



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.D DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI KAMAR 1108
LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

SUBAGYO

2011111

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.D DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI KAMAR 1108
LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

SUBAGYO

2011111

**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 dengasn benar.**

Nama : Subagyo

NIM : 2011111

Tanda tangan :

Tanggal : 13 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.D Dengan Stroke Non Hemoragik Di
Lantai 11 Ruang 1108 RSUD Koja Jakarta Utara**

**Dewan Penguji
Ketua,**



(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 - penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.D Dengan Stroke Non Hemoragik di Lantai 11 Ruang 1108 RSUD Koja Jakarta Utara”.

Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua STIKes RS Husada
2. Ns. Nia Rosliany, M.Kep., Sp.Kep. MB selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
3. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan dalam dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Hardin La Ramba, S.Kep., M.Biomed selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalin pendidikan serta memberikan saya motivasi
6. Dr. Ida Bagus Nyoman Banjar , MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara
7. Kepala ruangan Lantai 11 Ruang Neurologi dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di ruangan penyakit dalam.
8. Tn.D dan keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
9. Orang Tua dan keluarga terutama kakak – kakakku yang aku cintai Mas Supriyanto, Mas Supriyono, dan Mba Iyaenk yang paling cantik, telah

memberikan bantuan material dan moral serta kasih sayang yang tidak pernah berhenti - henti nya penulis dapatkan sehingga penulis bisa berada di posisi saat ini, semoga selalu berada dalam lindungan ALLAH SWT.

10. Mirra Sari, A.Md.Kep, terima kasih banyak selaku orang tercinta yang selama ini telah menemani hingga saat ini, menjadi untuk bertukar pikiran dan selalu memberikan motivasi serta semangat sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
 11. Sahabat Rahasia Negara Andini, Yulia, Dea, faizal, Joan, dan Roven, terima kasih selama ini telah menjadi tempat bertukar pikiran dan menjalin suka duka bersama serta terima kasih atas bantuan, dorongan dan dukungannya dalam tiga tahun terakhir ini sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
 12. Teman-teman seperjuangan di tim Keperawatan Medikal Bedah dan kelompok 3 ruangan neurologi yuli, tasya, devinta dan chelin yang telah saling membantu selama masa dinas.
 13. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama kelas C terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya.
- Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 13 Juni 2023

Subagyo

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan.....	6
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Pengertian	8
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan	23
D. Pengkajian Keperawatan.....	25
E. Diagnosa Keperawatan	36
F. Perencanaan Keperawatan	38
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	54
H. Evaluasi Keperawatan.....	56
BAB III TINJAUAN KASUS.....	58
A. Pengkajian Keperawatan.....	58
B. Diagnosis Keperawatan	75
C. Perencanaan, pelaksanaan, dan Evaluasi	76
BAB IV PEMBAHASAN.....	95
A. Pengkajian Keperawatan.....	95
B. Diagnosa Keperawatan	101
C. Perencanaan keperawatan	103

D.	Pelaksanaan keperawatan.....	105
E.	Evaluasi Keperawatan.....	106
BAB V PENUTUP.....		109
A.	Kesimpulan	109
B.	Saran	112
DAFTAR PUSTAKA		114

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway	107
Lampiran 2 Analisa Obat	108
Lampiran 3 Lembar Konsul	122

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dewasa ini perkembangan Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan salah satu permasalahan kesehatan penting yang dihadapi oleh seluruh negara di dunia. Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2014, setiap tahunnya lebih dari 36 juta orang meninggal karena Penyakit Tidak Menular (PTM), yang mencakup 63% dari seluruh kematian. Lebih dari 9 juta kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular terjadi sebelum usia 60 tahun, dan 90% dari kematian “dini” tersebut terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah. Salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang menjadi perhatian penting adalah Penyakit Stroke (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Penyakit Tidak Menular (PTM) atau biasa juga disebut sebagai penyakit degenerative. Penyakit tidak menular menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat karena tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi secara global, merupakan jenis penyakit yang tak bisa ditularkan oleh penderita ke orang lain, jenis penyakit ini berkembang secara perlahan dan terjadi dalam jangka waktu yang panjang. Salah satu contoh yang termasuk dalam penyakit tidak menular adalah penyakit kardiovaskular yang berkaitan dengan naiknya tekanan darah, gula darah, lipid darah dan obesitas. Kondisi ini mengakibatkan munculnya penyakit seperti serangan jantung, stroke atau *Cerebrovascular Disease/Cerebrovascular Disorder (CVD)*, gangguan pada

arteri, penyakit serebrovaskular, penyakit jantung dan berbagai penyakit kardiovaskular lainnya.

Penyakit Stroke atau *Cerebrovascular Disease/Cerebrovascular Disorder* (CVD), dikenal juga dengan istilah *Cerebrovascular Accident* (CVA) atau dalam bahasa Indonesia dikenal dengan Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO). Istilah ini mengacu pada gangguan fungsi sistem saraf pusat yang terjadi saat suplai darah ke otak terganggu. Gangguan peredaran otak ini juga lebih umum dikenal dengan istilah Stroke (Manurung, 2018).

Stroke non hemoragik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah, baik itu sumbatan karena trombosis (penggumpalan darah) atau embolik (pecahan gumpalan darah/udara/benda asing dalam pembuluh darah) sehingga dapat menyumbat pembuluh darah di bagian otak. Sedangkan stroke hemoragik adalah perdarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak. Kondisi ini menyebabkan aliran darah di bagian tersebut berkurang. Tanpa pasokan oksigen yang dibawa oleh darah, sel otak dapat cepat mati sehingga fungsi otak pun terganggu (Lewis et al., 2014).

Stroke adalah penyebab utama kedua kecacatan, setelah demensia (Aparicio et al., 2021). Kecacatan yang terjadi berupa hilangnya penglihatan dan atau ucapan, kelumpuhan dan kebingungan. Secara global, stroke merupakan penyebab utama kematian kedua di atas usia 60 tahun dan penyebab kematian yang kelima pada orang berusia 15 sampai 59 tahun. Stroke kurang umum pada orang di bawah 40 tahun, meski memang terjadi. Pada orang muda

penyebab paling umum adalah tekanan darah tinggi atau *sickle cell disease* (Tsao et al., 2023).

Di Amerika Serikat, penderita stroke bertambah setiap 40 menit, 1 dari 20 kematian disebabkan oleh stroke dan seseorang meninggal karena stroke setiap 4 menit. Bila dipisahkan dengan penyakit kardiovaskuler lain, stroke menduduki peringkat kelima dari semua penyebab kematian di Amerika Serikat, yakni mendekati 133.000 orang pertahun. Setiap tahun, sekitar 795,000 orang menderita stroke, sekitar 610.000 orang penderita stroke baru dan 185.000 penderita stroke *rekurent*. Selain itu, stroke juga merupakan penyebab utama disabilitas dalam jangka waktu yang lama di Amerika Serikat (Olang et al., 2021).

Di Inggris, lebih dari 100.000 penderita stroke setiap tahunnya, ini artinya stroke terjadi setiap 5 menit. Ada 1,2 juta survivor stroke di Inggris, menjadi penyebab kematian tunggal nomor 4 dan lebih dari 400 kasus stroke pada masa kanak - kanak dalam satu tahun. Stroke juga menjadi penyebab *disabilitas* utama di Inggris, hampir dua pertiga dari survivor stroke yang dirawat di rumah sakit mengalami disabilitas (Tsao et al., 2022).

Data di Indonesia menunjukkan peningkatan kasus stroke baik dalam hal kematian, kejadian, maupun kecacatan. Angka kematian berdasarkan umur adalah sebesar 15,9% (umur 45 – 55 tahun), 26,8% (umur 55 – 64 tahun) dan 23,5% (umur 65 tahun). Kejadian (insiden) stroke sebesar 51,6/100.000 penduduk dan kecacatan 1,6%, tidak berubah 4,3% semakin memberat. Penderita laki - laki lebih banyak daripada perempuan dan profil usia dibawah 45 tahun sebesar 11,8%, usia 45 – 64 tahun 54,2%, dan usia diatas 65 tahun

sebesar 33,5%. Stroke menyerang usia produktif dan usia lanjut yang berpotensi menimbulkan masalah baru dalam pembangunan kesehatan secara nasional di kemudian hari (Badan Pusat Statistika, 2022). Berdasarkan data rekapitulasi pada Rekam Medis RSUD Koja Jakarta Utara pada bulan Maret 2022 sampai Maret 2023, jumlah pasien yang mengalami penyakit stroke sebanyak 127 pasien (RSUD Koja, 2022).

Penderita stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kecacatan fisik dan mental. Sebesar 30% - 40% penderita stroke dapat sembuh sempurna bila ditangani dalam waktu 6 jam pertama (*golden periode*). Namun apabila dalam waktu tersebut pasien stroke tidak mendapatkan penanganan yang maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik dan penurunan kekuatan otot seperti hemiparese atau hemiplegi. Pertolongan dan pengobatan pasien stroke tujuannya untuk meningkatkan aliran darah ke otak, mencegah kematian dan meminimalkan kecacatan yang ditimbulkan untuk penanganan pasien stroke yang akut pada terapi farmakologi biasanya diberikan microplasmin, dipasang infus untuk memasukkan cairan dan zat makanan, kemudian diberikan manitol atau kortikosteroid untuk mengurangi pembengkakan dan tekanan di dalam otak, akibat infiltrasi sel darah putih. (Asmawariza & Wiguna, 2020).

Perawat mempunyai peran yang sangat penting bagi penderita stroke non hemoragik dengan memberikan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, serta melihat klien secara menyeluruh. Peran perawat untuk mengatasi Stroke non hemoragik yaitu dengan cara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Promotif adalah dengan cara

meningkatkan status kesehatan yang diberikan melalui pendidikan kesehatan tentang pencegahan stroke non hemoragik dengan cara penanggulannya. Preventif dengan menekankan pentingnya memelihara lingkungan yang sehat dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah makan. Kuratif yaitu pemantauan pencegahan yang cepat dan tepat terhadap intake dan output cairan serta pemantauan tanda - tanda vital agar diketahui segera keadaan umum pasien Rehabilitatif dengan cara menganjurkan pasien untuk istirahat selama proses pemulihan (Budiono, 2016; Ruhardi et al., 2021).

Berdasarkan pertimbangan keadaan yang diuraikan di atas, maka penulis sebagai salah satu tenaga kesehatan yang berperan dalam peningkatan kesehatan terutama pada pasien stroke maka penulis tertarik untuk membahas bagaimana asuhan keperawatan dengan Stroke non hemoragik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum:

Untuk menerapkan ilmu yang sudah di pelajari pada bangku kuliah secara langsung serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke non hemoragik.

2. Tujuan Khusus:

- 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. D dengan Stroke Non Hemoragik Lantai 11 Ruang 1108 di RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 15 Maret – 17 Maret 2023” dengan proses asuhan keperawatan menggunakan tahapan proses keperawatan dari mulai pengkajian keperawatan, menentukan masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penyusun karya tulis ilmiah ini dibuat berdasarkan deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengumpulkan data, menganalisa, mengidentifikasi dan menarik kesimpulan kemudian diajukan sebagai pembahasan. Adapun teknik pengumpulan data dalam menyusun karya tulis ilmiah ini adalah dengan studi kasus seperti wawancara, pemeriksaan fisik, observasi selain itu juga menggunakan studi dokumentasi dengan cara mempelajari hasil pemeriksaan yang tertulis dan yang terakhir menggunakan metode studi kepustakaan yang didapatkan dengan mencari literatur keperawatan dan membaca serta mempelajari buku untuk mendapatkan keterangan dengan dasar - dasar teoritis yang berhubungan dengan Stroke Non Hemoragik.

E. Sistematika Penulisan

Laporan ini disusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab yaitu pada BAB I: Pendahuluan yaitu menguraikan latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II: Tinjauan teori, yaitu terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses perjalanan penyakit Stroke non hemoragik, manifestasi klinis, dan komplikasi), pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis), dan asuhan keperawatan (pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan). BAB III: Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV:

Pembahasan kasus yaitu membahas kesenjangan antara teori dengan kasus pada pasien dengan penyakit Stroke non hemoragik, dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan serta faktor pendukung, faktor penghambat dan solusi pemecahan masalah. BAB V: Penutup meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Stroke adalah sindrom neurologis yang ditandai secara bertahap atau cepat, yang terjadi ketika suplai oksigen ke area lokal di otak terputus, mengakibatkan serangkaian proses rumit yang mengarah pada kerusakan jaringan saraf dan mengakibatkan kerusakan otak (Hickey, 2014).

Stroke atau *Cerebrovaskular Disease* (CVD) adalah suatu kondisi system susunan saraf pusat yang patologis akibat adanya gangguan peredaran darah, yang mengakibatkan kondisi dimana terjadi kehilangan perfusi ke pembuluh darah otak secara akut yang menimbulkan kehilangan fungsi neurologis secara cepat (Hinkle & Cheever, 2017). Adapun, pengertian lain terkait stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2017).

B. Patofisiologi

Aliran darah yang menuju ke otak dapat terganggu dan menurun dengan beberapa cara. Iskemia terjadi ketika suplai darah ke bagian dari otak terganggu atau tersumbat total. Kemampuan bertahan yang utama pada jaringan otak dalam kondisi iskemia bergantung pada lama waktu kerusakan serta tingkat gangguan dari metabolisme otak. Iskemik biasanya terjadi karena trombosis atau emboli. Stroke yang terjadi karena trombosis lebih sering terjadi dibandingkan karena embolik. Stroke akibat penyumbatan dapat

terjadi pada pembuluh darah besar seperti pada arteri serebral utama yaitu carotid interna, serebral anterior, serebral medial, serebral posterior, vertebral dan arteri basilaris. Stroke akibat penyumbatan dapat juga terjadi pada pembuluh darah kecil karena merupakan cabang dari pembuluh darah besar yang masuk lebih dalam pada bagian otak (Black & Hawks, 2014).

Penyebab tersering stroke adalah aterosclerosis. Aterosklerosis (pengerasan dan penebalan arteri) dapat menyebabkan pembentukan thrombus dan emboli. Aterosklerosis ini diawali oleh infiltrasi lipid yang abnormal pada tunika intima arteri menjadi penumpukan lemak dan membentuk plak. Penebalan plak lebih cepat terjadi pada arteri yang mengalami peningkatan turbulensi aliran darah seperti pada daerah percabangan arteri atau arteri yang berkelok - kelok. Plak yang rapuh dengan mudah bisa ruptur yang merangsang terjadinya respons inflamasi. Platelet dan fibrin dilepaskan dan melekat pada permukaan plak dan menyebabkan penyempitan atau oklusi pada arteri. Plak yang ruptur atau trombus ini juga dapat lepas mengikuti aliran darah dan menyebabkan penyempitan pada pembuluh arteri bagian distal (Lewis et al., 2014).

Sebagai akibat dari iskemia akan timbul berbagai gangguan metabolik (*ischemic cascade*) seperti produksi ATP yang tidak adekuat, gangguan homeostasis ion, pelepasan asam amino (misalnya glutamat) pembentukan radikal bebas dan berakhir dengan kematian sel. Daerah inti iskemia disebut *penumbra ischemic* masih bersifat reversibel jika aliran darah yang adekuat dapat dipulihkan segera (dalam waktu 3 jam), maka kaskade iskemia dapat dihentikan dan mengurangi kerusakan otak dan kehilangan fungsi neurologis

(Winkelman, 2016). Penyebab stroke terbagi menjadi empat (4) bagian yaitu trombosis, embolisme, perdarahan (hemoragik), dan penyebab lain. (Black & Hawks, 2014).

Penyebab stroke pertama adalah trombosis, penggumpalan (trombosis) mulai terjadi karena adanya kerusakan pada bagian garis endotelial pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama, yang menyebabkan zat lemak tertumpuk dan membentuk plak dalam pembuluh darah. Pembesaran plak yang terus menerus dapat menyebabkan stenosis/penyempitan pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah dan membuat aliran menjadi tidak lancar sehingga darah berputar - putar pada permukaan yang terdapat plak, yang kemudian dapat menyebabkan penggumpalan dan melekat pada plak tersebut. Kondisi ini semakin memperparah sumbatan pada rongga pembuluh darah. Trombus bisa terjadi disepanjang arteri karotis atau pada cabang - cabangnya. Stroke trombosis ini adalah tipe yang paling sering pada penderita diabetes. Stroke lakunar adalah stroke yang terjadi pada pembuluh darah kecil, dimana bagian endothelium pembuluh darah kecil dipengaruhi sebagian besar oleh kondisi hipertensi. Kondisi ini sering juga terjadi pada penderita Diabetes Mellitus (Winkelman, 2016).

Penyebab stroke kedua adalah embolisme, Embolus terbentuk dibagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak, dimana trombus dapat terlepas dari arteri carotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral (Cheever & Hinkle, 2014).

Kondisi fibrilasi atrial kronik memiliki hubungan dengan tingginya kejadian stroke embolik, dimana darah terkumpul dalam atrium yang kosong. Gumpalan darah yang sangat kecil terbentuk dalam atrium kiri kemudian bergerak menuju ventrikel kiri jantung dan masuk ke dalam sirkulasi serebral. Pompa mekanik jantung buatan yang memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang normal dapat juga menyebabkan peningkatan resiko terjadinya pengumpalan. Endokarditis yang disebabkan oleh bakteri maupun yang non - bakteri dapat menjadi sumber terjadinya emboli. Sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Kejadian emboli pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia (Ruhardi et al., 2021).

Penyebab stroke ketiga adalah perdarahan (hemoragik). Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah, yang bisa menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya terjadi setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisma. Aneurisma adalah pembengkakan pada pembuluh darah. Diperkirakan sekitar 6% dari seluruh stroke disebabkan oleh aneurisma. Stroke yang disebabkan perdarahan seringkali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Stroke hemoragik biasanya menyebabkan terjadinya kehilangan fungsi yang banyak dan penyembuhannya paling lambat dibandingkan dengan tipe stroke yang lain. Hemoragik berkisar antara 25% sampai 60%. Jumlah volume perdarahan

merupakan satu - satunya yang paling penting untuk melihat kondisi klien. Perdarahan pada otak merupakan penyebab paling fatal dari semua jenis stroke (LeMone et al., 2016).

Penyebab lain stroke karena spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Kondisi hiperkoagulasi adalah kondisi terjadinya penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang biasanya terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan aliran gumpalan darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke trombotik dan stroke iskemik. Tekanan pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah, perlukaan pada otak, atau gangguan lain. Namun, penyebab - penyebab tersebut jarang terjadi pada kejadian stroke (Black & Hawks, 2014).

Otak tidak dapat menyediakan oksigen dan glukosa, oleh sebab itu harus menerima dari aliran darah yang tetap yang membawa substansi ini sehingga otak dapat berfungsi secara normal dan sebagai tambahan bahwa aliran darah penting untuk mengangkut limbah metabolik (karbon dioksida, asam laktat). Jika suplai darah ke bagian manapun dari otak terganggu selama lebih dari beberapa menit, jaringan serebral mati (infark). Hasilnya adalah berbagai tingkat kecacatan, tergantung pada lokasi dan jumlah jaringan otak yang terkena. Metabolisme otak dan aliran darah setelah stroke dapat dipengaruhi oleh lokasi sekitar terjadinya infark serta di belahan kontralateral (sisi yang berlawanan) hemisfer otak. Efek stroke pada sisi kontralateral (tidak

terpengaruh) mungkin karena pembengkakan otak dan perubahan lebih lanjut dalam aliran darah melalui otak (Ignatavicius et al., 2020).

Darah disuplai ke otak melalui dua pasang pembuluh darah arteri utama, yaitu *arteri carotis interna* (sirkulasi bagian anterior) dan arteri vertebral (sirkulasi bagian posterior). Percabangan arteri carotis sebagian besar menyuplai darah ke lobus frontal, parietal, temporal, ganglia basalis, dan sebagian diensefalon (thalamus dan hipotalamus). Percabangan utama dari arteri carotis, yaitu arteri serebral medial dan arteri serebral anterior. Arteri vertebral bersatu membentuk arteri basiler, dimana percabangan ini menyuplai darah ke bagian tengah dan bawah lobus temporal, oksipital, cerebellum, batang otak dan sebagian dari diensefalon. Cabang utama dari arteri basiler adalah arteri serebral posterior. Sirkulasi serebral anterior dan posterior bersatu membentuk sirkulus Willis oleh arteri komunis anterior dan posterior. Anomali pada area ini umum terjadi sehingga sambungan pembuluh darah arteri tidak terjadi (Lewis et al., 2017).

Otak mendapat suplai darah secara terus - menerus untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan glukosa bagi neuron untuk dapat menjalankan fungsinya. Aliran darah harus tetap stabil yaitu 750 – 1000 ml/menit (55 ml/100 gram jaringan otak), atau 20% dari *cardiac output* agar otak dapat berfungsi optimal. Jika aliran darah ke otak terhenti secara total, misalnya seperti pada kasus *cardiac arrest*, maka dalam 30 detik akan terjadi perubahan metabolisme neurologis, metabolisme terhenti dalam 2 menit dan dalam 5 menit akan terjadi kematian sel otak (Black & Hawks, 2014).

Beberapa faktor lainnya yang dapat mempengaruhi aliran darah ke otak yaitu tekanan darah sistemik, *cardiac output* dan *viscositas* darah. Pada keadaan yang normal, peningkatan kebutuhan oksigen ke otak dapat dipenuhi dengan perubahan pada *cardiac output*, tonus vasomotor untuk mempertahankan distribusi aliran darah ke kepala. *Cardiac output* akan berkurang sepertiga sebelum terjadi penurunan aliran darah serebral. Perubahan viskositas darah akan mempengaruhi aliran darah serebral, dengan mengurangi viskositas darah, maka aliran darah serebral dapat ditingkatkan (LeMone et al., 2016).

Sirkulasi kolateral dapat terjadi sebagai upaya kompensasi ketika terjadi aliran darah serebral. Jaringan otak berpotensi mendapatkan suplai darah dari pembuluh darah yang lain saat terjadi hambatan pada pembuluh darah utama seperti karena adanya trombosis. Dengan kata lain, otak membuat “*route alternatif*” supaya aliran darah tetap sampai pada bagian otak yang mengalami injuri. Kemampuan sirkulasi pada setiap individu berbeda, tergantung dari luas dan derajat kerusakan jaringan otak dan kehilangan fungsi neurologis ketika stroke terjadi. Sebagai contoh, aliran darah pada sistem carotis interna dan sistem basilar bersatu pada arteri komunis posterior. Pada situasi normal, tekanan darah arteri sama dan darah tidak tercampur. Bagaimanapun, jika terjadi oklusi pada satu pembuluh darah, maka pembuluh darah lain akan mengalirkan darah ke daerah otak yang mengalami kerusakan untuk mencegah terjadinya *cerebrovascular accident* (Setyowati, 2021).

Tekanan intra kranial (TIK) atau *Intra Cranial Pressure* (ICP) juga dipengaruhi oleh aliran darah serebral. Peningkatan TIK disebabkan oleh

adanya kompresi pada jaringan otak dan penurunan aliran darah serebral. Satu dari empat tujuan dalam perawatan pasien dengan stroke adalah mengurangi injuri sekunder yang berhubungan dengan peningkatan TIK (Diyono, 2016).

Stroke mempunyai tanda - tanda peringatan dini yang dikenal dengan sebutan serangan iskemik jangka pendek (TIAs). Manifestasi dari iskemik stroke yang akan terjadi termasuk hemiparesis transien (tidak permanen), kehilangan kemampuan berbicara, dan kehilangan sensori. Manifestasi dari stroke trombotik berkembang dalam hitungan menit ke jam sampai ke hari. Serangan ini lambat karena ukuran trombotik terus meningkat dari waktu ke waktu, dimana awalnya terjadi penyumbatan sebagian di pembuluh darah yang terkena, kemudian berkembang menjadi penyumbatan total (Lewis et al., 2017). Kebalikan dari stroke trombotik yaitu pada stroke embolik yang dapat terjadi tiba - tiba dan tanpa peringatan awal (LeMone et al., 2016).

Manifestasi stroke dapat berhubungan dengan penyebabnya dan bagian otak yang mengalami gangguan perfusi. Arterial serebral bagian tengah adalah bagian yang paling sering mengalami stroke iskemik. Gangguan pada klien juga bermacam - macam dan bergantung pada apakah bagian otak yang terkena adalah bagian yang dominan atau nondominan. Tingkat penurunan fungsi juga dapat bervariasi dari yang hanya gangguan kecil hingga sampai kehilangan fungsi tubuh yang serius. Gangguan khusus setelah stroke menurut Black (2014) yaitu hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (paralisis/ kelumpuhan), afasia, disatria, disfagia, apraksia, perubahan penglihatan, *Hemianopia Homonymus*, *Sindrom Horner*, *agnosia*, *Negleksi Unilateral*, penurunan sensorik, perubahan perilaku, dan inkontinensia.

Pasien dengan stroke dapat mengalami gangguan hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (paralisis/ kelumpuhan) dari satu bagian tubuh bisa terjadi setelah stroke. Penurunan kemampuan ini biasanya terjadi karena stroke pada arteri serebralanterior atau media, sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan (saraf motorik) dari korteks bagian depan. Hemiplegia menyeluruh bisa terjadi pada setengah bagian wajah dan lidah, juga pada lengan dan tungkai pada sisi bagian tubuh yang sama. Infark yang terjadi pada bagian otak sebelah kanan akan menyebabkan gangguan pada bagian kiri tubuh dan sebaliknya karena jaringan saraf bersilangan dalam jalur piramid dari otak ke saraf spinal. Akibat dari hemiparesis atau hemiplegia biasanya sering disertai oleh manifestasi stroke lainnya, seperti kehilangan sensori sebagian, kebutaan sebagian, tidak bisa melakukan gerakan tertentu (apraksia), tidak bisa merasakan atau mengenali sesuatu (agnosia), dan gangguan komunikasi (afasia). Otot - otot pada dada dan perut biasanya tidak terpengaruh, karena otot tersebut diatur oleh kedua bagian dari serebral.

Afasia adalah penurunan kemampuan berkomunikasi. Afasia bisa melibatkan beberapa dari seluruh aspek komunikasi, termasuk berbicara, membaca, menulis dan memahami pembicaraan. Pusat primer bahasa biasanya terletak di bagian kiri otak dan dipengaruhi oleh stroke di bagian kiri tengah arteri serebral.

Beberapa tipe afasia yang berbeda bisa terjadi. *Afasia Wernick* (sensori atau penerima) mempengaruhi pemahaman berbicara sebagai hasil dari infark pada lobus temporal pada otak. *Afasia Broca* (ekspresi atau motorik)

mempengaruhi produksi bicara sebagai hasil dari infark pada lobus frontal pada otak. Cabang dari arteri serebral tengah yang mempengaruhi kondisi ini. Afasia Global mempengaruhi baik komprehensi berbicara dan produksi bicara.

Metode lain dalam mengelompokkan afasia yaitu berdasarkan kelancaran atau tingkat kesulitan dalam berartikulasi. Klien dengan *Afasia Wernick* bisa berbicara dengan artikulasi dan struktur yang benar, tetapi kurang dalam hal makna. Klien dengan *Afasia Broca* memiliki tingkat kesulitan dalam memproduksi bicara yang bervariasi, kata yang diucapkan perlahan, susah payah dan artikulasi buruk. Klien dengan Afasia Global biasanya mengulangi bunyi yang sama dengan apa yang mereka dengar dan memiliki pemahaman buruk. Klien dengan Afasia Sensorik akan kehilangan kemampuan untuk memahami tulisan, menulis, atau bahasa yang diucapkan. Klien dengan Afasia Akustik dapat mendengar bunyi bicara, tapi bagian otak yang memberikan makna dari bicara itu yang mengalami kerusakan, sehingga klien sulit memahami apa yang dibicarakan. Klien dengan Afasia Visual yaitu klien yang bisa melihat kata - kata yang tertulis tapi tidak dapat membacanya karena kehilangan makna simbolik dari simbol - simbol tulisan.

Afasia Motorik yaitu kehilangan kemampuan dalam menulis, membuat tanda - tanda, atau berbicara. Klien bisa mengingat kata - kata, tetapi tidak dapat menggabungkan bunyi bicara ke dalam kata - kata atau suku kata. Afasia Sensorik dan Motorik biasanya terjadi secara gabungan dan mempengaruhi bagian ekspresif (pengungkapan) maupun reseptif (penerimaan).

Disartria adalah kondisi artikulasi yang diucapkan tidak sempurna yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara. Klien dengan kondisi ini paham dengan bahasa yang diucapkan seseorang, tetapi mengalami kesulitan dalam melafalkan kata dan tidak jelas dengan pengucapannya. Klien ini bisa memahami bahasa verbal, dapat membaca dan menulis (kecuali terdapat kelumpuhan tangan dominan). *Disartria* disebabkan oleh disfungsi saraf cranial karena stroke pada arteri vertebrobasilar atau cabangnya. Hal ini mengakibatkan kelemahan atau kelumpuhan pada otot bibir, lidah dan laring, atau karena kehilangan sensasi. Klien ini juga dapat mengalami gangguan dalam mengunyah dan menelan karena kontrol otot yang menurun.

Disfagia merupakan ketidakmampuan dalam menelan. Kemampuan menelan merupakan proses yang kompleks karena dipengaruhi oleh beberapa fungsi saraf cranial seperti nervus V untuk mulut membuka, nervus VII yang mempengaruhi lidah, nervus XII yang membuat lidah bergerak, nervus V dan VII untuk mulut bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang ditelan, nervus V dan IX juga berperan dalam mengirimkan informasi ke pusat menelan. Selama aktivitas menelan, lidah menggerakkan gumpalan makanan ke arah orofaring. Faring akan terangkat dan glottis menutup. Gerakan otot faringeal akan mengirim makanan dari faring ke esophagus, kemudian dengan gerakan peristaltic mendorong makanan ke dalam perut. Stroke yang terjadi di daerah vertebrobasilar mengakibatkan terjadinya disfagia.

Apraksia adalah kondisi yang mempengaruhi integrasi motorik kompleks, dimana klien tidak bisa melakukan beberapa keterampilan seperti

berpakaian walaupun mereka tidak lumpuh. Hal ini karena pola atau skema motorik yang penting untuk mengantarkan pesan impuls yang mengalami gangguan. Hal ini menyebabkan akurasi dari “instruksi” dari otak tidak sampai ke bagian tangan tangan dan kaki, sehingga gerakan yang diinginkan tidak terjadi.

Pasien dengan stroke juga akan mengalami perubahan penglihatan. Stroke pada lobus parietal atau temporal bisa mengganggu jaringan penglihatan dari saluran optic ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan. Persepsi kedalaman dan penglihatan pada garis horizontal dan vertikal juga bisa terganggu. Gangguan penglihatan akan mempengaruhi kemampuan klien untuk mempelajari kembali keterampilan motorik. Infark yang mempengaruhi fungsi nervus III, IV dan VI bisa menghasilkan kelumpuhan pada saraf cranial dan mengakibatkan diplopia.

Hemianopia Homonimus adalah kehilangan penglihatan pada setengah bagian yang sama dari lapang pandang dari setiap mata, sehingga klien hanya bisa melihat setengah dari penglihatan normal. *Sindrom Horner* merupakan paralisis pada saraf simpatik ke mata yang menyebabkan tenggelamnya bola mata, ptosis bagian atas kelopak mata, bagian bawah kelopak mata sedikit terangkat, pupil mengecil dan air mata berkurang.

Agnosia adalah gangguan pada kemampuan mengenali benda melalui indra. Tipe yang paling sering terjadi adalah *agnosia* pada indra penglihatan dan pendengaran. *Agnosia* bisa terjadi karena sumbatan pada arteri serebral tengah atau posterior yang menyuplai lobus temporal atau oksipital. Pada *agnosia* penglihatan, klien bisa melihat benda tapi tidak dapat mengenali

benda itu. Kondisi ini dapat menyebabkan klien rentan kecelakaan karena tidak dapat mengenali bahaya atau tanda peringatan bahaya. Pada *agnosia* pendengaran, klien tidak dapat memahami arti bunyi karena kehilangan pendengaran.

Negleksi unilateral adalah ketidakmampuan seseorang untuk merespons stimulus pada bagian kontralateral dari bagian infark serebral. Klien dengan cedera lobus temporoparietal, lobus parietal inferior, lobus frontal lateral, girus singulatum, thalamus dan striatum sebagai akibat dari sumbatan pada arteri serebral bagian tengah, berisiko mengalami negleksi. Klien dengan kondisi ini akan mengalami perilaku memberikan perhatian pada satu sisi bagian tubuh, melaporkan atau merespons stimulus pada satu sisi tubuh, menggunakan salah satu ekstremitas dan mengarahkan kepala atau mata ke arah satu sisi.

Penurunan sensorik dapat terjadi karena stroke berada pada jalur sensoris dari lobus parietal yang disuplai oleh arteri serebral anterior atau bagian tengah. Penurunan ini terjadi pada bagian sisi kontralateral tubuh dan biasanya disertai dengan hemiplegia atau hemiparesis. Selain itu perubahan perilaku dapat terjadi karena secara fisiologisnya, otak memiliki peran dalam membantu control perilaku dan emosi. Orang dengan stroke pada belahan otak serebral kiri biasanya lambat, waspada, dan tidak teratur. Pada stroke belahan otak serebral kanan, biasanya impulsive, estimasi terlalu tinggi pada kemampuan mereka dan memiliki penurunan rentang perhatian yang akan mengakibatkan terjadinya risiko cedera. Infark pada lobus frontal karena stroke pada arteri serebral anterior atau media dapat mengarah pada gangguan

dalam ingatan, penilaian, pemikiran abstrak, pemahaman, kemampuan menahan diri dan emosi. Klien akan memperlihatkan efek datar, penurunan spontanitas, selalu terdistraksi dan pelupa. Klien juga dapat mengalami emosi yang labil dan tiba - tiba menangis atau bisa tertawa tandap ada sebab, meskipun hal ini jarang terjadi.

Stroke dapat menyebabkan disfungsi pada sistem pencernaan dan perkemihan. Salah satu tipe neurologis perkemihan yang dapat terjadi setelah stroke adalah tidak dapat menahan kandung kemih, sehingga mengakibatkan rasa ingin buang air kecil dan inkontinensia. Pada pencernaan, terkadang klien mengalami kesulitan dalam buang air besar. Durasi dan tingkat keparahan inkontinensia bergantung pada luas dan lokasi infark (Andra & Yessie, 2015; LeMone et al., 2016; Ruhardi et al., 2021; Smeltzer & Bare, 2013).

Komplikasi yang biasanya terjadi pada stroke dibedakan menjadi komplikasi dini, komplikasi jangka pendek dan komplikasi jangka Panjang. Komplikasi dini terjadi pada 0 - 48 jam pertama, dimana bisa terjadi edema serebri, deficit neurologis cenderung memberat sehingga dapat mengakibatkan peningkatan TIK, herniasi, dan akhirnya dapat menyebabkan kematian. Komplikasi jangka pendek terjadi pada 1 - 14 hari, mengakibatkan pneumonia akibat immobilisasi lama, infark miokard, emboli paru, stroke rekuren yang dapat terjadi setiap saat. Komplikasi jangka panjang (>14 hari) dapat mengakibatkan stroke rekuren, infark miokard, gangguan vascular lainnya seperti penyakit vaskular perifer (Lewis et al., 2017).

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Pemeliharaan hemodinamik otak yang teliti untuk mempertahankan perfusi serebral sangat penting setelah stroke. Peningkatan tekanan intra kranial atau TIK (*Intra Cranial Pressure/ICP*) dari edema otak dan komplikasi yang terkait dapat terjadi setelah stroke iskemik besar. Intervensi selama periode ini mencakup langkah - langkah untuk mengurangi TIK, seperti pemberian diuretik osmotik (contohnya: manitol), dan mempertahankan tekanan parsial karbondioksida arterial (PaCO_2) dalam kisaran sedikit lebih rendah dari 30 sampai 35 mmHg. Pengobatan lainnya meliputi memberikan oksigen tambahan jika saturasi oksigen di bawah 92%, meninggikan bagian kepala tempat tidur sampai 25 sampai 30 derajat untuk membantu pasien dalam menangani sekresi oral dan menurunkan TIK, intubasi ETT (*endotracheal tube*) untuk menstabilkan jalan napas jika diperlukan, pemantauan monitor hemodinamik untuk mengontrol tekanan darah, pemeriksaan neurologis yang rutin untuk menentukan apakah stroke berkembang dan jika ada komplikasi lain (Tsao et al., 2023).

1. Tindakan Medis

Cara pengobatan lain stroke iskemik yaitu melalui trombolisis intra - arterial dan stenting arteri carotis. Trombolisis intra - arterial merupakan tindakan endovascular untuk menghancurkan thrombus dengan cara memasukkan kateter melalui arteri femoralis dibawah pengawasan angiografi, kemudian dilakukan pemberian infus agen trombolitik (rtPA)

langsung ke tempat thrombus berada untuk menghancurkan thrombus. Tindakan stent/angioplasti pada arteri carotis merupakan cara preventif mencegah terjadinya stroke. Tindakan ini secara garis besar mirip tindakan trombolisis intra - cranial, hanya setelah kateter berada dalam sirkulasi carotis tepatnya pada daerah stenosis/aterosklerosis, dilakukan dilatasi balon (*stenting*) untuk mengembalikan diameter lumen pembuluh darah ke kondisi semula (Eka et al., 2021).

Pada kasus perdarahan subarchnoid (SAH), dilakukan pemantauan ketat dan dirawat secara intensif. Penderita segera dipasang infuse (Ringer Laktat, Normal Salina atau Dekstrosa 5%) 100 – 150 cc/jam untuk keseimbangan cairan dan elektrolit. Terapi pengobatan bisa mencakup sedativ - tranquilizer (fenobarbital, diazepam), antiemetik, antikonvulsan, diuretic (furosemid, manitol), steroid (deksametason), antifibrinolitik (asam traneksamik), antidiuretik (vasopressin), hipotensif intracranial (pentotal) (Handayani & Dominica, 2019).

Pada kasus perdarahan intraserebral maka harus dilakukan intervensi bedah saraf untuk evakuasi hematoma, *external ventricular drainage* atau monitoring invasif dan penanganan tekanan intracranial (target 50 – 70 mmHg), penangan tekanan darah (target MAP 110 mmHg), penanganan koagulopati, dan penanganan terhadap cedera otak sekunder, yang meliputi surveilans dan pengukuran tekanan intrakranial, tekanan perfusi otak dan fungsi hemodinamik, kontrol tekanan darah, kontrol demam, kontrol glukosa serum, pengawasan jalan napas dan

mobilisasi sesuai toleransi fisiologi, pencegahan dan penanganan kejang (Kushartanti & Satyagraha, 2019).

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap yang paling awal dari proses keperawatan dan merupakan sebuah proses yang sistematis karena dalam proses pengumpulan data harus dari berbagai sumber data agar bisa dapat mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang harus dikumpulkan juga harus secara holistik meliputi bio - psiko - sosial - spiritual. Dalam proses pengkajian ada dua tahap yang dilakukan yaitu pengumpulan data dan analisa data. Pengumpulan data dan analisa data meliputi (Doenges, 2018):

1. Identitas pasien

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

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering ditemukan biasanya gangguan sistem motorik yaitu kelemahan pada anggota gerak sebelah badan, bicara cadel dan tidak mampu berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sistem sensorik, kejang, dan penurunan kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke didahului dengan serangan awal yang biasanya tidak disadari pasien, gejala yang sering terjadi pada awal serangan berupa

kesemutan dan rasa lemah pada salah satu atau keseluruhan esktremitas. Pada stroke hemoragik, serangan terjadi secara mendadak pada saat pasien beraktivitas. Biasanya terjadi kelumpuhan pada separuh badan nyeri kepala, mual, muntah, kejang bahkan penurunan kesadaran serta defisit neurologis lainnya.

4. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit pada pasien yang sering ditemukan yaitu hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, penggunaan obat - obatan anti koagulan, vasodilator, aspirin dan obesitas.

5. Riwayat penyakit keluarga

Faktor risiko penyebab stroke yang merupakan penyakit keturunan yaitu hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit jantung.

6. Riwayat psikososial

Stroke merupakan penyakit yang memerlukan biaya yang mahal untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan. Hal ini dapat mempengaruhi stabilitas perekonomian keluarga sehingga keluarga bisa merasa cemas dan stress.

7. Pemeriksaan fisik

a. Kesadaran

Kuantitatif: pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan. Skala GCS:

1) Respon membuka mata Eye:

- a) Membuka mata spontan: 4
- b) Membuka mata dengan perintah: 3
- c) Membuka mata dengan rangsangan nyeri: 2
- d) Tidak bisa membuka mata sama sekali: 1

2) Respon berbicara Verbal:

- a) Orientasi sempurna (diri, tempat, dan waktu): 5
- b) Disorientasi (tidak sesuai antara pertanyaan dan jawaban): 4
- c) Hanya mengeluarkan kata: 3
- d) Hanya mengeluarkan suara: 2
- e) Tidak bersuara sama sekali: 1

3) Respon gerakan Motorik:

- a) Bisa melakukan gerakan sesuai perintah: 6
- b) Melokalisasi nyeri: 5
- c) Withdrawing (menarik dari rangsangan nyeri): 4
- d) Posisi decorticate (posisi ekstermitas bawah kaku tegang posisi lurus dan ekstermitas atas fleksi): 3
- e) Posisi decerebrate (posisi ekstermitas atas dan bawah lurus dan kaku): 2
- f) Tidak bergerak sama sekali: 1

b. Tanda - tanda vital

Meliputi tekanan darah yang biasanya pada pasien yang memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan sistole >140 dan diastole >80 . Nadi pasien biasanya dalam keadaan normal. Pernapasan terjadi gangguan pada jalan napas akibat penurunan kesadaran dan suhu biasanya dalam keadaan normal.

c. Rambut

Tidak ditemukan masalah

d. Wajah

Tampak simetris dan pucat. Pada pemeriksaan nervus V Trigeminal): bila pasien sadar maka pasien mampu menyebutkan lokasi yang diberikan usapan dan ketika pasien mengalami penurunan kesadaran, maka dilakukan usapan pada kornea mata dan pasien akan menutup kelopak mata. Pada nervus VII (Facialis): alis mata simetris, mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi dan hidung, pada pasien tertentu mereka tidak mampu untuk menggembung pipi atau terjadi ketidaksimetrisan pada saat menggembungkan pipi dan kesulitan untuk mengunyah.

e. Mata

Konjungtiva unanemis, sklera unikterik, pupil isokor dan kelopak mata tidak edema. Pada pemeriksaan nervus II (Optikus): lapang pandang pasien 90° dan visus 6/6. Pada nervus III (Okulomotorius): diameter pupil 2 mm pada mata kanan dan kiri pupil isokor terkadang unisokor, palpebra dan reflek kedip bisa dinilai jika pasien membuka mata. Nervus IV (Troklearis): pasien mampu mengikuti

arahan tangan perawat ke atas dan ke bawah. Nervus VI (Abdusen): pasien mampu mengikuti arahan perawat untuk melihat ke kiri dan ke kiri.

f. Hidung

Pada pemeriksaan nervus I (Olfaktorius): pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan perawat namun pasien yang mengalami gangguan penciuman tidak mampu untuk menyebutkan bau yang diberikan. Nervus VIII (Akustikus): pasien yang tidak mengalami kelemahan ekstremitas atas mampu melakukan keseimbangan gerak tangan dan hidung.

g. Mulut dan gigi

Pada pasien dengan tingkat kesadaran apatis, supor, soporo koma hingga koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi tampak kotor, dan mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (Facialis): lidah mampu mendorong pipi ke kiri dan ke kiri, bibir simetris, dan mampu menyebut rasa asam dan manis. Pada nervus IX (Glossofaringeal): uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah tubuh yang lemah. Pada nervus XII (Hipoglossus): ada pasien yang mampu menjulurkan lidah namun ada juga pasien yang tidak mampu menjulurkan lidah bahkan lidahnya mengalami lateralisasi.

h. Telinga

Daun telinga simetris. Pada pemeriksaan nervus VIII (Akustikus): pasien mampu mendengar suara gesekan tangan perawat.

i. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (Vagus): adanya gangguan menelan. Pemeriksaan kaku kuduk (+) karena adanya tahanan atau nyeri dan burdzensky 1 positif, bila ada fleksi pada kedua tungkai dan sendi lutut.

j. Thorak

Paru - paru dilakukan inspeksi: simetris kiri dan kanan, palpasi: fremitus sama antara kiri dan kanan, perkusi: normal (sonor), auskultasi: vesikuler. Jantung dilakukan inspeksi: iktus cordis tidak terlihat, palpasi: ictus cordis teraba, perkusi: batas jantung normal dan auskultasi: vesikuler.

k. Abdomen

Inspeksi: simetris, tidak terdapat asites, palpasi: hepar tidak teraba, perkusi: suara timpani, auskultasi: bising usus pasien terdengar

l. Ekstremitas

Ekstremitas atas: terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT <2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (Aksesorius) pasien dengan stroke hemoragik tidak mampu melawan tahanan pada bahu yang diberikan pada perawat. Pada pemeriksaan refleks, ketika siku diketuk tidak ada respon apa - apa. Tidak ada fleksi maupun ekstensi pada pemeriksaan reflex bicep dan pada pemeriksaan tricep tidak ada

fleksi dan supinasi. Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman Tromer jari tidak mengembang ketika diberi reflek.

Ekstremitas bawah: pada pemeriksaan reflek burdzensky I kaki kiri pasien fleksi pada kedua tungkai dan sendi lutut (+), pada pemeriksaan reflek babinsky (+) ditandai dengan timbul dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti dengan pengembangan dan ekstensi jari - jari kaki (flanning). Pemeriksaan reflek caddok melakukan penggoresan melingkari meleolus sampai kulit dorsum pedis bagian lateral atau eksterna, hasil (+) sama dengan refleks babinski. Menurut Munir (2017) Pasien dengan stroke biasanya mengalami kelumpuhan dan penurunan kekuatan otot. Penilaian kekuatan otot adalah sebagai berikut:

- 1) Nilai lima (5): Normal (mampu melawan tahanan yang diberikan pemeriksa dengan kekutan penuh)
- 2) Nilai empat (4): Bisa melawan gravitasi, dapat mempertahankan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang
- 3) Nilai tiga (3): Bisa melawan gravitasi, sulit mempertahankan gravitasi dan dapat tahanan ringan
- 4) Nilai dua (2): Tidak bisa melawan gravitasi, masih ada pergerakan sendi dan otot
- 5) Nilai satu (1): Tidak bisa melawan gravitasi, sendi tidak bergerak, masih ada gerakan kontraksi otot.
- 6) Nilai nol (0): Tidak bisa melawan gravitas, sendi tidak bergerak dan tidak ada gerakan kontraksi otot

8. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik sangat penting dilakukan sebagai tindakan untuk mendiagnosis secara tepat sehubungan dengan stroke dan subtipe, mengidentifikasi penyebab utamanya dan penyakit terkait lain, menentukan terapi dan strategi pengelolaan terbaik, serta untuk memantau kemajuan pengobatan.

a. *Computed Tomography Scan* (CT Scan), tanpa penggunaan kontras.

Pemeriksaan diagnostik yang harus segera dilakukan, yang sangat penting untuk membedakan antara stroke iskemik dan hemoragik. Jika hemoragik, antiplatelet atau antikoagulan tidak boleh diberikan karena peningkatan risiko pendarahan lebih banyak. Pemeriksaan ini penting untuk keputusan dalam pengobatan.

b. *Computed Tomography Scan* (CTScan), dengan penggunaan kontras.

Pemeriksaan ini berguna terutama bila gejala berhubungan dengan defisit hemisferik, area hipodens pada CT scan menunjukkan infark.

c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan untuk menampilkan perbedaan kontras jaringan lunak yang sangat baik dengan demarkasi lesi massa dari struktur sekitarnya termasuk daerah iskemia dan infark; visualisasi struktur vaskular yang baik saat memeriksa lesi vaskular; berguna untuk diagnosis stroke dalam 72 jam pertama. Teknik MRI yang terbaru

yaitu *Diffusion Weighted Imaging* (DWI) dan *Perfusion Imaging* (PI) dapat menunjukkan iskemia pada beberapa jam pertama.

d. *Magnetic Resonance Angiography* (MRA)

Pemeriksaan ini masih jarang dilakukan karena peralatan yang masih kurang tersedia dan biaya yang lebih tinggi. Pemeriksaan ini merupakan pencitraan non invasif arteri karotis, vertebral, basilar, dan arteri intrakranial dan ekstra kranial untuk menentukan oklusi; berguna untuk visualisasi bekuan darah.

e. *Carotid Ultrasonography*

Pencitraan non invasif yang merupakan diagnosis awal yang digunakan secara luas pada pasien dengan gejala daerah karotid dimana *Carotid Endarterectomy* (CEA) dipertimbangkan. Pencitraan karotid cervical sering diperlukan untuk menyingkirkan stenosis berat, yang merupakan pengecualian untuk CEA, kurang peka dalam menilai stenosis ringan sampai sedang.

f. *Transcranial Doppler* (TCD)

TCD sekarang merupakan bagian dari standar kerja untuk stroke, terutama saat CEA (*Carotid Endarterectomy*) dipertimbangkan; berguna untuk mendeteksi stenosis intrakranial berat, mengevaluasi pembuluh karotis dan vertebrobasilar, menilai pola dan tingkat sirkulasi kolateral pada pasien dengan stenosis arteri atau oklusi yang diketahui, dan mendeteksi microemboli.

g. *Cerebral Angiography*

Pemeriksaan yang dilakukan untuk pasien yang dianggap berpotensi untuk CEA (*Carotid Endarterectomy*), untuk menentukan secara tepat persentase oklusi dan pada pasien dengan presentasi yang tidak biasa dengan aneurisma, vaskulitis, dan stenosis berat.

h. *Transthoracic Echocardiography* (TTE)

Pemeriksaan ini membantu dalam mencari sumber emboli kardio, TTE sangat membantu untuk mendiagnosis trombus ventrikel kiri, myxomas arteri kiri, dan trombus yang menonjol ke dalam rongga atrium.

i. *Transesophageal Echocardiography* (TEE)

Manfaat TEE lebih sensitif terhadap sumber kardio - emboli (kecuali penyakit ventrikel), TEE memberikan visualisasi yang lebih baik dari struktur jantung, terutama pada bagian yang lebih mendalam dari dinding dada dan lesions atrium (atrial appendage trombus terkait dengan fibrilasi atrium), interarterial septum defects (patent foramen ovale, defek septum atrium), mitral valvular vegetation, dan penyakit aterosklerosis pada arkus aorta ascending.

j. *Electrocardiography* (ECG) 12 lead, dianjurkan dilakukan awal.

Pemeriksaan ECG 12 lead direkomendasikan segera karena tingginya kejadian atau penyakit jantung pada penderita stroke; EKG juga berguna bila stroke dicurigai akibat dari emboli kardiogenik atau penyakit arteri koroner.

k. *Ambulatory ECG Monitoring*

Dilakukan untuk pasien yang memiliki palpitasi, aritmia, atau pasien dengan pembesaran atrium kiri.

1. *Prothrombotic States*

Protein C, protein S, antitrombin, III, waktu trombin, hemoglobin, cairan elektrolit, antibodi anticardiolipin, antikoagulan, dan sifilis serologi.

9. Pola kebiasaan sehari - hari

a. Pola kebiasaan

Untuk mengidentifikasi adanya kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol.

b. Pola makan

Untuk mengkaji kebiasaan makanan yang dimakan pasien apakah mengandung lemak jenuh dan kolesterol tinggi yang memicu terjadinya stroke dan mengkaji apakah terjadi gangguan menelan setelah terserang stroke.

c. Pola tidur dan istirahat

Untuk mengkaji apakah pasien mengalami gangguan tidur dan istirahat akibat nyeri pada otot.

d. Pola aktivitas dan latihan

Untuk mengkaji apakah pasien melakukan olahraga dan kegiatan kemasyarakatan pada saat sebelum stroke dan mengkaji kesulitan melakukan aktivitas akibat kelemahan atau kelumpuhan setelah terserang stroke.

e. Pola eliminasi

Untuk mengkaji bagaimana pola BAB dan BAK sebelum dan sesudah terserang stroke.

f. Pola hubungan dan peran

Terjadi perubahan hubungan dan peran akibat dari hambatan dalam beraktivitas dan hambatan dalam berkomunikasi.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Untuk mengkaji bagaimana persepsi dan konsep diri pasien setelah terserang stroke. Hal yang biasa ditemukan adalah pasien merasa cemas, takut, tidak berdaya dan kehilangan harapan akibat penurunan fungsi tubuh.

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017)

Menurut (Lewis et al., 2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien stroke adalah sebagai berikut:

1. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan

kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, Indeks masa tubuh diatas persentil ke - 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori - persepsi.

2. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis, hambatan.
3. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, dan gangguan saraf kranialis
4. Defisit nutrisi yang berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, faktor psikologis.
5. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda - tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik, kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, outlet kandung kemih tidak lengkap, imaturitas.

6. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan/atau psikotik, penurunan motivasi/minat.
7. Resiko perfusi serebral tidak efektif, faktor resiko keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksuma atrium, aneurisma serebri, koagulopati, dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, cidera kepala, hiperkolesteronemia, hipertensi, endokarditis infeksi, katup prostetik mekanis, stenosis mitral, neoplasma otak, infark miokard akut, sindrom sick sinus, penyalahgunaan zat, terapi trombolitik, penyalahgunaan zat.
8. Risiko konstipasi, faktor risiko fisiologis, faktor risiko psikologis, faktor risiko situasional
9. Risiko gangguan integritas kulit/jaringan faktor resiko immobilisasi

F. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala bentuk *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (PPNI SDKI, 2018).

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi - perfusi, Perubahan membran alveolus - kapiler.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pertukaran gas meningkat.

Kriteria hasil: Sesak napas menurun, Wheezing menurun, Takikardia menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, pH arteri membaik.

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- 2) Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne - stokes, biot, ataksik)
- 3) Monitor kemampuan batuk efektif
- 4) Monitor adanya produksi sputum
- 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas
- 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- 7) Auskultasi bunyi napas
- 8) Monitor saturasi oksigen
- 9) Monitor nilai analisa gas darah
- 10) Monitor hasil x - ray thoraks

b. Terapeutik

- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
- 2) Dokumentasikan hasil pemantauan

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

2. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke - 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori - persepsi.

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

Kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot, rentang gerak (ROM) meningkat. Nyeri, kecemasan, kaku sendi, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan kelemahan fisik menurun. (PPNI, 2019)

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

b. Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

3. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskuler, Gangguan pendengaran, Gangguan musculoskeletal, Kelainan palatum, Hambatan fisik, Hambatan individu, Hambatan psikologis, Hambatan.

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

Kriteria hasil: Kemampuan berbiacara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, pelo menurun, respon perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik

Intervensi:

a. Observasi

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

b. Terapeutik

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

c. Edukasi

- 1) Anjurkan berbicara perlahan

- 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
- d. Kolaborasi
 - 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, dan gangguan saraf kranialis

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

Kriteria Hasil: mempertahankan makanan di mulut meningkat, reflek menelan meningkat, kemampuan mengosongkan mulut meningkat, frekuensi tersedak menurun, batuk menurun.

Intervensi :

- a. Observasi
 - 1) Identifikasi diet yang dianjurkan
 - 2) Monitor kemampuan menelan
 - 3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu
- b. Terapeutik
 - 1) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
 - 2) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
 - 3) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 - 4) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
 - 5) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
 - 6) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
 - 7) Sediakan makanan dan minuman yang disukai

- 8) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
 - 9) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia
 - c. Edukasi
 - 1) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)
 - d. Kolaborasi
 - 1) Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi
5. Defisit nutrisi yang berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, Peningkatan kebutuhan metabolisme, Faktor ekonomi, Faktor psikologis.

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

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

makanya, bising usus normal 5 - 30 kali permenit dan membran mukosa membaik

Intervensi:

a. Observasi

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

b. Terapeutik

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

c. Edukasi

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

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

6. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan Penurunan kapasitas kandung kemih, Iritasi kandung kemih, Penurunan kemampuan menyadari tanda - tanda gangguan kandung kemih, Efek tindakan medis dan diagnostik, Kelemahan otot pelvis, Ketidakmampuan mengakses toilet, Hambatan lingkungan, Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, Outlet kandung kemih tidak lengkap, Imaturitas.

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

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

Intervensi:

a. Observasi

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

b. Terapeutik

- 1) Catat waktu - waktu dan haluaran berkemih

- 2) Batasi asupan cairan, jika perlu
- 3) Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur

c. Edukasi

- 1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih
- 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin
- 3) Ajarkan mengambil spesimen urin midstream
- 4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- 5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot - otot panggul/berkemihan
- 6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- 7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

7. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan Gangguan musculoskeletal, Gangguan neuromuskuler, Kelemahan, Gangguan psikologis dan/atau psikotik, Penurunan motivasi/minat.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka perawatan diri (kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri) meningkat

Kriteria hasil: Kemampuan mandi, kemampuan mengenakan pakaian, kemampuan makan, kemampuan toileting BAB/BAK, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri, mniat melakukan perawatan diri, mempertahankan kebersihan diri dan mempertahankan kebersihan mulut meningkat.

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi diet yang dianjurkan
- 2) Monitor kemampuan menelan
- 3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

b. Terapeutik

- 1) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- 2) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- 3) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 4) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
- 5) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- 6) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- 7) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- 8) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- 9) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia

c. Edukasi

- 1) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi
8. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis situasional, Kebutuhan tidak terpenuhi, Krisis maturasional, Ancaman terhadap konsep diri, Ancaman terhadap kematian, Kekhawatiran mengalami kegagalan, Disfungsi sistem keluarga, Hubungan orang tua - anak tidak memuaskan, Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), Penyalahgunaan zat, Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain - lain) dan Kurang terpapar informasi.

Tujuan: ansietas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: Tingkat ansietas menurun, ditandai dengan Verbalisasi kebingungan menurun, Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun, Frekuensi nadi dan Tekanan darah dalam batas normal.

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)

b. Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

- 3) Pahami situasi yang membuat anxietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 7) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

c. Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih teknik relaksasi

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu.

9. Resiko perfusi serebral tidak efektif faktor resiko Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, Penurunan kinerja ventrikel kiri, Aterosklerosis aorta, Diseksi arteri, Fibrilasi atrium, Tumor otak, Stenosis karotis, Miksoma atrium, Aneurisma serebri, Koagulopati, Dilatasi kardiomiopati, Koagulasi intravaskuler diseminata, Embolisme,

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

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi jaringan serebral (keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak) meningkat

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

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik)
- 2) Monitor peningkatan Tekanan Subaraknoid
- 3) Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- 4) Monitor penurunan frekuensi jantung
- 5) Monitor iregularitas irama napas
- 6) Monitor penurunan tingkat kesadaran

- 7) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
 - 8) Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan
 - 9) Monitor tekanan perfusi serebral
 - 10) Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
 - 11) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK
- b. Terapeutik
- 1) Ambil sampel drainase cairan serebrospinal
 - 2) Kalibrasi transduser
 - 3) Pertahankan sterilitas sistem pemantauan
 - 4) Pertahankan posisi kepala dan leher netral
 - 5) Bilas sistem pemantauan, jika perlu
 - 6) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
 - 7) Dokumentasikan hasil pemantauan
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

10. Resiko konstipasi Faktor risiko fisiologis, Faktor risiko psikologis, Faktor risiko situasional

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka eliminasi fekal (proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran

feses mudah dan konsistensi serta frekuensi dan bentuk feses normal)
membaik

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

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis: asupan serat tidak adekuat, asupan cairan tidak adekuat, aganglionik, kelemahan otot abdomen, aktivitas fisik kurang).
- 2) Monitor tanda dan gejala konstipasi (mis: defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama/sulit, feses keras, peristaltik menurun)
- 3) Identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan
- 4) Identifikasi penggunaan obat - obatan yang menyebabkan konstipasi

b. Terapeutik

- 1) Batasi minuman yang mengandung kafein dan alkohol
- 2) Jadwalkan rutinitas BAK
- 3) Lakukan masase abdomen
- 4) Berikan terapi akupresur

c. Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi

- 2) Anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan (1500 – 2000 ml/hari)
 - 3) Anjurkan mengonsumsi makanan berserat (25 – 30 gram/hari)
 - 4) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan
 - 5) Anjurkan berjalan 15 – 20 menit 1 – 2 kali/hari
 - 6) Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses BAB
- d. Kolaborasi
- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor - faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Doenges, 2018).

Tipe implementasi keperawatan secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan antara lain (Budiono, 2016):

1. *Cognitive implementations* yaitu meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari - hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi,

memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.

2. *Interpersonal implementations* yaitu meliputi koordinasi kegiatan - kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.
3. *Technical implementations* yaitu meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain - lain.

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain (Azizah et al., 2016):

1. *Independent implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko - sosio - spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain - lain.

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

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan

menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Ada dua tipe evaluasi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2019) :

1. Evaluasi formatif

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

2. Evaluasi sumatif

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis akan menguraikan mengenai Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan stroke non hemoragik di kamar 1108 lantai 11 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara dari tanggal 15 Maret sampai 17 Maret 2023. Sesuai dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh dari data antara lain, pasien bernama Tn. D dengan usia 56 tahun, jenis kelamin laki - laki, beragama Islam, status sudah menikah, pendidikan tamat SMA, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, suku bangsa Betawi, pekerjaan PNS Sekpres, alamat Jl. Utan Panjang 3 RT 11 RW 07, Jakarta Pusat, sumber biaya yang digunakan BPJS Kelas 2, sumber informasi berasal dari keluarga pasien, pasien masuk pada tanggal 14 Maret 2023 di Ruang Neurologi nomor register 00534427 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

2. Resume

Pasien bernama Tn. D dibawa ke RSUD Koja oleh keluarganya pada tanggal 14 Maret 2023 pada pukul 10.13 WIB dengan keluhan sesak

oleh keluarga, pasien merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi, pasien tampak sulit berkonsentrasi, gelisah, dan pusing. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sampai saat ini. Dari hasil pengkajian, TTV: TD: 150/80 mmHg, HR: 110 x/menit, RR: 25x/menit, Suhu: 36°C, jenis pernapasan kausmaul, GCS E4M5V4 (Apatis). Hasil Laboratorium: PCO₂ menurun 21,1 mmHg, PO₂ menurun 83.8%, pH 7.517, HCO₃ 17.3.

Masalah keperawatan yang muncul, gangguan pertukaran gas, gangguan mobilitas fisik, ansietas, resiko perfusi serebral tidak efektif. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu memonitor TTV, mengkaji keadaan umum, mengkaji skala kekuatan otot pasien, membantu ADL pasien, memantau adanya peningkatan tekanan intrakranial, mengukur saturasi oksigen, memberikan posisi yang nyaman. Sedangkan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan untuk masalah diatas yaitu memasang dan mempertahankan cairan infus 1 kolf asering/24 jam. Memberikan terapi sesuai program Citicolin 500 mgd, Keterolak 30 mg, Mecobolamin 500 mg, Ranitidin 100 mg, Ceftriaxone 20 mg, Kalnex 3x500 mg, Manitol 125 mg. Hasil evaluasi pasien tampak dibantu aktifitas oleh keluarga, pasien terbaring lemas di tempat tidur, tamapk sesak, terpasang O₂ nasal kanul 4 LPM.

3. Riwayat Keperawatan

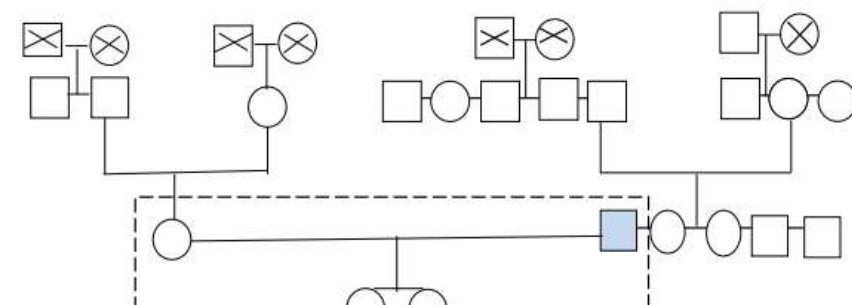
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien saat ini adalah kelemahan pada ekstermitas kiri, sesak nafas, tidak mampu berkomunikasi dengan efektif, timbul keluhannya mendadak, lamanya tidak tentu, upaya mengatasi pasien berobat ke rumah sakit.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu namun keluhan nyeri kepala dan nyeri tengkuk yang dirasakan juga tidak terlalu mengganggu pasien sehingga pasien tidak pergi ke fasilitas kesehatan untuk memeriksa keadaannya, pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, binatang dan lingkungan. Riwayat pemakaian obat tidak ada dan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan:

- × : Sudah Meninggal
- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Berhubungan
- : Pasien
- [] : Tinggal Serumah

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

Keluarga pasien mengatakan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi.

- e. Riwayat Psikologis dan Spiritual

Orang terdekat pasien adalah istri, pola komunikasi dengan keluarga dua arah dan pengambilan keputusan diambil oleh keluarga serta pasien tidak pernah mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Dampak penyakit terhadap keluarga cemas dengan kondisi pasien dan mengkhawatirkan biaya rumah sakit dan juga biaya transportasi. Pasien mengatakan bahwa masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien hanya terbaring lemas di tempat tidur dan tidak mampu untuk bermobilisasi. Mekanisme koping terhadap stres yang dilakukan oleh pasien adalah tidur. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarganya setelah menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di Rumah Sakit lagi. Perubahan yang dirasakan pasien sejak jatuh sakit adalah pasien merasa lemas, tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri. Tidak ada nilai - nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama atau kepercayaan yang dilakukan pasien pengajian, lingkungan rumah pasien padat penduduk dan pasien juga jarang keluar rumah semenjak sakit.

- f. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

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

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

2) Pola Eliminasi

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

tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif.

Sesudah sakit: Pasien tidak terpasang kateter, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan. Keluarga mengatakan BAB lancar.

3) Pola Personal Hygiene

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

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

4) Pola Istirahat dan Tidur

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

Sesudah sakit: Pasien tidur siang hanya 1 jam dan tidur malam 6 - 8 jam dan kebiasaan sebelum tidur tidak ada.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit: Pasien melakukan pekerjaannya pada waktu pagi, siang dan terkadang malam hari, pasien tidak pernah berolahraga dan tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas.

Sesudah sakit: Pasien hanya tirah baring sepanjang harinya karena tidak mampu bangun sendiri dan aktivitas pasien harus dibantu.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: Pasien merokok 1 - 2 bungkus perhari, pasien terkadang mengonsumsi alkohol dan minuman stamina, tidak ada ketergantungan terhadap obat - obatan terlarang.

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

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Pasien memiliki berat badan 66 Kg sesudah sakit dan 68 Kg sebelum sakit, tinggi badan pasien 168 cm, TD 150/70 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, frekuensi napas 25x/menit dan suhu tubuh 36⁰C. Keadaan umum pasien sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris, kelopak mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal tidak tampak keruh/berkabut, sklera anikterik, pada pemeriksaan Nervus III (Okulomotorius) tampak diameter pupil 2 mm pada setiap bola mata, pupil isokor, pemeriksaan Nervus IV (Troclearis) tidak ada kelainan pada otot - otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arah tangan perawat dari atas ke bawah, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda - tanda radang, pasien tidak menggunakan kaca mata, tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus VI (abducent) tidak terdapat penglihatan dobel (diplopia).

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga tampak normal, terdapat serumen yang berwarna kuning, konsistensi cair dan tidak berbau, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga.

d. Sistem Wicara

Pada pemeriksaan Nervus XII (Hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kanan dan kiri, pasien tidak mampu melakukannya karena lidah pasien mengalami lateralisasi ke kiri. Pasien tampak kesulitan menjulurkan lidah dan

pasien tidak mampu memutar lidah. Pasien tampak kesulitan berbicara cadel (pelo) saat berbicara pasien tampak mengeluarkan kalimat yang sulit dimengerti, suara terkadang terdengar tidak jelas pasien mengalami disartria.

Pada pemeriksaan Nervus VII (facialis) saat pasien diberikan instruksi untuk mengerinyitkan dahi, mengangkat alis serta menutup mata sekuatkuatnya tampak wajah kanan dan kiri asimetris, lebih condong ke wajah kanan kanan tetapi hanya sedikit.

e. Sistem Pernapasan

Pada pemeriksaan Nervus I (Olfactorious) tampak tidak ada kelainan dalam penciuman, pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan dengan menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung. Jalan napas pasien bersih, pernapasan tidak sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu napas dalam pernapasannya, frekuensi napas 20 x/menit, irama teratur, jenis napas spontan, kedalaman napas pasien tampak dalam, pasien tidak mengalami batuk dan tidak ada sputum, pada saat dilakukan palpasi dada pasien teraba simetris dan tidak teraba massa dan nyeri tekan, pada saat diperkusi terdengar bunyi sonor disemua lapang paru, suara napas wheezing, pasien tidak merasa nyeri saat bernapas.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi 110x/menit dengan irama teratur dan denyut frekuensi nadi kuat. TD 130/80 mmHg, vena jugularis kiri dan kanan tidak tampak distensi, temperatur kulit hangat dan warna kulit tidak tampak pucat dengan pengisian kapiler.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut apical 110x/menit, dengan irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung serta tidak terdapat sakit dada.

3) Sistem Hematologi

Pasien tampak tidak pucat, tidak ditemukan adanya perdarahan pada lambung pasien

4) Sistem Syaraf Pusat

Pasien hanya mengeluh pusing saja dan tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran pasien apatis dengan GCS (E4M5V4), tidak terdapat ada nya tanda - tanda peningkatan tekanan intrakranial, pasien tampak berbicara pelo, pasien mengalami kelemahan pada ekstermitas kiri sehingga pasien tidak bisa bangun dari tempat tidur, reflek fisiologis normal, reflek patologis (babinski) negatif, ditandai dengan tidak adanya dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti pengembangan dan ekstensi jari - jari kaki. Kaku kuduk negatif, ditandai dengan saat

dilakukan pemeriksaan dagu pasien dapat menyentuh dada dan tidak terdapat tahanan. hasil dan brudzenky normal ditandai dengan saat dilakukan pemeriksaan tidak terjadi fleksi pada kedua tungkai dan sendi lutut. Pada pemeriksaan Nervus X (Vagus) tidak terdapat kelainan yang dibuktikan dengan reflek menelan pasien baik. Reflek ophoneim positif yang ditandai dengan pasien mengatakan sakit pada saat kakinya dicubit, pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) saat menginstruksikan pasien untuk menggerakkan rahang bawah ke kiri dan ke kiri dengan tangan pemeriksa menahannya, tidak tampak tanda - tanda kelumpuhan.

5) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien tidak tampak karies pada gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, 2 gigi geraham pasien tampak sudah ompong, tidak terdapat stomatis, lidah pasien tampak bersih, saliva normal, pasien tidak mengalami muntah. Pada pemeriksaan Nervus IX (Glossofaringeus) pasien masih mampu membedakan rasa asam dan manis walaupun dengan lidah yang mengalami lateralisasi ke kiri. Pasien tidak mengalami nyeri pada perut, bising usus pasien 6x/menit, pasien tidak mengalami diare, BAB lancar, hepar tidak teraba, abdomen terdengar kembung.

6) Sistem Endokrin

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

7) Sistem Urogenital

Balance cairan pada pasien per 24 jam pada tanggal 14 Maret 2023 pada pukul 06.00 WIB dengan intake 1.525 (infus 1.225+ am 300 ml), output 1.137,5 ml (urine 1100ml + iwl 37,5 ml) jadi balance cairan +388 ml, terdapat perubahan pada pola berkemih, pasien sudah terpasang kateter urine, urine tampak berwarna kuning jernih, pasien tidak mengalami distensi pada kandung kemih.

8) Sistem integumen

Turgor kulit pasien tampak baik dengan temperatur hangat, warna kulit tampak tidak pucat dengan keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit dan pasien terpasang infus di tangan kanan yaitu Asering 1 kolf serta rambut dalam keadaan berminyak dan teksturnya baik.

9) Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak pasien tampak terganggu yaitu mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan ekstremitas kiri. Pasien mengalami hemiplegi pada kedua ekstremitas kiri, pasien tidak

mengalami sakit pada tulang, sendi dan kulit, tidak terdapat fraktur, tidak terdapat kelainan bentuk tulang dan sendi, tidak terdapat kelainan pada struktur tulang belakang, dan keadaan tonus otot pasien baik, pasien mengatakan tidak bisa miring ke arah kiri, tidak bisa berjalan semenjak sakit, dan aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat. Pada pemeriksaan nevus XI (aksesorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu, hanya bahu kanan yang terangkat serta saat pasien diminta untuk menoleh pasien bisa melakukannya hanya sedikit kesulitan saat menengok ke kiri.

Kekuatan otot:

1111	4444
1111	4444

5. Data Tambahan

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

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 Maret 2023:
 Pemeriksaan laboratorium : Hemoglobin 15.4 g/dl (13.5 - 18.0), Jumlah Leukosit $11.07 \times 10^3/\mu\text{l}$ (4.00 - 10.50), Hematokrit 43.4 % (42.0 - 52.0), Jumlah Trombosit $357 \times 10^3/\mu\text{l}$ (163 - 337), Jumlah Eritrosit 5.23 juta/ μl (4.70 - 6.00), MCV 83 fL (78 - 100), MCH 29 Pg (27 - 31),

MCHC 36 g/dl (32 – 36), RDW - CV 12.6 ∞ (11.5 - 14.0), Basofil 0.4 ∞ (0.2 - 1.2), Eosinofil 0.4 ∞ (0.8 - 7.0), Neutrofil 82.1 ∞ (34.0 - 67.9), Limfosit 12.2 ∞ (21.8 - 53.1), Monosit 4.9∞ (5.3 - 12.2), NLR 6.73, ALC 1351 /µl, pH 7.420 (7.350 - 7.450), P CO2 33.3 mm Hg (32.0 - 45.0), P O2 95.8 mm Hg (95.0 - 100.0), HCO3 21.8 mEq/L (21.0 - 28.8), Base Excess - 2.9 mmol/L (- 2.5 - +2.5), O2 Saturation 96.5 ∞ (94.00 - 100), Natrium (Na) 141 mEq/L (135 – 147), Kalium (K) 3.50 mEq/L (3.5 - 5.0), Klorida (Cl) 101 mEq/L (96 – 108), Kolesterol Total 283 mg/dl, Kolesterol HDL 36.0 mg/dl (41.5 – 67.3), Kolesterol LDL 222 mg/dl (<150). Hasil Analisa Gas Darah: PCO2 menurun 21,1 mmHg, PO2 menurun 83.8%, pH 7.517, HCO3 17.3.

Hasil Pemeriksaan EKG pada tanggal 14 Maret 2023: didapatkan hasil QRS Patologis, Aritmia.

Hasil pemeriksaan CT Scan tanggal 14 Maret 2023: Lesi hipoden pada crus anterior caps. Externa dextra Giry dan sulcy normal, Sistema ventikel dan fisura silvi tak menyempit.

7. Penatalaksanaan

Infus Asering Terapi: Obat injeksi: Omeprazol 1x2 (Pukul 12.00 & 24.00). Obat oral: Aspilet 1 x 80 mg (Pukul 06.00), Pletalat 2 x 100 mg (Pukul 12.00 & 24.00), Oxicobal 3 x 500 mg (Pukul 12.00, 20.00 & 04.00), Omz 2 x 20 mg (Pukul 12.00 & 24.00), Ksr 3 x 1 (Pukul 12.00, 20.00 & 04.00), Alosnastatin 1 x 20 mg (Pukul 24.00), Digusxine 1 x 1

(Pukul 20.00), Spirolacton 1 x 25 mg (Pukul 20.00), Ramipil 1 x 5 mg (Pukul 20.00), Amlodipin 1 x 5 mg (Pukul 24.00), Nac 3 x 1 (Pukul 12.00, 20.00 & 04.00), Isdn 3 x 5 mg (Pukul 12.00, 20.00 & 04.00), Ceftriaxone 1 x 2 gr (Pukul 12.00), Citicoline 2 x 500 mg (Pukul 12.00 & 24.00), clopidogrel 75mg 1x1 (Pukul 12.00WIB)

8. Data Fokus

Data subjektif: pasien mengatakan selama sakit hanya tirah baring dan tidak mampu untuk bergerak terutama pada bagian tubuh sebelah kiri, pasien mengatakan merasa lemas, tidak bisa menggerakkan ekstermitas kiri.

Data objektif: PCO₂ menurun 21,1 mmHg, PO₂ menurun 83.8%, pH 7.517, HCO₃ 17.3, jenis pernafasan kausmaul, bunyi nafas tambahan wheezing, kekuatan otot menurun pada ekstremitas kiri 1,1,1,1, keadaan otot hipotoni, rentang gerak menurun, pasien terlihat cemas memikirkan pasien, pasien terlihat gelisah, keluarga tampak tegang, tekanan darah: 150/80 mmhg, nadi: 110 X/menit, RR: 25 X/menit, suhu 36°C, pemeriksaan GCS 13, kesadaran pasien apatis, keluarga pasien tampak gelisah, keluarga pasien nampak tegang, pasien nampak sulit tidur.

9. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	Data Subjektif : Mengeluh sesak	Gangguan pertukaran gas	Ketidakseimbangan ventilasi - perfusi.

	Data Objektif : a. PCO₂ menurun 21,1 mmHg, b. PO₂ menurun 83.8%, c. pH 7.517 d. HCO₃ 17.3 e. jenis pernafasan kausmaul f. bunyi nafas tambahan wheezing g. Nadi: 110X/menit h. RR : 25 X/menit		
2.	Data Subjektif: a. Keluarga pasien mengatakan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi Data Objektif: a. Kesadaran pasien somnolent, b. Berbicara pelo	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Faktor Resiko Hipertensi

	c. Pasien mengalami hemiplegi/kelumpuhan d. Hasil CT scan adanya lesi hipodens yang menunjukkan bahwa ada sumbatan pembuluh darah otak/pembengkakan otak/bekuan darah yang sudah lama. e. TD: 150/80 mmhg, nadi: 110 X/menit, RR: 25 X/menit, suhu 36°C, pemeriksaan GCS 13		
3.	Data Subjektif : a. Pasien mengatakan selama sakit hanya tirah baring dan tidak mampu untuk	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan Kekuatan Otot

	bergerak terutama pada bagian tubuh sebelah kiri Data Objektif : a. kekuatan otot menurun pada ekstrimitas kiri 1,1,1,1 b. keadaan otot hipotomi c. rentang gerak menurun		
--	--	--	--

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data, diagnosa keperawatan yang muncul disusun sesuai prioritas sebagai berikut:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan Ketidakseimbangan ventilasi - perfusi.
2. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Faktor Resiko Hipertensi
3. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan factor resiko perubahan afterload dan hiperkolesteronemia

4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot.

C. Perencanaan, pelaksanaan, dan Evaluasi

1. Gangguan Pertukaran Gas Berhubungan Dengan

Ketidakseimbangan Ventilasi - Perfusi ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh sesak

Data Objektif: PCO₂ menurun 21,1 mmHg, PO₂ menurun 83.8%, pH 7.517, bunyi nafas tambahan wheezing, nadi: 132 X/menit

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Gangguan Pertukaran Gas

Kriteria hasil: Sesak napas menurun, Wheezing menurun, Takikardia menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, pH arteri membaik.

Rencana tindakan:

- a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- b. Monitor pola napas
- c. Monitor kemampuan batuk efektif
- d. Auskultasi bunyi napas
- e. Monitor saturasi oksigen
- f. Dokumentasikan hasil pemantauan
- g. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Pelaksanaan:

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitoring frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi nafas pasien 26 X/Menit; Pukul 08.05 WIB memonitoring pola napas: pola nafas pasien kausmaul; Pukul 08.10 WIB memonitoring kemampuan batuk efektif: pasien belum mampu untuk melakukan batuk efektif; Pukul 08.15 WIB mengauskultasi bunyi napas: bunyi nafas pasien wheezing; Pukul 08.20 WIB memonitoring saturasi oksigen: Saturasi O₂ pasien 90%; Pukul 08.35 WIB mendokumentasikan hasil pemantauan: menuliskan hasil pemeriksaan kedalam rekam medis pasien; Pukul 08.40 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan: keluarga pasien mengatakan memahami tujuan melakukan pemantauan pernafasan

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitoring frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas: frekuensi nafas pasien 20x/menit; Pukul 08.05 WIB memonitoring pola napas: pola nafas pasien kausmaul; Pukul 08.10 WIB memonitoring kemampuan batuk efektif: pasien belum mampu untuk melakukan batuk efektif; Pukul 08.15 WIB mengauskultasi bunyi napas: bunyi nafas pasien wheezing; Pukul 08.20 WIB memonitoring saturasi oksigen: Saturasi O₂ pasien 92%; Pukul 08.35 WIB mendokumentasikan hasil pemantauan dengan menuliskan hasil pemeriksaan kedalam rekam medis pasien.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitoring frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas: frekuensi nafas pasien 20x/menit; Pukul 08.05 WIB memonitoring pola napas: pola nafas pasien kausmaul; Pukul 08.10 WIB memonitoring kemampuan batuk efektif: pasien belum mampu untuk melakukan batuk efektif; Pukul 08.15 WIB mengauskultasi bunyi nafas: bunyi nafas pasien wheezing; Pukul 08.20 WIB memonitoring saturasi oksigen: Saturasi O₂ pasien 93%; Pukul 08.35 WIB mendokumentasikan hasil pemantauan: menuliskan hasil pemeriksaan kedalam rekam medis pasien.

Evaluasi

Tanggal 17 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih sedikit sesak

Objektif: frekuensi nafas pasien 25x/menit, pola nafas pasien kausmaul, pasien belum mampu untuk melakukan batuk efektif, bunyi nafas pasien wheezing, Saturasi O₂ pasien 93%, Nadi 98x/menit.

Analisa: Gangguan Pertukaran gas belum teratasi

Perencanaan: Tindakan keperawatan dilanjutkan

2. Resiko perfusi serebral tidak efektif faktor resiko hipertensi

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi

Objektif: Kesadaran pasien apatis, berbicara pelo, lidah lateralisasi ke sebelah kiri, pasien mengalami hemiplegi/kelumpuhan, hasil CT scan

adanya lesi hipodens pada crus anterior caps yang menunjukkan bahwa ada sumbatan pembuluh darah otak/pembengkakan otak/bekuan darah yang sudah lama, TD: 150/80 mmhg, nadi: 110 X/menit, RR: 25 X/menit, suhu 36°C, pemeriksaan GCS 13, kolesterol total serum 283 mg/dl, kolesterol HDL 36.0 mg/dl (41.5 – 67.3), kolesterol LDL 222 mg/dl (<0.50), kolesterol total 283 mg/dl, kolesterol HDL 36.0 mg/dl (41.5 – 67.3), kolesterol LDL 222 mg/dl (<0.50).

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

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

Rencana Tindakan:

- a. Identifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia dan tanda babinsky
- b. Monitor tingkat kesadaran dengan memeriksa GCS
- c. Monitor tanda - tanda vital tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen dan suhu tiap 4 jam.

- d. Monitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata setiap 8 jam
- e. Monitor pernapasan meliputi pola dan irama, dan auskultasi bunyi napas.
- f. Berikan posisi kepala 15 - 30 derajat.
- g. Berikan oksigen sesuai anjuran 3l/menit melalui nasal kanul
- h. Monitor frekuensi, irama, kedalam dan upaya napas setiap 8 jam
- i. Monitor saturasi oksigen setiap 8 jam
- j. Berikan terapi farmakologis sesuai program meliputi, Citicolin, Mecobalamin, Nicardipine, Ceftriaxone, Kalnex, Captopril.

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena Citicolin 1x500mg, Mecobalamin 1x500mg, Kalnex 1x500mg, Nicardipine 2x10mg drip, Captopril 1x50mg (oral) Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 06.15 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD: 190/98 mmHg, frekuensi nadi: 100x/menit, frekuensi napas: 28x/menit, Suhu: 36,8°C; Pukul 07.00 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, saturasi oksigen, frekuensi napas 21x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal, tidak terdapat produksi sputum berlebih, saturasi oksigen 98% (pasien dilakukan pelepasan oksigen nasal kanul). Pukul 07.20 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan

GCS: E3M5V4; Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kiri, reflek pupil baik, reflek menelan belum bisa dikaji karena pasien masih belum kooperatif, pasien tampak tirah baring, pasien tampak mengalami hemiplegia pada kedua ekstremitas kiri tanda babinsky (-); Pada pukul 07.45 WIB memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata kanan dan kiri, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata belum mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; Pukul 08.30 WIB memantau pernapasan meliputi pola dan irama, pola napas pasien tampak tidak normal dengan frekuensi napas: 25x/menit dan irama napas pasien tampak reguler; Pukul 08.55 WIB memberikan posisi kepala 15 - 30 derajat, pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD: 222/101 mmHg, frekuensi nadi: 98x/menit, frekuensi napas: 25x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 10.10 WIB, memonitor status neurologis, pasien tampak mengalami gangguan pada Nervus XII yaitu lidah pasien tampak mengalami lateralisasi ke kiri dan pasien tampak mengalami hemiplegi di kedua ekstremitas kiri; Pukul 14.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena Mecobalamin 1x500mg, Kalnex 1x500mg, pasien tidak

menunjukkan tanda - tanda alergi; Pukul 16.00 WIB, memonitor tanda - tanda vital, TD: 151/70 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 18.00 WIB; memberikan terapi Citicolin 1x500mg, pemberian Nicardipine 2x500mg dihentikan, digantikan dengan captopril 1x50mg (oral), pasien tampak kooperatif. Pukul 20.00 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD: 150/98 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena Mecobalamin 1x500mg dan Kalnex 1x500mg, pasien tampak kooperatif; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur; Pukul 24.00 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD: 141/90 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; (pemeriksaan tanda - tanda vital selanjutnya dilakukan setiap 8 jam atau persift).

Pelaksanaan 16 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena Citicolin 1x500mg, injeksi intravena kalnex 1x500mg, injeksi intravena ceftriaxone 1x2g, Captopril 1x50mg (oral), pasien tampak kooperatif saat diberi terapi pasien sudah tidak mendapat terapi Nicardipine 2x10mg; Pukul 07.30 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD:152/91 mmHg, frekuensi frekuensi nadi: 98x/menit, frekuensi napas:20x/menit, Suhu: 36,5°C; Pukul 07.15 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5 composmentis; Pukul 07.45 WIB memonitor frekuensi, irama,

kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 21x/menit irama pasien tampak normal, kedalaman napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal; Pukul 07.50 WIB memonitor pola napas, pola napas pasien tampak normal eupnea, pasien sudah tidak terpasang oksigen nasal kanul. Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, pasien masih mengalami penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kiri dengan kekuatan otot 1111, reflek pupil baik, reflek menelan baik namun saat memberikan asupan makanan harus bertahap dan perlahan, pasien tampak tirah baring, pasien tampak mengalami hemiplegia pada kedua ekstremitas kiri; Pukul 08.30 WIB memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; Pukul 08.45 WIB memberikan posisi kepala 15 - 30 derajat, pasien tampak nyaman dengan posisi kepala yang berada pada ketinggian 30 derajat; Pukul 10.10 WIB, memonitor status neurologis, pasien tampak masih mengalami gangguan pada Nervus XII (hipoglossus) yaitu lidah pasien masih tampak mengalami lateralisasi ke kiri dan pasien tampak mengalami hemiplegi di kedua ekstremitas kiri; Pukul 14.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena Mecobalamin

1x500mg, Kalnex 1x500mg, pasien tidak menunjukkan tanda - tanda alergi; Pukul 14.10 WIB, memonitor tanda - tanda vital, TD: 151/70 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 18.00 WIB; memberikan terapi Citicolin 1x500mg, pemberian Nicardipine 2x500mg dihentikan , pasien tampak kooperatif; Pukul 20.00 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD: 141/70 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.00 memberikan terapi injeksi intravena Mecobalamin 1x500mg dan Kalnex 1x500mg, pasien tampak kooperatif; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Pelaksanaan 17 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena Citicolin 1x500mg, injeksi intravena kalnex 1x500mg, injeksi intravena Ceftriaxone 1x2g, Captopril 1x50mg (oral) Pasien tampak kooperatif saat diberi terapi pasien sudah tidak mendapat terapi Nicardipine 2x10mg; Pukul 07.30 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD:149/91 mmHg, frekuensi frekuensi nadi: 97x/menit, frekuensi napas:19x/menit, Suhu: 35,8°C; Pukul 07.15 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5 composmentis; Pukul 07.45 WIB memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, frekuensi napas 21x/menit irama pasien tampak normal, kedalam napas tampak normal, pasien tampak bernapas dengan normal; Pukul 07.50 WIB memonitor pola napas, pola napas

pasien tampak normal. Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri kepala, penurunan kekuatan otot, reflek pupil, reflek menelan, hemiplegia dan tanda babinsky, pasien tampak tenang dan tidak nyeri kepala, pasien masih mengalami penurunan kekuatan otot terjadi pada ekstremitas kiri dengan kekuatan otot 1111, reflek pupil baik, reflek menelan baik namun saat memberikan asupan makanan harus bertahap dan perlahan, pasien tampak tirah baring, pasien tampak mengalami hemiplegia pada kedua ekstremitas kiri; Pada pukul 08.30 WIB memonitor pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti arah jari perawat yang digerakkan; Pukul 08.45 WIB memberikan posisi kepala 15 - 30 derajat, pasien tampak nyaman dengan posisi kepala yang berada pada ketinggian 30 derajat. Pukul 10.10 WIB, memonitor status neurologis, pasien tampak masih mengalami gangguan pada Nervus XII (hipoglossus) yaitu lidah pasien masih tampak mengalami lateralisasi ke kiri dan pasien tampak mengalami hemiplegi di kedua ekstremitas kiri; Pukul 14.00 WIB memberikan terapi injeksi intravena Mecobalamin 1x500 mg, Kalnex 1x500mg, pasien tidak menunjukkan tanda - tanda alergi; Pukul 14.10 WIB, memonitor tanda - tanda vital, TD: 151/70 mmHg, frekuensi frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 18.00 WIB; memberikan terapi

Citicolin 1x500mg, pemberian Nicardipine 2x500mg dihentikan, pasien tampak kooperatif digantikan dengan Captopril 1x50mg (oral); Pukul 20.00 WIB memonitor tanda - tanda vital, TD: 141/70 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; Pukul 22.00 memberikan terapi injeksi intravena Mecobalamin 1x500mg dan Kalnex 1x500mg, pasien tampak kooperatif; Pukul 22.10 WIB menganjurkan pasien untuk beristirahat, pasien tampak tidur.

Evaluasi 25 Maret 2022 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan sudah merasa lebih baik karena sekarang nyeri kepala sudah berkurang 2/10 numeric scale, nyeri pinggang sudah berkurang 1/10 numeric scale karena sudah rutin miring mengubah posisi, keluarga mengatakan cemas sudah berkurang karena pasien sudah tampak lebih baik.

Objektif: Pasien tampak hanya berbaring, pasien tampak sudah bisa menggerakkan tubuh bagian kiri dengan instruksi namun saat diberi tahanan pasien tidak mampu menahan gerakan - gerakan yang tidak terkoordinasi sudah tidak ada, GCS pasien tampak normal respon mata pasien meningkat E4M6V4, pasien tampak berorientasi dengan baik, lidah pasien masih tampak lateralisasi ke kiri, keadaan pupil, ukuran, bentuk, reaksi terhadap cahaya dan gerakan bola mata, kedua pupil tampak isokor, simetris, dengan ukuran 2mm pada setiap bola mata, reaksi terhadap cahaya baik, pergerakan bola mata mampu mengikuti

arah jari perawat yang digerakkan dan tanda - tanda vital, TD:160/114 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,6°C, pasien sudah tidak terpasang alat bantu napas.

Analisa: Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

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

3. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan factor resiko perubahan afterload dan hiperkolesteronemia

Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi.

Data Objektif: Tekanan darah: 145/85 mmhg, nadi: 132 X/menit, RR: 24 X/menit, suhu 36,50C, kolesterol total 283 mg/dl, Kolesterol HDL 36.0 mg/dl (41.5 – 67.3), Kolesterol LDL 222 mg/dl (<0.50), hasil pemeriksaan EKG: QRS patologis, aritmia.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka curah jantung meningkat.

Kriteria hasil: Gambaran aritmia menurun, lelah menurun, dispnea menurun, tekanan darah membaik.

- h. Observasi tanda primer penurunan curah jantung
- i. Monitor tekanan darah
- j. Monitor keluhan nyeri dada

- k. Posisikan pasien semi - fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- l. Berikan diet jantung yang sesuai
- m. Anjurkan berhenti merokok
- n. Kolaborasi pemberian isosorbit dinitrat 5 mg (2x1), clopidogrel 75mg (1x1)

Pelaksanaan:

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi tanda primer penurunan curah jantung: irama jantung pasien tidak teratur. Pukul 08.15 WIB memonitor tanda - tanda vital pasien: tekanan darah 160/82 mmHg, frekuensi nadi 58x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C. Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada: pasien mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut. Pukul 08.35 WIB memposisikan pasien semi - fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman: pasien terlihat lebih nyaman. Pukul 09.00 WIB menganjurkan klien berhenti merokok dengan edukasi: pasien mengatakan mengerti bahaya merokok serta masalah kesehatan yang timbul akibat rokok. Pukul 11.30 WIB memberikan diet jantung: pasien tampak

menghabiskan 1 porsi makanan diet jantung yang diberikan. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasikan pemberian isosorbit dinitrat 5 mg dan clopidogrel 75mg.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi tanda primer penurunan curah jantung: irama jantung pasien tidak teratur. Pukul 08.15 WIB memonitor tanda - tanda vital pasien : tanda - tanda vital: tekanan darah : 158/73 mmHg, frekuensi nadi 59x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C. Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada : pasien mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut. Pukul 09.00 WIB menganjurkan klien berhenti merokok dengan edukasi: pasien mengatakan mengerti bahaya merokok serta masalah kesehatan yang timbul akibat rokok. Pukul 11.30 WIB memberikan diet jantung : pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan diet jantung yang diberikan. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasikan pemberian isosorbit dinitrat 5 mg dan clopidogrel 75mg.

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB memonitor dan mengobservasi tanda primer penurunan curah jantung: irama jantung pasien tidak teratur. Pukul 08.15 WIB memonitor tanda - tanda vital pasien: tanda - tanda vital: tekanan darah 154/78 mmHg, frekuensi nadi 58x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C. Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan nyeri dada : pasien

mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut. Pukul 09.00 WIB menganjurkan klien berhenti merokok dengan edukasi: pasien mengatakan mengerti bahaya merokok serta masalah kesehatan yang timbul akibat rokok. Pukul 11.30 WIB memberikan diet jantung: pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan diet jantung yang diberikan. Pukul 12.00 WIB mengkolaborasikan pemberian isosorbit dinitrat 5 mg dan clopidogrel 75mg.

Evaluasi

Tanggal 16 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan masih terasa nyeri didada sampai ke perut

Objektif: tanda - tanda vital: tekanan darah : 154/78 mmHg, frekuensi nadi 58x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu 36°C, irama jantung pasien tidak teratur

Analisa: masalah keperawatan penurunan curah jantung belum teratasi.

Perencanaan: tindakan keperawatan dilanjutkan sesuai point a, b, c, d, e, f dan g

4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengatakan selama sakit hanya tirah baring dan tidak mampu untuk bergerak terutama pada bagian tubuh sebelah kiri

Data Objektif: kekuatan otot menurun pada ekstremitas kiri 1,1,1,1, keadaan otot hipotoni, rentang gerak menurun

Tujuan: Gangguan Mobilitas Fisik meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- d. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik,
- e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- f. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- g. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

Pelaksanaan:

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 08.45 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya: keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri pasien masih belum bisa bergerak, kekuatan otot menurun pada ekstremitas kiri 1,1,1,1, keadaan otot hipotoni, rentang gerak menurun; Pukul 08.50 WIB

mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi: pasien tampak belum bisa melakukan pergerakan sendiri dan harus dibantu keluarga; Pukul 08.55 WIB memonitoring frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi: tekanan darah: 145/85 mmhg, nadi: 132 X/menit; Pukul 09.05 WIB memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik: membantu memberikan posisi kekiri dan kekanan; Pukul 09.15 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi: mengikutkan keluarga untuk melakukan posisi ke kiri dan ke kiri; Pukul 09.20 WIB menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi: keluarga pasien memahami prosedur untuk melakukan pergerakan pada pasien; Pukul 09.30 WIB mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan: mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan untuk melakukan posisi ke kiri dan ke kiri serta memberikan posisi semi fowler.

Tanggal 16 Maret 2023

Pukul 08.45 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya: keluarga pasien megatakan bagian tubuh sebelah kiri pasien masih belum bisa bergerak, kekuatan otot menurun pada ekstremitas kiri 1,1,1,1, keadaan otot hipotomi, rentang gerak menurun; Pukul 08.50 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi: pasien tampak belum bisa melakukan pergerakan sendiri dan harus dibantu keluarga; Pukul 08.55 WIB memonitoring frekuensi jantung dan tekanan darah

sebelum memulai ambulasi: tekanan darah: 140/82 mmhg, nadi: 123 X/menit; Pukul 09.05 WIB memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik: membantu memberikan posisi kekiri dan kekanan dan posisi semi fowler

Tanggal 17 Maret 2023

Pukul 08.45 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya: keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri pasien masih belum bisa bergerak, kekuatan otot menurun pada ekstremitas kiri 1,1,1,1, keadaan otot hipotoni, rentang gerak menurun; Pukul 08.50 WIB mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi: pasien tampak belum bisa melakukan pergerakan sendiri dan harus dibantu keluarga; Pukul 08.55 WIB memonitoring frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi: tekanan darah: 142/85 mmhg, nadi: 121 X/menit; Pukul 09.05 WIB memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik: membantu memberikan posisi kekiri dan kekanan dan posisi semi fowler

Evaluasi

Tanggal 16 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif: keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri pasien masih belum bisa bergerak.

Objektif: Pergerakan otot pasien meningkat, pergerakan ekstremitas meningkat, Kelemahan fisik menurun, kekuatan otot sebelah kiri meningkat 2222.

Analisa: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Perencanaan: Tindakan keperawatan dilanjutkan

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan stroke non hemoragik di kamar 1108 lantai 11 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal dari 15 Maret sampai 17 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Harding (2023) menyatakan bahwa stroke bisa terjadi akibat pembentukan bekuan darah yang menyebabkan lumen pembuluh darah menyempit atau bisa juga disebabkan karena cedera dinding pembuluh darah biasa disebut sebagai stroke trombotik, yang sering terjadi pada orang yang lebih tua terutama pada orang - orang tua dengan diabetes dan yang memiliki kadar kolesterol tinggi. Sedangkan Wililams (2020) menyebutkan bahwa usia dan faktor genetik merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Di samping itu hipertensi dan merokok merupakan faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi. Hal - hal yang disebutkan di atas sesuai dengan faktor yang mempengaruhi terjadinya stroke pada pasien yaitu usia yang mana pasien saat ini berusia 56 tahun.

Faktor risiko lainnya memiliki riwayat merokok sejak 30 tahun lalu setiap hari minimal menghabiskan 1 bungkus rokok. Pada pengkajian selanjutnya penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan pasien meliputi manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik dan penatalaksanaan.

Menurut Simon (2018) dan Maria (2021) manifestasi klinis stroke berbeda beda mulai dari kelumpuhan kontralateral, kehilangan sensoris pada kaki, inkontinensia urine, sindrom tangan alien, penurunan kesadaran, afasia broca, wernicke maupun global, disfagia, apraksia, perubahan penglihatan, penglihatan makula, deviasi vertikal mata, agnosia, gangguan memori, ketidakmampuan mengenali wajah yang harusnya dikenali, hemianopia hemianopia.

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

Namun perubahan penglihatan tidak ditemukan pada pasien hal ini dibuktikan dengan Sisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal tidak terjadi ptosis, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea keruh dan berkabut, sklera anikterik, pada pemeriksaan nervus III

(Okulomotorius) saat diberi cahaya pupil mengecil 2 mm pada kedua bola mata, pada pemeriksaan nervus IV (Troklearis) tidak di temukan adanya kelainan pada otot - otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat dari atas ke bawah. Pada pemeriksaan nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda - tanda radang, pasien menggunakan kaca mata saat membaca, pasien tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus VI (abducent) tidak terdapat penglihatan double.

Penulis juga tidak menemukan gangguan bicara pada pasien, menurut Simon (2018) iskemia yang terjadi pada arteri serebral tengah yang memasok sebagian besar belahan otak serebral akan mempengaruhi area bahasa ekspresif (broca) dan area bahasa reseptif (wernickle) yang kemudian akan menyebabkan manifestasi klinis afasia broca, wernickle, dan global. Namun gangguan bicara tidak ditemukan pada pasien di buktikan dengan Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal saat membuka mulut lidah pasien sedikit condong ke arah kiri. Pasien dapat bicara dengan baik dibuktikan saat diberikan pertanyaan oleh perawat pasien dapat menjawab pertanyaan dengan cepat dan cukup jelas.

Pada pasien tidak ditemukan adanya gangguan dalam menelan menurut Maria (2020) menelan adalah proses yang membutuhkan beberapa fungsi saraf kranial. Mulai dari membuka mulut (saraf kranial V), lidah harus

tertutup (saraf kranial VII), lidah harus bergerak (saraf kranial XII), mulut harus bisa merasakan jumlah dan kualitas gumpalan makanan yang di telan (saraf kranial V dan VII), stroke yang terjadi di daerah vertebrobasalir mengakibatkan terjadinya disfagia.

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

Menurut Simon (2018) stroke yang terjadi pada arteri serebral tengah dan posterior akan menimbulkan manifestasi klinis berupa ketidakmampuan mengenali wajah yang harusnya dikenali, penurunan kesadaran, dan gangguan memori. Sedangkan pada pasien manifestasi ini tidak ditemukan di buktikan dengan kesadaran pasien saat ini compos mentis dengan pengukuran GCS (E4V5M6). Tidak ditemukan tanda - tanda peningkatan TIK seperti muntah proyektil, nyeri kepala hebat, dan papil edema. Pasien dapat menceritakan keadaannya sebelum sakit dan riwayat kesehatannya beberapa tahun ke belakang, pasien dapat mengenali wajah anak, menantu, dan cucunya yang datang ke rumah sakit.

Pada teori yang dikemukakan oleh Munir (2017) dan Susilo (2019) dikatakan bahwa pemeriksaan penunjang pada pasien stroke meliputi *CT* -

scan kepala, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), *Magnetic Resonance Angiography* (MRA), Elektrokardiogram untuk mendeteksi pasien yang di duga adanya fibrasi atrium, pemeriksaan foto thoraks, pemeriksaan glukosa darah, elektrolit, *Blood urea nitrogen* (BUN) adalah tes darah yang dilakukan untuk menilai fungsi ginjal, pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan *Echocardiography*. Sedangkan pada pasien pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah *CT - scan* kepala, foto thoraks, pemeriksaan laboratorium darah lengkap, hitung jenis, kimia darah, glukosa sewaktu.

Kesan CT - Scan: tampak adanya hematom pada lobus frontalis dextra slice 8 - 12 tidak tampak perdarahan saat ini, kesan thorax: Terdapat cardiomegali dan apex jantung tampak melebar, peningkatan nilai kolesterol yang dapat memicu terjadinya trombus.

Menurut Lemone (LeMone et al., 2016) dan Harding (Harding, 2023) penatalaksanaan yang dapat di berikan pada penderita stroke adalah obat fibrinolitik,, antipalatelet, obat antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan pembedahan. Pemberian obat antidiabetes merupakan terapi penyerta apabila pasien mengalami stroke dengan diabetes melitus. Namun pada pasien tidak diberikan obat antidiabetes dikarenakan pasien tidak memiliki riwayat diabetes hal ini dibuktikan saat dilakukan pemeriksaan glukosa darah sewaktu hasilnya 108 mg/dL (>200).

Penatalaksanaan medis yang tidak dilakukan pada pasien yaitu pembedahan karena tidak ada indikasi untuk dilakukan pembedahan. Dimana menurut Espay & Biller (2021) dan Harding (Harding, 2023) indikasi pembedahan otak adalah untuk mengembalikan aliran darah ketika stroke

terjadi atau penyakit steno oklusif internal carotid artery tomatik, stenosis arteri karotis yang parah, lesi aterosklerotik pada percabangan arteri karotis. Terutama di area dengan tegangan geser dinding pembuluh darah yang rendah.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien baik anak, menantu pasien, dan pasien sendiri sangat kooperatif saat pengkajian sehingga memudahkan penulis dalam pengumpulan data - data yang diperlukan dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian. Faktor penghambat saat ditahap pengkajian adalah kesulitan mendapatkan hasil CT - Scan karena hampir semua pasien di RSUD Koja tidak ada bukti cetak tertulis kesan CT - Scan oleh Ahli radiologi direkam medis dan hanya terdapat di komputer data pasien, penulis menemukan hambatan dalam mendapat hasil CT - Scan saat pertama kali pasien masuk ke RSUD Koja.

Menurut informasi dari kepala perawat ruangan bahwa pada saat ini hasil CT - Scan tidak dicantumkan di rekam medis dan hanya dibacakan oleh dokter penanggung jawab apabila keluarga pasien ada yang ingin mengetahui hasil dari CT - Scan pasien. Sebagai solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala perawat ruangan yang kemudian berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab pasien hingga akhirnya penulis mendapat informasi dari dr. P tentang kesan CT - Scan pada pasien. Hambatan lainnya adalah saat akan melengkapi dan memverifikasi data pengkajian penulis dengan data rekam medis pasien, penulis mengalami kesulitan membaca tulisan perawat

ruangan dan dokter karena kurang jelas dan sulit dipahami sebagai solusinya maka penulis berdiskusi, mengklarifikasi kembali dan banyak bertanya dengan perawat ruangan tentang data - data rekam medis yang kurang jelas dan tidak penulis pahami.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Lewis et al (2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada delapan diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada pasien stroke yaitu, Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, Defisit nutrisi yang berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan,. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Risiko konstipasi dibuktikan dengan faktor risiko penurunan motilitas gastrointestinal, Risiko gangguan integritas kulit di buktikan dengan faktor risiko penurunan mobilitas, faktor mekanis.

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

Namun terdapat dua diagnosa yang ditemukan pada pasien namun tidak dikemukakan menurut Lewis et al (2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi - perfusi. Munculnya diagnosa ini karena pasien mengeluh sesak, PCO₂ menurun 21,1 mmHg, PO₂ menurun 83.8%, pH 7.517, bunyi nafas tambahan wheezing, nadi: 132 X/menit. Hal ini didukung oleh Gao et al (2020) masalah aspirasi merupakan salah satu penyebab utama kegagalan pernafasan pada pasien stroke dan dapat berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran, dengan gangguan menelan dan disfagia. Namun, kejadian aspirasi pada pasien stroke lebih tinggi bila dibandingkan dengan kelompok pasien lain yang menderita disfagia atau gangguan tingkat kesadaran.

Diagnosa yang tidak ditemukan menurut Lewis et al (2017) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan factor resiko perubahan afterload dan hiperkolesteronemia. Munculnya diagnosa ini karena keluarga pasien mengatakan ayah pasien memiliki riwayat hipertensi, tekanan darah: 145/85 mmhg, frekuensi nadi 132 X/menit, frekuensi nafas 24 X/menit, suhu 36,50C, kolesterol total 283 mg/dl, Kolesterol HDL 36.0 mg/dl (41.5 – 67.3), Kolesterol LDL 222 mg/dl (<0.50), hasil pemeriksaan EKG: QRS patologis, aritmia. Hipertensi akan memacu munculnya timbunan plak pada pembuluh darah besar (aterosklerosis). Timbunan plak akan menyempitkan lumen/diameter pembuluh darah. Plak yang tidak stabil akan mudah pecah dan terlepas. Plak yang terlepas meningkatkan risiko tersumbatnya pembuluh

darah otak yang lebih kecil. Bila ini terjadi maka, timbul stroke. Hipertensi dapat menyebabkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah. Bila hal ini terjadi pada pembuluh darah di otak, maka terjadi pendarahan di otak yang dapat berakibat kematian. Stroke dapat terjadi akibat sumbatan dari gumpalan darah yang tidak mengalir lancar di >45 tahun dengan bertambahnya umur, maka tekanan darah juga akan meningkat. Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan oleh karena penumpukan zat kolagen pada lapisan otot, sehingga pembuluh darah akan berangsur - angsur menyempit dan menjadi kaku (Jahra Alhamid et al., 2018).

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya banyak referensi seperti *text book* maupun jurnal online yang cukup banyak tentang gangguan neurologi khususnya stroke non hemoragik, dan data pasien yang lengkap. Hambatan yang dialami penulis saat melakukan perumusan diagnosa adalah pasien yang sudah dalam keadaan membaik setelah 3 hari perawatan di rumah sakit dengan manifestasi klinis yang sedikit sehingga saat dilakukan perumusan diagnosa data yang diperoleh kurang dari 80% untuk memenuhi kriteria diangkatnya sebuah diagnosa. Sebagai solusi yang dilakukan oleh penulis adalah mengumpulkan data lebih banyak lagi dari keluarga dan pasien hingga penulis akhirnya mendapatkan 4 diagnosa yang rumuskan.

C. Perencanaan keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu

praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai. Menurut Tim Pokja SIKI PPNI DPP PPNI (2018) dan Lemone (LeMone et al., 2016) dalam perencanaan keperawatan pada pasien stroke dengan diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi hampir semua rencana keperawatan yang ada pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien.

Pada perencanaan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan anggota gerak sesuai dengan apa yang di kemukakan oleh Tim Pokja SIKI PPNI DPP PPNI (2018) dan Lemone (LeMone et al., 2016) namun juga di modifikasi dimana penulis membatasi latihan mobilisasi, ambulasi dan tidak melakukan latihan rentang gerak pada pasien karena tekan darah pasien yang terus menerus tinggi selama 3x24 jam waktu asuhan keperawatan. Penulis juga menambahkan perencanaan untuk memberikan edukasi tentang pengertian stroke, penyebab, tanda gejala, edukasi mobilisasi. Edukasi ini diberikan agar keluarga dapat mengetahui pengetahuan dasar tentang stroke sehingga tidak terjadi lagi perilaku menyimpang dalam manajemen stroke pasien dan agar setelah tekanan darah pasien membaik keluarga dapat membantu pasien melakukan pergerakan. Hal ini di dukung oleh pernyataan tingginya tekanan darah maka akan menyebabkan semakin keras jantung bekerja karena jantung berfungsi sebagai media memompa darah, maka tenaga yang dikeluarkan oleh jantung harus sesuai dengan tingginya tekanan darah. Olahraga dapat dilakukan bila dengan cara menguatkan endurance dan tidak meningkatkan tekanan

(pressure). Seperti jalan kaki, senam, berenang, dan bersepeda ataupun olahraga aerobik lainnya. Olahraga tidak dibolehkan meningkatkan kekuatan, sebab akan meningkatnya tekanan darah secara tiba - tiba (Briliansyah & Safitri, 2022)

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

D. Pelaksanaan keperawatan

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

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

hambatan yang dialami penulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan (hemiplegia pada ekstremitas kiri), penulis mengalami hambatan dalam melaksanakan intervensi ajarkan ambulasi dan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dan penulis menunda pelaksanaan ROM dikarenakan pasien mengalami kenaikan tekanan darah terus menerus selama 3x24 jam, sebagai solusi penulis mengajarkan pada keluarga cara ROM agar dapat melakukannya secara mandiri setelah tekanan darah membaik.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis, dilakukan sesuai dengan teori meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah dilakukan tindakan yaitu respons pasien setelah dilakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil lebih mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun.

Dari 3 diagnosa terdapat 3 diagnosa yang teratasi sebagian, yang pertama adalah Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, hal ini di dukung oleh data pasien mengatakan sudah merasa lebih baik karena nyeri kepala sudah berkurang dari 5/10 *numeric scale*, menjadi 3/10 *numeric scale*, pasien mengatakan rasa berat di tenguknya sudah jarang di rasakan. Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat lebih baik dan tampak lebih segar.

pasien tampak hanya berbaring TD: 145/92 mmHg, frekuensi nadi: 88x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman

napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C GCS: (E4M6V5) Compos Mentis, wajah masih tampak tidak simetris, saat diminta untuk tersenyum bibir pasien masih tampak tidak simetris. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien hiperaktif, saat di kaji pupil tampak simetris saat di beri cahaya mengecil 2mm.

Diagnosa kedua yang teratasi sebagian adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri), hal ini dibuktikan oleh pasien mengatakan rasa pegal pada bagian bahunya telah menghilang, saat ekstremitas kiri di gerakkan terkadang terasa nyeri, keluarga pasien mengatakan akan membantu pasien duduk dengan bantuan pagar, mengubah posisi tidur pasien setiap 2 jam, dan melakukan latihan rentang gerak (ROM) pada pasien saat keadaan tekanan darah pasien telah membaik. Pasien mengalami hemiplegia kiri dengan kekuatan otot ekstremitas kiri atas 5555 dan ekstremitas kiri atas meningkat 3322 dari sebelumnya 2222, ekstremitas kiri bawah 5555 dan ekstremitas kiri bawah meningkat 2222. pasien kini mulai bisa mengangkat telapak tangan dan lengannya walau hanya sesaat. Pasien tampak belum bisa duduk secara mandiri masih harus di bantu keluarga, berpindah dari tempat tidur dan mengganti posisi tidur miring kiri juga harus dibantu keluarga.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dengan jelas, pasien dan keluarga pasien yang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga penulis bisa mendapatkan luaran yang jelas dari hasil evaluasi

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

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis melakukan “Asuhan Keperawatan pada Tn. Ddengan stroke non hemoragik di kamar 1108 lantai 11 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal dari 15 Maret sampai 17 Maret 2023. Maka penulis bisa menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

A. Kesimpulan

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

Terdapat 3 diagnosa yang ditemukan pada pasien sesuai dengan yang dikemukakan Lemone (2016) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu, Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kelemahan anggota gerak (hemiplegia pada ekstremitas kiri).

Pada perencanaan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan kelemahan anggota gerak sesuai dengan apa yang di kemukakan oleh Tim Pokja SIKI PPNI DPP PPNI (2018) dan Lemone (LeMone et al., 2016) namun juga di modifikasi dimana penulis membatasi latihan mobilisasi, ambulasi dan tidak melakukan latihan rentang gerak pada pasien karena tekan darah pasien yang terus menerus tinggi selama 3x24 jam waktu asuhan keperawatan. Penulis juga menambahkan perencanaan untuk memberikan edukasi tentang pengertian stroke, penyebab, tanda gejala, edukasi mobilisasi. Edukasi ini diberikan agar keluarga dapat mengetahui pengetahuan dasar tentang stroke sehingga tidak terjadi lagi perilaku menyimpang dalam manajemen stroke pasien dan agar setelah tekanan darah pasien membaik keluarga dapat membantu pasien melakukan pergerakan. Hal ini di dukung oleh pernyataan tingginya tekanan darah maka akan menyebabkan semakin keras jantung bekerja karena jantung berfungsi sebagai media memompa darah, maka tenaga yang dikeluarkan oleh jantung harus sesuai dengan tingginya tekanan darah. Olahraga dapat dilakukan bila dengan cara menguatkan endurance dan tidak meningkatkan tekanan (pressure). Seperti jalan kaki, senam, berenang, dan bersepeda ataupun olahraga aerobik lainnya.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan pasien dan keluarga yang sangat kooperatif selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dan mampu bekerja sama baik dengan penulis serta kepercayaan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan. Sedangkan hambatan yang dialami penulis

dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan (hemiplegia pada ekstremitas kiri), penulis mengalami hambatan dalam melaksanakan intervensi ajarkan ambulasi dan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dan penulis menunda pelaksanaan ROM dikarenakan pasien mengalami kenaikan tekanan darah terus menerus selama 3x24 jam, sebagai solusi penulis mengajarkan pada keluarga cara ROM agar dapat melakukannya secara mandiri setelah tekanan darah membaik.

Dari 3 diagnosa terdapat 3 diagnosa yang teratasi sebagian, yang pertama adalah Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipertensi, hal ini di dukung oleh data pasien mengatakan sudah merasa lebih baik karena nyeri kepala sudah berkurang dari 5/10 *numeric scale*, menjadi 3/10 *numeric scale*, pasien mengatakan rasa berat di tengkuknya sudah jarang di rasakan. Keluarga pasien mengatakan pasien terlihat lebih baik dan tampak lebih segar. Hambatan yang dialami penulis dalam evaluasi keperawatan adalah tidak adanya perbaruan data pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan kolesterol pasien dan lain - lain dikarenakan kondisi pasien yang telah membaik. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien-pasien yang telah membaik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut biasanya memang tidak di lakukan pemeriksaan penunjang lagi

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

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum. Tujuan dari pendokumentasian adalah sarana komunikasi antar petugas medis, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal. Diharapkan bagi seluruh tenaga medis dalam melakukan pendokumentasian untuk setiap kegiatan di rekam medis pasien hendaknya lebih dirapihkan lagi penulisannya dan ditulis lebih jelas sehingga bisa dibaca dengan mudah oleh tim tenaga kesehatan lain yang memerlukan informasi tersebut demi terjaminnya keselamatan pasien dan kelancaran selama pemberian asuhan keperawatan.

2. Untuk penulis

Penulis harus lebih mengembangkan ilmu pengetahuannya dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik. Hal ini dilakukan dengan banyak cara seperti membaca buku, membaca literatur

dari jurnal atau artikel, dan melakukan update informasi terbaru tentang Stroke Non Hemoragik disesuaikan dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK). Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan dalam berfikir kritis supaya dalam memodifikasi perencanaan keperawatan bisa sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan cara membanding setiap literatur yang ada dan mencocokkan dengan keadaan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, & Yessie. (2015). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa). *Yogyakarta : Nuha Medika*.
- Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Callaway, C. W., Carson, A. P., Cheng, S., Elkind, M. S. V, Evenson, K. R., Ferguson, J. F., Knutson, K. L., Lee, C. D., Lewis, T. T., Loop, M. S., Lutsey, P. L., Mackey, J., & Matchar, D. B. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics - 2021 Update A Report from the American Heart Association. In *Circulation*. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
- Asmawariza, L. H., & Wiguna, R. I. (2020). Pengaruh Akupresur Stroke 14 Titik Terhadap Rentang Gerak Ekstermitas Atas dan Bawah pada Pasien Stroke Non Hemoragik. *Professional Health Journal*, 2(1), 51–63. <https://doi.org/10.54832/phj.v2i1.139>
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *KESEHATAN JIWA Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*. 674. http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Buku_Ajar_Keperawatan_Kesehatan_Jiwa_Teori-dan-Aplikasi-Praktik-Klinik-1.pdf
- Badan Pusat Statistika. (2022). Profil Statistik Kesehatan. *Badan Pusat Statistik*, 148.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. In R. Nampira (Ed.), *Elsevier*.
- Briliansyah, R. M., & Safitri, D. E. (2022). *Aktivitas fisik dan olahraga bagi penderita hipertensi*. 1(2), 1–5.
- Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. *Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Budiono, P., & Sumirah, B. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. In *Bumi Medika*. Jakarta.
- Cheever, & Hinkle. (2014). Brunner & Suddarth's textbook Medical - Surgical Nursing(13th.ed). In *Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins* (13th.ed). Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Diyono. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Ajar*. Prenada Media.
- Doenges, M. E. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak - Dewasa, Ed. 9, Volume 1* (D. Yulianti (ed.)). EGC.

- Eka, R., Ainy, N., & Nurlaily, A. P. (2021). Original Article Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik Dalam Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi. *Journal of Advanced Nursing and Health Sciences*, 2(1), 21–25.
- Espay, alberto J., & Biller, J. (2021). *concise neurologi* (C. Adams (ed.); 2nd ed.). wolters kluwer.
- Gao, J., Zhou, C., & Zhang, H. (2020). Mechanical ventilation in patients with acute ischemic stroke: From pathophysiology to clinical practice. *Critical Care*, 24(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2806-x>
- Handayani, D., & Dominica, D. (2019). Gambaran Drug Related Problems (DRP's) pada Penatalaksanaan Pasien Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik di RSUD Dr M Yunus Bengkulu. *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 36. <https://doi.org/10.20473/jfiki.v5i12018.36-44>
- Harding, M. M. (2023). *Lewis's Medical - Surgical Nursing* (J. Kwong, D. Hagler, & C. Reinisch (eds.); 12th ed.).
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2017). *Medical - Surgical Nursing*.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., Blair, M., Rebar, C., & Winkelman, C. (2020). Medical Surgical Nursing Patient Centered Collaborative Care. In *Elsevier* (Vol. 8). Elsevier Mosby.
- Jahra Alhamid, I., Norma, N., & Lopulalan, O. (2018). Analisis Faktor Risiko Terhadap Kejadian Stroke. *Nursing Arts*, 12(2), 100–109. <https://doi.org/10.36741/jna.v12i2.82>
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2020*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kushartanti, B. W., & Satyagraha, A. (2019). Penyusunan Standard Diagnosis Dan Terapi Fisik Untuk Ischialgia Dan Low Back Pain Di Klinik Terapi Fisik Fik - Uny. *Klinik Terapi Fisik Fik - Uny*, 1–25.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. In *EGC*. Jakarta.
- Lewis, Dirksen, Heitkamper, & Bucher. (2017). *Medical Surgical Nursing : Assement and Management Of Clinical Problem*. Elsevier Mosby.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2014). *MEDICAL - SURGICAL NURSING: ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CLINICAL PROBLEMS*. Elsevier Inc.
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Jilid 1*. Trans Info Medika.

- Maria, I. (2021). *asuhan keperawatan diabetes melitus dan asuhan keperawatan stroke*. deepublish.
- Olang, J., Winarto, E., & Yunani. (2021). SIRIRAJ STROKE SCORE TO DETECTED CEREBROVASCULAR DISEASE HEMORRHAGIC – NON HEMORRHAGIC. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(3).
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In *DPP PPNI*. Jakarta.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*. Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan (cetakan II). In *DPP PPNI*. Jakarta.
- Ruhardi, A., Hasaini, A., Asman, A., Hariawan, H., Hardiyanti, D., Pefbrianti, D., Rosyda, R., Sutrisno, I. T., Dewi, D. S., & Mansoben, N. (2021). *TEORI KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH*. Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia.
- Setyowati, R. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Kardiovaskular*. LovRinz Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=E64eEAAAQBAJ>
- Simon, roger p, Aminoff, michael j, & Greenberg, david a. (2018). *clinical neurologi* (E. Moyer & christie naglieri (eds.); 10th ed.). cenveo publisher services.
- Smeltzer, & Bare. (2017). *Textbook of Medical - Surgical Nursing* (M. Farrell (ed.)). Wolter Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkuns.
- Smeltzer, S. ., & Bare, B. . (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8. In *EGC*.
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Carson, A. P., Commodore - Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze - Nliam, C., Ferguson, J. F., Generoso, G., Ho, J. E., Kalani, R., Khan, S. S., Kissela, B. M., ... Martin, S. S. (2022). Heart Disease and Stroke Statistics - 2022 Update: A Report from the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 145, Issue 8). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>
- Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarzooq, Z. I., Anderson, C. A. M., Arora, P., Avery, C. L., Baker - Smith, C. M., Beaton, A. Z., Boehme, A. K., Buxton, A. E., Commodore - Mensah, Y., Elkind, M. S. V., Evenson, K. R., Eze - Nliam, C., Fugar, S., Generoso, G., Heard, D. G., Hiremath, S., Ho, J. E., ... Martin, S. S. (2023). Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. In *Circulation*.

<https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001123>

Wililams, J., Perry, lin, & watkins, caroline. (2020). *Stroke Nursing* (2 (ed.)).

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

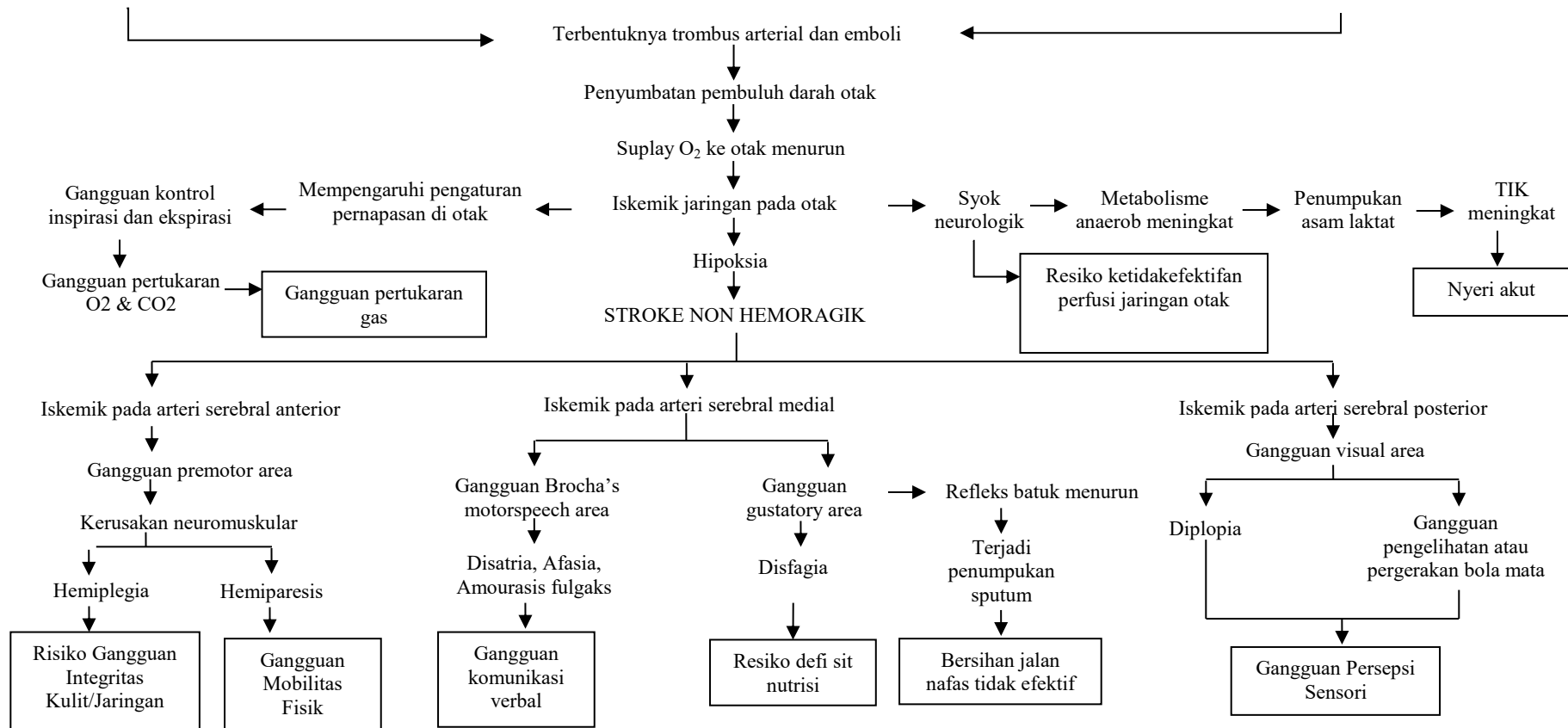
PHATWAY

Faktor yang tidak dapat dimodifikasi:

1. Umur
2. Ras
3. Jenis kelamin
4. Genetik

Faktor yang dapat dimodifikasi:

1. Hipertensi
2. Hiperkolesterolemia
3. Diabetes Millitus
4. Riwayat penyakit jantung
5. Life style (obesitas, diet, stres)



ANALISA OBAT

1. Aspilet

Aspilet yang mengandung Acetylsalicylic Acid 80 mg. Acetylsalicylic acid atau dikenal juga dengan Aspirin merupakan senyawa analgesik non steroid yang digunakan sebagai analgesik, antipiretik, antiinflamasi dan anti - platelet. Pada dosis kecil (80 mg - 100 mg), Acetylsalicylic acid, memiliki manfaat sebagai anti - platelet dengan cara menghambat pembentukan trombus pada sirkulasi arteri. Obat ini digunakan untuk mencegah agregasi platelet pada kondisi angina yang tidak stabil dan serangan iskemik otak yang terjadi sesaat.

a. Indikasi Umum

Pengobatan dan pencegahan angina pectoris dan Infark Miokard

b. Komposisi

Tiap tablet mengandung: Acetylsalicylic acid 80 mg

c. Dosis

Dosis yang dianjurkan: 80 - 160 mg/hari. Untuk infark miokard : sampai dengan 300 mg/hari. Untuk TIA : sampai dengan 1000 mg/hari.

d. Aturan Pakai

Diberikan setelah makan pagi/siang/malam, dapat ditelan utuh atau dikunyah.

e. Kontra Indikasi

Hipersensitivitas terhadap aspirin atau NSAID lainnya. Ulkus peptikum, penyakit hemoragik, gangguan koagulasi (misalnya hemofilia, trombositopenia), asam urat. Gangguan hati dan ginjal yang parah. Anak

- anak <16 tahun dan pulih dari infeksi virus. Kehamilan (dosis >100 mg setiap hari selama trimester ke - 3) dan menyusui. Penggunaan bersamaan dengan NSAID lain dan metotreksat.

f. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing - masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Signifikan: Sensitivitas salisilat, tinitus. Gangguan sistem darah dan limfatik: Anemia, hipoprotrombinaemia, trombositopenia. Gangguan gastrointestinal: Dispepsia, iritasi lambung, mual, muntah. Gangguan sistem saraf: Pusing, kebingungan. Gangguan pernapasan, toraks dan mediastinum: Asma, bronkospasme, dispnea, rinitis. Gangguan kulit dan jaringan subkutan: Ruam, urtikaria. Berpotensi Fatal: Bronkospasme paroksismal dan dispnea. Koma, kolaps KV, gagal napas, hipoglikemia berat. Jarang, sindrom Reye. Reaksi hipersensitivitas (misalnya sindrom Stevens Johnson, angioedema), perdarahan gastrointestinal dan perforasi.

2. Pletalat

Pletalat mengandung Cilostazol yang bekerja dengan cara menghambat PDE yang menurunkan degradasi cAMP sehingga kadarnya meningkat. Peningkatan cAMP dapat menurunkan agregasi trombosit dan menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) dan menurunkan proliferasi otot polos pembuluh darah. Cilostazol dapat meningkatkan aliran darah dan jumlah oksigen untuk mengalir pada otot. Pletalat juga dapat digunakan untuk

terapi gejala iskemik termasuk ulserasi, nyeri dan rasa dingin pada oklusi arteri kronik.

a. Indikasi Umum

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

b. Komposisi

Cilostazol 50 mg

c. Dosis

Dewasa: 2x sehari 100 mg

d. Aturan Pakai

Sebelum atau sesudah makan

e. Kontra Indikasi

Hipersensitif, pasien yang mengalami pendarahan, wanita hamil.

f. Efek Samping

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

3. Oxicobal

Oxicobal merupakan obat yang di gunakan untuk mengatasi kondisi defisiensi vitamin B12. Oxicobal mengandung Mecobalamin yang merupakan

senyawa vitamin yang larut dalam air dan merupakan vitamin esensial yang di butuhkan tubuh untuk menjalankan fungsinya dengan normal. Dalam penggunaan obat ini harus SESUAI DENGAN PETUNJUK DOKTER.

a. Indikasi Umum

Neuropati perifer.

b. Komposisi

Mecobalamin 500 mcg

c. Dosis

1 kaps 3 x/hr.

d. Aturan Pakai

Dapat diberikan bersama atau tanpa makanan

e. Kontra Indikasi

Hipersensitif

f. Efek Samping

Penurunan nafsu makan, mual, diare, gangguan GI lain, reaksi alergi akibat cobal.

4. Omeprazole

Omeprazole merupakan obat golongan proton pump inhibitor (PPI). Obat ini diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi H. pylori pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.

a. Indikasi Umum

Pengobatan jangka pendek untuk tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi *H. pylori* pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.

b. Komposisi

Omeprazole 20 mg

c. Dosis

Tukak Lambung/duodenum krn NSAID: Dewasa: 20 mg 1 kali sehari hingga 8 minggu Eradikasi *H.Pylori*: Dewasa: 20 mg 2 kali sehari/ 40 mg 1 kali sehari, selama 1 minggu (dikombinasi dengan antibiotik) Anak: > 4 tahun, 15 - 30 kg: 10 mg 2 kali sehari. > 4 tahun, 31 - 40 kg: 20 mg 1 kali sehari. selama 1 minggu (dikombinasi dengan antibiotik). Tukak Peptik/ Peptic Ulcer: Dewasa: Pengobatan: 20 - 40 mg 1 kali sehari, selama 4 minggu (ulkus duodenum) dan 8 minggu (ulkus lambung). Pemeliharaan: 10 - 20 mg 1 kali sehari, dapat ditingkatkan hingga 40 mg. Gastro - oesophageal reflux Dewasa: Pengobatan: 20 mg 1 kali sehari, selama 4 - 8 minggu. Untuk kasus yang parah: 40 mg 1 x kali sehari selama 8 minggu. Pemeliharaan: 10 mg 1 kali sehari, dapat ditingkatkan menjadi 20 - 40 mg sekali sehari jika perlu. Anak: 1 tahun, berat 10 - 20 kg: 10 mg 1 x kali sehari, ditingkatkan menjadi 20 mg sekali sehari jika perlu. 2 tahun dengan berat badan >20 kg: 20 mg sekali sehari, ditingkatkan menjadi 40 mg sekali sehari jika perlu. Durasi pengobatan:

4 - 8 minggu. Sindrom Zollinger - Ellison Dewasa: Dosis awal: 60 mg 1 x sehari. Dosis biasa: 20 - 120 mg per hari Dosis >80 mg harus diberikan dalam 2 dosis terbagi.

d. Aturan Pakai

Dikonsumsi sebelum makan

e. Kontra Indikasi

Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi. Penggunaan dengan nelfinavir.

f. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing - masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Hipomagnasemia, lupus eritematosus kulit, SLE, fraktur terkait osteoporosis, polip kelenjar fundus, karsinoma, diare terkait Clostridium difficile, nefritis interstisial, Defisiensi vitamin B12 (terapi jangka panjang), infeksi gastrointestinal (mis. salmonella, Campylobacter). Gangguan gastrointestinal: Mual, muntah, diare, konstipasi, perut kembung, sakit perut. Gangguan umum dan kondisi tempat pemberian: Kelemahan, malaise. Gangguan hepatobilier: Peningkatan enzim hati. Gangguan sistem kekebalan: Urtikaria. Gangguan metabolisme dan nutrisi: Edema perifer. Gangguan muskuloskeletal dan jaringan ikat: Sakit punggung. Gangguan sistem saraf: Sakit kepala, pusing,

mengantuk, parestesia, vertigo. Gangguan jiwa: Insomnia. Gangguan pernapasan, toraks dan mediastinum: Batuk. Gangguan kulit dan jaringan subkutan: Ruam, dermatitis, pruritus.

5. KSR

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

a. Indikasi Umum

Pengobatan & pencegahan Hipokalemia

b. Komposisi

KCl 600 mg

c. Dosis

2 - 3 x sehari 1 - 2 tablet

d. Aturan Pakai

Sesudah makan, ditelan utuh, jangan dikunyah/dihancurkan

e. Kontra Indikasi

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

f. Efek Samping

Mual, muntah,diare, nyeri perut

6. Atorvastatin

Atorvastatin merupakan jenis obat golongan penghambat HMG - CoA reduktase atau disebut statin. Obat ini digunakan sebagai tambahan diet untuk menurunkan peningkatan kolesterol total, kolesterol LDL, apo - B & trigliserida pada pasien dengan hiperkolesterolemia primer, hiperlipidemia

kombinasi (campuran) & hiperkolesterolemia familial heterozigot & homozigot bila respons terhadap diet & tindakan nonfarmakologis lainnya tidak adekuat.

a. Indikasi Umum

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

b. Komposisi

Atorvastatin Calcium 20 mg

c. Dosis

Dosis awal yang biasa diberikan adalah 10 mg 1 kali sehari. Rentang dosis adalah antara 10 - 80 mg sekali sehari. Hypercholesterolemia primer dan hiperlipidemia campuran: 10 mg, diberikan 1 kali sehari. Familial hypercholesterolemia homozigot: 10 - 80 mg per hari. Familial hypercholesterolemia heterozigot pada pasien anak - anak (10 - 17 tahun): dosis awal yang direkomendasikan adalah 10 mg/hari, dosis maksimum yang direkomendasikan adalah 20 mg/hari. Penyesuaian harus dilakukan pada interval 4 minggu. Kombinasi dg siklosporin, telaprevir, atau kombinasi tipranavir/ritonavir: Dosis tidak boleh melebihi 10 mg.

d. Aturan Pakai

Dapat dikonsumsi sebelum atau sesudah makan.

e. Kontra Indikasi

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

f. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing - masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Atorvastatin secara umum ditoleransi dengan baik. Efek samping biasanya ringan dan sementara. Efek samping umum yang terjadi adalah konstipasi, perut kembung, dispepsia, nyeri abdomen, sakit kepala, mual, mialgia, lemas. Efek samping yang mungkin terjadi diantaranya yaitu: Insomnia, sakit kepala, mual, diare, sakit perut, dispepsia, sembelit, perut kembung, mialgia, artralgia, asthenia, hipoglikemia, hiperglikemia, anoreksia, neuropati perifer, parestesia, tinitus, pankreatitis, muntah, hepatitis, ikterus kolestatik, alopecia, pruritus, ruam, miopati urtikaria, miositis, kram otot, impotensi, edema angioneurotik, malaise, angina.

7. Digusxine

Digoxin merupakan obat yang digunakan untuk mengobati penyakit jantung, seperti aritmia dan gagal jantung. Obat ini bekerja dengan membuat irama jantung kembali normal dan memperkuat jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh.

a. Indikasi Umum

Gagal jantung kongestif akut dan kronik

b. Komposisi

Digoxin 0.25 mg

c. Dosis

Dewasa : Untuk digitalisasi cepat (24 - 36 jam) : 4 - 6 tablet , kemudian 1 tablet pada interval tertentu sampai kompensasi tercapai. Untuk digitalisasi lambat (3 - 5 hari) : 2 - 6 tablet/hari dalam dosis terbagi.

Pemeliharaan : 1/2 - 3 tablet/hari. Anak : Un

d. Aturan Pakai

Diberikan sebelum atau sesudah makan.

e. Kontra Indikasi

Blok AV total dan blok AV derajat 2 (2:1), henti sinus, sinus bradikardi yang berlebihan, pemberian kalsium parenteral.

f. Efek Samping

Penurunan segmen ST pada EKG, pruritus, urtikaria, ruam makular, ginekomastia, gangguan SSP, anoreksia, mual, muntah, gangguan kecepatan denyut jantung, kondisi, dan irama jantung.

8. Spirolacton

Spirolacton adalah obat dengan kandungan spironolactone. Spironolactone termasuk obat golongan steroid yang merupakan antagonis aldosterone yang spesifik. Obat ini bekerja utamanya melalui ikatan kompetitif pada reseptor tempat pertukaran natrium - kalium dependen - aldosterone di tubulus kontortus distal ginjal. Spironolactone menyebabkan peningkatan jumlah natrium dan air yang diekskresikan sambil menahan kalium.

a. Indikasi Umum

Hiperaldosteronisme primer, kondisi - kondisi edema (Gagal Jantung Kongestif, sirosis hati yang disertai edema atau asites, sindroma Nefrotik), hipertensi esensial.

b. Komposisi

Spironolactone 25 mg

c. Dosis

Dewasa: dosis 25 - 200 mg / hari dalam dosis terbagi. Dosis dapat ditingkatkan sampai dengan 400 mg / hari, tergantung beratnya gejala.

Anak: dosis 3 mg / kg berat badan / hari dalam dosis terbagi.

d. Aturan Pakai

Diminum bersama dengan makanan.

e. Kontra Indikasi

Hiperkalemia, gangguan ginjal, ibu menyusui.

f. Efek Samping

Sakit kepala, mengantuk, gangguan lambung.

9. Ramipil

Ramipril adalah obat yang digunakan untuk mengobati hipertensi (tekanan darah tinggi), nefropati diabetik, dan beberapa jenis gagal jantung kronis. Obat ini adalah obat anti hipertensi yang termasuk angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor generasi kedua.

a. Indikasi Umum

Hipertensi ringan sampai sedang

b. Komposisi

Ramipril 10 mg

c. Dosis

Hipertensi : diawali dengan 2.5 mg sekali sehari. Pemeliharaan : 2.5 - 5 mg/hari. Maksimal : 10 mg/hari. Pasien yang diobati dengan diuretika : jika memungkinkan, diuretika dihentikan 2 - 3 hari sebelum pengobatan dimulai. Maksimal : 2.5 mg/hari. Pengobatan setelah infark miokardial : diawali dengan 1.25 - 2.5 mg 2 kali sehari. Maksimal : 10 mg/hari.

d. Aturan Pakai

Dikonsumsi bersama makanan atau tidak

e. Kontra Indikasi

Pasien yang memiliki Riwayat hipersensitif terhadap Ramipril atau obat - obat yang termasuk ACE inhibitor lain. Ibu hamil atau berencana untuk hamil. Riwayat angioedema (herediter atau idiopatik) atau pernah mengalami angioedema saat menggunakan obat - obat golongan inhibitor ACE. Pasien dengan diabetes melitus.

f. Efek Samping

Efek samping yang paling umum adalah peningkatan serum kreatinin, pusing, dan sinkop. Batuk juga sering terjadi karena peningkatan kadar bradikinin. Batuk akan segera hilang jika pengobatan dihentikan. Efek samping lainnya adalah kemungkinan terjadinya hipotensi (tekanan darah rendah) dan gagal ginjal akut.

10. Amlodipin

Amlodipine merupakan obat antihipertensi Calcium Channel Blockers (CCB). Obat ini digunakan sebagai pengobatan lini pertama hipertensi dan dapat digunakan sebagai agen tunggal untuk mengontrol tekanan darah pada sebagian besar pasien. Pasien yang tidak cukup terkontrol dengan obat antihipertensi tunggal (selain amlodipin) dapat memperoleh manfaat dari penambahan amlodipin, yang telah digunakan dalam kombinasi dengan diuretik thiazide, blocker, adrenoceptor blocking agent, atau ACE inhibitor. Pengobatan lini pertama iskemia miokard baik karena obstruksi tetap (angina stabil) dan atau vasospasme/vasokonstriksi (angina Prinzmetal atau varian) atau pembuluh darah koroner. Dapat digunakan jika presentasi klinis menunjukkan kemungkinan vasospastik/vasokonstriksi belum dikonfirmasi. Sebagai monoterapi atau kombinasi dengan obat antiangina lain pada pasien dengan angina yang refrakter terhadap nitrat dan atau penyekat dosis memadai.

a. Indikasi Umum

Amlodipine diindikasikan untuk pengobatan lini pertama hipertensi dan dapat digunakan sebagai agen tunggal untuk mengontrol tekanan darah pada sebagian besar pasien. Pasien yang tidak cukup terkontrol dengan

obat antihipertensi tunggal (selain amlodipin) dapat memperoleh manfaat dari penambahan amlodipin, yang telah digunakan dalam kombinasi dengan diuretik thiazide, blocker, adrenoceptor blocking agent, atau ACE inhibitor. Pengobatan lini pertama iskemia miokard baik karena obstruksi tetap (angina stabil) dan atau vasospasme/vasokonstriksi (angina Prinzmetal atau varian) atau pembuluh darah koroner. Dapat digunakan jika presentasi klinis menunjukkan kemungkinan vasospasme/vasokonstriksi belum dikonfirmasi. Sebagai monoterapi atau kombinasi dengan obat antiangina lain pada pasien dengan angina yang refrakter terhadap nitrat dan atau penyekat dosis memadai.

b. Komposisi

Amlodipine 10 mg

c. Dosis

Dewasa: Hipertensi dan angina: Dosis awal 1 x sehari 5 mg, dapat ditingkatkan hingga dosis max.10 mg. Anak, usia 6 - 17 tahun: Dosis awal 1 x sehari 2,5 mg, dapat ditingkatkan menjadi 5 mg sekali sehari setelah interval 4 minggu sesuai dengan respons klinis. Lansia: Dosis awal 2,5 mg sekali sehari.

d. Aturan Pakai

Dapat dikonsumsi sebelum atau sesudah makan.

e. Kontra Indikasi

Hipersensitif

f. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing - masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Sakit kepala, pusing, mengantuk, debaran jantung, sakit perut, mual, edema, kelelahan. Pasien (6 - 17 thn): Vasodilatasi, epistaksis, kelemahan.

11. Isosorbide dinitrate

Isosorbide dinitrate adalah obat yang digunakan untuk mencegah dan mengobati angina (nyeri dada) pada penderita masalah jantung tertentu, seperti penyakit jantung koroner (PJK) dan gagal jantung kongestif. Obat bekerja dengan melemaskan dan memperlebar pembuluh darah sehingga darah yang mengandung oksigen dapat mengalir lebih mudah ke jantung.

a. Indikasi Umum

Angina pectoris

b. Komposisi

ISOSORBID DINITRAT 10 MG

c. Dosis

Penggunaan Obat Ini Harus Sesuai Dengan Petunjuk Dokter.

d. Aturan Pakai

Dihisap dibawah lidah

e. Perhatian

Anak. Glaukoma sudut tertutup, hipotiroid, malnutrisi, hipotermia, sirkulasi darah yang tidak stabil. Katagori Kehamilan : Katagori C:

Mungkin berisiko. Obat digunakan dengan hati - hati apabila besarnya manfaat yang diperoleh melebihi besarnya risiko terhadap janin. Penelitian pada hewan uji menunjukkan risiko terhadap janin dan belum terdapat penelitian langsung terhadap wanita hamil

f. Kontra Indikasi

Hipersensitivitas.

g. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing - masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Hipotensi ortostatik, takikardia, kardiomiopati hipertropik, sakit kepala, ruam kulit, muka merah, palpitasi, mual, muntah, lemah, gelisah, berkeringat

12. Ceftriaxone

Ceftriaxone adalah golongan antibiotik sefalosforin yang dapat digunakan untuk mengobati beberapa kondisi akibat infeksi bakteri, seperti pneumonia, sepsis, meningitis, infeksi kulit, gonore atau kencing nanah, dan infeksi pada pasien dengan sel darah putih yang rendah. Selain itu, ceftriaxone juga bisa diberikan kepada pasien yang akan menjalani operasi - operasi tertentu untuk mencegah terjadinya infeksi. Karena obat ini masuk dalam golongan antibiotik, maka ceftriaxone tidak dapat digunakan untuk mengobati infeksi akibat virus, seperti pilek atau flu.

a. Kegunaan

Ceftriaxone digunakan untuk membantu mengobati infeksi pada saluran nafas bagian bawah, sistem saluran kemih dan saluran kelamin, infeksi alat kelamin, infeksi saluran cerna, infeksi tulang dan sendi, infeksi sistem syaraf, serta infeksi sel darah.

b. Dosis & Cara Penggunaan

Ceftriaxone merupakan obat yang termasuk ke dalam golongan obat keras sehingga dosis dan pembeliannya harus berdasarkan resep Dokter. Penggunaan Ceftriaxone injeksi harus dibantu oleh tenaga ahli medis.

Aturan penggunaan:

- 1) Infeksi bakteri yang rentan: dosis 1 - 2 g perhari, dosis dapat ditingkatkan menjadi 4 g / hari pada infeksi berat, diberikan sekali atau dalam 2 dosis terbagi. Dosis > 2 g diberikan lewat melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau infus.
- 2) Sifilis: dosis 0,5 - 1 g diberikan 1 kali sehari, dosis dapat ditingkatkan menjadi 2 g diberikan 1 kali sehari untuk neurosifilis selama 10 - 14 hari. Diberikan melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau melalui injeksi intramuskular (melalui otot).
- 3) Penyakit Lyme: dosis 2 g diberikan 1 kali sehari, melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau melalui injeksi intramuskular (melalui otot) selama 14 - 21 hari.
- 4) Mencegah infeksi bedah: dosis 1 - 2 g sebagai dosis tunggal diberikan 0,5 - 2 jam sebelum pembedahan. Diberikan melalui injeksi intravena (pembuluh darah) atau melalui injeksi intramuskular (melalui otot).

- 5) Gonore tanpa komplikasi: dosis 250 - 500 mg sebagai dosis tunggal, diberikan melalui injeksi intramuskular (melalui otot).
- 6) Otitis media akut: dosis 1 - 2 g sebagai dosis tunggal, diberikan melalui injeksi intramuskular (melalui otot).

c. Efek Samping

Efek samping yang mungkin ditimbulkan adalah:

- 1) Gastrointestinal (gangguan saluran cerna): diare, mual, muntah, stomatitis (adanya jamur pada mulut) dan glositis (radang atau infeksi lidah).
- 2) Kulit : pruritus (gatal diseluruh tubuh), urtikaria (kelainan kulit akibat alergi), dermatitis alergi, adema (cairan abnormal di antara sel), eksantem (kelainan kulit secara serempak misal campak), eritema multiforma (hipersensitivitas kulit akibat alergi).

d. Kontraindikasi

Hindari penggunaan pada pasien dengan kondisi:

- 1) Pasien yang hipersensitif terhadap antibiotik cephalosporin atau antibiotik β - laktam jenis lain
- 2) Neonatus (bayi baru lahir sampai usia 28 hari) dengan hiperbilirubinemia, ikterus, hipoalbuminemia, atau asidosis memerlukan pengobatan kalsium melalui intravena, atau infus yang mengandung Ca.

13. Citicoline

Citicoline merupakan suplemen makanan yang digunakan untuk meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di otak. Suplemen ini

bekerja dengan meningkatkan sintesis fosfatidilkolin (fosfolipid membran saraf utama) dan meningkatkan produksi asetilkolin sehingga digunakan untuk terapi penyakit alzheimer dan jenis demensia, trauma kepala, penyakit serebrovaskular seperti stroke, penurunan kemampuan berpikir yang berkaitan dengan usia seperti pikun, penyakit parkinson.

a. Indikasi Umum

Suplemen ini digunakan sebagai suplementasi untuk meningkatkan kemampuan kognitif pada lansia dan digunakan untuk terapi gangguan serebrovaskular, gangguan kognitif, cedera kepala, penyakit parkinson.

b. Komposisi

Citicoline 500 mg

c. Dosis

1 tablet, diminum 1 kali per hari, atau sesuai petunjuk dokter

d. Aturan Pakai

Sesudah makan

e. Kontra Indikasi

Hipertonia pada sistem saraf parasimpatis

f. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing - masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut, kelelahan, pusing, sakit kepala, ruam, hipotensi.

LEMBAR KONSULTASI