



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

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

CHELIN DWI MAHRANI

2011046

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

Jakarta, 2023



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. K DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI KAMAR 1102
LANTAI 11 DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

CHELIN DWI MAHRANI

2011046

**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: Chelin Dwi Mahrani

NIM: 2011046

Tanda tangan:

Tanggal: 13 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan Keperawatan pada Tn. K dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang
Neurologi Kamar 1102 Lantai 11 RSUD Koja
Jakarta Utara**

Jakarta, 2023

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. K Dengan
Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi
Kamar 1102 Lantai 11 RSUD Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing

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

Penguji I

(Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep)

Penguji II

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

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

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

Ketua

KATA PENGANTAR

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

1. Ibu Ellynia, S.E., M.M selaku ketua STIKes RS Husada;
2. Ibu Ns. Nia Rosliany M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing saya yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini;
3. Ibu Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku dosen penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
4. Bapak Ns. Hardin La Ramba, S.Kep., M.Biomed selaku dosen penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini;
5. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan STIKes RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran pembelajaran;
6. Kepala ruangan, perawat ruang neurologi dan pihak RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang penulis perlukan;
7. Tn. K dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis;
8. Kedua orang tua saya yang berperan penting dalam hidup saya yang telah memberikan do'a, dukungan material maupun moral, dan motivasi yang tiada henti-hentinya serta kasih sayang kepada penulis sehingga penulis

9. Kakak saya Shyfa Yufianti yang juga turut mendukung, memotivasi dan memenuhi kebutuhan penulis;
10. Seluruh keluarga besar saya yang turut mendukung dan mendoakan penulis dalam menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan dengan tepat waktu;
11. AR yang telah menemani saya dari awal perkuliahan sampai saat ini, terima kasih telah menjadi tempat keluh kesah penulis di hari-hari yang tidak mudah selama pengerjaan Tugas Akhir ini, yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan menjadi penyemangat penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir. Terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan saya hingga sekarang. Semoga kamu tetap menemani dan tetap menjadi bagian dari kehidupan saya selanjutnya atau bahkan selamanya;
12. Gerabah yaitu Sulis, Nida, Sekar, Indah, dan Evie selaku sahabat saya salam 3 tahun, yang pertama kali saya kenal di dunia perkuliahan sampai saat ini telah berjuang bersama untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini;
13. Arya Nur Fadilah, Jilan Fairuz Yusuf, dan Dara Aulia Savitri yang telah meluangkan waktu dalam membantu penulis di hari-hari sulit penulis dalam masa perkuliahan dan pembuatan Tugas Akhir ini;
14. Teman-teman kelompok seperjuangan saya di Keperawatan Medikal Bedah yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas Akhir ini;
15. Seluruh teman-teman kelas 3B yang sudah menemani selama tiga tahun, menerjang badai bersama dan melewati suka duka bersama. Terima kasih telah memberikan motivasi, support, waktu, dan tenaga satu sama lain;
16. Teman-teman Angkatan 33 saya di STIKes RS Husada yang telah berjuang bersama selama tiga tahun dan telah memberikan banyak kenangan walaupun dianggap sebagai Angkatan covid
17. *Last but not least, I wanna thank me, for believing in me, for doing all this hard work, for having no days off, for never quitting, for just being me at all times.*

Akhir kata penuli berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	5
C. Ruang Lingkup.....	6
D. Metode Deskriptif	6
E. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORI.....	8
A. Pengertian.....	8
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan	17
1. Terapi.....	17
2. Pembedahan.....	19
D. Pengkajian Keperawatan	20
E. Diagnosis keperawatan.....	34
F. Perencanaan Keperawatan	35
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	46
H. Evaluasi keperawatan.....	48
BAB III TINJAUAN KASUS.....	49
A. Pengkajian Keperawatan.....	49
B. Diagnosis keperawatan	72
C. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi	72
BAB IV PEMBAHASAN.....	102
A. Pengkajian Keperawatan.....	102
B. Diagnosis keperawatan.....	107
C. Perencanaan Keperawatan	111
D. Pelaksanaan Keperawatan	112
E. Evaluasi Keperawatan.....	113
BAB V PENUTUP	115
A. Kesimpulan	115
B. Saran.....	117
DAFTAR PUSTAKA	118
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah gangguan fungsi otak (*deficit neurologic*) lokal maupun menyeluruh yang disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak akibat adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat bahkan kematian. Proses yang mendasari (infark atau perdarahan), mekanisme (misalnya emboli), etiologi yang mendasari (misalnya aterosklerosis), dan faktor risiko misalnya merokok. Pandangan Definisi stroke menurut *World Health Organization* (WHO) adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global), dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Munir, 2017).

Prevelensi penyakit stroke di seluruh dunia sebanyak 15 juta orang per tahun. Jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta lainnya mengalami kecacatan permanen. Setiap tahunnya 3 juta wanita dan 2,5 juta laki-laki di dunia meninggal karena penyakit stroke. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan 7,6 juta kematian terjadi akibat stroke pada tahun 2022 (Sustrani Lanny, 2016). Menurut *America Heart Association* (AHA) di negara Amerika setiap tahunnya diperkirakan kejadian stroke sekitar

610.000 pasien stroke baru, sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat mengalami stroke dan sekitar 185.000 terjadi pada orang yang pernah mengalami stroke sebelumnya. Di negara maju kasus stroke hemoragik berkisar 15% - 30%, sedangkan stroke non hemoragik (iskemik) antara 70% - 85%, kemudian di negara berkembang seperti Asia, kejadian stroke hemoragik sekitar 30% dan iskemik 70%. Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa kejadian tertinggi ada pada stroke iskemik dibandingkan stroke hemoragik.

Berdasarkan hasil Riskesdas pada tahun 2018 prevalensi stroke adalah salah satu penyakit tidak menular mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2013. Prevalensi stroke dari 7% mengalami peningkatan 3,9% menjadi 10,9% di tahun 2018. Prevalensi kejadian insiden stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur >15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang menderita stroke. Pada provinsi Kalimantan Timur sebanyak 14,7% dan provinsi DI Yogyakarta sekitar 14,6% yang menjadi provinsi dengan prevalensi tertinggi kejadian stroke di Indonesia (Kemenkes RI, 2018). Sedangkan di provinsi Kota Jakarta berdasarkan diagnosis dokter prevalensi pada penderita stroke di umur >15 tahun sebanyak 12,25%. Jawa Tengah memiliki prevalensi stroke sekitar 96.902 orang (Riskesdas, 2018). Sehubungan dengan itu berdasarkan data statistik yang diperoleh dari data Rekam Medis RSUD Koja Jakarta Utara periode Maret 2022 sampai dengan Maret 2023 diketahui bahwa jumlah pasien rawat inap yang menderita Stroke Non Hemoragik sebanyak 127 orang atau

0,42% dari seluruh pasien yang dirawat di RSUD Koja yaitu berjumlah 29.938 orang pada periode tersebut.

Secara umum stroke dibagi menjadi dua yaitu Stroke iskemik (stroke non hemoragik) dan Stroke hemoragik. Stroke iskemik maupun stroke hemoragik merupakan penyakit yang sangat berbahaya dimana keduanya menyerang sistem saraf otak yang dapat menyebabkan kerusakan otak. Sedangkan otak adalah organ yang berperan penting dalam mengontrol semua fungsi tubuh manusia. Kerusakan otak dapat mempengaruhi fungsi motorik dan sensorik, fungsi kognitif dapat berupa penurunan daya ingat, cara berkomunikasi dan bahkan gangguan psikis dapat dialami oleh penderita stroke. Gangguan motorik ringan sampai berat dapat dirasakan oleh penderita stroke, jika penderita stroke terserang dibagian otak sebelah kanan maka yang akan mengalami hemiparase atau hemiplegia adalah sisi tubuh sebelah kiri, begitu juga sebaliknya, hal tersebut dikarenakan susunan saraf yang menyilang. Selain itu gejala yang ditemukan pada pasien penderita stroke berupa gangguan berbicara atau bicara pelo, gangguan penglihatan, gangguan menelan, gangguan berbicara dan penurunan daya ingat. Stroke dapat memperberat apabila adanya peningkatan tekanan intrakranial yang bisa menyebabkan menurunnya aliran darah serebral atau herniasi otak yang mengakibatkan kompresi dan iskemia batang otak, jika tidak segera diatasi akan menyebabkan kematian.

Upaya untuk mengatasi stroke dapat dilakukan melalui pendekatan asuhan keperawatan mulai dari promotif, preventif, kuratif sampai rehabilitatif. Seorang perawat dapat memberikan asuhan keperawatan

dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian untuk menentukan diagnosis keperawatan, kemudian perawat merencanakan tindakan keperawatan dan melaksanakan tindakan keperawatan sehingga dapat dievaluasi tingkat perkembangan pasien. Perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan sebagai bentuk promotif kepada pasien dan anggota keluarga pasien dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit Stroke sehingga terjadi perubahan pengetahuan dan perilaku kesehatan meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan. Sebagai upaya preventif, perawat dapat menjelaskan bagaimana cara melakukan pencegahan terhadap penyakit stroke misalnya menganjurkan diet rendah garam pada penderita hipertensi, menganjurkan untuk olahraga agar dapat melatih dan melenturkan otot-otot yang kaku sedangkan untuk orang yang sudah kena penyakit stroke perawat dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap komplikasinya. Sebagai upaya kuratif perawat dapat memberikan terapi maupun obat-obatan sebagai Tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan maupun dokter. Peran perawat sangat penting dalam proses penyembuhan pasien.. Upaya rehabilitatif yaitu dengan Latihan *Range Of Motion* (ROM) yang menjadi salah satu bentuk latihan sebagai proses rehabilitasi yang cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien stroke (Listiana, 2021).

Berdasarkan pembahasan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi di RSUD Kojak kota Jakarta Utara.

2. Tujuan Khusus

Penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam:

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan penyakit Stroke Non Hemoragik.
- b. Mampu menentukan masalah keperawatan pada pasien dengan penyakit 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 keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.
- g. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus
- h. Mampu mengidentifikasi faktor pendukung, faktor penghambat serta mencari solusi alternatif untuk memecahkan masalah.

C. Ruang Lingkup

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. K dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar 1102 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara” dari tanggal 15 Maret – 17 Maret 202 dengan proses asuhan keperawatan menggunakan tahapan proses asuhan keperawatan dari mulai pengkajian keperawatan, menentukan masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Deskriptif

Metode penulisan pada makalah ini penulis dapatkan melalui hasil wawancara, observasi, pengkajian fisik, data rekam medis pasien, dan catatan lain yang berkaitan dengan stroke. Metode pertama yaitu dengan wawancara ditahap pengkajian, dengan tujuan untuk memperoleh data subjektif seperti keluhan pasien, riwayat penyakit pasien, pola makan, gaya hidup dan diet bagi pasien. Stroke Non Hemoragik. Metode kedua yaitu observasi dengan mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data objektif seperti pasien tampak lemas, pasien tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitas tubuhnya, ekspresi meringis, dan lain-lain. Metode ketiga yaitu pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, tanda tanda vital, pemeriksaan 12 Nervus Kranial, dan pemeriksaan head to toe. Metode keempat yaitu mengumpulkan data dari rekam medis pasien. Metode kelima yaitu studi kepustakaan dengan mencari, membaca, dan mempelajari buku dan jurnal yang berhubungan dengan penyakit Stroke Non Hemoragik.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah terdiri dari lima BAB yaitu BAB I merupakan pendahuluan yang terdiri atas Latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II merupakan tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan), pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III merupakan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi RSUD Koja Jakarta Utara terdiri atas pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV merupakan pembahasan antara kasus yang ditemukan dan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB V merupakan penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke adalah gangguan fungsi otak (*deficit neurologic*) lokal maupun menyeluruh yang disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak akibat adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat bahkan kematian. Proses yang mendasari (infark atau perdarahan), mekanisme (misalnya emboli), etiologi yang mendasari (misalnya aterosklerosis), dan faktor risiko misalnya merokok (Iskandar, 2011). Sedangkan pandangan definisi stroke menurut *World Health Organization* (WHO) adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global), dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Munir, 2017).

B. Patofisiologi

Secara umum, stroke terbagi menjadi dua kelompok yaitu Stroke Hemoragik (perdarahan) dan Stroke Non Hemoragik (iskemik) atau infark karena sumbatan pembuluh darah otak.

Pada Stroke Non Hemoragik (iskemik), aliran darah ke otak terhenti akibat aterosklerosis atau penggumpalan darah yang menyumbat pembuluh darah melalui proses aterosklerotik. Pada Stroke Hemoragik, pembuluh darah pecah sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar menembus dan merusak suatu area otak. Stroke akut, baik iskemik maupun hemoragik merupakan kegawatdaruratan medis yang memerlukan penanganan segera karena dapat menyebabkan kecacatan permanen atau kematian (Iskandar, 2011).

Stroke iskemik dibagi menjadi stroke trombotik dan emboli. Stroke trombotik adalah stroke yang disebabkan oleh penyumbatan mendadak pembuluh darah yang memasok otak. Penyumbatan disebabkan oleh gumpalan darah yang terbentuk langsung di pembuluh darah yang mengalami kerusakan. Stroke embolik adalah jenis stroke iskemik yang disebabkan oleh gumpalan darah yang disebabkan adanya proses emboli. Emboli berlangsung cepat dan gejala muncul dalam waktu kurang dari 10 - 30 detik. Penyebab emboli dapat disebabkan oleh emboli di jantung, terutama dalam kasus berikut, fibrilasi atrium, penyakit jantung rematik: stenosis mitral, flora pasca infark miokard di katup jantung, bakteri atau ateroma di arteri karotis atau arkus aorta. setelah prosedur kardiovaskular invasif, misalnya kateterisasi, emboli lemak (fraktur tulang panjang), emboli udara (kasus dekompresi) (Munir, 2017). Stroke Hemoragik (perdarahan) meliputi Perdarahan Subarakhnoid (PSA) yaitu darah yang masuk ke selaput otak. Sedangkan Perdarahan Intracerebral (PIS) baik

perdarahan Intraparenkim atau intraventrikel. PIS yaitu darah yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

Klasifikasi Stroke Non Hemoragik berdasarkan penyebabnya menurut *The National Institute of Neurological Disorders Stroke Part III trial -NINDS III*, dibagi menjadi 4 golongan yaitu yang pertama adalah aterotrombotik yaitu adanya sumbatan pembuluh darah oleh kerak/plak dinding arteri, yang kedua karena kardioemboli yaitu sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung, yang ketiga adalah lakuner sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang dan yang keempat karena penyebab lain yaitu hal yang mengakibatkan terjadinya tekanan darah turun (hipotensi).

Penyebab stroke iskemik sesuai namanya iskemik berarti adanya penyumbatan pembuluh darah otak (stroke non perdarahan = infark). Otak akan berfungsi dengan baik jika aliran darah yang masuk ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan/sumbatan. Namun, jika oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel-sel darah dan plasma terhambat suatu bekuan darah atau terjadinya trombus pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan stroke iskemik akan terjadi yang mengakibatkan kematian jaringan otak yang disuplai. Terhambatnya aliran darah menuju ke otak dapat disebabkan oleh suatu thrombus atau emboli yang merupakan jenis penggumpalan darah dan pengerasan pembuluh darah yang disebut plak aterosklerotik akibat proses aterosklerosis, yaitu penumpukan lemak darah, kolesterol dan kalsium pada dinding pembuluh darah, disebut juga atheroma (Iskandar, 2011).

Menurut Kementrian Kesehatan RI (2018) faktor resiko terjadinya stroke dibagi menjadi 2 macam yaitu faktor resiko yang dapat diubah seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, dislipidemia, penyakit jantung, kurangnya aktifitas fisik, gaya hidup, diet tidak sehat, merokok, dan stress. Sementara untuk faktor resiko yang tidak dapat diubah adalah umur >55 tahun, jenis kelamin rata-rata sering terjadi pada laki-laki, genetika yaitu riwayat penyakit keturunan keluarga, dan ras tertentu. Menurut Kumar (2016) hipertensi menjadi salah satu faktor risiko utama terjadinya stroke, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniawati (2015) yang menyatakan bahwa pasien dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg berisiko 3,156 kali mengalami stroke iskemik berulang dibanding pasien dengan tekanan darah sistolik yang normal. Stroke hipertensi disebabkan oleh adanya perubahan patologis pada pembuluh darah serebral di jaringan otak. Hipertensi dapat merusak dinding pembuluh darah yang akan menyebabkan penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah otak (Junaidi, 2011). Selain itu, hipertensi menjadi penyebab terganggunya kemampuan autoregulasi pembuluh darah otak yang mengakibatkan aliran darah ke otak menyempit dibandingkan dengan orang yang tekanan darahnya normal (Gofir, 2021).

Umumnya, lansia diatas 55 tahun lebih sering terserang penyakit stroke dibandingkan usia dewasa muda dan anak-anak. Karena seiring bertambahnya usia, tekanan darah akan cenderung meningkat disebabkan terjadinya penurunan fungsi tubuh, pembuluh darah arteri pada lansia mengalami perubahan struktur menjadi lebih keras dan tidak elastis serta

pola hidup yang berubah. Stroke juga dapat menyerang dewasa usia muda dan anak-anak, walaupun usia lanjut lebih berisiko terserang stroke, tetapi stroke yang menyerang dewasa usia muda dan anak-anak lebih banyak disebabkan oleh perdarahan dan infark serebri. Selain itu, pada jenis kelamin, pria memiliki risiko terserang stroke lebih tinggi daripada wanita. Berdasarkan hasil penelitian Wicaksana (2017) pria memiliki riwayat kebiasaan merokok sedangkan pada subyek wanita tidak ditemukan riwayat kebiasaan merokok. Sedangkan pada riwayat keluarga menjadi faktor resiko yang tidak dapat diubah, karena jika terdapat salah satu anggota keluarga dengan riwayat stroke, maka risiko terserang stroke pada anggota lainnya akan lebih tinggi (Gofir, 2021).

Risiko yang dapat diubah pada dislipidemia adalah kelainan metabolisme lipid (lemak) ditandai dengan penurunan atau peningkatan fraksi lipid dalam darah. Kelainan fraksi lipid sering ditandai dengan adanya kenaikan kadar kolesterol total ($\geq 240\text{mg/dl}$), kolesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*) dengan jumlah *high* 160 - 180mg/dl, *very high* $\geq 190\text{mg/dl}$. Kemudian pada Trigliserida (menyimpan kalori dan energi dalam tubuh) dengan jumlah *high* 200 - 499mg/dl, *very high* $\geq 500\text{mg/dl}$, serta pada penurunan kolesterol HDL (*High Density Lipoprotein*) dengan jumlah lk $< 40\text{mg/dl}$, pr $< 50\text{mg/dl}$. Kadar kolesterol HDL rendah dapat meningkatkan risiko terjadinya pembekuan darah, jika kolesterol LDL berlebih dalam pembuluh darah akan menempel dan membentuk aterosklerosis yang menyebabkan penyempitan lumen pembuluh darah otak sehingga terjadi iskemia (Prasetyo & Garini, 2018). Faktor resiko terjadinya stroke

selanjutnya adalah merokok, merokok menjadi penyebab nyata pada kasus stroke. Hal ini sesuai dengan hasil survei penelitian Simbolon (2018) di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2015 bahwa terdapat 50 pasien terserang penyakit stroke dan setelah dilakukan wawancara dengan 10 orang penderita stroke mengatakan bahwa rokok menjadi faktor terkena stroke. Merokok dapat memicu terjadinya plak pada arteri, menurunkan kadar HDL dan meningkatkan trigliserida sehingga terjadinya penyakit jantung koroner.

Otak memproses dan mengendalikan segala isyarat dari rangsangan luar (perifer) tubuh melalui sel penerima rangsangan (sensori) dan organ-organ. Otak mengontrol gerakan sadar dan tidak sadar. Untuk dapat berfungsi dengan baik, otak membutuhkan oksigen sekitar 20% dan glukosa sebanyak 50% dari total energi tubuh serta pasokan darah selama 24 jam secara terus menerus, tanpa adanya hambatan dalam sedetikpun. Otak yang sehat berfungsi dengan baik sehingga membutuhkan pasokan 1liter darah per menitnya, yaitu sekitar 15% jumlah darah total yang dipompa oleh jantung. Otak tidak akan berfungsi dengan baik apabila suplai darah terhambat, dapat merusak otak secara permanen. Oleh sebab itu, otak memiliki mekanisme pengatur yaitu autoregulasi untuk menjaga aliran darah otak (serebri) selalu konstan sekitar 50 - 150 mmHg dari rata-rata tekanan darah arteri. Kadar gas darah dan pH didalam darah juga berperan penting mengatur aliran darah. Jika karbondioksida (CO_2) tinggi, pembuluh darah akan melebar untuk meningkatkan aliran darah ke otak, hal tersebut terjadi jika pH darah rendah (asam/asidosis). Namun, jika kadar CO_2 turun

maka pembuluh darah akan berkontraksi/menyempit, reaksi pH darah tinggi (basa/alkalosis) (Iskandar, 2011).

Apabila otak tidak mendapatkan suplai darah yang cukup maka terjadi iskemia. Iskemia serebri regional atau fokal jika yang terkena hanya sebagian dari otak. Iskemia global jika terjadi di seluruh bagian otak. Akibat adanya iskemia maka akan terjadi defisit neurologis (penurunan fungsi otak). Apabila terjadi hipoksia (kekurangan O₂ relatif) yang cukup lama maka sel-sel saraf tidak mampu menjalankan fungsi metabolisme yang penting dengan baik, yang mengakibatkan pembentukan energi dan regenerasi sel akan terhenti dan sel akan mati (nekrosis), kemudian akan menjadi sekumpulan sel jaringan dan neuron yang mati akan meluas terjadilah infark. Jika sudah terjadi infark maka jaringan serebral tersebut tidak dapat diperbaiki lagi (*irreversible*) (Iskandar, 2011).

Manifestasi klinis yang akan dialami oleh pasien stroke menurut LeMone (2016) gangguan sirkulasi arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemiplegia pada tungkai (korteks lobules parasentralis), perubahan apatis, ketidakmampuan mengenal objek dengan benar, dan perubahan kepribadian (lobus frontalis dan parietalis), dan inkontinensia urine. Gangguan sirkulasi arteri serebri medial menyebabkan broca, wernicke dan gangguan motorik dan sensorik pada wajah. Gangguan sirkulasi arteri serebri posterior menyebabkan hemianopsia homonim, gangguan daya ingat apabila adanya infark pada lobus temporalis medial. Agnosia visual (dapat melihat benda tetapi tidak dapat mengenali benda tersebut) dan prosopagnosia atau ketidakmampuan mengenal wajah

diakibatkan oleh infark pada korteks temporoksipitalis inferior (LeMone, 2016). Gangguan sirkulasi pada batang otak yaitu pada arteri vertebrobasilar menyebabkan gangguan nervus kranial seperti disatria, diplopia, gangguan menelan (disfagia), vertigo, gangguan serebral meliputi ataksia (gangguan keseimbangan), dan penurunan kesadaran (LeMone, 2016).

Manifestasi klinis yang muncul berdasarkan jenis-jenis stroke lainnya yaitu pada *Transient Ischemic Attack* (TIA) yaitu serangan stroke bersifat sementara dan berlangsung selama ≤ 24 jam. TIA disebabkan karena gangguan inflamasi arteri, anemia sel sabit, perubahan aterosklerosis pada arteri karotis dan serebral, thrombosis, serta emboli. Biasanya terjadi kebas kontralateral atau kelemahan tungkai, tangan, lengan bawah dan pusat mulut, afasia dan gangguan penglihatan buram serta fugaks amaurosis (kebutaan yang cepat pada satu mata). Tanda yang muncul pada *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND) adalah gejala neurologis yang akan menghilang selama >24 jam sampai dengan 21 hari. Kondisi RIND dan TIA mempunyai kesamaan, hanya saja RIND berlangsung maksimal 7 hari dan kemudian pulih kembali dalam jangka waktu 3 minggu serta tidak meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016). Selanjutnya tanda yang muncul pada Stroke embolik kardiogenik yang terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrial, trombi ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongesti, atau plak aterosklerosis masuk sistem sirkulasi dan menjadi tersumbat pada pembuluh darah serebral terlalu sempit untuk memungkinkan gerakan lebih lanjut. Pembuluh darah kemudian mengalami oklusi (Masriadi, 2016). Gejala yang muncul pada *progressing stroke* atau *stroke in evolution* adalah

kelainan atau *deficit neurologic* yang berlangsung secara bertahap dalam waktu 6 jam atau lebih, stroke jenis ini merupakan stroke dimana penentuan prognosisnya terberat dan sulit. Hal ini disebabkan kondisi pasien yang cenderung labil, berubah-ubah dan dapat mengarah ke kondisi yang lebih buruk (Masriadi, 2016). Kemudian gejala paling berat yang muncul pada *Completed Stroke* atau Stroke komplit adalah kelainan neurologis sudah lengkap, menetap dan tidak berkembang lagi, stroke ini akan meninggalkan gejala sisa (Masriadi, 2016).

Komplikasi yang khas pada penderita stroke yaitu defisit motorik, defisit sensoriperseptual, gangguan komunikasi, perubahan kognitif dan perubahan perilaku. Komplikasi tersebut bergantung pada derajat iskemia, nekrosis dan waktu terapi. Pasien stroke akan mengalami komplikasi sistem tubuh akibat dari defisit neurologis yang dialami. Pada sistem integumen, stroke dapat menyebabkan terjadinya luka dekubitus dikarenakan pasien penderita stroke mengalami keterbatasan dalam melakukan mobilisasi fisik. Pada sistem saraf, stroke dapat menyebabkan kejang, agnosia, gangguan komunikasi, gangguan penglihatan, perubahan perilaku, perubahan kognitif, kehilangan sensori, terjadinya peningkatan tekanan intrakranial (TIK) bahkan penurunan kesadaran. Pada sistem pernapasan, stroke dapat menyebabkan kerusakan pusat pernapasan, obstruksi jalan napas, penurunan kemampuan untuk batuk. Pada sistem pencernaan (gastrointestinal) dapat menyebabkan disfagia dan kontipasi. Pada sistem perkemihan, stroke dapat menyebabkan inkontinensia dan retensi urin dikarenakan kerusakan langsung pada lobus frontal atau pons yang mengatur kontrol mikturisi,

kelemahan kontraksi otot detrusor atau gangguan fungsional yang menghambat akses. Pada sistem muskuloskeletal, stroke dapat menyebabkan hemiplegia, hemiparesis, kontraktur, disatria, atrofi disus, dan ankilosis tubuh (LeMone, 2016).

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

a. Terapi Fibrinolitik

Setelah melakukan skrining CT-scan atau MRI non kontras untuk menentukan pasien tidak mengalami stroke hemoragik, maka tahap selanjutnya dapat diberikan terapi fibrinolitik. Aktivator plasminogen jaringan rekombinan (tPA) digunakan untuk menghasilkan fibrinolisis lokal dengan mengikat fibrin dalam trombus, biasanya diberikan sebagai penanganan pada stroke iskemik. Obat ini dapat mengubah plasminogen menjadi plasmin yang kemudian menyebabkan fibrinolisis bekuan. Pemberian melalui intravena dapat membangun kembali aliran darah melalui arteri yang tersumbat, dan mencegah kematian sel pada pasien dengan stroke iskemik. Terapi fibrinolitik harus diberikan dalam waktu 3 - 4,5 jam setelah timbul tanda-tanda stroke iskemik (Harding, 2023). Selama pemberian tPA melalui intravena harus terpantau secara ketat tanda-tanda vital dan status neurologis untuk menilai perbaikan atau potensi terjadinya perburukkan terkait dengan perdarahan intraserebral, kontrol tekanan darah, tekanan darah sistol harus

dibawah 185 mmHg selama pengobatan tPA dan selama 24 jam selanjutnya (Harding, 2023).

b. Terapi Antikoagulan

Penggunaan antikoagulan pada fase darurat setelah stroke iskemik terjadi tidak dianjurkan karena berisiko terjadi perdarahan intrakranial, contohnya heparin dan wafarin. Aspirin dengan kepadatan lebih tinggi dapat diberikan dalam 24 jam hingga 48 jam setelah serangan stroke iskemik. Hati-hati dalam pemberian aspirin bila pasien memiliki riwayat penyakit ulkus peptikum. Setelah kondisi pasien stabil sebagai pencegahan pembekuan darah lebih lanjut pada pasien stroke yang disebabkan oleh trombus dan emboli barulah dapat diobati dengan antikoagulan dan penghambat trombosit. Pasien dengan kondisi fibrasi atrium dapat diberikan pilihan antikoagulan oral meliputi warfarin dan penghambat langsung faktor Xa misalnya rivaroxaban (xarelto), dabigatran (pradaxa), apizaban (iliquis) (Harding, 2023).

c. Terapi Antiplatelet

Pasien yang mengalami TIA dan pasien yang pernah mengalami stroke sebelumnya dapat diberikan terapi antiplatelet. Terapi antiplatelet digunakan untuk mencegah terjadinya pembekuan darah dan oklusi pembuluh darah. Obat antiplatelet diantaranya adalah Clopidogrel (plavix), dipyridamol (persantin), tiklopidin (ticlid). Ticlopidine adalah inhibitor agregasi trombosit yang telah

menunjukkan pengurangan dalam resiko stroke thrombosis (LeMone, 2016).

d. Terapi antihipertensi

Terapi antihipertensi bertujuan untuk mengendalikan tekanan darah pasien. Contoh obat adalah Captopril, Amlodipin, Lisinopril, Candesartan, Nicardipin (LeMone, 2016).

e. Terapi antidislipidemia

Terapi ini diberikan pada penderita stroke dengan kadar kolesterol tinggi didalam darah. Contoh Simvastatin dan Atorvastatin (LeMone, 2016).

f. Terapi antidiabetes

Terapi ini diberikan sebagai terapi penyerta apabila pasien mengalami stroke dengan diabetes melitus. Obat ini diberikan sesuai dengan indikasi yang telah diberikan oleh dokter. Contoh Metformin dan Akarbose (LeMone, 2016).

2. Pembedahan

Stent Retriever adalah pembedahan yang digunakan pada kasus stroke iskemik dengan cara membuka arteri yang tersumbat di otak dengan menggunakan sistem stent yang dapat dilepas. Selama prosedurnya menggunakan kateter untuk mengarahkan stent kecil dari arteri femoral atau radial ke bagian arteri dimana adanya pembekuan darah yang terbentuk. *Stent* berfungsi melebarkan dinding bagian dalam arteri dan memudahkan darah segera sampai ke otak pasien untuk mencegah kerusakan otak yang lebih parah. Stroke iskemik lebih sering

disebabkan oleh lesi aterosklerotik pada percabangan arteri karotis (Biller, 2021).

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah upaya yang dilakukan oleh perawat untuk mendapatkan informasi permasalahan yang dialami oleh pasien secara menyeluruh, sistematis, berkesinambungan, akurat dan singkat. Tahapan ini dapat menentukan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian harus sesuai dengan pasien berdasarkan fakta dan kondisi pasien. Menurut Munir (2017) dan Iskandar (2011). Pengkajian pada pasien stroke meliputi:

1. Identitas pasien

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

2. Keluhan utama

Kelemahan pada anggota gerak sebelah, nyeri kepala, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke berlangsung sangat mendadak dan tanpa disadari, gejala yang sering muncul biasanya merasas sakit kepala, kelumpuhan atau kelemahan mendadak separuh atau seluruh badan, mual, muntah bahkan kejang, gangguan fungsi otak dan adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu berdasarkan data subjektif dan objektif pasien apakah pasien pernah memiliki riwayat penyakit sebelumnya, seperti riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, riwayat trauma kepala, obesitas, dan riwayat penyakit stroke sebelumnya meliputi kapan manifestasi mulai muncul, parahnya manifestasi dan faktor resiko (merokok, Hiperlipidemia, penggunaan obat-obat terlarang, konsumsi alkohol. Kaji pemakaian obat-obatan yang sering digunakan, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Pengkajian riwayat ini menjadi data pendukung riwayat penyakit sekarang yang dialami oleh pasien.

5. Riwayat penyakit keluarga

Kaji apakah ada keluarga pasien yang menderita penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit jantung lainnya yang merupakan faktor risiko terjadinya stroke.

6. Kesadaran

a. Tingkat kesadaran secara kualitatif

Compos mentis yaitu keadaan dimana pasien sadar dan mempunyai orientasi penuh dengan jumlah GCS (14 - 15). Apatis keadaan pasien sadar namun tampak acuh tak acuh dengan jumlah GCS (12 - 13). Somnolen pasien tampak mengantuk, tidak tahan untuk membuka mata, dan apabila dibangunkan akan tertidur kembali dengan jumlah GCS (10 - 11). Delirium penurunan kesadaran disertai dengan peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti pasien tampak

gelisah dan gaduh dengan jumlah GCS (7 - 9). Sopor koma keadaan seperti tertidur lelap, namun tetap ada respon terhadap nyeri dengan jumlah GCS (4 - 6). Koma hilangnya kesadaran secara total dengan jumlah GCS (3).

b. Tingkat kesadaran secara kuantitatif dengan menggunakan Glasgow Coma Scale

1) Respon membuka mata (*eye*)

Pasien membuka mata secara spontan (4), membuka mata dengan perintah (3), dengan rangsangan nyeri (2), tidak merespon sama sekali (1).

2) Respon berbicara (*verbal*)

Pasien dengan orientasi penuh dan dapat menjawab dengan tepat (5), pasien dapat mengucapkan kalimat tetapi bingung (4), pasien hanya dapat menyebutkan kata (3), hanya mengeran atau tidak dapat dimengerti (2), tidak merespon sama sekali (1).

3) Respon pergerakan (*motoric*)

Pasien dapat melakukan gerakan yang di perintahkan (6), pasien tidak dapat melakukan perintah dan bisa melokalisasi nyeri saat diberikan rangsangan nyeri (5), saat diberi rangsangan nyeri, pasien menarik area yang nyeri (4), saat diberi rangsangan nyeri pasien fleksi abnormal/postur dekortikasi (3), saat diberi rangsangan nyeri pasien ekstensi abnormal/deserebrasi (2), tidak merespon sama sekali (1).

7. Pemeriksaan fisik

a. Tanda-tanda vital

Meliputi tekanan darah pada pasien yang memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan sistol $>$ dan diastole $>$ 80 mmHg. Nadi pasien biasa teraba normal, ditemukan gangguan pada jalan napas dengan pasien yang mengalami penurunan kesadaran

b. Rambut

Kebersihan rambut dan kulit kepala biasanya tidak di temukan masalah

c. Mata

Biasanya tidak ditemukan adanya ikterik, konjungtiva ananemis, pupil anisokor. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) luas pandang baik 90 derajat, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotorius) biasanya diameter pupil 2 mm di kedua mata, palpebra dan refleks kedip dapat dinilai jika pasien dapat membuka mata. Abnormalnya pupil bila $<$ 2 mm dan $>$ 4 mm, atau adanya perbedaan di kedua buah bola mata. Pada pengkajian nervus IV (troklearis) biasanya pasien dapat mengikuti arahan tangan perawat ke atas atau ke bawah. Dikatakan abnormal bila pasien tidak dapat mengikuti gerakan tangan perawat. Nervus VI (abduksen) biasanya hasil pasien dapat mengikuti arah tangan perawat saat digerakkan ke kanan dan ke kiri, dikatakan abnormal bila pasien tidak dapat membedakan arah tangan ke kanan atau ke kiri.

d. Hidung

Simetris kiri kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang oksigen. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan oleh perawat, abnormalnya jika pasien memiliki gangguan penciuman dibuktikan dengan tidak mampu menyebutkan bau yang diberikan, bisa saja karena 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 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 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 tampak miring sebelah dan tidak simetris, pasien tidak mampu menyebutkan rasa. Kemudian pada pemeriksaan nervus IX (glosafaringeal) akan ditemukan ovula yang terangkat tidak simetris, cenderung ke sisi tubuh yang mengalami kelemahan. Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglosus) normalnya pasien mampu untuk menjulurkan lidah saat diminta oleh perawat namun pada keadaan abnormal pasien tidak mampu menjulurkan lidah, bahkan lidah mengalami laterasi.

f. Telinga

Daun telinga biasanya tampak normal, pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) pasien mampu mendengar dengan baik saat tes dengan garpu tala, pasien dapat menyebutkan kembali kata yang dibisikkan oleh perawat. Pada keadaan abnormal biasanya pasien akan mengalami penurunan pendengaran.

g. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) normalnya tidak mengalami gangguan menelan sebaliknya pada keadaan abnormal maka pasien akan mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan rangsangan meningeal biasanya ditemukan kaku kuduk dan brudzensky. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) pasien diminta untuk mengangkat bahu dengan di beri tahanan abnormal bila pasien mengalami kesulitan dalam mengangkat bahunya bahkan tanpa diberi tahanan. Periksa pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

h. Dada

Saat dilakukan inspeksi paru kiri dan kanan didapatkan hasil yang simetris, saat dipalpasi vokal fremitus sama antara yang kanan dengan kiri, perkusi suara sonor, auskultasi adanya bunyi 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 hasil vesikuler.

i. Abdomen

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

j. Ekstremitas

(1) Atas

Kaji terpasang infus bagian dextra atau sinistra. Periksa *Capillary Refill Time* (CRT) normalnya yaitu <2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) biasanya pada pasien stroke mengalami kelemahan pada bahu, tidak dapat melawan tahanan yang diberikan perawat pada bahu. Pada pemeriksaan refleks saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (refleks bicep (-)). Pada pemeriksaan reflek Hoffman tromner jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromner (+)).

(2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek brudzensky I kaki kiri pasien fleksi (brudzensky (+)). Pada saat telapak kaki digoreskan biasanya jari tidak mengembang (brudzensky (+)). Pada saat dorsal pedis digores jari kaki juga tidak merespon (reflek caddok (+)). Pada reflek patella biasanya femur tidak ada respon saat diketuk (reflek patella (+)).

8. Pemeriksaan fisik sistem neurologis

a. 12 saraf kranial

1) Nervus I olfaktorius

Pada tes ini digunakan untuk mengetahui fungsi penciuman. Pemeriksaan dilakukan dengan cara meminta pasien untuk memejamkan mata, kemudian tutup salah satu lubang hidung pasien (pastikan pasien sedang tidak dalam kondisi flu atau adanya sekret di hidung), dekatkan bau-bauan yang mudah dikenal seperti kopi, sabun, teh dan sebagainya, minta pasien menyebutkan jenis bau-bauan tersebut, lakukan hal yang sama pada bagian hidung satunya dan bandingkan penciuman bagian kiri dan kanan.

2) Nervus II (optikus)

Pada tes ini digunakan untuk mengetahui fungsi penglihatan (aktivitas visual dan lapang pandang). Pemeriksaan dilakukan dengan cara tutup salah satu mata pasien, perawat berada pada jarak 6m di depan pasien, kemudian pasien diminta untuk menyebutkan jumlah jari perawat. Pemeriksaan selanjutnya pasien menutup mata kirinya, sementara pemeriksaan disebelah kanan, pemeriksa memegang pena warna cerah dan menggerakkan perlahan objek tersebut dari depan hidung pemeriksa sampai menjauh ke luar.

3) Nervus III, IV dan VI (okulomotorius, trochlear, dan abduksen)

Pada tes nervus III dilakukan dengan cara menyorotkan *penlight* ke tiap pupil pasien dari sisi luar mata sampai ke pupil, lakukan satu

persatu pada kedua mata. Perhatikan respons pupil terhadap cahaya, normalnya diameter pupil kanan kiri sama 2mm dan respon pupil akan mengecil jika diberi cahaya. Pada tes nervus IV perawat berada di depan pasien, kemudian minta pasien untuk mengikuti arah gerakan jari perawat dari jarak 30cm di depan hidung pasien menuju kesamping kanan kiri atas dan bawah, perhatikan pergerakan bola mata pasien. Kemudian mata pasien tetap melihat lurus, minta pasien untuk menggerakkan bola mata ke posisi 6 kardinal yaitu medial superior, lateral inferior, lateral dan media dan daya akomodasi, mengamati adanya strabismus dan *nygtagmus* atau tidak.

4) Nervus V Trigemini

Pada tes nervus V digunakan untuk mengetahui fungsi sensasi dan pergerakan di wajah. Pemeriksaan dilakukan dengan cara usap kapas pada kelopak mata atas dan bawah, perhatikan jika ada refleks kornea langsung maka gerakan mencedip ipsilateral sedangkan jika ada refleks kornea konsensual maka gerakan mencedip kontralateral. Tes selanjutnya minta pasien untuk menutup mata dan usapkan kapas pada maxilla dan mandibula, perhatikan apakah pasien merasakan adanya sentuhan, minta pasien untuk menyebutkan sentuhan terasa kasar atau halus. Lakukan pemeriksaan fungsi motoric dengan cara meminta pasien mengunyah sementara perawat melakukan palpasi pada otot temporal dan masseter apakah ada kontraksi atau tidak.

5) Nervus VII fasialis

Pada tes ini digunakan untuk mengetahui fungsi otot wajah, pengecapan, dan pergerakan wajah. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara meminta pasien untuk menutup mata dan menjulurkan lidah, kemudian berikan perasa asin, manis, pahit, asam, minta pasien menyatakan sensasinya. Tes selanjutnya dengan meminta pasien mengangkat alisnya, mengerutkan dahi, mengembungkan pipi, tersenyum, menyeringai, bersiul dan meminta pasien untuk menutup mata dengan kuat, pemeriksa berusaha membukanya. Amati ketidaksimetrisan respon indikasi kelumpuhan saraf fasialis.

6) Nervus VIII akustikus

Pada tes ini digunakan untuk mengetahui fungsi pendengaran dan keseimbangan. Pemeriksaan koklear dilakukan dengan cara perawat membisikkan di telinga pasien, dan meminta pasien mengulangi kata yang dibisikkan oleh perawat. Atau periksa tes koklear dengan tes rinne, tes weber, dan tes swabbach menggunakan garpu tala. Pemeriksaan vestibulator dengan cara meminta pasien berjalan lurus, amati apakah pasien seimbang atau tidak. Meminta pasien berdiri tegak dengan mata tertutup, amati apakah pasien terhuyung-huyung atau seperti mau jatuh.

7) Nervus IX dan X glossofaringeal dan vagus

Pada tes ini digunakan untuk mengetahui fungsi menelan, bersuara dan refleks muntah. Pemeriksaan dilakukan dengan cara meminta

pasien membuka mulut lebar-lebar dengan mengatakan “aaaa”, amati letak ovula apakah simetris pada garis tengah mulut atau deviasi. Sentuh bagian sepertiga superior lidah, palatum dengan sudip lidah, amati refleks muntah. Kemudian minta pasien untuk minum air dan menelan, amati respon menelan apakah ada batuk atau tersedak saat menelan.

8) Nervus XI aksesorius

Pada tes ini digunakan untuk mengetahui fungsi pergerakan leher dan bahu. Meminta pasien untuk menoleh ke samping sambil menahan tahanan perhatikan apakah sternocleidomastodeus dapat terlihat atau apakah terjadi tropi, kemudian palpasi kekuatannya. Pemeriksaan selanjutnya minta pasien mengangkat bahu sementara perawat memberi tahanan.

9) Nervus XII hipoglossus

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

b. Menilai kekuatan otot

Bila dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal mendapat nilai 5. Bila bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang mendapat nilai 4. Bila bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa

mendapat nilai 3. Bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi mendapat nilai 2. Apabila tidak ada gerakan pada sendi tetapi terlihat kontraksi tetap mendapat nilai 1. Apabila lumpuh total dan tidak didapatkan sedikitpun kontraksi otot mendapat nilai 0.

c. Pemeriksaan refleks fisiologis

1) Refleks patella

Pasien berbaring terlentang lutut diangkat ke atas fleksi kurang lebih 30 derajat, pukul tendon patella dengan reflex hammer respons berupa kontraksi otot guardisep femoris yaitu ekstensi dari lutut.

2) Refleks bisep

Fleksikan lengan terhadap siku dengan sudut 90 derajat supinasi, jari pemeriksa diatas tendon bisep, kemduain dengan tangan lainnya jari pemeriksa yang berada diatas 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 di semifleksikan, lalu tendon triseps dipukul dengan *reflex hammer* pada jarak 1 - 2cm 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 achiles

Tempatkan kaki pada posisi dorsofleksi, kaki diletakkan disilangkan di atas tungkai bawah kontralateral. Lalu pukul tendon achiles dengan *reflex hammer*. Respons dikatakan normal jika terjadi gerakan plantar fleksi kaki.

d. Pemeriksaan refleks patologis

1) Tes *Babinski*

Tes dilakukan dengan menggoreskan bagian lateral telapak kaki dari tumit sampai ke arah jari kelingking, kemudian ke arah ibu jari. Respons Babinski timbul bila ibu jari kaki yang diperiksa melakukan dorsofleksi dan jari-jari lainnya menyebar.

2) Tes chaddock

Tes dilakukan dengan cara menggores bagian lateral maleolus. Dikatakan positif bila ada gerakan dorsoekstensi dari ibu jari dan gerakan abduksi dari jari-jari lainnya.

3) Tes Gordon

Tes dilakukan dengan cara meremas atau memencet otot-otot betis, jika positif ibu jari kaki yang diperiksa akan melakukan dorsofleksi dan jari-jari lainnya menyebar.

4) Tes Oppenheim

Tes dilakukan dengan mengurut kuat tibia dan otot tibialis anterior dengan arah dari lutut ke bawah ibu jari kaki yang diperiksa akan melakukan dorsofleksi dan jari-jari lainnya menyebar.

5) Refleks tromner

Tes ini dilakukan dengan cara melakukan dorsofleksi pada jari tengah pasien, kemudian melakukan pencolekan pada jari tengah pasien. Dikatakan positif jika adanya fleksi jari telunjuk dan ibu jari serta jari-jari lainnya,

6) Refleks Hoffman

Tes ini dilakukan dengan menggores kuku tengah pasien. Jika positif akan muncul fleksi sejenak ibu jari, jari telunjuk dan jari lainnya setiap kuku jari tengah pasien digores

e. Rangsangan meningeal

1) Kaku kuduk

Dilakukan dengan cara posisi pasien terlentang, perawat menekuk leher pasien. Bila terdapat tahanan sehingga dagu tidak bisa menempel pada dada maka kaku kuduk dikatakan positif.

2) Tanda brudzunsky I

Dilakukan dengan cara posisi pasien terlentang, 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 kedua tungkai pasien maka tanda brudzunsky I positif

3) Tanda brudzunsky II

Dilakukan dengan cara posisi pasien terlentang, kemudian fleksi satu tungkai pada sendi lutut secara pasif melakukan fleksi maksimal

pada persendian panggul sedangkan tungkai satunya berada dalam posisi lurus. Positif bila fleksi diikuti oleh fleksi pada tungkai lainnya pada sendi panggul dan lutut. Lakukan pemeriksaan kedua tungkai pasien.

4) Tanda *kernig*

Dilakukan dengan cara pasien dalam posisi terlentang. Perawat memfleksikan tungkai bawah pada sendi panggul hingga 90 derajat atau tegak lurus. Ekstensikan tungkai bawah pada sendi lutut. Dikatakan positif apabila terdapat hambatan dan keluhan nyeri.

E. **Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan salah satu penilaian klinis tentang proses kehidupan yang dialami oleh 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 adalah tujuan dari adanya diagnosis keperawatan. Menurut Koerniawan (2020) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnose 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 (D.0017).
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan otot (D. 0054).

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler (D. 0119).
4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular dan gangguan saraf kranials (D.0063)
5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi (D.0040)
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan (D.0109)
7. Risiko konstipasi dibuktikan dengan faktor risiko penurunan motilitas gastrointestinal (D.0052)
8. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan faktor resiko penurunan mobilitas (D.0139).

F. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk yang mana pengetahuan dan penilaian klinis menjadi dasar bagi perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Berikut ini adalah intervensi keperawatan yang dapat dirumuskan menurut Koerniawan (2020), Sekunda (2020), dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018) dan kriteria hasil Sekunda (2020), Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019), dan Dongeos. (2014) untuk memberikan tindakan keperawatan pada klien dengan gangguan Stroke Non Hemoragik.

1. **Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aneurisma serebri, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, hiperkolesteronemia dan hipertensi ditandai dengan keluhan sakit kepala, penurunan tingkat kesadaran, refleks saraf menurun, peningkatan tekanan darah**

Defisini: 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 pasien di rawat di ruang kritis untuk memantau TIK.

- b) Memonitor 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 okulomotorius yang berguna untuk menentukan apakah batang otak masih baik, ukuran dan kesetaraan pupil dan respons terhadap cahaya ditentukan saraf kranial optikus dan *oculomotor*.

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 darah

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

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, penurunan kekuatan otot ditandai dengan penurunan kekuatan otot, pergerakan ekstremitas terbatas, nyeri, kekakuan sendi, kelemahan fisik.

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 pemulihan, membantu melakukan pemilihan intervensi karena Teknik yang berbeda digunakan untuk jenis paralisis yang berbeda

b) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu

Rasional: mengurangi risiko cedera dengan mengurangi 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.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, dan gangguan neuromuskuler ditandai dengan afasia, disfasia, apraksia, pelo.

Definisi: penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan atau menggunakan sistem *symbol*

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

Kriteria Hasil: kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, disatria menurun, pelo 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 dihargai.

4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular dan gangguan saraf kranials ditandai dengan reflek menelan menurun, frekuensi tersedak saat menelan, batuk, ketidakmampuan mempertahankan makanan dimulut.

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

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

Kriteria Hasil: mempertahankan makanan di mulut meningkat, refleksi 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 semi *fowler* (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 stress dan dapat meningkatkan risiko aspirasi

5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi ditandai dengan distensi kandung kemih, penurunan sensasi berkemih, penurunan volume urine, nocturia

Definisi: disfungsi eliminasi urine

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka 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 (frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

Rasional: pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih

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 urine keluar dari kandung kemih

6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan

Definisi: tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

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 dan meningkatkan pemulihan

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

Rasional: membantu dalam pemilihan dan pengembangan rencana keperawatan

- d. Sediakan peralatan mandi (sabun, sampo, sikat gigi)

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

7. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan dibuktikan dengan faktor resiko penurunan mobilitas ditandai dengan penurunan elastisitas kulit, kerusakan lapisan kulit, adanya nyeri, kemerahan, hematoma.

Definisi: berisiko mengalami kerusakan kulit atau jaringan

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan 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 tiap 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 sensitive

Rasional: meningkatkan kenyamanan, mempertahankan integritas kulit

8. Risiko konstipasi berhubungan dengan faktor risiko berkurangnya peristaltic usus akibat tirah baring

Defisini: berisiko mengalami penurunan frekuensi normal defekasi disertai kesulitan dan pengeluaran feses tidak lengkap

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam 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 peristaltic usus membaik

Intervensi:

a. Identifikasi faktor risiko konstipasi

Rasional: gangguan persarafan dapat menyebabkan gangguan ataupun kelumpuhan usus dan distensi usus

b. Monitor tanda dan gejala konstipasi

Rasional: untuk memudahkan intervensi dini di perlukan untuk mengobati konstipasi, mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut

c. Monitor buang air besar

Rasional: penilaian buang air besar membantu mengidentifikasi derajat gangguan atau disfungsi

d. Jelaskan penyebab dan risiko konstipasi

Rasional: memberi gambaran tentang penyebab dan risiko konstipasi

e. Anjurkan konsumsi makanan berserat

Rasional: serat yang cukup akan mengoptimalkan pengelolaan usus

G. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi adalah fase dimana perawat melakukan tindakan dari intervensi keperawatan yang telah dibuat. Implementasi merupakan tindakan yang dilakukan perawat kemudian mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan yaitu pengkajian, diagnosis, dan perencanaan menjadi dasar untuk tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Tindakan dapat dilakukan secara mandiri berdasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan tindakan yang dilakukan secara kolaborasi berdasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter, ahli gizi, apoteker, dan petugas kesehatan lainnya (Berman, 2022).

Dalam pelaksanaan terdapat 3 jenis implementasi keperawatan yaitu:

1. Independen

Tindakan keperawatan yang diprakarsai sendiri atau mandiri yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan sesuai diagnosa keperawatan. Tindakan tersebut dilakukan oleh perawat yang mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalaman. Misalnya membantu dalam memenuhi *Activity Daily Living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasif yang dipergunakan pasien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.

2. Dependen

Tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain. Tindakan ini berhubungan dengan pelaksanaan tindakan medis, biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau perawat kepala kepada pelaksana. Seperti ahli gizi, *physiotherapies*, psikologi, dan sebagainya. Misalnya dalam hal ini pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai anjuran dari bagian fisioterapi.

3. Interdependen

Tindakan keperawatan atas dasar kerja sama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal

pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, *Naso Gastro Tube* (NGT), dan lain-lain, keterkaitan dalam tindakan kerja sama ini misalnya dalam pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis dan efek samping merupakan tanggung jawab dokter, tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, dan ketepatan pasien, serta respon pasien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

H. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima dari proses keperawatan, dimana pada tahap ini perawat menilai tindakan yang telah dilakukan untuk menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian hasil dan efektivitas rencana asuhan keperawatan dan memungkinkan perawat untuk memperbaiki kekurangan serta memodifikasi rencana keperawatan sesuai dengan kebutuhan (Berman, 2022).

Evaluasi ada 2 jenis yaitu:

1. Evaluasi proses

Menilai jalannya pelaksanaan proses keperawatan sesuai dengan situasi, kondisi dan kebutuhan klien. Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.

2. Evaluasi hasil

Menilai hasil asuhan keperawatan yang diperlihatkan dengan perubahan tingkah laku klien. Evaluasi ini dilaksanakan pada akhir tindakan secara paripurna.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada BAB III ini penulis akan membahas hasil pengkajian yang didapatkan penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien Tn.K dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi Kamar 1102 RSUD Koja Kota Jakarta Utara dari tanggal 15 Maret 2023 – 17 Maret 2023.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn.K berusia 65 tahun, jenis kelamin Laki-laki, beragama Islam, status sudah menikah, pendidikan terakhir SMP, Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, Suku bangsa Sunda, pekerjaan buruh, alamat tempat tinggal Jl. Mandiri IV RT 10/09 Koja Jakarta Utara, sumber biaya yang digunakan adalah BPJS kelas 2, sumber informasi berasal dari pasien dan keluarga pasien, pasien masuk pada tanggal 13 Maret 2023 di Ruang Neurologi dengan nomer register 00124360 diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

2. Resume

Pasien datang pertama kali ke IGD RSUD Koja diantar oleh istrinya pada tanggal 13 Maret 2023 pukul 09.10 WIB dengan keluhan tangan dan kaki sebelah kanan mendadak terasa lemas, kaku tidak bisa digerakan, terasa nyeri ketika digerakkan dan tidak bisa berjalan ± 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien mengatakan kadang merasa sesak, pasien tampak lemas, bicara pelo, pasien tidak bisa menggerakkan esktremitas dekstra atas dan bawah secara total, pasien mengeluh sering migrain, aktifitas pasien tampak dibantu oleh keluarga. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat sebelumnya karena stroke. Pasien mengatakan sudah merokok sejak 32 tahun yang lalu, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, GERD dan stroke. Dari hasil pengkajian, Kesadaran sedang TTV; TD: 180/92 mmHg, N: 102x/mnt, RR: 24x/mnt, S: 36,6°C, SpO2: 98%. Bunyi napas Wheezing, GCS E4M6V5.

Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan pertukaran gas, risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, risiko penurunan curah jantung, risiko jatuh dan defisit pengetahuan tentang penyakit stroke. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu memantau TTV, mengkaji keadaan umum pasien, mengkaji kekuatan tonus otot pasien, membantu Activity Daily Living (ADL) pasien, memberikan posisi nyaman (semi fowler), memantau saturasi O2, memantau pola napas, melakukan ROM, dan memantau adanya peningkatan TIK. Sedangkan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan untuk masalah diatas yaitu memasang infus RL 12tpm/24jam,

memberikan terapi obat oral Clopidogrel 1x75mg, Citicoline 2x500mg, Mecobalamin 2x500mg, Miniaspi 1x800mg, memberikan terapi obat intravena Ranitidine 2x1 dan menganjurkan untuk diit rendah garam. Tindakan edukasi mandiri yang sudah dilakukan adalah memberikan pendidikan kesehatan dan mendemonstrasikan Gerakan ROM kepada pasien dan keluarga.

3. Riwayat Keperawatan

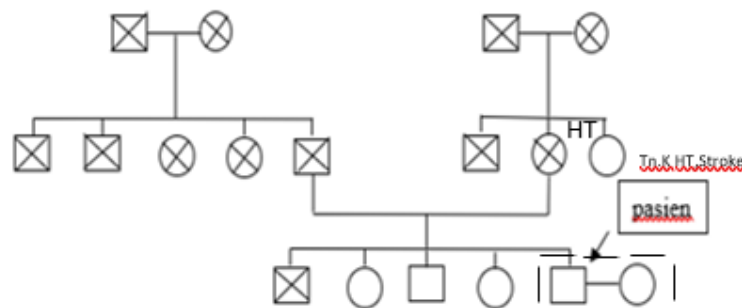
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien mengatakan kaki kanan atas dan bawah, mendadak tidak bisa digerakkan sehingga pasien tidak bisa berjalan $\pm$ 1 hari, keluhan sesak napas hilang timbul. Upaya mengatasinya pasien dibawa oleh keluarganya ke IGD RSUD Koja Jakarta Utara.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat hipertensi dan GERD. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di RSUD Koja $\pm$ 1 bulan yang lalu dengan stroke. Pasien memiliki riwayat pemakaian obat Amlodipine 10mg, pasien tidak mempunyai riwayat alergi obat atau alergi makanan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:

: Laki-laki



: Perempuan



: Sudah Meninggal



: Pasien



- d. Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor risiko

Keluarga pasien mengatakan ibu pasien memiliki riwayat hipertensi.

- e. Riwayat Psikologis dan Spiritual

Pasien sudah menikah merupakan pernikahan pertama dan tinggal bersama istri, orang terdekat pasien saat ini adalah istrinya, pengambilan keputusan saat ini dilakukan oleh istri, pola komunikasi dua arah, pasien sering mengikuti kegiatan masyarakat yaitu kerja bakti.

Dampak penyakit pasien terhadap keluarga merasa cemas dengan kondisi penyakit pasien saat ini, keluarga mengkhawatirkan biaya rumah sakit dan biaya kehidupan sehari-hari karena pasien merupakan tulang punggung keluarga, dan selama ini hanya pasien yang bekerja mencari nafkah. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya karena pasien tidak mampu berjalan, pasien dianjurkan tirah baring, ADL dibantu oleh istri. Mekanisme koping terhadap stress adalah dengan cara pemecahan masalah, tidur, dan mencari pertolongan.

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya dan dapat beraktivitas dan bekerja seperti sedia kala. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien tidak mampu berjalan karna adanya kelemahan pada esktremitas bawah, pasien hanya mampu baring ditempat tidur. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan pasien, aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah ibadah sholat berjamaah di masjid dan pengajian. Lingkungan rumah pasien padat penduduk.

f. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: pasien makan 3x/hari, 1 porsi habis, nafsu makan pasien baik, pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, tidak ada pantangan makanan, tidak ada diit makanan, tidak ada penggunaan obat sebelum makan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu seperti *Naso Gastric Tube* (NGT) atau *Oral Gastro Tube* (OGT).

Setelah sakit: pasien makan 3x/hari, 1 porsi habis, nafsu makan pasien baik, pasien memiliki makanan pantangan yaitu makanan tinggi garam/makanan asin, diit yang harus dijalani adalah diit rendah garam. Tidak ada penggunaan obat sebelum makan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu seperti *Naso Gastric Tube* (NGT) atau *Oral Gastro Tube* (OGT).

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: BAK $\pm 5x$, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam BAK, tidak menggunakan alat bantu seperti kateter urine. BAB lancar dan tidak ada masalah. Bentuk feses lunak dan padat, warna feses kuning kecoklatan, tidak ada keluhan BAB. Tidak ada penggunaan laxative

Setelah sakit: jumlah urine $\pm 500cc$, warna urine kuning jernih, pasien terpasang kateter urine. BAB lancar, bentuk feses lunak dan padat, warna feses kuning kecoklatan, tidak ada masalah dan keluhan BAB. Tidak ada penggunaan laxative.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: Pasien mandi 2x/hari di pagi dan sore hari dengan menggunakan sabun. Pasien gosok gigi 2x/hari dan pasien keramas 4x/minggu dengan menggunakan shampoo. Pasien melakukan *personal hygiene* secara mandiri dan tidak menggunakan alat bantu.

Setelah sakit: pasien dibantu oleh istrinya seperti mandi, gosok gigi dan keramas.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: pasien tidur siang selama 2jam/hari dan tidur malam selama 8jam/hari. Tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

Setelah sakit: pasien tidur siang selama 4jam/hari dan tidur malam selama 10jam. Kebiasaan sebelum tidur pasien saat dirawat adalah ngemil pisang.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: pasien bekerja pada pagi hari dan sore hari selama total waktu bekerja 8jam, pasien tidak pernah berolahraga dan tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas.

Setelah sakit: pasien hanya mampu terbaring di tempat tidur selama dirawat, pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri, ADL pasien dibantu oleh istri.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien merupakan perokok aktif. Pasien merokok 2 bungkus/hari, pasien mengatakan sudah merokok selama 32 tahun. Pasien tidak mengkonsumsi alkohol dan tidak ketergantungan dengan obat-obatan terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Berat badan pasien sesudah sakit 50 Kg, dan sebelum sakit 48 Kg. Tinggi Badan pasien 170 cm, TD 180/92 mmHg, Nadi 102x/mnt, RR 24x/mnt, Suhu tubuh 36,6°C. SpO₂ 98% Keadaan umum pasien sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal. Konjungtiva merah muda, kornea normal, sklera anikterik, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kaca mata, reaksi terhadap cahaya normal. Pada NII (optikus) ketajaman penglihatan,

tidak ada gangguan penglihatan dibuktikan dengan pasien mampu menyebutkan jumlah jari perawat pada jarak 6m, pasien mampu mengenali warna yang ditunjuk oleh perawat. Pada NIII (okulomotorius) pupil pasien tampak normal dengan diameter pupil 2mm pada kedua bola mata, pupil isokor, terjadi pengecilan pupil dikedua mata ketika diberikan cahaya dari *pen light*. Tidak tampak adanya kelopak mata yang turun. Pada NIV (Troklearis) pergerakan bola mata pasien tampak normal, pergerakan bola mata pasien mampu mengikuti arah tangan perawat. Tidak tampak *nystagmus*, tidak tampak satbismus. Pada NVI (abduken) mata pasien tidak juling dan tidak ada ptosis. Pasien mampu menggerakkan mata ke samping mendekati telinga.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga tampak normal, tidak terdapat serumen, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh pada telinga, tidak terdapat tinitus. Pada NVIII (vestibulokoklearis) tidak ada gangguan pendengaran dibuktikan dengan pasien mampu mengulangi kalimat yang dibisikkan oleh perawat. Sedangkan gangguan keseimbangan tidak bisa dikaji (pasien tidak mampu berdiri).

d. Sistem Wicara

Pasien mengalami disartria (kelemahan otot untuk berbicara). Pada NVII (fasialis) wajah pasien tampak asimetris saat pasien dalam posisi diam dan saat posisi tersenyum, bibir tampak jatuh sebelah kanan saat

pasien diminta untuk menyeringai. Pasien dapat mengenali rasa manis, asin, asam, dan pahit dibuktikan dengan pasien membuka mulut dan tidak boleh menutup mulutnya, kemudian diberikan perasa, dan pasien diinstruksikan untuk menunjuk apa yang dirasakan yang tertera dikertas berisi tulisan asam, manis, asin, dan pahit. pada NXII (hipoglossus) lidah pasien tampak menyimpang ke kanan ketika pasien diminta menjulurkan lidahnya, pasien tidak mampu memutar lidah, pasien tampak bicara pelo, pasien tampak sedikit kesulitan berbicara dengan kalimat yang panjang, artikulasi kurang jelas, terdengar cadel pada huruf R dan S.

e. Sistem Pernafasan

Tidak ada sumbatan pada jalan napas, pasien terkadang merasa sesak, frekuensi napas 24x/mnt, kedalaman napas dalam. Pasien tidak ada batuk dan tidak ada sputum, dada teraba simetris pada saat dilakukan palpasi dada, tidak ada nyeri dada. Pada saat dilakukan perkusi dada terdapat bunyi sonor, suara napas *wheezing*, tidak ada nyeri saat bernapas, pasien tidak menggunakan alat bantu napas. Jika pasien merasa sesak, pasien diberikan posisi semi *fowler* dan pasien nyaman dengan posisi tersebut.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi 24x/mnt, denyut nadi teraba kuat. TD 180/92 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis, temperature kulit teraba

hangat, warna kulit tidak tampak pucat dan tidak tampak sianosis.

Pengisian kapiler <3 detik. Tidak terdapat edema.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut apical 102x/mnt, dengan irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak terdapat nyeri dada.

3) Sistem Hematologi

Pasien tidak tampak pucat, tidak terdapat perdarahan.

4) Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh sering merasa migrain. Tingkat kesadaran apatis dengan GCS E4M6V5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (TIK), pasien tampak berbicara pelo, pasien mengeluh kesemutan pada ekstremitas kanan, pasien mengalami kelemahan (hemiparase) ekstremitas kanan atas dan bawah sehingga pasien tidak dapat berdiri dan berjalan, reflek fisiologis normal, reflek patologis normal. Pada NV (trigeminus) tidak ada gangguan dibuktikan dengan pasien mampu menahan tekanan yang diberikan perawat pada bagian rahang, saat diminta merapatkan rahang terasa adanya kontraksi pada rahang (otot masseter). Pasien dapat merasakan rasa halus dipermukaan wajah dibuktikan dengan pada saat diberikan sentuhan dengan kapas pasien mengatakan adanya sensasi halus diwajah. Pada NIX (glossofaringeal) tidak terdapat kelainan dibuktikan dengan pasien tidak mempunyai kesulitan menelan saat perawat meminta pasien untuk minum air putih dan meminta pasien untuk menelan hasil

pasien tidak batuk atau tersedak setelah dilakukan pemeriksaan untuk menelan, menandakan reflek menelan pasien baik. Pada NX (vagus) posisi ovula pasien tampak normal dibuktikan dengan saat pasien diminta untuk bersuara “aaa” posisi ovula tetap berada ditengah dan simetris.

5) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien bersih, tidak terdapat karies gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien tampak bersih, saliva pasien tampak normal, pasien tidak ada muntah. Pasien tidak mengalami diare, pasien tidak ada nyeri pada perut, bising usus 6x/mnt, tidak ada konstipasi, dan tidak teraba hepar.

6) Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, napas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat luka *gangrene*.

7) Sistem Urogenital

Terdapat perubahan pola berkemih, pasien tampak terpasang kateter urine. Tidak terdapat kelainan pada urogenital. Urine berwarna kuning jernih, tidak terdapat darah, tidak ada nyeri pada saat BAK.

g. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien tampak baik, temperature kulit teraba hangat, warna kulit tidak tampak pucat atau sianosis, keadaan kulit bersih. Area pemasangan infus tidak terdapat phlebitis. Kulit kepala tampak

bersih, kulit kepala tampak berminyak, tidak ada benjolan pada kulit kepala, tekstur baik.

h. Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan pada ekstremitas bagian kanan, pasien mengalami hemiparase pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Pasien mengatakan nyeri pada bagian ekstremitas kanannya ketika digerakkan, pasien tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan kelainan bentuk tulang sendi, tidak terdapat kelainan pada struktur tulang belakang, keadaan tonus otot hipotoni (kelemahan tonus otot), pasien tidak bisa berjalan dan ADL pasien dibantu oleh keluarga.

Kekuatan tonus otot kanan 3333/3333, tonus otot kiri 5555/5555

Pada NXI (aksesorius) bahu tampak miring ke sebelah kanan dibuktikan dengan ketika diinstruksikan untuk mengangkat bahu, pasien hanya mampu mengangkat bahu sebelah kiri sedangkan bahu sebelah kanan mengalami kelemahan.

5. Data Tambahan

Pasien dan keluarga mengatakan kurang memahami penyakit stroke yang diderita oleh pasien sehingga pasien mengalami stroke berulang dan dirawat di rumah sakit. ketika ditanya seputar penyakit stroke, pasien dan keluarga pasien tampak kebingungan. Pasien dan keluarga pasien tidak mengetahui tentang pengertian, penyebab, tanda gejala, komplikasi, diit dan cara penanganan bila terkena stroke.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium lengkap pada tanggal 13 Maret 2023 didapatkan hasil sebagai berikut:

Hemoglobin 11,7g/dl (normal 13.5 - 18.0), jumlah leukosit 7.35/uL (normal 4.00 - 10.50), hematokrit 32,8% (normal 42.0 - 52.0), trombosit 329/uL (normal 163 - 337), kolesterol total 145 mg/dl (normal <200), kolesterol HDL 32.0 mg/dl (normal 41.5 - 67.3), kolesterol LDL 100 mg/dl (normal <130), trigliserida 67 mg/dl (normal <200), asam urat 5.6 mg/dl (normal 3.4 - 7.0), ureum 29.1 mg/dl (normal 16.6 - 48.5), kreatinin 1.00 mg/dl (normal 0.67 - 1.17), GDS 136 gr/dl (normal 70 - 200), pH 7.481 (normal 7.350 - 7.450), PCO₂ 26.6 mmHg (normal 32.0 - 45.0), PO₂ 104.5 mmHg (normal 95.0 - 100.0), HCO₃ 20.0 mEq/L (normal 21.0 - 28.8), Natrium 135 mEq/L (normal 135 - 147), Kalium 3.58 mEq/L (normal 3.5 - 5.0), Klorida 100 mEq/L (normal 96 - 108)

Hasil pemeriksaan Foto Thoraks pada tanggal 13 Maret 2023 didapatkan hasil:

Jantung besar dan bentuk normal, Tampak *Elongatio* Aorta (Aorta memanjang karena hipertensi), Tak tampak infiltrate di kedua paru (normal), Hilus tidak melebar (normal), Corakan bronkovaskular kasar (adanya peradangan pada paru-paru), Sinus costophrenicus kanan kiri tajam (normal), Tulang intak utuh (normal), kesan *bronchitis* dan elongasi aorta

Hasil pemeriksaan EKG pada tanggal 13 Maret 2023 didapatkan hasil Sinus Takikardi

Hasil pemeriksaan Radiologi pada tanggal 14 Maret 2023 didapatkan hasil:

Tidak tampak kelainan radiologis pada jantung dan paru klasifikasi aorta

Hasil pemeriksaan CT-scan kepala pada tanggal 13 Maret 2023 didapatkan hasil:

Tampak lesi hipodens batas tegas dari pericornu inferior ventrikel kanan dan di corona radiatas kiri, tampak lesi hipodens kecil di *thalamus kiri*, *Sulcy* dan gyri tampak melebar, tak tampak *deviasi midline*, ventrikel lateralis kanan kiri, ventrikel III dan ventrikel IV tampak dilatasi, *Cysterna* tak tampak kelainan,

Tak tampak klasifikasi abnormal, CPA kanan kiri tak tampak kelainan, pons tidak tampak kelainan, *Folia cerebelli* tampak melebar, orbita dan mastoid kanan kiri tak tampak kelainan, tampak densitas semisolid mengisi sinus ethmoidalis bilateral, sinus sphenoidalis bilateral dan sinus maksilaris kiri.

7. Penatalaksanaan

Terapi cairan IV RL 500ml 12tpm, terapi obat Clopidogrel 1x75mg (oral) pada (Pukul 12.00 WIB), terapi obat Citicoline 2x500mg (oral) (Pukul 19.00, 07.00 WIB), Ranitidine 2x1(IV) (Pukul 19.00, 07.00 WIB), Mecobalamin 2x500mg (oral) (Pukul 19.00, 07.00 WIB), Miniaspi 1x8mg (Pukul 19.00 WIB).

8. Data focus

Data Subjektif:

Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan mendadak terasa lemas, kaku tidak bisa digerakkan, keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan sejak ± 1 hari sebelum MRS, pasien mengatakan kadang merasa sesak, pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa nyeri ketika digerakkan, pasien mengatakan sering merasa migrain, pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi 1 tahun lalu, GERD dan stroke 2 bulan lalu, pasien mengatakan sudah merokok selama ± 32 tahun, keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat sebelumnya karena stroke pada bulan Januari, pasien dan keluarga pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit stroke yang dialami sehingga pasien mengalami stroke.

Data Objektif:

Ku tampak sedang, GCS E4M3V5, TTV; TD: 180/92mmhg, N:102x/mnt, RR 24x/mnt, S:36,6°C, SpO2: 98%, Bunyi napas wheezing, 12 saraf kranial dengan hasil abnormal: VII (fasialis) wajah tampak asimetris, bibir tampak sedikit miring ke kanan pada saat pasien posisi diam. XI (Aksesorius) bahu tampak miring ke kanan, pasien hanya mampu mengangkat bahu sebelah kiri. XII (hipoglossus) lidah tampak menyimpang ke kanan ketika pasien diminta menjulurkan lidah, pasien tidak mampu memutar lidahnya, pasien tampak bicara pelo, pasien tampak sedikit kesulitan bicara dengan kalimat Panjang, artikulasi kurang jelas terdengar cadel pada huruf R dan S, reflek patologis negatif,

pasien tampak lemas, pasien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan secara total, ADL pasien tampak dibantu oleh istrinya, pasien dan keluarga pasien tampak bingung ketika dikaji

pemahamannya mengenai penyakit stroke, kekuatan tonus otot kanan 3333/3333, tonus otot kiri 5555/5555 pasien dengan kategori risiko rendah dengan skor 45 menggunakan skoring Morse. Hasil lab abnormal; Hb 11,7 gr/dl, Hematokrit 32,8%, Kolesterol HDL 32.0 mg/dl, AGD; pH 7.481 (7.350 – 7.450), PCO₂ 26.6 mmHg (32.0 – 45.0), PO₂ 104.5 mmHg (95.0 – 100.0), HCO₃ 20.0 mEq/L (21.0 – 28.8), Foto Thorax tampak elongasi Aorta dan terdapat corakan Bronchovascular kasar, CT-scan Brain tampak adanya lesi hipodens batas tegas di pericornu inferior ventrikel lateralis kanan dan di corona radialis kiri, tampak lesi hipodens kecil di thalamus kiri, tampak sulcy dan gyri melebar.

9. Analisa Data

NO	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: • Pasien mengeluh sesak • Pasien mengatakan sudah merokok selama ± 32 tahun DO: • Keadaan umum sedang • TTV; TD: 180/92mmHg, N: 102x/menit, RR 24x/menit • Bunyi napas <i>wheezing</i> • Hasil AGD abnormal; pH 7.481 (7.350 – 7.450) PCO₂ 26.6 mmHg (32.0 – 45.0) HCO₃ 20.0 mEq/L (21.0 – 28.8) • Pada hasil Foto Thorax tampak adanya corakan <i>Bronchovascular</i> kasar, kesan <i>bronchitis</i>	Gangguan Pertukaran Gas	Ketidakseimbangan Ventilasi- Perfusi

2	DS: • Pasien mengeluh sering migrain • Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 1 taun lalu, GERD dan stroke 2 bulan lalu • Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat sebelumnya karena stroke pada bulan Januari DO: • GCS E4M3V5 • TTV; TD: 180/92mmHg, N: 102x/mnt, RR 24x/mnt • Hasil pemeriksaan Neurologi: Nervus VII (fasialis) wajah tampak asimetris, bibir tampak sedikit miring ke kanan pada saat pasien posisi diam; Nervus XI (Aksesorius) bahu tampak miring ke kanan, pasien hanya mampu mengangkat bahu sebelah kiri; Nervus XII (hipoglosus) lidah tampak menyimpang ke kanan ketika pasien diminta	Risiko Perfusi Sereberal Tidak Efektif	Faktor risiko hipertensi.
---	---	--	----------------------------------

	menjulurkan lidah, pasien tidak mampu memutar lidahnya, pasien tampak bicara pelo, pasien tampak sedikit kesulitan bicara dengan kalimat Panjang, artikulasi kurang jelas terdengar cadel pada huruf R dan S • Kolesterol HDL 32.0 mg/dl • Foto Thorax tampak elongasi Aorta • CT-scan Brain tampak adanya lesi hipodens batas tegas di pericornu inferior ventrikel lateralis kanan dan di corona radialis kiri, tampak lesi hipodens kecil di thalamus kiri, tampak sulcy dan gyri melebar.		
3.	DS: • Pasien mengatakan kaki dan tangan kanan mendadak terasa lemas, kaku tidak bisa digerakkan • Pasien mengatakan kaki dan tangan kanannya terasa nyeri ketika digerakkan	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskular

	• Keluarga pasien mengatakan px tidak bisa berjalan sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit DO: • TTV; TD: 180/92mmhg, N:102x/mnt, RR 24x/mnt, S:36,6°C, SpO₂: 98% • Kekuatan tonus otot kanan 3333/3333, kiri 5555/5555 • Pasien mengalami kelemahan (hemiparise) pada esktremitas sebelah kanan • Pasien tampak lemas • Pasien tampak kesulitan menggerakkan esktremitas atas dan bawah sebelah kanan secara total • ADL pasien tampak dibantu oleh istrinya		
--	--	--	--

NO	Data	Masalah	Etiologi
4.	DS: - DO: • Pasien kadang mengeluh sesak • TTV; TD: 180/92mmhg, N:102x/mnt, RR 24x/mnt, S:36,6°C, SpO₂: 98% • Hasil lab abnormal; Hb 11,7 gr/dl, Hematokrit 32,8% • Pasien tampak lemas • Sinus takikardi	Risiko Penurunan Curah Jantung	Faktor Risiko perubahan afterload

5.	DS: • Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan mendadak terasa lemas, kaku tidak bisa digerakkan • Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa nyeri ketika digerakkan • Pasien mengatakan sering merasa migrain DO: • TD: 180/92mmhg • Pasien tampak lemas • Pasien tampak kesulitan menggerakkan esktremitas atas dan bawah sebelah kanan secara total • Kekuatan tonus otot Kanan 3333/3333 kiri 5555/5555 • Risiko jatuh = risiko rendah dengan skor 45 menggunakan skoring Morse	Risiko Jatuh	Faktor Risiko Kekuatan Otot Menurun
----	---	--------------	---

6.	DS: • Pasien dan keluarga pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit stroke yang dialami sehingga pasien mengalami stroke • Pasien mengatakan sudah merokok selama ± 32 tahun • Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat sebelumnya karena stroke DO: • Pasien dan keluarga pasien tampak bingung ketika dikaji pemahamannya mengenai penyakit stroke	Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit Stroke	Kurang terpapar informasi
----	---	--	--

B. **Diagnosis keperawatan**

Berdasarkan Analisa data, diagnosis keperawatan yang muncul diurutkan sesuai dengan prioritas sebagai berikut:

1. Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi
2. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan faktor resiko Hipertensi
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular
4. Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan faktor risiko Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Sekunder
5. Risiko Jatuh berhubungan dengan faktor risiko Kekuatan Otot Menurun
6. Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit Stroke berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi

C. **Intervensi, Implementasi dan Evaluasi**

1. **Gangguan Pertukaran Gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan Ventilasi-Perfusi**

DS: Pasien mengeluh sesak, pasien sudah merokok selama ± 32 tahun

DO: TD: 180/92mmHg; N:102x/mnt; Frekuensi napas 24x/mnt, bunyi napas pasien Wheezing, keadaan umum pasien sedang, Hasil AGD abnormal; , pH 7.481 (7.350 – 7.450), PCO₂ 26.6 mmHg (32.0 – 45.0), PO₂ 104.5 mmHg (95.0 – 100.0), HCO₃ 20.0 mEq/L (21.0 – 28.8), pada hasil foto thorax pasien tampak adanya corakan bronchovaskular kasar, kesan foto thorax *bronchitis*

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan pertukaran gas meningkat.

Kriteria Hasil: Sesak napas menurun, bunyi napas wheezing menurun, takikardia menurun, nilai PCO₂ membaik, nilai PO₂ membaik, nilai pH arteri membaik

Intervensi:

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas
- b. Monitor pola napas (takipnea)
- c. Monitor keluhan sesak napas
- d. Monitor tanda-tanda vital
- e. Monitor nilai AGD
- f. Monitor adanya sumbatan jalan napas
- g. Auskultasi bunyi napas
- h. Monitor spO₂
- i. Berikan posisi nyaman (semi *fowler*), jika sesak
- j. Berikan oksigen, jika perlu

Implementasi:

15 Maret 2023

Pukul 08.00WIB mengobservasi TTV pagi; TD 180/92 mmHg, N 102x/mnt, RR 24x/mnt, S 36,6°C, memonitor SpO₂; saturasi O₂ pasien 98%, memberikan posisi nyaman; sudah diberikan posisi semi fowler, memonitor keluhan sesak; pasien mengatakan tidak merasa sesak setelah diberikan posisi semi *fowler*. Pukul 14.00WIB mengobservasi TTV siang; TD 158/74mmHg, N 92x/mnt, RR 2x/mnt, S 36,2, memonitor

SpO₂; hasil saturasi O₂ pasien 100%, memonitor adanya sesak; pasien mengatakan tidak merasakan sesak, pasien dalam posisi semi fowler, monitor bunyi napas; bunyi napas wheezing masih ada. Pukul 20.00WIB mengobservasi TTV malam; TD 155/90 mmHg, N 97x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°C, SpO₂ 98%

16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi TTV; TD 162/78 mmHg, N 89x/mnt, RR 23x/mnt, S 36,2°C, memantau keluhan sesak; pasien mengatakan pagi ini tidak merasa sesak, pasien mengatakan tadi malam tidurnya nyenyak, memonitor SpO₂; hasil spO₂ pasien 96%, memonitor bunyi napas; bunyi napas pasien masih terdengar wheezing, memberikan posisi nyaman; sudah diberikan dengan posisi semi fowler. Pukul 13.30 WIB memantau adanya sumbatan jalan napas; tidak ditemukan sumbatan jalan napas, mengobservasi TTV; TD 148/70 mmHg, N 86x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°, SpO₂ 98%. Pukul 20.00WIB mengobservasi TTV malam; TD 150/71 mmHg, N 93x/mnt, RR 22x/mnt, SpO₂ 100%, S 36,5°C

17 Maret 2023

Pukul 08.00WIB Mengobservasi TTV pagi; TD 162/80 mmHg, N 90x/mnt, RR 22x/mnt, S 36, spO₂ 100%, memonitor bunyi napas; terdengar bunyi napas *wheezing* masih ada, berikan posisi nyaman; pasien sudah dalam posisi semi *fowler*, monitor nilai AGD; baru dilakukan pengambilan sampel AGD lagi, hasil belum didapatkan, monitor keluhan sesak; pasien mengatakan tidak merasakan sesak pagi hari ini. Pukul 13.30WIB mengobservasi TTV siang; TD 155/79mmHg,

N 94x/mnt, RR 22x/mnt, S 36,2, SpO₂ 100%, memonitor bunyi napas; hasil bunyi napas wheezing masih terdengar, memberikan posisi nyaman; hasil sudah diberikan posisi semi fowler dan pasien tampak nyaman. Pukul 20.00WIB mengobservasi TTV malam; TD 148/82mmHg, N 87x/mnt, RR 22X/mnt, S 36, spO₂ 100%

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023, jam 13.30 WIB

Subjektif: pasien mengatakan frekuensi sesak berkurang ketika dalam posisi semi *fowler*

Objektif: TD 155/79mmHg, frekuensi napas 22x/mnt, N 94x/mnt, S 36,2, auskultasi bunyi napas *wheezing* masih terdengar, SpO₂ pasien 100%

Analisa: tujuan tercapai sebagian

Perencanaan: intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan neurologi pada poin a,b,c,d,e,f,g,h,I,j

2. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan faktor risiko Hipertensi

DS: Pasien mengeluh sering migrain, pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi 1 tahun lalu, GERD, dan stroke 2 bulan lalu, keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat sebelumnya karena stroke pada bulan Januari

DO: Ku tampak sedang, GCS E4M3V5, TTV; TD: 180/92mmHg, N: 102x/mnt, RR 24x/mnt, SpO₂ 98%, hasil pemeriksaan neurologi: nervus VII (fasialis) wajah tampak asimetris, bibir tampak sedikit miring ke

kanan pada saat pasien posisi diam. Nervus XI (Aksesorius) bahu tampak miring ke kanan, pasien hanya mampu mengangkat bahu sebelah kiri. XII (hipoglossus) lidah tampak menyimpang ke kanan ketika pasien diminta menjulurkan lidah, pasien tidak mampu memutar lidahnya, pasien tampak bicara pelo, pasien tampak sedikit kesulitan bicara dengan kalimat Panjang, artikulasi kurang jelas terdengar cadel pada huruf R dan S, Kolesterol HDL 32.0 mg/dl, Tampak elongasi aorta pada Foto Thorax, kesan CT-scan Brain tampak adanya lesi hipodens batas tegas dari pericornu inferior ventrikel lateralis kanan dan di corona radialis kiri, tampak lesi hipodens kecil di thalamus kiri, tampak sulcy dan gyri melebar

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat

Kriteria Hasil: tidak ada peningkatan pada tekanan intrakranial, kesadaran meningkat, keluhan sakit kepala menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik (<150/90mmHg selama 1x24 jam), tekanan darah sistolik membaik (<150mmHG), tekanan darah diastolik membaik (<90mmHg), refleks saraf membaik, tidak ada gelisah

Intervensi:

- a. Monitor tanda gejala peningkatan TIK (nyeri kepala, peningkatan tekanan darah, perlambatan atau ketidaksimetrisan respons pupil, muntah proyektil, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- b. Monitor tanda-tanda vital

- c. Monitor intake dan output cairan
- d. Monitor tingkat kesadaran
- e. Monitor status neurologis
- f. Pertahankan posisi semi fowler
- g. Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- h. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- i. Pertahankan suhu tubuh normal
- j. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi, 1x75mg tablet Clopidogrel (pukul 12.00 WIB), 2x500mg kaplet Citicoline (pukul 07.00WIB dan pukul 19.00WIB), 2x500mg kapsul Mecobalamin (pukul 07.00WIB dan 19.00WIB), 1x80mg tablet Miniaspi (pukul 19.00 WIB)

Implementasi:

15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB Mengobservasi TTV pagi; TD 180/92 mmHg, N 102x/mnt, RR 24x/mnt, SpO2 98%, memonitor tingkat kesadaran; pemeriksaan kesadaran didapatkan hasil GCS E4V5M3, compos mentis memberikan posisi kepala dan leher netral; sudah diberikan posisi kepala dan leher netral, pertahankan suhu tubuh normal; suhu tubuh pasien dalam rentang normal yaitu 36,6°C, monitor tanda dan gejala TIK; pasien tidak tampak adanya tanda dan gejala peningkatan TIK; pasien mengeluh migrain tadi malam, tidak ada muntah, tidak ada mual, kedua pupil tampak isokor, simetris dengan ukuran 2 mm pada kedua mata, reaksi terhadap cahaya baik, pupil tidak dilatasi, tidak ada penglihatan ganda,

Pukul 12.00 WIB mengobservasi TTV siang; TD 158/74 mmHg, N 92x/mnt, RR 22x/mnt, S 36,2°C, SpO2 98%, memberikan terapi Clopidogrel 1x75mg melalui oral sebagai obat pengencer darah, mempertahankan posisi kepala dan leher netral; posisi kepala dan leher pasien netral, pasien dalam posisi semi fowler, mempertahankan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang; pasien di tempat tidur dengan lingkungan yang tenang, minim stimulus

Pukul 13.30 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, reflek fisiologis, refleks patologis, dan kekuatan otot; pada pemeriksaan nervus VII fasialis wajah pasien tampak tidak simetris, pasien dapat membuka mata, mengerutkan dahi, pasien dapat mencucu, pasien saat tersenyum terlihat tidak simetris, pada pemeriksaan nervus IV troklearis tidak ditemukan adanya kelainan, pada pemeriksaan nervus III okulomotorius pupil isokor kedua mata, refleks cahaya baik, pupil mengecil dengan ukuran 2mm pada kedua mata, tidak ditemukan adanya kelainan, pemeriksaan nervus X vagus tidak terdapat kelainan, refleks menelan pasien baik, pasien tidak tersedak saat menelan makanan atau minuman, pada nervus V trigeminus tidak tampak ada kelainan, terdapat kontraksi otot masseter baik, pada nervus XI aksesorius mengalami kelemahan pada bagian bahu pasien tidak dapat mempertahankan posisi bahu saat diberikan tekanan, pada pemeriksaan refleks fisiologis, refleks patella, dan refleks bisep pasien tidak ada kelainan, kaku kuduk negative, monitor intake dan output cairan sebelum pergantian shift pagi ke siang;

urine 550cc, minum 315cc, pasien mengatakan belum BAB pagi ini, tidak ada mual atau muntah

Pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat; sudah diberikan terapi obat Citicoline 2x500mg oral, Miniaspi 1x80mg oral, dan Ranitidine 2x1 IV oleh perawat ruangan yang berdinasi siang

Pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV malam; TD 155/90 mmHg, N 97x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°C, SpO2 98%, mengobservasi intake dan output cairan sebelum pergantian shift siang ke malam; urine 450cc, minum 200cc, pasien sudah BAB 1x tidak ada muntah

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi obat; sudah diberikan terapi obat Citicoline 2x500mg oral, Mecobalamin 2x500mg oral, dan Ranitidine 2x1 IV

16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi TTV; TD 162/78 mmHg, N 89x/mnt, RR 23x/mnt, S 36,2°C, SpO2 98%, memberikan posisi semi fowler dan mempertahankan posisi kepala dan leher netral; pasien sudah dalam posisi semi fowler dengan kepala dan leher netral dan pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisinya, monitor tanda dan gejala TIK; pasien mengatakan tidak merasa sakit kepala atau migrain dan gejala peningkatan TIK tidak ada muntah proyektil dan tidak ada mual, pupil isokor simetris, pupil tidak dilatasi, tidak ada penglihatan ganda

Pukul 12.00 WIB mengobservasi TTV; TD 148/70 mmHg, N 90x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°, SpO2 98%, memonitor tanda-tanda peningkatan TIK; pasien mengatakan tidak merasa migrain, tidak ada muntah atau muntah

proyektil, tidak ada sakit kepala, tidak ada mual, memberikan terapi obat; sudah diberikan terapi obat Clopidogrel 1x75mg melalui oral

Pukul 13.30 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, reflek fisiologis, refleksi patologis, dan kekuatan otot; pada pemeriksaan nervus VII fasialis wajah pasien tampak tidak simetris, pasien dapat membuka mata, mengerutkan dahi, pasien dapat mencucu, pasien saat tersenyum terlihat tidak simetris, pada pemeriksaan nervus IV troklearis tidak ditemukan adanya kelainan, pada pemeriksaan nervus III okulomotorius pupil isokor kedua mata, refleksi cahaya baik, pupil mengecil dengan ukuran 2mm pada kedua mata, tidak ditemukan adanya kelainan, pemeriksaan nervus X vagus tidak terdapat kelainan, refleksi menelan pasien baik, pasien tidak tersedak saat menelan makanan atau minuman, pada nervus V trigeminus tidak tampak ada kelainan, terdapat kontraksi otot masseter baik, pada nervus XI aksesorius mengalami kelemahan pada bagian bahu pasien tidak dapat mempertahankan posisi bahu saat diberikan tekanan, pada pemeriksaan refleksi fisiologis, refleksi patella, dan refleksi bisep pasien tidak ada kelainan, kaku kuduk negative

Pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat; sudah diberikan terapi obat Miniaspi 1x80mg melalui oral, citicoline 2x500mg melalui oral dan ranitidine 2x1 melalui IV oleh perawat ruangan yang berdinass siang

Pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV malam; TD 152/80mmHg, N 92x/mnt, S 36, RR 23x/mnt, spo2 98%, mempertahankan posisi kepala dan leher netral; pasien dalam posisi semi fowler dengan kepala dan leher netral

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi obat; sudah diberikan mecobalamin 2x500mg melalui oral, Citicoline 2x500mg melalui oral, dan Ranitidine 2x1 melalui IV oleh perawat ruangan yang berdinam malam

17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi TTV; TD 162/80 mmHg, N 90x/mnt, RR 2x/mnt, S 36, spo2 98%, monitor tanda gejala TIK; pasien mengatakan merasa sakit kepala sebelah dengan karakteristik nyut-nyutan, skala 3, durasi sekitar 15 menit, tidak ada muntah, pupil tidak dilatasi, tidak ada penglihatan ganda, memonitor tingkat kesadaran; pemeriksaan didapatkan hasil GCS E4V5M3, tidak ada penurunan kesadaran, kesadaran pasien saat ini compos mentis, memberikan posisi nyaman; sudah diberikan posisi semi fowler

Pukul 12.00 WIB mengobservasi TTV siang; TD 148/70 mmHg, N 90x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°, Spo2 98% memonitor tanda gejala TIK; pasien mengatakan masih merasakan migrain tetapi tidak merasa mual dan tidak ada muntah, memberikan terapi obat; sudah diberikan terapi obat Clopidogrel 1x75mg melalui oral sebagai obat pengencer darah

Pukul 13.00 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, reflek fisiologis, reflek patologis, dan kekuatan otot; pada pemeriksaan nervus VII fasialis wajah pasien tampak tidak simetris, pasien dapat membuka mata, mengerutkan dahi, pasien dapat mencucu, pasien saat tersenyum terlihat tidak simetris, pada pemeriksaan nervus IV troklearis tidak ditemukan adanya kelainan, pada pemeriksaan nervus III okulomotorius pupil isokor kedua mata, reflek cahaya baik, pupil mengecil dengan

ukuran 2mm pada kedua mata, tidak ditemukan adanya kelainan, pemeriksaan nervus X vagus tidak terdapat kelainan, refleks menelan pasien baik, pasien tidak tersedak saat menelan makanan atau minuman, pada nervus V trigeminus tidak tampak ada kelainan, terdapat kontraksi otot masseter baik, pada nervus XI aksesorius mengalami kelemahan pada bagian bahu pasien tidak dapat mempertahankan posisi bahu saat diberikan tekanan, pada pemeriksaan refleks fisiologis, refleks patella, dan refleks bisep pasien tidak ada kelainan, kaku kuduk negative, mengobservasi intake dan output; urin 450cc, minum 200cc. pasien sudah BAB 2x. tidak ada muntah, memonitor keluhan migrain; pasien mengatakan sudah tidak merasa migrain setelah minum obat

Pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat; sudah diberikan terapi obat Miniaspi 1x80mg tablet melalui oral, citicoline 2x500mg tablet melalui oral dan ranitidine 2x1 ampoul melalui IV oleh perawat ruangan yang berdinassiang

Pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV malam; TD 152/80mmHg, N 92x/mnt, S 36, RR 23x/mnt, spo2 97%, mempertahankan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang; pasien terbaring di tempat tidur, kondisi lingkungan pasien tampak tenang

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023 Jam 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sakit kepala atau migrain sudah berkurang dari skala 6/10 (*numeric scale*) menjadi 4/10

Objektif: Ku sedang, GCS E4M3V5, kesadaran compos mentis, tidak ditemukan tanda gejala peningkatan TIK, TTV; TD 148/70 mmHg, N 90x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°, Spo2 98%, pasien tampak segar. Bicara masih pelo

Analisa: perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

Prencanaan: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan neurologi pada poin a,b,c,d,e,f,g,h,i,j

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

DS:

pasien mengatakan kaki dan tangan kanan mendadak terasa lemas, kaku dan tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan kaki dan tangan kanannya terasa nyeri ketika digerakkan, keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berjalan sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit

DO:

Ku sedang, GCS E4M3V5, TTV; TD: 180/92mmhg, N:102x/mnt, RR 24x/mnt, S:36,6°C, Spo2: 98%, Kekuatan tonus otot 3333/3333 kanan, 5555/5555 kiri

Pasien tampak lemas, pasien tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitas sebelah kanan, Pasien mengalami kelemahan (hemiparise) pada ekstremitas sebelah kanan, ADL tampak dibantu oleh istrinya

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

Kriteria Hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat dengan skor 4, rentang gerak ROM meningkat (dapat melakukan rom aktif pada salah satu esktremitas kanan), gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun

Intervensi:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Identifikasi kekuatan otot
- d. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- e. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- f. Fasilitasi melakukan pergerakan (duduk di tempat tidur)
- g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- h. Melakukan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan
- i. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- j. Anjurkan mobilisasi dini seperti duduk di tempat tidur
- k. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur)
- l. Ajarkan kepada keluarga cara melakukan Gerakan ROM pada ekstremitas kanan untuk membantu meningkatkan pergerakan pasien

Implementasi:

15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi TTV pagi; TD 180/92 mmHg, N 102x/mnt, RR 24x/mnt, S 36,6°C, SpO2 98%, identifikasi adanya nyeri dan keluhan lainnya; pasien mengatakan nyeri pada bagian tangan dan kaki kanannya ketika digerakkan, keluhan lainnya pasien mengatakan sering migrain dan sakit kepala, mengidentifikasi toleransi fisik; pasien mengeluh sering migrain dan sakit kepala, pasien memiliki tekanan darah yang tinggi, pasien mengalami hemiparase kanan, identifikasi kekuatan otot; kekuatan otot pasien saat ini adalah 3333 pada ekstremitas kanan atas dan bawah, 5555 pada ekstremitas kiri atas dan bawah

Pukul 10.00 WIB jelaskan prosedur dan tujuan melakukan pergerakan; sudah dijelaskan prosedur tujuan dan pasien mau melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan; sudah dilibatkan istri pasien, fasilitasi melakukan pergerakan; pasien tampak bisa mengangkat dan menekuk kakinya tetapi tidak bisa sepenuhnya, pasien tampak tidak bisa menggerakkan tangan kanannya karena terasa nyeri kaku dan lemas, pasien tampak bisa duduk di tepi tempat tidur tetapi masih dibantu perawat dan keluarga, anjurkan mobilisasi sederhana; sudah dianjurkan kepada pasien dan keluarga untuk membantu pergerakan dengan duduk di tempat tidur atau di tepi tempat tidur

Pukul 12.00 WIB mengobservasi TTV siang; TD 158/74 mmHg, N 92x/mnt, RR 22x/mnt, S 36,2°C, membuat kontrak persetujuan besok

akan dilakukan Gerakan ROM pasif dan aktif; perawat sudah menjelaskan dan berdiskusi mengenai dilakukannya Gerakan ROM pasif dan aktif, pasien dan keluarga pasien menyetujuinya

Pukul 16.00 WIB melakukan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan; sudah dilakukan Gerakan ROM pasif kepada pasien, dilakukan oleh perawat yang berdinis siang

16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi TTV pagi; TD 162/78 mmHg, N 89x/mnt, RR 23x/mnt, S 36,2°C, SpO2 98%, memonitor keluhan nyeri dan keluhan lain; pasien mengatakan masih nyeri pada tangannya yang kaku dan terasa lemas ketika digerakkan, pasien mengalami hemiparase pada ekstremitas kanan atas dan bawah, mengidentifikasi kekuatan otot; kekuatan otot pasien 3333 pada ekstremitas kanan atas dan bawah, 5555 pada ekstremitas kiri atas dan bawah

Pukul 12.00 WIB monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan pergerakan; TD 148/70 mmHg, N 90x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°, SpO2 98%, jelaskan tujuan dan prosedur Gerakan ROM; sudah dijelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan yaitu Gerakan ROM pasif dan aktif kepada pasien dan keluarga sesuai dengan kontrak kemarin, melakukan Gerakan ROM pasif pada ekstremitas pasien yang mengalami kelemahan; sudah dilakukan Gerakan ROM secara pasif pada ekstremitas kanan pasien yang mengalami kelemahan, pasien mengikuti Gerakan ROM aktif pada bagian ekstremitas kiri yang normal, ajarkan kepada keluarga cara melakukan Gerakan ROM pasif pada ekstremitas

yang mengalami kelemahan; sudah diajarkan dan keluarga pasien memperhatikan Gerakan ROM yang dilakukan oleh perawat, evaluasi Gerakan ROM yang sudah diajarkan; : keluarga pasien dapat melakukan Gerakan ROM pasif pada ekstremitas kanan pasien yang mengalami kelemahan

17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi TTV; TD 148/70 mmHg, N 90x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°, Spo2 98%, memonitor keluhan nyeri dan keluhan lain; pasien mengatakan masih nyeri pada tangannya yang kaku dan terasa lemas ketika digerakkan, evaluasi Gerakan ROM yang sudah diajarkan kepada keluarga; keluarga pasien dapat melakukan Gerakan ROM pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan, mengajarkan pergerakan sederhana yang harus dilakukan; sudah diajarkan kepada keluarga pasien untuk membantu melakukan pergerakan pasien dengan duduk di tepi Kasur, mengubah posisi miring kanan dan kiri, memberikan posisi semi fowler.

Evaluasi

Tanggal 17 Maret 2023, jam 14.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan frekuensi nyeri sudah mulai berkurang, pasien mengatakan sudah bisa mengangkat kakinya sedikit demi sedikit, keluarga pasien mengatakan rutin membantu pasien dalam melakukan pergerakan seperti duduk di tempat tidur, melakukan gerakan ROM dan membantu posisi tidur

Objektif: pasien mengalami hemiparase pada ekstremitas kanan atas dan bawah dengan kekuatan otot 3/4, pasien tampak sudah bisa mengangkat kakinya dan tangannya tetapi masih terbatas, pasien sudah bisa duduk di tempat tidur dibantu oleh keluarga, pasien masih harus tirah baring, pasien belum bisa berpindah dari tempat tidur

Analisa: Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian

Intervensi: intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruang neurologi pada point a,b,c,d,e,f,g,h,i,j,k,l

4. Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

DS: -

DO: pasien mengeluh sesak, TD: 180/92mmhg, N:102x/mnt, RR 24x/mnt, S:36,6°C, Spo2: 98%, Hasil lab abnormal; Hb 11,7 gr/dl, Hematokrit 32,8%, pasien tampak lemas, sinus takikardi

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam, maka diharapkan curah jantung meningkat

Kriteria Hasil: gambaran aritmia menurun, Lelah menurun, dispnea menurun, tekanan darah membaik

Intervensi:

- a. Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP
- b. Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung meliputi peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat

- c. Monitor tanda-tanda vital
- d. Monitor intake dan output
- e. Monitor saturasi oksigen
- f. Monitor keluhan nyeri dada (durasi, frekuensi, intensitas, lokasi, presipitasi mengurangi nyeri)
- g. Posisikan semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- h. Pertahankan tirah baring minimal 12 jam
- i. Sediakan lingkungan yang kondusif untuk beristirahat dan pemulihan
- j. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi, 1x75mg tablet Clopidogrel (pukul 12.00 WIB), 2x500mg kaplet Citicoline (pukul 07.00WIB dan pukul 19.00WIB), 2x500mg kapsul Mecobalamin (pukul 07.00WIB dan 19.00WIB), 1x80mg tablet Miniaspi (pukul 19.00 WIB)

Implementasi:

15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB Mengobservasi TTV pagi; TD 180/92 mmHg, N 102x/mnt, RR 24x/mnt, S 36,6°C, SpO2 98%, Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung; pasien tidak tampak adanya edema, pasien mengeluh lemas, tidak ada tanda ortopnea atau dispnea, tidak ada peningkatan CVP, identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung; peningkatan berat badan tidak dapat terkaji karena pasien tirah baring, tidak tampak distensi vena jugularis, pasien tidak batuk, monitor keluhan nyeri dada; pasien mengatakan sesak jika

tidak dalam posisi semi fowler, posisikan semi *fowler*; pasien sudah dalam posisi semi *fowler* dan pasien merasa nyaman

Pukul 12.00 WIB mengobservasi TTV siang; TD 158/74mmHg, N 92x/mnt, RR 2x/mnt, S 36,2, memonitor SpO2; hasil saturasi O2 pasien 100%, memberikan terapi 1x75mg tablet Clopidogrel; sudah diberikan tidak ada reaksi alergi, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif

Pukul 16.00 WIB pertahankan tirah baring; pasien sudah dalam posisi tirah baring di tempat tidur, posisikan semi *fowler*; pasien sudah dalam posisi semi *fowler* dan pasien merasa nyaman, identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung; peningkatan berat badan tidak dapat terkaji karena pasien tirah baring, tidak tampak distensi vena jugularis, pasien tidak batuk, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif

Pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat sesuai program; 2x500mg kaplet Citicoline, 2x500mg kapsul Mecobalamin, 1x80mg tablet Miniaspi dan tidak ada tanda gejala alergi pada pasien

Pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV TD 155/90 mmHg, N 97x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°C, SpO2 98%, posisikan semi *fowler*; pasien sudah dalam posisi semi *fowler* dan pasien merasa nyaman, pertahankan tirah baring; pasien sudah dalam posisi tirah baring di tempat tidur, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi obat sesuai program; sudah diberikan 2x500mg kaplet Citicoline, 2x500mg kapsul Mecobalamin

16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi TTV; TD 162/78 mmHg, N 89x/mnt, RR 23x/mnt, S 36,2°C, memonitor Spo2; hasil spo2 pasien 96%, Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung; pasien tidak tampak adanya edema, pasien mengeluh lemas, tidak ada tanda ortopnea atau dispnea, tidak ada peningkatan CVP, identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung; peningkatan berat badan tidak dapat terkaji karena pasien tirah baring, tidak tampak distensi vena jugularis, pasien tidak batuk, monitor keluhan nyeri dada; pasien mengatakan tidak merasa nyeri dada

Pukul 12.00 WIB mengobservasi TTV; TD 148/70 mmHg, N 86x/mnt, RR 22x/mnt, S 36°, Spo2 98%, memberikan terapi 1x75mg tablet Clopidogrel; sudah diberikan tidak ada reaksi alergi, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif,

Pukul 16.00 WIB pertahankan tirah baring; pasien sudah dalam posisi tirah baring di tempat tidur, posisikan semi *fowler*; pasien sudah dalam posisi semi *fowler* dan pasien merasa nyaman, identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung; peningkatan berat badan tidak dapat terkaji karena pasien tirah baring, tidak tampak distensi vena jugularis, pasien tidak batuk, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif

Pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat sesuai program; sudah diberikan 2x500mg kaplet Citicoline, 2x500mg kapsul Mecobalamin, 1x80mg tablet Miniaspi dan tidak ada tanda gejala alergi pada pasien

Pukul 20.00 WIB TD 150/71 mmHg, N 93x/mnt, RR 22x/mnt, Spo2 100%, S 36,5°C, posisikan semi *fowler*; pasien sudah dalam posisi semi *fowler* dan pasien merasa nyaman, pertahankan tirah baring; pasien sudah dalam posisi tirah baring di tempat tidur, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi obat sesuai program; sudah diberikan 2x500mg kaplet Citicoline, 2x500mg kapsul Mecobalamin.

17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB Mengobservasi TTV pagi; TD 162/80 mmHg, N 90x/mnt, RR 22x/mnt, S 36, spo2 100%, Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung; pasien tidak tampak adanya edema, pasien mengeluh lemas, tidak ada tanda ortopnea atau dispnea, tidak ada peningkatan CVP, identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung; peningkatan berat badan tidak dapat terkaji karena pasien tirah baring, tidak tampak distensi vena jugularis, pasien tidak batuk, monitor keluhan nyeri dada; pasien mengatakan tidak merasa nyeri dada

Pukul 12. 00 WIB mengobservasi TTV siang; TD 155/79mmHg, N 94x/mnt, RR 22x/mnt, S 36,2, Spo2 100%, memberikan terapi 1x75mg tablet Clopidogrel; sudah diberikan tidak ada reaksi alergi, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif,

Pukul 16.00 WIB pertahankan tirah baring; pasien sudah dalam posisi tirah baring di tempat tidur, posisikan semi *fowler*; pasien sudah dalam posisi semi *fowler* dan pasien merasa nyaman, identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung; peningkatan berat badan tidak dapat terkaji karena pasien tirah baring, tidak tampak distensi vena jugularis, pasien tidak batuk, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif

Pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat sesuai program; sudah diberikan 2x500mg kaplet Citicoline, 2x500mg kapsul Mecobalamin, 1x80mg tablet Miniaspi dan tidak ada tanda gejala alergi pada pasien

Pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV malam; TD 148/82mmHg, N 87x/mnt, RR 22X/mnt, S 36, spo2 100%, posisikan semi *fowler*; pasien sudah dalam posisi semi *fowler* dan pasien merasa nyaman, pertahankan tirah baring; pasien sudah dalam posisi tirah baring di tempat tidur, sediakan lingkungan yang kondusif; sudah diberikan, ruangan pasien dalam keadaan kondusif

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi obat sesuai program; sudah diberikan 2x500mg kaplet Citicoline, 2x500mg kapsul Mecobalamin

Evaluasi

Tanggal 17 Maret 2023 Jam 14.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada nyeri dada

Objektif: pasien tampak tenang, pasien tampak tidak ada edema, pasien tirah baring, tidak tampak peningkatan cvp

Analisa: Risiko Penurunan Curah Jantung teratasi

Perencanaan: intervensi dihentikan, luaran dipertahankan

5. Risiko Jatuh Faktor Risiko berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun

DS: Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanannya terasa lemas, kaku tidak bisa digerakan, pasien mengatakan kaki dan tangan terasa nyeri ketika diangkat

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa jalan selama 1 hari sebelum MRS.

DO:

Kekuatan tonus otot 3333/3333 kanan, 5555/5555 kiri

Ku sedang, GCS E4M3V5, Reflek patologis; Babinski positif dibuktikan dengan terdapat dorsofleksi ibu jari kaki disertai dengan mekarnya jari-jari kaki lainnya, Pasien tampak lemas, Pasien tampak kesulitan menggerakkan esktremitas atas dan bawah sebelah kanan secara total, ADL pasien tampak dibantu oleh istrinya, pasien kategori risiko rendah dengan skor 45 menggunakan skoring Morse.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat jatuh menurun

Kriteria Hasil:

Jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, Jatuh saat duduk menurun

Intervensi:

- a. Identifikasi faktor jatuh
- b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
(penerangan kurang, lantai licin)
- c. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (*Mors Falls Scale*)
- d. Monitor kemampuan melakukan pergerakan
- e. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- f. Identifikasi pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit yang diderita
- g. Identifikasi penyebab terjadinya stroke berulang
- h. Pastikan roda tempat tidur selalu dengan kondisi terkunci
- i. Pasangkan handrail tempat tidur

Implementasi:**15 Maret 2023**

Pukul 08.00 WIB identifikasi faktor jatuh; pasien berusia 65 tahun dengan diagnose stroke non hemoragik berulang, pasien tampak adanya kelemahan (hemiparesis) pada ekstremitas sebelah kanan tidak bisa digerakkan, pasien belum bisa berdiri dan berjalan, pasien dalam posisi tirah baring di tempat tidur, ADL dibantu sepenuhnya oleh istri, hitung risiko jatuh; pasien masuk kategori risiko jatuh rendah dengan skor 45 menggunakan skoring Morse, memastikan roda tempat tidur terkunci; roda tempat tidur sudah terkunci, memasang handrail tempat tidur; handrail tempat tidur pasien sudah terpasang kanan dan kiri

16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB identifikasi faktor jatuh; pasien berusia 65 tahun dengan diagnose stroke non hemoragik berulang, pasien tampak adanya kelemahan (hemiparase) pada ekstremitas sebelah kanan tidak bisa digerakkan, pasien belum bisa berdiri dan berjalan, pasien dalam posisi tirah baring di tempat tidur, ADL dibantu sepenuhnya oleh istri,

Pukul 09.00 WIB hitung resiko jatuh; pasien masuk kategori resiko jatuh rendah dengan skor 45 menggunakan skoring Morse, monitor melakukan kemampuan pergerakan; pasien tampak bisa berpindah duduk di samping tempat tidur, memasang handrail tempat tidur; handrail tempat tidur pasien sudah terpasang kanan dan kiri.

17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB identifikasi faktor jatuh; pasien berusia 65 tahun dengan diagnose stroke non hemoragik berulang, pasien tampak adanya kelemahan (hemiparase) pada ekstremitas sebelah kanan tidak bisa digerakkan, pasien belum bisa berdiri dan berjalan, pasien dalam posisi tirah baring di tempat tidur, ADL dibantu sepenuhnya oleh istri,

Pukul 09.00 WIB hitung resiko jatuh; pasien masuk kategori resiko jatuh rendah dengan skor 45 menggunakan skoring Morse, memasang handrail tempat tidur; handrail tempat tidur pasien sudah terpasang kanan dan kiri

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023, pada jam 14.00 WIB

Objektif: Pasien mengatakan ekstremitas bawah sebelah kanannya sudah bisa diangkat pergerakan masih terbatas

Subjektif: pasien tampak sudah bisa mengangkat ekstremitas bawah namun masih terbatas, pasien tampak masih dibantu sepenuhnya oleh istrinya

Analisa: Risiko Jatuh teratasi sebagian

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruangan neologi pada poin a,b,c,d,e,f,g,h,I

6. Defisit Pengetahuan Tentang Penyakit Stroke berhubungan dengan kurang terpapar informasi

DS: Pasien dan keluarga pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit stroke yang dialami sehingga pasien mengalami stroke berulang, Pasien mengatakan sudah merokok selama ± 32 tahun, Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat sebelumnya karna stroke

DO: Pasien terdiagnosa Stroke Non Hemoragik berulang, pasien dan keluarga pasien tampak bingung ketika dikaji pemahamannya mengenai penyakit stroke

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24jam maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat (keluarga membantu pasien mengubah posisi dan menggerakkan ekstremitas, melakukan ROM), kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit (keluarga dan pasien dapat menyebutkan pengertian stroke, penyebab stroke, tanda dan gejala stroke, cara mencegah stroke, perawatan di rumah pada penderita stroke dengan Latihan ROM, manfaat, tujuan dilakukan ROM, indikasi dan kontraindikasi dilakukan ROM) stroke meningkat,

pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi keliru terhadap masalah yang dihadapi menurun

Intervensi:

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

Implementasi:

15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit stroke yang dialami pasien saat ini; pasien dan keluarga saat dikaji tampak bingung, pasien dan keluarga mengatakan belum memahami tentang penyakit stroke, mengidentifikasi faktor

penyebab terjadi stroke berulang; keluarga pasien mengatakan pasien sulit diatur, pasien masih mengkonsumsi makanan gorengan dan mie instan, pasien masih merokok setelah dirawat dengan penyakit stroke di rumah sakit sebelumnya. menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan; perawat sudah kontrak waktu kepada pasien dan keluarga bahwa akan diberikan Pendidikan kesehatan tentang penyakit stroke pada jam 12.00 WIB nanti setelah makan siang pasien, pasien dan keluarga pasien mengatakan bersedia diberikan Pendidikan kesehatan tentang penyakit stroke

Pukul 12.00 WIB identifikasi kesiapan dan kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi; pasien dan keluarga mengatakan siap menerima informasi mengenai penyakit stroke yang diderita pasien. Memberikan Pendidikan kesehatan mengenai penyakit stroke; perawat sudah memberikan Pendidikan kesehatan mengenai pengertian stroke, penyebab terjadinya stroke, tanda dan gejala, komplikasi stroke, akibat. Apabila stroke tidak segera ditangani, makanan yang boleh dikonsumsi oleh penderita stroke, makanan yang harus dihindari atau dibatasi oleh penderita stroke, dan cara merawat keluarga yang menderita penyakit stroke. Evaluasi pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit stroke yang diderita oleh pasien; keluarga pasien mampu menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi stroke, akibat apabila stroke tidak segera ditangani, makanan yang boleh dikonsumsi penderita stroke, makanan yang harus dihindari dan dibatasi oleh penderita stroke, dan cara merawat keluarga yang menderita penyakit stroke.

Pukul 13.00 WIB jadwalkan Pendidikan kesehatan selanjutnya yaitu tentang Gerakan ROM aktif dan pasif; perawat sudah menjadwalkan kepada pasien dan keluarga bahwa akan diberikan Pendidikan kesehatan selanjutnya tentang cara melakukan Gerakan ROM aktif dan pasif pada tanggal 16 Maret 2023 pada jam 12.00 WIB, pasien dan keluarga mengatakan bersedia diberikan Pendidikan kesehatan selanjutnya tentang cara melakukan Gerakan ROM aktif dan pasif.

16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB identifikasi kesiapan pasien dan keluarga untuk menerima informasi; pasien dan keluarga sudah diinfokan pada tanggal 15 Maret 2023 bahwa akan diberikan penkes hari ini mengenai Gerakan ROM agar bisa dilakukan secara mandiri oleh keluarga maupun pasien, pasien dan keluarga mengatakan siap menerima penkes yang akan diberikan oleh perawat

Pukul 12.00 WIB jelaskan tujuan dan prosedur Gerakan ROM; sudah dijelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan yaitu Gerakan ROM pada bagian ekstremitas yang mengalami kelemahan, memberikan Pendidikan kesehatan mengenai ROM pasif dan mengajarkan Gerakan ROM pasif; perawat menjelaskan pengertian, tujuan, manfaat, indikasi melakukan ROM, kontraindikasi melakukan ROM, macam-macam ROM, prosedur Gerakan ROM yang dilakukan adalah gerakan yang dilakukan adalah Gerakan fleksi-ekstensi sendi bahu, Gerakan abduksi-adduksi sendi bahu, Gerakan fleksi-ekstensi siku, abduksi-adduksi siku, Gerakan memutar pergelangan tangan, fleksi-ekstensi pergelangan

tangan, abduksi-adduksi pergelangan tangan, Gerakan memutar ibu jari, Gerakan menekuk dan meluruskan jari tangan, Gerakan meregangkan jari-jari tangan, Gerakan fleksi-ekstensi pangkal paha, Gerakan abduksi-adduksi paha, Gerakan fleksi-ekstensi lutut, Gerakan abduksi-adduksi lutut, Gerakan memutar pergelangan kaki, Gerakan meregangkan jari-jari kaki, Gerakan menekuk jari-jari kaki. Meminta keluarga untuk mendemonstrasikan Kembali Gerakan ROM pasif yang sudah dilakukan oleh perawat; keluarga pasien tampak mampu melakukan Gerakan ROM pasif yang sudah diajarkan oleh perawat.

17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengevaluasi Gerakan ROM yang sudah diajarkan kemarin; keluarga pasien tampak mampu melakukan Gerakan ROM pasif pada bagian ekstremitas kanan pasien yang mengalami kelemahan dan pasien melakukan Gerakan ROM aktif pada bagian ekstremitas kiri

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2023, Jam 14.00 WIB

Subjektif: pasien dan keluarga mengatakan paham mengenai cara melakukan Gerakan ROM secara aktif dan pasien

Objektif: pasien dan keluarga tampak paham dibuktikan dengan pasien mampu melakukan Gerakan ROM aktif pada bagian ekstremitas kiri, keluarga pasien tampak mampu melakukan Gerakan ROM pasif pada bagian ekstremitas kanan pasien yang mengalami kelemahan

Analisa: Defisit Pengetahuan tentang penyakit stroke teratasi

Perencanaan: Intervensi diberhentikan, luaran dipertahankan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis membahas tentang kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan kasus selama memberikan “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. K dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang neurologi kamar 1102 Lantai II Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal 15 Maret 2023 sampai 17 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Iskandar (2011) penyebab terjadinya stroke iskemik atau non hemoragik karena adanya trombus, emboli, hipertensi dan aterosklerosis. Sedangkan faktor resiko yang menyebabkan kondisi tersebut menurut Kementrian Kesehatan RI (2018) ada 2 yaitu yang tidak dapat diubah seperti usia dan faktor genetik sedangkan yang dapat diubah seperti hipertensi, diabetes melitus, obesitas, dislipidemia, penyakit jantung, gaya hidup tidak sehat, merokok dan stress. Berdasarkan teori tersebut ada kesesuaian antara teori dan kasus mengenai faktor resiko penyebab terjadinya stroke non hemoragik yaitu usia, pada kasus usia pasien sudah 65 tahun, lalu faktor genetik dimana diketahui bahwa ibu pasien memiliki riwayat hipertensi

Faktor risiko lainnya pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu, riwayat stroke 2 bulan yang lalu dan pasien memiliki riwayat merokok sejak ± 32 tahun lalu dengan jumlah rokok per harinya 1 - 2 bungkus. Riwayat dislipidemia juga ditemukan pada kasus dimana kadar kolesterol HDL pasien rendah yaitu 32.0 gr/dl (41.5 - 67.3). Seperti diungkapkan oleh Prasetyo (2018) yang menyatakan bahwa terjadinya penurunan kadar kolesterol HDL dapat meningkatkan risiko terjadinya pembekuan darah, dan penurunan kadar kolesterol HDL dapat disebabkan oleh faktor merokok. Pada pengkajian selanjutnya penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan kasus meliputi manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, dan penatalaksanaan.

Menurut LeMone (2016) manifestasi klinis yang dialami oleh pasien stroke yaitu hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan), afasia, disartria, disfagia, penurunan kesadaran, gangguan memori, hemianopia henonim, perubahan penglihatan, agnosia, aparaksia. Pada kasus penulis tidak menemukan gangguan perubahan. Menurut LeMone (2016) perubahan penglihatan pada pasien stroke disebabkan bila kerusakan terjadi di lobus parietal dan temporal. Agnosia yaitu gangguan penglihatan pada kemampuan dapat melihat benda tetapi tidak dapat mengenali benda.

Perubahan penglihatan tidak ditemukan pada pasien dibuktikan dengan mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal tidak ada ptosis, pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pada pemeriksaan nervus II optikus lapang pandang pasien baik 90 derajat ke samping, fungsi penglihatan pasien baik, tidak terdapat tada-

tanda peradangan, pasien tidak menggunakan kaca mata, pasien tidak menggunakan lensa kotak, dan reaksi terhadap cahaya baik. Pada pemeriksaan nervus III okulomotorius saat diberikan cahaya, pupil pasien tampak mengecil 2 mm pada kedua bola mata. Pada pemeriksaan nervus IV troklearis tidak ditemukan juga adanya kelainan pada otot-otot mata, dibuktikan dengan ketika dikaji pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat dari atas, kebawah, kesamping kanan dan kiri. Pada pemeriksaan nervus VI abduksen gerakan bola mata pasien tidak ditemukan penglihatan double dan gerakan bola mata pasien tampak normal.

Penulis juga tidak menemukan adanya gangguan menelan (disfagia). Menurut LeMone (2016) gangguan pada sirkulasi pada batang otak yaitu pada arteri vertebrobasilar menyebabkan gangguan nervus kranial seperti disatria, gangguan menelan (disfagia) beberapa fungsi dari saraf kranial yang membuat penderita stroke kesulitan menelan (disfagia) meliputi kerusakan pada saraf kranial ke V kesulitan membuka mulut, kerusakan pada saraf VII mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang ditelan dan XII yang menyebabkan penderita stroke mengalami masalah pada lidah. Namun pada pasien tidak ditemukan gangguan menelan dibuktikan dengan pada pemeriksaan nervus IX glossofaringeal dan X vagus, pasien mampu membedakan rasa asam, manis, pahit dan asin walaupun lidah tampak sedikit menyimpang ke kanan dan reflek menelan pasien baik. Pada pemeriksaan Nervus V tidak terdapat kelainan dibuktikan dengan pasien mampu menahan tekanan yang diberikan perawat pada bagian rahang, saat pasien diminta menggerakkan rahang dan

merapatkan rahang terdapat kontraksi pada otot *masseter*, dan pasien mampu merasakan rasa halus dipermukaan wajah dibuktikan dengan pada saat diberikan sentuhan dengan kapas pasien mengatakan adanya sensasi halus di wajah.

Menurut LeMone (2016) stroke yang terjadi pada arteri serebral tengah dan posterior menimbulkan manifestasi klinis yaitu ketidakmampuan untuk mengenali wajah, terjadi penurunan kesadaran, dan gangguan memori. Sedangkan pada pasien tidak ditemukan adanya penurunan kesadaran dibuktikan dengan saat dikaji kesadaran pasien compos mentis dengan GCS E4V5M6 jika dikaji pada ekstremitas kiri pasien yang tidak mengalami kelemahan. Tidak ditemukan adanya tanda peningkatan Tekanan Intrakranial seperti nyeri kepala hebat, adanya papil edema, muntah proyektil. Pasien tidak ditemukan adanya gangguan kognitif dan perubahan perilaku dibuktikan dengan pasien mampu berorientasi dengan baik, pasien mampu menjawab sesuai dengan pertanyaan yang diajukan oleh perawat, dan pasien mampu mengenali orang disekitarnya seperti mengenali istrinya.

Kesimpulannya bahwa gejala atau tanda-tanda bervariasi pada penderita stroke karena tiap bagian tubuh dikendalikan oleh bagian otak yang berbeda-beda sehingga gejala stroke akan tergantung kepada bagian otak yang terserang dan juga tingkat kerusakannya, namun umumnya muncul gejala dan tanda-tanda tersebut timbul secara tiba-tiba.

Menurut Black (2014) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien stroke ada 5 jenis pemeriksaan yaitu CT-scan kepala, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), EKG yang dapat mendeteksi pasien dengan dugaan fibrasi atrium, *Angiography* serebri, USG Dopler, sedangkan pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kasus adalah CT-scan, foto thorax, pemeriksaan laboratorium lengkap, EKG, pemeriksaan kimia darah, dan kadar glukosa darah. Dari hasil pemeriksaan tersebut sudah dapat ditetapkan diagnosis medis pasien dengan faktor resiko yang menyebabkan yaitu dislipidemia. Hal ini dibuktikan dari hasil CT-scan menunjukkan adanya lesi hipodens batas tegas dari pericornu inferior ventrikel kanan dan di corona radiatas kiri, lesi hipodens kecil di thalamus kiri. Lesi hipodens (berwarna lebih gelap) pada CT-scan dapat disebabkan oleh banyak faktor mulai dari sumbatan pembuluh darah otak, pembengkakan otak, bekuan darah yang sudah lama, dsb. Sebagai penyebab yang mendasarinya adalah riwayat hipertensi, saat pengkajian tekanan darah pasien 180/92 mmHg dan kadar kolesterol HDL pasien rendah 32.0 mg/dl (41.5 - 67.3).

Menurut Harding (2023) dan LeMone (2016) penatalaksanaan pada pasien stroke yaitu obat fibrinolitik, antipatelet, antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan pembedahan. Apabila pasien mengalami penyakit penyerta seperti stroke dengan diabetes melitus akan diberikan obat antidiabetes. Pada kasus pengobatan tersebut sudah sesuai, antidiabetes tidak diberikan karena glukosa darah sewaktu pasien saat masuk 136 gr/dl dan pasien tidak memiliki riwayat diabetes. Pembedahan tidak dilakukan karena tidak ada indikasi untuk tindakan tersebut. Menurut

Biller (2021) dan Harding (2023) pembedahan otak dilakukan untuk mengembalikan aliran darah, namun pada kasus membuka aliran darah ke otak masih bisa dilakukan dengan pemberian terapi farmakologik.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif sehingga memudahkan penulis dalam mengumpulkan data-data yang diperlukan dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing penulis dari awal proses pengkajian hingga akhir proses pengkajian. Faktor penghambatnya adalah penulis memiliki kesulitan dalam mendapatkan data-data rekam medis yang dimasukkan dalam digital seperti hasil *CT-scan* dan rontgen thoraks karena RSUD Koja sudah menerapkan hampir semua data pasien masuk kedalam rekam medik digital melalui komputer dan tidak ada bukti cetak tertulis. Sebagai solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan dan perawat ruangan dan meminta bantuannya untuk membukakan komputer data pasien sehingga penulis bisa memperoleh data yang dibutuhkan. Hambatan lainnya adalah penulis mengalami kesulitan dalam membaca tulisan tangan perawat dan dokter, sebagai solusinya penulis mengklarifikasi kembali dan bertanya dengan perawat ruangan mengenai data-data rekam medis pasien yang kurang penulis pahami.

B. Diagnosis keperawatan

Menurut Koerniawan (2020) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) terdapat 8 diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien stroke yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif; Gangguan mobilitas fisik; Gangguan komunikasi verbal; Gangguan menelan; Gangguan eliminasi

urine; Defisit perawatan diri; Risiko gangguan integritas kulit; Risiko Konsitpasi. Pada kasus penulis menemukan enam (6) diagnosis, dua (2) diagnosis yang sesuai dengan teori yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik dan 4 tidak sesuai dengan teori yaitu gangguan pertukaran gas, risiko penurunan curah jantung, risiko jatuh dan deficit pengetahuan.

Diagnosis yang ada di teori namun tidak muncul di kasus adalah gangguan komunikasi verbal. Diagnosis ini muncul menurut LeMone (2016) sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi arteri serebri medial menyebabkan broca, wernickle dan gangguan motorik dan sensorik pada wajah, Sedangkan pada kasus diagnosis ini tidak ditemukan dibuktikan saat pengkajian pasien dapat menjawab pertanyaan perawat dengan tepat, bicara pasien hanya sedikit pelo tetapi tidak mengganggu komunikasi verbal pasien, pada pemeriksaan nervus XII hipoglosus saat pasien diinstruksikan untuk menjulurkan lidah, pasien tampak mampu menjulurkan lidah, pasien tampak kesulitan memutar lidahnya saat diinstruksikan oleh perawat.

Menurut LeMone (2016) gangguan menelan terjadi pada pasien stroke akibat adanya gangguan serebrovaskular dan gangguan nervus kranialis. Menurut LeMone (2016) adanya gangguan atau kelumpuhan di nervus V dan VII maka akan menyebabkan pasien kesulitan menelan dan terjadi disfagia. Sedangkan di kasus saat pengkajian nervus V, VII, dan XII refleks menelan pasien masih bagus dan refleks muntah ada dan pasien tidak menggunakan alat bantu selang *nasogastric*, tidak ada tanda-tanda kelumpuhan pada otot *masseter*.

Menurut LeMone (2016) risiko gangguan integritas kulit terjadi pada pasien stroke disebabkan karena pasien mengalami penurunan kekuatan otot, adanya hemiparesis yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi arteri serebri interior membuat pasien stroke terhambat mobilisasinya terlebih pada pasien yang harus tirah baring, kemudian pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran disebabkan oleh gangguan sirkulasi batang otak, pasien tidak mampu melakukan mobilisasi sehingga terjadinya luka tekan akibat kurangnya pergerakan. Pada kasus masalah ini tidak diangkat dibuktikan saat pengkajian kulit pasien tampak lembab, turgor kulit pasien baik, tidak tampak adanya pembengkakan, ruam, atau kemerahan disekitar kulit pasien, pasien tidak ada luka dekubitus, kulit pasien tampak bersih.

Pada kasus ditemukan 4 diagnosa yang muncul di pasien tapi tidak sesuai teori. Defisit pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurang terpapar informasi ada pada kasus karena pasien belum memahami tentang pengertian stroke, penyebab stroke 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 yang terjadi, dan keluarga pasien banyak menanyakan tentang masalah yang dihadapi. Diagnosis kedua adalah risiko penurunan curah jantung ada di kasus dan tidak ada di teori karena penulis menemukan data-data sebagai berikut: tekanan darah pasien 180/92 mmHg, Hb 11,7 g/dL dan hematokrit 32,8%. Diagnosis ketiga adalah Risiko jatuh ada di kasus dan tidak ada di teori

karena penulis menemukan data-data sebagai berikut: usia pasien 65 tahun, mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan atas dan bawah. Diagnosis keempat adalah Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi muncul dikasus karena penulis menemukan data-data sebagai berikut: pasien mengeluh sesak, RR 24x/mnt, hasil AGD pH 7.481 (7.350 - 7.450), PCO₂ 26.6 mmHg (32.0 - 45.0) HCO₃ 20.0 (21.0 - 28.8) hasil thoraks kesan tampak adanya corakan bronchovaskular, *bronchitis*.

Diagnosa gangguan pertukaran gas yang muncul dikasus didukung oleh teori Sunarto (2015) yaitu aliran darah yang tidak lancar pada pasien stroke mengakibatkan gangguan suplai oksigen, darah membawa oksigen dan nutrisi ke otak, apabila terjadi sumbatan akibat stroke pada peredaran darah, maka jumlah oksigen pun berkurang sehingga perlu dilakukan pemantauan dan penanganan yang tepat dengan memberikan posisi semi *fowler*.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosis keperawatan yaitu tersedia banyak referensi tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik, banyak sumber yang tersedia dapat membantu penulis dalam menentukan acuan, menganalisa dan diskusi dengan pembimbing. Hambatan yang dialami penulis saat melakukan perumusan diagnosis adalah saat menentukan masalah keperawatan dimana data yang penulis peroleh kurang dari 80% untuk memenuhi kriteria diangkatnya sebuah diagnosis. Solusi yang dilakukan penulis agar tetap dapat menyelesaikan masalah keperawatan yang muncul namun tidak harus

mengangkat diagnosis tersebut adalah dengan cara melakukan beberapa modifikasi dalam perencanaan pada diagnosis lain sehingga bisa sekaligus mengatasi masalah keperawatan yang muncul tersebut dengan data yang minim.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik berdasarkan dengan dapat tercapai rasional yang ditentukan dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai.

Menurut Tim Pokja SIKI PPNI DPP PPNI (2018) dan Sekunde (2020) dalam perencanaan keperawatan pada pasien stroke dengan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik tidak terdapat rencana bantu *Activity Daily Living* (ADL) pasien, namun penulis melakukan modifikasi pada perencanaan dengan memasukan rencana ADL. Hal ini disebabkan ADL pasien terganggu karena pasien mengalami hemiparase pada ekstremitas kanan dan sudah lama tidak diberikan latihan. Dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan penulis menemukan hambatan dalam memberikan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien karena dalam literatur yang digunakan terdapat beberapa rencana yang berbeda sehingga penulis harus melakukan modifikasi.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dan semua tindakan keperawatan dilakukan pendokumentasian 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala namun selalu ditemukan solusinya dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan. Hambatan yang dialami oleh penulis adalah pada saat akan memberikan tindakan kolaboratif dengan pemberian terapi farmakologis pada diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dan risiko penurunan curah jantung. Obat yang akan diberikan adalah 1x75mg tablet Clopidogrel (pukul 12.00 WIB), 2x500mg kaplet Citicoline (pukul 07.00WIB dan pukul 19.00WIB), 2x500mg kapsul Mecobalamin (pukul 07.00WIB dan 19.00WIB), 1x80mg tablet Miniaspi (pukul 19.00 WIB). Namun jadwal pemberian terapi obat terkadang terlambat dari jadwal yang sudah ditetapkan dikarenakan lamanya waktu yang diperlukan saat melakukan pengoplosan/pencampuran obat, perawat ruangan memiliki kebiasaan mengoplos obat seluruh pasien terlebih dahulu kemudian baru diberikan ke pasien secara bersamaan. Hal ini menyebabkan pemberian obat tidak tepat waktu. Sebagai solusinya penulis meminta kepada CI/kepala ruangan untuk diberikan kepercayaan mempersiapkan dan memberikan sendiri obat tersebut sehingga obat bisa diberikan tepat waktu sesuai program.

Hambatan lainnya yang dialami penulis adalah pada perencanaan monitor hasil laboratorium Analisa Gas Darah pada diagnosis gangguan pertukaran gas belum ada rencana untuk dilkaukan pemeriksaan

laboratorium terbaru, solusinya penulis memvalidasi dan berdiskusi dengan perawat ruangan

E. Evaluasi Keperawatan

Selama melakukan asuhan keperawatan penulis melakukan evaluasi sesuai dengan apa yang ada di teori yaitu melakukan evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan setiap kali penulis memberikan tindakan ke pasien sedangkan evaluasi hasil mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun.

Dari 6 diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien, terdapat 2 diagnosis dimana tujuan sudah tercapai. Diagnosis yang pertama adalah risiko penurunan curah jantung, tujuan sudah tercapai dibuktikan dengan pasien tidak ada keluhan nyeri dada, tekanan darah mulai membaik, pasien tampak tenang, tidak ada tanda edema, tidak ditemukan adanya tanda dan gejala peningkatan TIK. Diagnosis selanjutnya dimana tujuan sudah tercapai adalah defisit pengetahuan tentang penyakit stroke dibuktikan secara verbal pasien dan keluarga dapat menyebutkan kembali pengertian pengertian stroke, tanda dan gejalanya dengan menggunakan bahasanya sendiri, dan dari segi psikomotor pasien dan keluarga sudah memahaminya dibuktikan dengan pasien sering terlihat melakukan latihan gerakan ROM aktif pada bagian ekstremitas kiri yang sehat, keluarga pasien tampak mampu memberikan latihan gerakan ROM pasif pada bagian ekstremitas kanan pasien yang mengalami kelemahan.

Terdapat 4 diagnosis keperawatan yang tujuannya tercapai Sebagian. Diagnosen pertukaran gas tujuan tercapai sebagian dibuktikan

dengan pasien tampak nyaman, pasien tidak mengeluh sesak namun untuk mengevaluasinya harus tetap menunggu hasil AGD ulang yang terbaru. Pada diagnosis risiko perfusi serebral tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan tidak ada penurunan tingkat kesadaran, GCS baik E4V6M3 jika dikaji pada ekstremitas kanan pasien, pasien tampak tenang, keluhan nyeri kepala menurun, tidak ditemukan gangguan fungsi neurologik yang baru, serta pasien tampak sudah bisa mengangkat ekstremitas bawah kanan, dan orientasi pasien tampak baik, namun obat-obat kolaboratif masih harus tetap dilanjutkan meskipun kondisi pasien sudah membaik.

Diagnosis ketiga gangguan mobilitas fisik tujuan tercapai sebagian dibuktikan dengan kekuatan otot pasien mulai meningkat, pasien sudah bisa duduk di tempat tidur, pasien sudah bisa mengangkat ekstremitas kanan bawah, pasien sudah bisa miring ke kanan dengan bantuan, namun pasien belum mampu berdiri, dan pasien belum mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya. Risiko jatuh tujuan tercapai bagian dikarenakan pasien aman, belum pernah mengalami jatuh dari tempat tidur, namun pasien masih membutuhkan pengawasan terus dikarenakan pasien masih mengalami hemiparise.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi adalah tujuan dan kriteria hasil yang dibuat di perencanaan disusun dengan baik. Faktor yang menjadi penghambat adalah belum ada pemeriksaan AGD ulang terbaru sebagai acuan untuk mengevaluasi keberhasilan tindakan keperawatan. Sebagai solusinya penulis melakukan evaluasi dari pengamatan, observasi dan pemeriksaan fisik.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis dapat menarik kesimpulan dari hasil pemberian asuhan keperawatan selama 3 hari yang dimulai pada tanggal 15 Maret 2023 sampai tanggal 17 Maret 2023 pada pasien Tn. K dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Neurologi 1102 Lantai 11 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara. Selain itu penulis juga memberikan saran untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

A. Kesimpulan

Pengkajian keperawatan secara umum kasus sudah sesuai dengan apa yang ada di teori. Pada kasus beberapa factor resiko sebagai penyebab stroke adalah pasien memiliki riwayat hipertensi yang sudah lama dan kadar kolesterol HDL yang rendah, serta riwayat pasien merokok yang sudah cukup lama. Beberapa kesenjangan penulis temukan pada manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang dan juga tidak semua penatalaksanaan diberikan di kasus karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

Pengkajian keperawatan terdapat beberapa hambatan yang ditemukan selama pengumpulan data-data di pemeriksaan penunjang, karena untuk mengakses data yang dimasukkan secara digital di dalam komputer memerlukan password perawat ruangan, namun penulis sudah mendapatkan solusinya.

Penulis juga mendapatkan faktor pendukung dimana pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan data-data yang dibutuhkan, juga peranan kepala ruangan serta perawat ruangan juga cukup besar.

Penulis menemukan 6 diagnosis pada kasus, dimana 2 diagnosa sesuai dengan teori yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik. Namun ada empat diagnosis yang tidak sesuai dengan teori namun ditemukan di kasus yaitu gangguan pertukaran gas, risiko penurunan curah jantung, risiko jatuh dan kurang pengetahuan. Dalam perencanaan keperawatan penulis menyusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas masalah serta menyesuaikan dengan teori. Beberapa intervensi dimodifikasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuakannya berdasarkan jam dinas yaitu selama tiga hari. Referensi yang cukup banyak sudah membantu kelancaran dalam penyusunan intervensi. Namun penulis juga menemukan hambatan dalam penyusunan intervensi tersebut, tapi solusi sudah penulis dapatkan.

Pelaksanaan keperawatan, tindakan yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan dengan baik. Namun ada beberapa hambatan yang penulis temukan yaitu jadual pemberian obat yang tidak sesuai dengan waktunya, tapi hal tersebut sudah mendapatkan solusinya. Pada tahap evaluasi ada empat diagnosis tujuan yang tercapai sebagian yaitu gangguan pertukaran gas risiko, rerfusi serebral tidak efektif gangguan mobilitas fisik dan risiko jatuh. Dua diagnosis keperawatan tujuan sudah tercapai yaitu risiko penurunan curah jantung dan defisit pengetahuan tentang penyakit stroke.

B. Saran

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

1. Bagi perawat ruangan

Perawat ruangan diharapkan saat pendokumentasian untuk setiap kegiatan di rekam medis pasien lebih ditingkatkan lagi kerapihan penulisannya dan ditulis lebih jelas, singkat, padat dan akurat, dalam melaksanakan asuhan keperawatan sesuai SOP lebih ditingkatkan lagi, dan berupaya untuk mengatur waktu menjadi lebih baik lagi sehingga pemberian obat pada pasien tepat waktu

2. Institusi Pendidikan

Penulis berharap untuk perpustakaan institusi dibuka dari hari senin-sabtu, karena penulis kesulitan mencari sumber-sumber ketika perpustakaan tutup, penulis berharap agar institusi lebih memperhatikan kembali jadwal kegiatan mahasiswa agar mahasiswa tidak bentrok saat mengerjakan Tugas Akhir yang dibarengi dengan dinas. Penulis berharap agar institusi memfokuskan pada semester 6 hanya berfokus untuk menyelesaikan Tugas Akhir saja.

DAFTAR PUSTAKA

- 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).
- 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.
- Eko Arisetijono, Badrul Munir, H. P. (2017). *Buku Ajar Neurologi*. CV. Sagung Seto.
- Espay, alberto J., & Biller, J. (2021). *concise neurologi* (C. Adams (ed.); 2nd ed.). wolters kluwer.
- Gofir, A. (2021). *Tatalaksana Stroke dan Penyakit Vaskuler Lain*. Yogyakarta: UGM PRESS.
- 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>
- Iskandar, J. (2011). *STROKE, Waspadai Ancamannya*. C.V ANDI OFFSET.
- Kurniawan, J., & Gunawan, P. A. (2022). Hubungan tekanan darah sistolik saat admisi dengan tipe stroke pada pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RS swasta Jakarta Barat. *Tarumanagara Medical Journal*, 4(1), 99–105. <https://doi.org/10.24912/tmj.v4i2.18249>
- Kishore, J., Gupta, N., Kohli, C. & Kumar, N., 2016. Prevalence of Hypertension and Determination of Its Risk Factors in Rural Delhi. *International Journal of Hypertension*, 2016(ID 7962595), pp. 1 - 7.
- LeMone. (2016). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. ECG.
- Masriadi. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Trans Info Media
- Prasetyo, Sp.S, D. E., & Shahnaz Garini, A. (2018). Prevalensi Dislipidemia pada Pasien Stroke Iskemik Berulang Rawat Jalan dan atau Rawat Inap di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Periode 2015 – Juni 2017. *Majalah Kesehatan Pharmamedika*, 10(1), 031. <https://doi.org/10.33476/mkp.v10i1.685>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesian Definisi dan Indikator Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- P2PTM Kemenkes RI. (2018). *Apa itu stroke?* P2PTM Kemenkes RI. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apa-itu-stroke>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasilriskesdas-2018.pdf>
- Simbolon, P., Simbolon, N., & Ringo, M. S. (2018). Faktor Merokok dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 4(1), 18. <https://doi.org/10.33490/jkm.v4i1.53>
- Sustrani Lanny, A. S. (2016). kasus tentang stroke. pp. 1-4.
- Wicaksana, I., Wati, A., & Muhartomo, H. (2017). Perbedaan Jenis Kelamin Sebagai Faktor Risiko Terhadap Keluaran Klinis Pasien Stroke Iskemik. *Diponegoro Medical Journal*, 6(2), 655–662.
- 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>
- WHO. (2018). Cardiovascular diseases (CVDs). Retrieved from [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Sunarto. (2015). Peningkatan Nilai Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Menggunakan Model Elevations and Body Positions on Intracranial Pressure and Cerebral Perfusion Pressure in Neurosurgical Patients. American Association of Neuroscience Nurses

Laporan Pendahuluan Obat

A. Clopidogrel

Clopidogrel merupakan obat antiplatelet yang termasuk ke golongan kelas IIb evidence C

Obat ini berfungsi untuk membantu agar sel darah terutama trombosit (keping darah) tidak menggumpal dan menghambat trombus (penggumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah arteri dan vena). Obat ini dapat mencegah serangan jantung dan serangan stroke.

Indikasi obat:

Stroke, penderita gangguan sirkulasi darah, sindrom koroner akut atau fibrilasi atrium

Kontraindikasi:

Pada penggunaan kelompok khusus ibu hamil dan menyusui, usia dibawah 16 tahun, kecuali atas anjuran dokter

Efek samping:

Infeksi saluran pernapasan atas, sakit kepala, nyeri dada, pusing, gangguan pencernaan, diare, ruam kulit, depresi

B. Mecobalamin

Mecobalamin adalah obat bentuk kimiawi berupa co-enzyme dari B12. Obat ini digunakan untuk mengobati neuropati perifer (saraf tepi) dan anemia megaloblastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12.

Indikasi obat:

Gangguan pada saraf neuropati perifer, anemia megaloblastik karena defisiensi vitamin B12.

Kontraindikasi:

Pada penderita hipersensitivitas, radang lambung, riwayat post op pengangkatan lambung

Efek samping:

Mual, muntah, diare, sakit perut, anoreksia, sakit kepala, reaksi hipersensitif misal ruam, dispneu

C. Ranitidine

Ranitidine adalah obat untuk mengobati penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung. Ranitidine termasuk golongan antagonis reseptor histamin H₂ yang bekerja dengan cara menghambat secara kompetitif kerja reseptor histamin H₂, yang sangat berperan dalam sekresi asam lambung.

Indikasi:

Tukak lambung, tukak duodenum, refluks esophagitis, dyspepsia episodic kronis, tukak akibat AINS, tukak duodenum karena H.pylori. kondisi lain dimana mengurangi asam lambung

Kontraindikasi:

Riwayat porfiria akut.

Efek samping:

Sakit kepala, konstipasi, diare, mual, rasa tidak nyaman di perut, nyeri perut, pusing

D. Citicoline

Citicoline adalah obat untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke dan cedera kepala. Obat ini dapat mempertahankan dan melindungi fungsi otak

Indikasi:

Glaukoma, amblyopia, gangguan memori, demensia, Alzheimer

Kontraindikasi:

Hipersensitif pada kandungan obat, ibu hamil dan menyusui

Efek samping:

Mual, kemerahan pada kulit, sakit kepala dan pusing, nyeri perut (epigastric distress), kejang, insomnia, mual dan muntah, perubahan tekanan darah sementara

E. Miniaspi

Miniaspi adalah obat yang mengandung Acetylsalicylic acid atau dikenal juga dengan aspirin merupakan senyawa analgesik non steroid yang digunakan sebagai analgesik, antipiretik, antiinflamasi, dan antiplatelet. Obat ini sebagai antiplatelet yang menghambat pembentukan trombus pada sirkulasi arteri. Obat ini digunakan untuk mencegah agregasi platelet pada kondisi angina yang tidak stabil dan serangan iskemikotak yang terjadi sesaat.

Indikasi:

Infark miokard, angina, iskemik

Kontraindikasi:

Hipersensitivitas terhadap aspirin atau NSAID lainnya. Ulkus peptikum, penyakit hemoragik, gangguan koagulasi (hemofilia, trombositopenia), asam urat, gangguan hati dan ginjal yang sudah parah. Anak-anak <16 tahun dan pulih dari infeksi virus. Ibu hamil dan menyusui

Efek samping:

Tinitus, gangguan sistem darah dan limfatik; anemia, hipoprotrombinaemia, trombositopenia. Gangguan gastrointestinal; dyspepsia, iritasi lambung, mual dan muntah. Gangguan sistem saraf; pusing, kebingungan. gangguan pernapasan; asma, bronkopasme, dispnea, rhinitis. Gangguan kulit dan jaringan subkutan; ruam, urtikaria. Gagal napas, koma, angioedema, hipoglikemi berat.