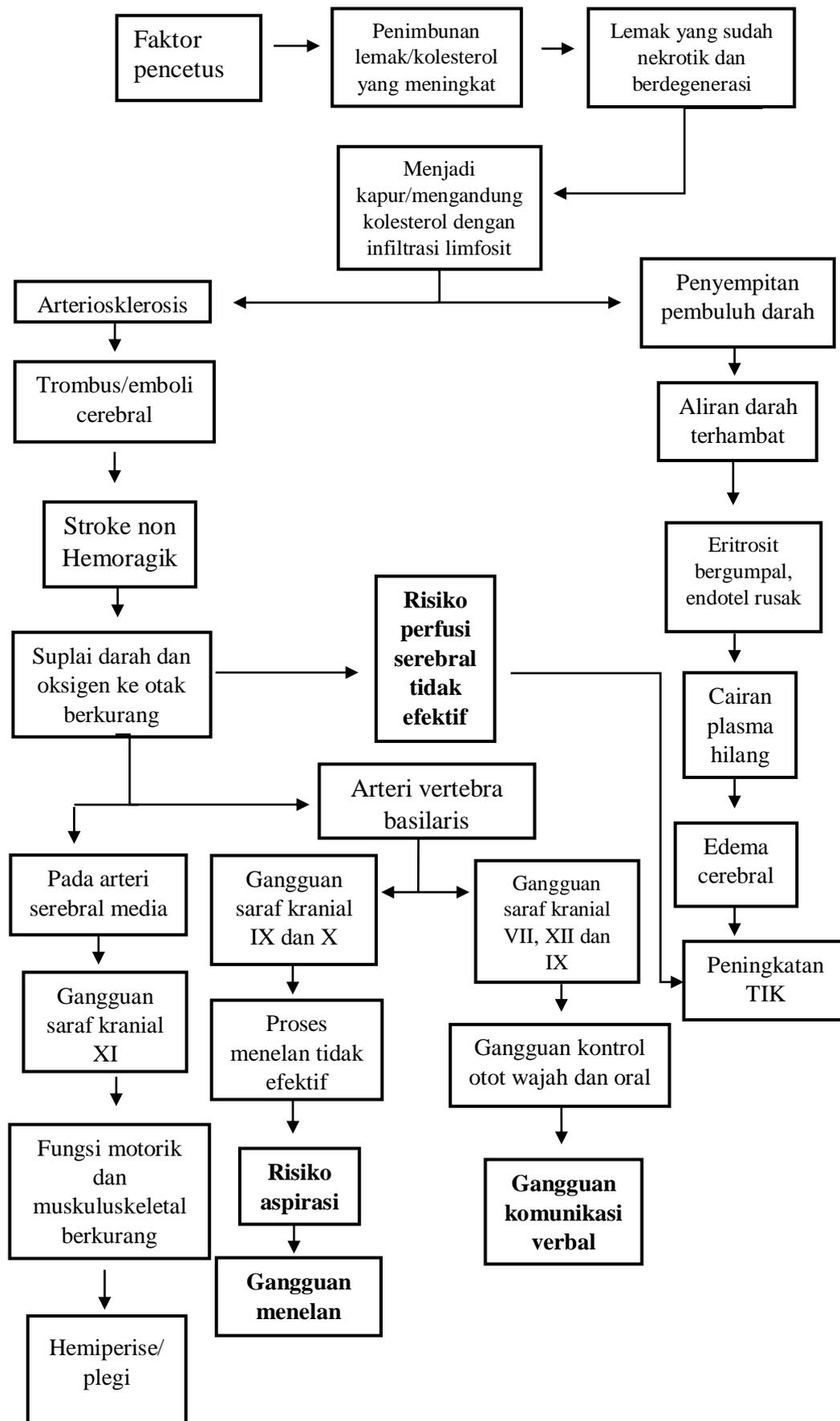
Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik. Hal ini dapat dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literatur dari jurnal atau artikel, mengikuti seminar, dan melakukan update informasi terbaru tentang Stroke Non Hemoragik disesuaikan dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK). Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan dalam berpikir kritis supaya dalam memodifikasi perencanaan keperawatan bisa sesuai dengan kebutuhan pasien yang beragam, dengan cara membanding setiap literatur yang ada dan mencocokkan dengan keadaan pasien.

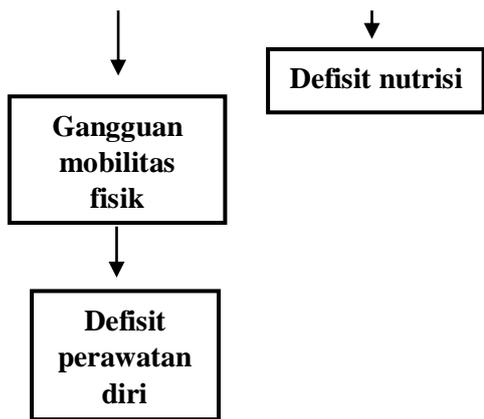
DAFTAR PUSTAKA

- Basri, B., Utami, T., & Mulyadi, E. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan* (M. H. Nafiz (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Berman, A., Snyder, S., & Frandsen, G. (2022). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice Eleventh Edition*. In *pearson education limited* (11th ed., Vol. 82, Issue 6).
- Briliansyah, Roofid, M., & Safitri, D. E. (2022). Aktivitas Fisik dan Olahraga Bagi Penderita Hipertensi. *Journal of Sport Science and Tourism Activity (JOSITA)*, 1(2), 11–18.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH Edition*. In *F.A. Davis Company* (10th ed.). F.A. Davis Company.
- Espay, alberto J., & Biller, J. (2021). *Concise Neurologi* (C. Adams (ed.); 2nd ed.). Wolters Kluwer.
- Fatkurohmah, I., & Afrian, R. (2021). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dalam Pemenuhan Kebutuhan Eliminasi Urine. *Fakultas IlmuKesehatan Universitas Kusuma Husada*, 8. [http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1910/1/Anisa Dian_P18063_Nakah Publikasi %281%29.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1910/1/Anisa_Dian_P18063_Nakah_Publikasi%281%29.pdf)
- Harding, M. M. (2023). *Lewis's Medical-Surgical Nursing* (J. Kwong, D. Hagler, & C. Reinisch (eds.); 12th ed.). <http://books.google.com/books?id=T-fN4bkfxysC&pgis=1>
- Harding, M. M., & Kwong, J. (2019). *Lewis ' s Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*.
- Hinkle, janice I., Cheever, kerry H., & Overbaugh, kristen J. (2022). *Brunner & Suddarth Textbook of Medical-Surgical Nursing*. wolters kluwer.
- Hutagalung, siregar. (2021). *Mengenal Stroke Serta Karakteristik Penderita Stroke Hemoragik dan Non Hemoragik*. NUSAMEDIA.
- Kartikasari, F., Yani, A., & Azidin, Y. (2020). Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 79–89. <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i1.204>
- Kemenkes RI. (2018). *Apa itu stroke?* P2PTM Kemenkes RI. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apa-itu-stroke>

- Kemendes RI. (2022). *Tingkatan kualitas dan layanan stroke lewat transformasi kesehatan*. Kemendes RI. <https://www.kemkes.go.id/article/view/22101200001/tingkatan-kualitas-dan-layanan-stroke-lewat-transformasi-kesehatan.html>
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Neurologi* (M. Ester & P. wulandari, resti (eds.); 5th ed.). buku kedokteran egc.
- LeMone, P., Burke, K. M., Bauldoff, G., & Gubrud, P. (2017). Medical- Surgical Nursing: Critical Thinking For Person-Centred Care. In *Medical-Surgical Nursing Critical Thinking for Person-Centred Care* (3rd ed., Vols. 1–3). pearson australia.
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. deepublish.
- Mufidaturrohmah. (2017). *Dasar-Dasar Keperawatan* (Turi (ed.); 1st ed.). gava media.
- Munir, B. (2017). *Neurologi Dasar*. Sagung Seto.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, Nic, Noc, dalam Berbagai Kasus Edisi Revisi Jilid 2* (2nd ed.). Mediacion Jogja.
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Mustar, T., & Ramdany, R. (2021). Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan. In *Yayasan kita menulis*.
- Ridwan, M. (2017). *Mengenal, Mencegah, & Mengatasi Silent Killer*. Romawi Press.
- Riset Kesehatan Dasar Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*.
- Shaw, S. R., & Jankowska, A. M. (2020). *Stroke*. 23–49. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02992-0_2
- Silalahi, R. D. (2019). *Peran Perawat Dalam Tindakan Rehabilitatif Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit*. 197046015.
- Simon, roger p, Aminoff, michael j, & Greenberg, david a. (2018). *Clinical Neurologi* (E. Moyer & C. Naglieri (eds.); 10th ed.). cenveo publisher services.
- Steele, C. M., & Cichero, J. A. Y. (2014). Physiological Factors Related to Aspiration Risk: A Systematic Review. *Dysphagia*, 29(3), 295–304. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9516-y>
- Susilo, C. B. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah : Persarafan*. Pustaka Baru.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesian Definisi dan Indikator Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Utami, N., Suhardianty, novita sari, & Wati, nenden lesmana. (2018). Persepsi Pasien Stroke Terhadap Peran Perawat Dalam Pemenuhan Activity Daily Living (ADL). *Jurnal Kesehatan Aeromedika*, 57–64.
- Wijayanti, E. S. (2021). Asuhan Keperawatan Keluarga pada Kasus Post Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Bluluk Kabupaten Lamongan. *Media Komunikasi Ilmu Kesehatan*, 13(02), 183–190.
- Wililams, J., Perry, lin, & watkins, caroline. (2020). *Stroke Nursing* (2 (ed.)).
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A. H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal Dysphagia in Older Persons – From Pathophysiology to Adequate Intervention: A Review and Summary of an International Expert Meeting. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189–208. <https://doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- World Stroke Organization (WSO). (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. In *International Journal of Stroke* (Vol. 17, Issue 1, pp. 18–29). <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Yueniwati, Y. (2016). *Pencitraan Pada Stroke*. UB Press.





Sumber: Nurarif & Kusuma (2016)
Dengan menggunakan SDKI (2017)

Laporan Pendahuluan Obat

A. Miniaspi

Merupakan senyawa analgesik non steroid yang digunakan sebagai analgesik, antipiretik, antiinflamasi dan anti-platelet. memiliki manfaat 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. Obat ini bekerja dengan cara menghambat agregasi trombosit sehingga dapat menghambat pembentukan trombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah) yang sering ditemukan pada pembuluh darah arteri.

Indikasi obat: Mencegah proses agregasi trombosit pada pasien infark miokard dan pasien angina tidak stabil, serta mencegah serangan serebral iskemik sesaat.

Kontraindikasi: Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi: Hipersensitif terhadap aspirin dan obat antiinflamasi non steroid (AINS) lainnya. Asma, rhinitis, dan polip hidung. Memiliki riwayat atau sedang mengalami tukak lambung. Pendarahan subkutan, homofilia, atau trombositopenia. Menerima terapi antikoagulan, atau AINS, atau Methotrexate. Gangguan hati atau ginjal yang berat. Anak-anak di bawah usia 16 tahun dan sedang dalam proses pemulihan dari infeksi virus.

Efek samping: Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebihan dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Iritasi dan pendarahan saluran

pencernaan (gastrointestinal), mual, muntah, tukak lambung, dispnea, reaksi kulit, trombositopenia.

B. Citicoline

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

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

Kontraindikasi: Kontraindikasi pemberian Citicoline apabila terjadi hipertonia pada saraf simpatis.

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

C. Amlodipine

obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi. Obat ini juga bisa dimanfaatkan dalam pengobatan nyeri dada kronis (angina pektoris) akibat penyakit jantung koroner. Amlodipine dapat digunakan sebagai obat tunggal atau dikombinasikan dengan obat lain. Amlodipine termasuk dalam golongan

calcium-channel blockers (CCBs) atau antagonis kalsium. Obat ini bekerja dengan cara melemaskan otot pembuluh darah. Dengan begitu, pembuluh darah akan melebar, darah dapat mengalir dengan lebih lancar, dan tekanan darah dapat menurun.

Indikasi obat: Amlodipine diindikasikan untuk pengobatan lini pertama hipertensi dan dapat digunakan sebagai agen tunggal untuk mengontrol tekanan darah pada sebagian besar pasien. Pasien yang tidak cukup terkontrol dengan obat antihipertensi tunggal (selain amlodipin) dapat memperoleh manfaat dari penambahan amlodipin, yang telah digunakan dalam kombinasi dengan diuretik thiazide, blocker, adrenoceptor blocking agent, atau ACE inhibitor.

Kontraindikasi: Kontraindikasi amlodipine adalah penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini. Amlodipine juga sebaiknya tidak digunakan (kontraindikasi relatif) pada pasien dengan syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi berat, gagal jantung, dan gangguan hepar.

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, pusing, mengantuk, debaran jantung, sakit perut, mual, edema, kelelahan. Pasien (6-17 thn): Vasodilatasi, epistaksis, kelemahan.

D. Clopidogrel

Obat ini memiliki efek anti agregasi platelet (keping darah atau trombosit) dan menghambat pembentukan trombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah arteri dan vena).

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

Kontraindikasi: Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi: Hipersensitif terhadap Clopidogrel. Perdarahan patologis aktif seperti tukak lambung atau perdarahan intrakranial.

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, pusing, ruam, insomnia, gangguan gastrointestinal (seperti: sembelit, muntah).

E. Atorvastatin

torvastatin adalah obat untuk menurunkan kolesterol jahat (LDL) dan trigliserida, serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam darah. Jika kolesterol dalam darah tetap terjaga dalam kadar normal, risiko terjadinya stroke dan serangan jantung akan semakin rendah. Atorvastatin menurunkan jumlah kolesterol dalam tubuh dengan cara menghambat enzim yang bertugas memproduksi kolesterol di hati. Dengan demikian, jumlah kolesterol jahat dalam darah akan turun.

Indikasi: Sebagai terapi tambahan di samping diet, untuk menurunkan kolesterol total, kolesterol LDL, apolipoprotein-B, dan kadar trigliserida pada pasien dengan hiperkolesterolemia primer, hiperlipidemia kombinasi (campuran), serta hiperkolesterolemia familial heterozigot dan homozigot, bila diet dan penatalaksanaan non-farmakologik lainnya kurang berhasil.

Kontraindikasi: Hipersensitif terhadap komponen- komponen dalam obat ini. Penyakit hati aktif atau peningkatan serum transaminase yang menetap melebihi 3 kali lipat dari batas atas normal. Ibu hamil, menyusui atau usia produktif yang tidak menggunakan alat kontrasepsi yang adekuat. Atorvastatin harus diberikan pada wanita usia subur hanya jika sangat tidak mungkin hamil dan telah diinformasikan potensi bahayanya terhadap janin.

Efek samping: Atorvastatin secara umum ditoleransi dengan baik. Efek samping biasanya ringan dan sementara. Efek samping umum yang terjadi adalah konstipasi, perut kembung, dispepsia, nyeri abdomen, sakit kepala, mual, mialgia, lemas. Efek samping yang mungkin terjadi di antaranya yaitu: Insomnia, sakit kepala, mual, diare, sakit perut, dispepsia, sembelit, perut kembung, mialgia, artralgia, asthenia, hipoglikemia, hiperglikemia, anoreksia, neuropati perifer, parestesia, tinitus, pankreatitis, muntah, hepatitis, ikterus kolestatik, alopecia, pruritus, ruam, miopati urtikaria, miositis, kram otot, impotensi, edema angion eurotik, malaise, angina.

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan: Stroke

Sub Pokok Bahasan: *Range Of Motion (ROM)*

Sasaran: Ny. S dan Keluarga

Hari/tanggal: 21 Maret 2023

Tempat: Ruang Neurologi Kamar 1104 RSUD Koja

Waktu: 30 menit

Penyuluh: Yores Jordi Aldo (Mahasiswa tingkat III STIKes RS Husada)

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan selama 1×25 menit maka di harapkan Ny. S dan keluarga mampu menjelaskan tentang stroke dan ROM dengan benar, mampu menyatakan keinginan untuk melakukan latihan gerak aktif pasif setelah tekanan darah pasien membaik, dan mampu meredemonstrasikan langkah-langkah latihan gerak aktif pasif dengan benar.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah diberikan penyuluhan diharapkan klien mampu:

1. Menyebutkan pengertian stroke dengan tepat.
2. Menyebutkan 2 penyebab penyakit stroke dengan tepat.
3. Menyebutkan 3 tanda dan gejala stroke dengan benar.
4. Menyebutkan cara pencegahan penyakit stroke dengan benar
5. Menyebutkan pengertian dan 2 tujuan latihan gerak aktif pasif
6. Menyebutkan 12 langkah gerakan latihan gerak aktif pasif
7. Meredemonstrasikan 12 langkah gerakan latihan gerak aktif pasif

8. Menunjukkan sikap positif/ mengungkapkan keinginan untuk melakukan latihan gerak aktif pasif setelah tekanan darah pasien membaik

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian stroke
2. Penyebab penyakit stroke
3. Tanda dan gejala stroke
4. Cara pencegahan penyakit stroke
5. Pengertian dan tujuan latihan gerak aktif pasif
6. 12 langkah gerakan latihan gerak aktif pasif

IV. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya Jawab/Diskusi.
3. Demonstrasi

V. Media Penyuluhan

1. Power Point
2. Laptop
3. leaflet

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1.	Perkenalan/ pembukaan (2 menit)	a. Mengucapkan salam. b. Memperkenalkan diri. c. Menjelaskan tujuan penyuluhan. d. Melakukan apresiasi	a. Menjawab salam. b. Menerima dengan baik. c. Memperhatikan. d. Mengikuti apresiasi

2.	<p>Penyampaian materi (22 menit)</p>	<p>a. Menjelaskan pengertian stroke</p> <p>b. Menyebutkan penyebab stroke</p> <p>c. Menyebutkan tanda dan gejala stroke</p> <p>d. Menyebutkan pencegahan stroke</p> <p>e. Menjelaskan pengertian dan tujuan latihan gerak aktif pasif</p> <p>f. Menjelaskan dan mendemonstrasikan 12 langkah gerakan latihan gerak aktif pasif</p> <p>g. Motivasi/ Rasional alasan harus melakukan latihan gerak aktif pasif</p> <p>h. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya tentang hal yang belum dipahaminya.</p> <p>i. Menjawab pertanyaan klien</p>	<p>a. Memahami materi yang disampaikan penyuluh</p> <p>b. Memahami materi yang disampaikan penyuluh</p> <p>c. Memahami materi yang disampaikan penyuluh</p> <p>d. Memahami materi yang disampaikan penyuluh</p> <p>e. Memahami materi yang disampaikan penyuluh</p> <p>f. Mengamati demonstrasi yang dilakukan oleh</p> <p>g. Mengungkapkan keinginan untuk melakukan latihan gerak aktif pasif saat tekanan darah pasien membaik</p> <p>h. Bertanya tentang hal yang belum dimengerti</p> <p>i. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi</p>
----	--	--	--

3.	Penutup (6 menit)	a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi c. Mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan dan redemonstrasi 12 langkah gerakan latihan gerak aktif pasif b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam
----	----------------------	--	--

VII. Evaluasi

- a) Sebutkan apa itu penyakit stroke menurut pemahaman bapak ibu dari penjelasan saya tadi!
- b) Sebutkan 2 penyebab penyakit stroke!
- c) Sebutkan 3 tanda dan gejala stroke!
- d) Sebutkan 2 cara mencegah penyakit stroke!
- e) Sebutkan pengertian dan 2 tujuan latihan gerak aktif pasif !
- f) Coba contohkan kembali 12 langkah latihan ROM!

Evaluasi Proses

- a) Proses pelaksanaan sesuai rencana
- b) Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
- c) Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

VIII. Sumber

- Harding, M. M. (2023). *Lewis's Medical-Surgical Nursing* (J. Kwong, D. Hagler, & C. Reinisch (eds.); 12th ed.). <http://books.google.com/books?id=T-fN4bkfxysC&pgis=1>
- Hidayat, A.(2009). Pengantar kebutuhan dasar manusia aplikasi konsep dan proses keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Kan Ika Nur (2015). Pengaruh pemberian range of motion terhadap kemampuan motorik pada pasien post stroke di RSUD Gambiran. Semarang, Jurnal keperawatan Pisan 2086-3071
- Louis (2013) Stroke Esensial. Jakarta:PT Indeks Permata Puri Media
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Neurologi* (M. Ester & P. wulandari, resti (eds.); 5th ed.). buku kedokteran egc.
- Marsinova Derison Latihan Range Of Motion (Rom) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke. Vol. VII No. 2 2016
- <http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/INI/article/download/64505289>
- Susanti D.H. (2019). Pendalaman Materi Keperawatan Tindakan Mobilisa Ambulasi, dan Personal Hygiene. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian Stroke

Stroke merupakan gangguan yang terjadi karena adanya perdarahan ke dalam otak atau karena kurangnya aliran darah ke otak kemudian dapat mengakibatkan gangguan bicara, pergerakan, berpikir (Harding, 2023)

B. Penyebab Penyakit Stroke

Menurut Lemone (2016)

- a) Hipertensi (tekanan darah tinggi)
- b) Kolesterol
- c) Penyakit jantung
- d) Diabetes
- e) Usia lanjut
- f) Riwayat Stroke dalam keluarga
- g) Gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat
- h) Kebiasaan merokok
- i) Konsumsi minuman bersoda dan beralkohol

C. Tanda dan Gejala Penyakit Stroke

Menurut Lemone (2016)

1. Penurunan kemampuan gerak tangan dan kaki
2. Gangguan penglihatan
3. Gangguan bicara (pelo)
4. Gangguan menelan makanan
5. Hilangnya kendali terhadap kandung kemih sehingga sering kencing tanpa disadari

D. Cara Mencegah Stroke

Menurut Lemone (2016)

1. Tidak minum alcohol
2. Menjaga pola makan yang sehat
3. Mengurangi konsumsi garam
4. Menghentikan merokok
5. Mengurangi konsumsi kolesterol
6. Mempertahankan kadar gula normal
7. Olahraga secara teratur

E. Pengertian ROM

Latihan gerak aktif dan pasif/ROM adalah Latihan Gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, di mana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai dengan gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif.

F. Tujuan ROM

- a. Memelihara dan mempertahankan kekuatan otot
- b. Memelihara mobilitas persendian
- c. Menstimulasi persendian
- d. Mencegah kontraktur sendi

G. Langkah-langkah ROM

- a. Leher, spina,

serfikal

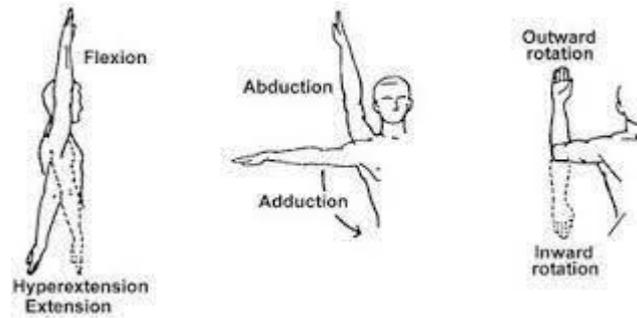
Gerakan:

- 1) Fleksi: menggerakkan dagu menempel ke dada, rentang 45°

- 2) Ekstensi: mengembalikan kepala ke posisi tegak 45°
- 3) Hiperekstensi: menjauhkan kepala ke belakang sejauh mungkin
rentang $40-45^{\circ}$
- 4) Fleksi lateral: memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah
setiap bahu, rentang $40-45^{\circ}$
- 5) Rotasi: memutar kepala sejauh mungkin dalam Gerakan sirkuler rentang
 180°

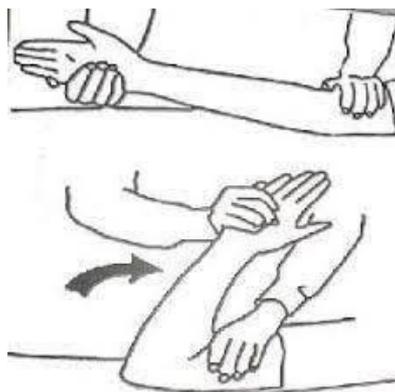
b. Bahu

- 1) Fleksi: menaikkan lengan dari posisi samping tubuh ke depan posisi
di atas kepala, rentang 180°
- 2) Ekstensi: mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh
rentang 180°
- 3) Hiperekstensi: menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap
lurus, rentang $45-60^{\circ}$
- 4) Abduksi: menaikkan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan
telapak tangan jauh dari kepala, rentang 180°
- 5) Adduksi: menurunkan lengan ke samping dan menyilang ke tubuh sejauh
mungkin, rentang 320°
- 6) Rotasi dalam: dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan
lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang rentang 90°
- 7) Rotasi luar: dengan siku fleksi menggerakkan lengan sampai ibu jari ke
atas dan samping kepala rentang 90°
- 8) Sirkumduksi: menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh, rentang
 360°



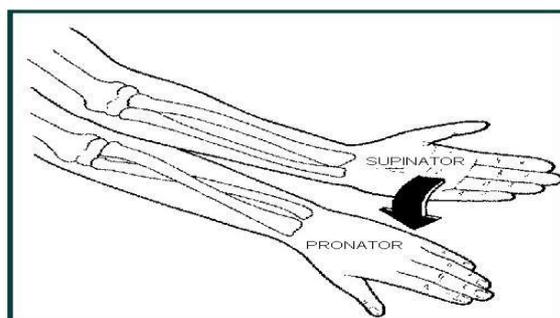
c. Siku

- 1) Fleksi: menggerakkan siku hingga lengan bahu bergerak kedepan seensi bahu dan tangan sejajar bahu, rentang 150°
- 2) Ekstensi: meluruskan siku dengan menurunkan tangan rentang 150



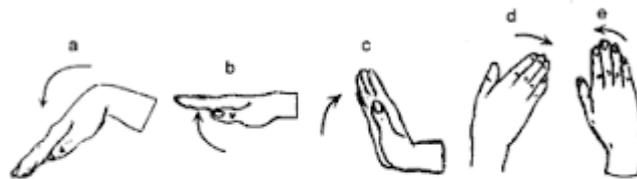
c. Lengan bawah

- 1) Supinasi: memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapaktangan menghadap ke atas, rentang 70-90°
- 2) Pronasi: memutar lengan bawah sehingga tangan menghadap kebawah rentang 70-90°



d. Pergelangan tangan

- 1) Fleksi: menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah, rentang 80-90°
- 2) Ekstensi: menggerakkan jari-jari tangan sehingga jari-jari tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama rentang 80-90°
- 3) Hiperekstensi: membawa permukaan tangan dorsal kebelakang sejauh mungkin rentang 80-90°.
- 4) Abduksi: menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari, rentang 30°
- 5) Adduksi: menekuk pergelangan tangan miring ke arah limajari, rentang 30-50°



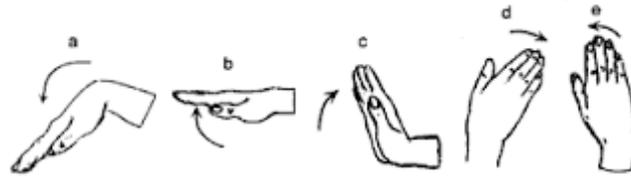
Gambar 10-19 Latihan ROM aktif pada pergelangan tangan: fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, dan adduksi.

e. Jari-jari tangan

- 1) Fleksi: membuat genggam tangan, rentang 90°
- 2) Ekstensi: meluruskan jari-jari tangan rentang 90°
- 3) Hiperekstensi: menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin, rentang 30°

- 4) Abduksi: meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yanglainya.

Rentang 30°



Gambar 10-19 Latihan ROM aktif pada pergelangan tangan: fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, dan adduksi.

f. Ibu jari

- 1) Fleksi: menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapaktangan, rentang 90°
- 2) Ekstensi : menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan rentang 90°
- 3) Abduksi: menjauh ibu jari ke samping, rentang 30°
- 4) Adduksi: menggerakkan ibu jari ke depan tangan, rentang 30°
- 5) Oposisi: menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan padatanangan yang sama.

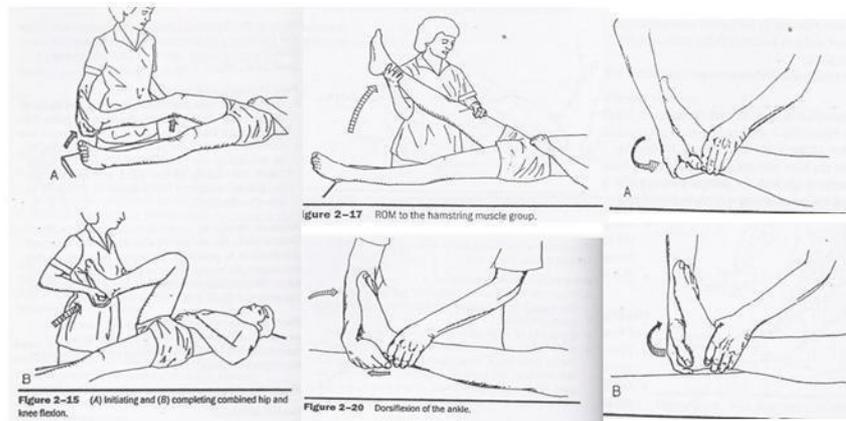


g. Pinggul

- 1) Fleksi: menggerakkan tungkai ke depan dan atas rentang 90°-120°
- 2) Ekstensi: menggerakkan Kembali ke samping tungkai yang lain, rentang 90°-120°
- 3) Hiperekstensi: menggerakkan tungkai ke belakang tubuh, rentang 30-50°
- 4) Abduksi: menggerakkan tungkai ke samping menjauhi

tubuh, rentang 30-50°

- 5) Adduksi: menggerakkan tungkai Kembali ke posisi media dan melebihi jika mungkin rentang 30-50°
- 6) Rotasi dalam: memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain, rentang 90°
- 7) Rotasi luar: memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain, rentang 90°
- 8) Sirkumduksi : menggerakkan tungkai melingkar



h. Lutut

- 1) Fleksi: menggerakkan tumit ke arah belakang paha, rentang 120-130°
- 2) Ekstensi: mengembalikan tungkai ke lantai, rentang 120-130°

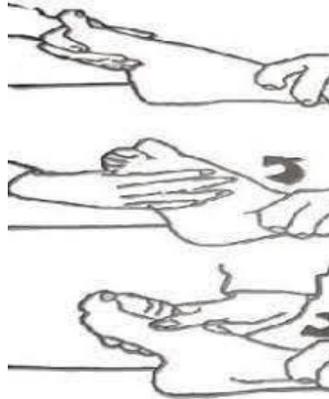
i. Mata kaki

- 1) Dorsofleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas, rentang 20-30°
- 2) Plantarfleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kakimenekuk ke bawah, rentang 45-50°
- 3) Plantarfleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kakimenekuk ke bawah, rentang 45-50°

j. Kaki

1) Inversi: memutar telapak kaki ke samping dalam, rentang 10°

2) Eversi: memutar telapak kaki ke samping luar rentang 10°



k. Jari-jari kaki

1) Fleksi: melakukan jari-jari kaki ke bawah, rentang $30-60^{\circ}$

2) Ekstensi: meluruskan jari-jari kaki rentang $30-60^{\circ}$

3) Abduksi: menggerakkan jari-jari kaki satu dengan yang lain 15°

4) Adduksi: merapatkan Kembali Bersama-sama.

mencegah stroke

- Tidak minum alcohol
- Menjaga pola makan yang sehat
- Menghentikan merokok
- Mengurangi konsumsi kolesterol
- Mempertahankan kadar gula normal
- Olahraga secara teratur

perawatan stroke di rumah

- Pertahankan komunikasi dengan penderita
- Jaga masukan nutrisi dan cairan yang baik
- Berikan latihan gerak pasif pada bagian yang lumpuh, untuk mencegah kekakuan
- Ubah posisi tubuh penderita dengan kelumpuhan total/sebagian, untuk mencegah adanya luka akibat tekanan

Yores Jordi Aldo



Stroke



Pengertian

Stroke merupakan penyakit yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak.

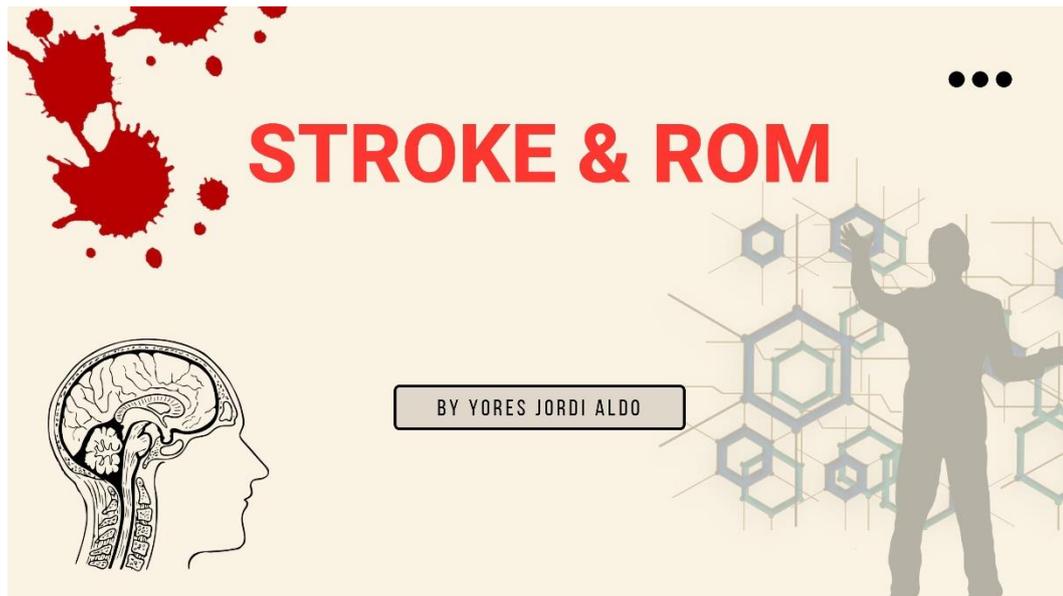


Penyebab

- Meningkatkan elastisitas pembuluh darah
- Otot lebih sempurna mengambil, mengedarkan, dan menggunakan oksigen
- menurunkan kadar lemak dalam darah
- mengurangi terjadinya penggumpalan darah

Tanda Gejala

- Penurunan kemampuan gerak tangan dan kaki
- Keluhan kepala pusing, penurunan penglihatan Hilangnya rasa pada lengan atau tungkai seperti baal, mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan
- Menurunnya kemampuan mencium bau dan mengecap
- Penurunan kemampuan berbicara (pelo)
- Hilangnya kendali terhadap kandung kemih sehingga sering kencing tanpa disadari



PENGERTIAN

Stroke merupakan gangguan yang terjadi karena adanya perdarahan ke dalam otak atau karena kurangnya aliran darah ke otak kemudian dapat mengakibatkan gangguan bicara, pergerakan, berpikir.

PENYEBAB

- tekanan darah tinggi
- Kolesterol
- Penyakit jantung
- penyakit gula
- Usia lanjut
- Riwayat Stroke sebelumnya dalam keluarga
- Gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat
- Kebiasaan merokok
- Menonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- Gemar mengonsumsi makanan cepat saji
- Kurangnya aktifitas gerak / olah raga.

TANDA DAN GEJALA PENYAKIT STROKE

- Penurunan kemampuan gerak tangan dan kaki
- Gangguan penglihatan
- Gangguan bicara (pelo)
- Gangguan menelan makanan
- Hilangnya kendali terhadap kandung kemih sehingga sering kencing tanpa disadari

CARA MENCEGAH STROKE

- Tidak minum alcohol
- Menjaga pola makan yang sehat
- Menghentikan merokok
- Mengurangi konsumsi kolesterol
- Mempertahankan kadar gula normal
- Olahraga secara teratur

PENGERTIAN ROM

Latihan gerak aktif dan pasif (**ROM**) adalah Latihan Gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, di mana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai dengan gerakan normal baik secara mandiri ataupun dibantu.

Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Yores Jordi Aldo (2011077)

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Neurologi Kamar 1104 Lantai 11
RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1	9- Maret 2023	konsultasi dan bimbingan Utek KMPB Perencanaan utek, mulai dari pengkajian-evaluasi	
2	28- Maret 2023	konsultasi dan bimbingan Bab I Perbaikan paragraf 1 dan prevelensi BAB I dan juga komplikasi Penggunaan (:) dibelakang sitas	
3	11/4/2023	Bab I : a e e .	
4	11/4 2023	Bab 2 : - Tambahkan referensi - penulisan sitasi (edisi L)	
5	18/4/2023	Bab 1 acc, Revisi bagian Peran Perawat, preventif, promotif kuratif, dan rehabilitatif tidak hanya paska stroke	
6	29/4/2023	Bab 2. ac. Revisi penulisan Paragraf tidak bold diawali angka dan dibagian evaluasi tambahkan 2. Jenis evaluasi	
7	1 Mei / 4/2023	Revisi 1 Bab 3. Perencanaan diagnosis yang kurang spesifik, Rencanan Peleksananan, dan evaluasi keperawatan yang tidak tepat	

Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Yores Jordi Aldo (2011077)

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Neurologi Kamar 1104 Lantai 11
RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
8	12-mei-2022	Acc bab 3 dengan Revisi Miror Sistematika penulisan, kecerdasan Perencanaan, implementasi dan evaluasi	
9	22 Mei 2022	Revisi 1 bab 4. Penulisan alasan ketidakserasian pengkajian, diagnosis yang tidak sesuai dengan pasien belum dibahas, kurangnya pembahasan implementasi	

Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Yores Jordi Aldo (2011077)

Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Neurologi Kamar 1104 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
10	23 Mei 2023	Bab IV Secara pembalasan sudah cukup bagus, lakukan BOP with ssi mandiri, lakukan edit pd BOP bagian	
11.	25 Mei 2023	Bab V. kesimpulan: Bess semai de trjch penelitian, apakah sll terpenuhi semua. suar → lihat catatan merikan pd draft	
12.	2 Juni	Bab-IV - aee	
13	5 Juni	Bab-V - aee	
14.	5 Juni	Persepha ppt. & PRnt Laybay.	
15	7 Juni	aee magi sidap Riapha y ujra	