



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. N DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1106 LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

FAIZAH HUSNUL KHOTIMAH

2011016

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. N DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1106 LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

FAIZAH HUSNUL KHOTIMAH

2011016

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Faizah Husnul Khotimah

NIM : 2011016

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

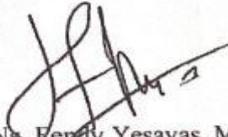
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. N dengan
Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi
Kamar 1106 Lantai 11 RSUD Koja
Jakarta Utara

Pembimbing



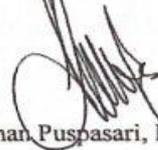
(Enni Juliani, M. Kep)

Penguji I



(Ns. Fendy Yesayas, M. Kep)

Penguji II



(Ns. Jehan Puspasari, M. Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, SE., M. M)

Ketua

KATA PENGANTAR

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

1. Ibu Ellynia., SE. MM selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rs Husada Jakarta.
2. Ibu Enni Juliani, M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini
3. Pak Ns. Fendy Yesayas, M. Kep selaku dosen penguji I
4. Ibu Ns. Jehan Puspasari, M. Kep selaku dosen penguji II
5. Ns. Rumiris, S. Kep selaku kepala ruangan serta perawat ruangan neurologi Lt. 11 RSUD yang bersedia membantu dalam proses pengkajian dan melakukan asuhan keperawatan
6. Tn. N dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis.
7. Para dosen pengajar serta tenaga pendidik STIKES RS HUSADA yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama masa perkuliahan.
8. Orang tuaku tersayang Bapak Agus Wardoyo dan Ibu Rusdayati, terimakasih yang sebesar besarnya atas doa dan dukungan semangat serta materi dalam penyelesaian tugas akhir ini.
9. Adikku Ghina Rhoudotul Jannah yang telah membantu dalam memberikan semangat, dan bantuan, nenekku Sofiah Noor yang selalu memberikan doa untuk kelancaran dan kemudahan selama perkuliahan.

10. Teman seperjuangan saya Bety Siva Mahesa, Elin Rupiani, Anggi Inayah, Amelia Ramanda di Stikes RS Husada yang sudah berjuang bersama selama tiga tahun ini yang telah memberikan dukungan motivasi dan bantuan menyelesaikan tugas akhir ini.
11. Untuk teman asrama Alfina Guswantini, Farah Raihani, Okta Ghina yang telah memberikan kamarnya untuk istirahat dikala lelah saat kuliah.
12. Untuk kekasih tersayang Naufal Alfreyza terimakasih banyak telah memberikan motivasi, semangat, dukungan, serta mengibur saya, dan membantu dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini
13. Teman Teman 3A yang selama tiga tahun telah berjuang, terimakasih untuk tiga tahun yang berkesan ini.
14. Teman-teman Angkatan 33 STIKES RS Husada yang telah berjuang bersama selama tiga tahun ini dan memberikan banyak kenangan.

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

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Tujuan Umum	4
D. Tujuan Khusus	4
E. Ruang Lingkup.....	5
F. Metode Penulisan	5
G. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II : TINJAUAN TEORI	
A. Pengertian.....	7
B. Patofisiologi	8
C. Penatalaksanaan	11
1. Terapi	11
2. Tindakan Medis Yang Bertujuan Pengobatan.....	12
D. Pengkajian Keperawatan.....	13
E. Diagnosa Keperawatan.....	28
F. Perencanaan Keperawatan	29
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	29
H. Evaluasi Keperawatan.....	29
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian	43
B. Diagnosa.....	61
C. Perencanaan , Pelaksanaan, Evaluasi	61
BAB IV : PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	84
B. Diagnosa.....	86
C. Perencanaan.....	90
D. Pelaksanaan	91
E. Evaluasi	93
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan	96
B. Saran.....	98
DAFTAR PUSTAKA	99

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patofisiologi Stroke	101
Lampiran 2 : Analisa Obat	103
Lampiran 3 : Lembar Konsultasi.....	107

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak. Ketika otak kekurangan aliran darah menyebabkan serangkaian yang dapat merusak atau mematikan sel sel otak. Gangguan aliran darah ke otak menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen ke otak. Oksigen yang terputus selama 8 – 10 detik akan menyebabkan gangguan fungsi otak , sedangkan terputusnya aliran oksigen ke otak dalam 6 – 10 menit akan menyebabkan kerusakan sel sel otak, dan kemungkinan tidak bisa pulih kembali (Wiwit, 2017). Penyakit stroke dapat diderita masyarakat dari golongan usia produktif maupun usia lanjut. Faktor risiko yang dapat menyebabkan stroke ada dua yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, merokok, dyslipidemia, diabetes mellitus, obesitas, alkohol dan atrial fibrillation (Mutiarasari, 2019).

Berdasarkan World Stroke Organization (WSO) tahun 2022, diperoleh 12.224.551 kasus stroke setiap tahunnya, sekitar 101.474.558 orang pernah mengalami stroke saat hidupnya. Itu berarti 1 dari 4 orang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke dalam hidupnya. Tercatat kematian akibat stroke

sebanyak 6.552.724 orang dan individu yang menderita akibat stroke sejumlah 143.232.184. Di Indonesia prevalensi stroke tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Riskesdas, 2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018), menunjukkan secara nasional angka insiden stroke di Indonesia pada tahun 2018 sebanyak 10,9% atau sekitar 2.120.362 orang. Angka ini mengalami peningkatan asal tahun sebelumnya yaitu pada tahun 2013 yang hanya sebanyak 8,3%. Tertinggi di provinsi Kalimantan Timur (14,7 per mil), terendah di provinsi Papua (4,1 per mil). Di provinsi DKI Jakarta, kasus stroke sudah mencapai (12,2 per mil) pada tahun 2018. Data hasil rekam medis RSUD Koja pasien rawat inap yang mengalami penyakit stroke non hemoragik dalam periode 2022 - 2023 adalah sebanyak 127 kasus dari total 5.401 kasus medikal bedah, maka didapatkan presentasi stroke non hemoragik sebanyak 4,2%.

Stroke bisa mengakibatkan kematian dan menurunnya status fungsional setelah serangan stroke. Penurunan kemampuan dapat terjadi dikarenakan penurunan kesadaran serta sebagian daerah otak yang tidak bekerja karena terganggunya sirkulasi darah ditempat tersebut atau pecahnya pembuluh darah pada tempat tersebut. Keadaan paska stroke dalam perjalanannya sangat beragam, bisa pulih sempurna atau sembuh dengan cacat ringan, sedang dan berat (Nurhidayat et al., 2021). Banyak penderita stroke yang menjadi cacat sehingga tidak mampu mencari nafkah seperti sebelum sakit, menjadi tergantung pada orang lain dan tidak jarang menjadi beban keluarganya. Masalah neurologis pasca stroke juga akan mempengaruhi kemampuan pasien

untuk melakukan aktivitas sehari-hari, melakukan kebersihan individu, berpakaian dan latihan harian lainnya, bahkan dampak stroke dapat mempengaruhi kepuasan hidup pribadi, jika stroke tidak ditangani dengan segera akan mengalami kesulitan dalam menelan atau berbicara bahkan bisa terjadi kondisi koma. Lebih dari 50% klien tidak dapat kembali untuk berkerja. Terlepas dari penurunan fungsi fisik yang disebabkan oleh jaringan otak yang rusak, komplikasi umum yang dapat mencakup klien stroke yaitu gangguan menelan, pneumonia, pembengkakan jaringan di otak, adanya rasa sakit akibat tekanan, masalah kesehatan dibagian bahu dan lain sebagainya (Amalia & Yudono, 2022).

Perawat berperan penting dalam pencegahan dan penanggulangan stroke, baik upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Peran perawat dalam upaya promotif adalah menyelenggarakan promosi kesehatan dalam upaya peningkatan pengetahuan mengenai penyakit stroke non hemoragik. Peran preventif yaitu dengan melakukan kunjungan rumah pada kelompok berisiko sehingga mencegah terjadinya stroke. Peran kuratif dengan mengajarkan teknik distraksi relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri pada penderita stroke. Peran rehabilitatif yaitu upaya pemulihan pasien stroke seperti mengontrol pola makan, mengontrol makanan yang memicu asam lambung, mengurangi stress, dan istirahat yang cukup (Wijayanti, 2021).

Berdasarkan pembahasan dari latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dari mulai pengkajian sampai evaluasi.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.
- b. Mampu menentukan diagnose keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.
- c. Mampu merencanakan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan.
- e. Mampu melakukan evaluasi dari implementasi yang telah dilaksanakan.
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan praktik secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik.
- g. Mampu mengidentifikasi faktor faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/alternatif pemecah masalah.
- h. Mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik.

C. Ruang Lingkup

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus yaitu “ Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. M dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi dalam Kamar 1106 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara “ dengan menggunakan proses asuhan keperawatan 3 x 24 jam dari tanggal 20 Maret 2023 sampai dengan 22 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, sedangkan dalam proses penulisan menggunakan teknik pengumpulan data melalui metode studi kepustakaan membaca serta mempelajari buku – buku keperawatan yang berhubungan dengan stroke non hemoragik. Metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus, dimana penulis mengelola satu kasus menggunakan proses keperawatan, sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan pengumpulan data dari rekam medis dan catatan yang berhubungan dengan pasien, wawancara langsung dengan pasien dan keluarga serta perawat yang ada di ruangan neurologi, observasi langsung yaitu dengan cara pengamatan langsung pada pasien stroke non hemoragi, serta pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari BAB I, pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Pada BAB II, tinjauan teori terdiri dari pengertian, patofisiologis, penatalaksanaan, konsep kesehatan,

pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV, pembahasan terdiri dari perbandingan pada kasus dan teori yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. BAB V, penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke (cedera vaskular atau serangan otak) adalah kondisi kedaruratan ketika terjadi defisit neurologis akibat dari penurunan tiba-tiba aliran darah ke area otak yang terlokalisasi (LeMone et al., 2017), gangguan tersebut terjadi karena adanya perubahan tekanan perfusi yang mengakibatkan tekanan intrakranial mengalami kenaikan (Martono M et al., 2022). Stroke atau cedera serebrovaskular terjadi karena hilangnya fungsi otak akibat gangguan aliran darah pada bagian-bagian otak (Smeltzer & Bare 2013). Tersumbatnya pembuluh darah bisa disebabkan karena adanya endapan lemak yang terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah kemudian hal ini menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang diakibatkan oleh aterosklerosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun kecil, hal inilah yang mengakibatkan terjadinya stroke non hemoragik (Yuniewati et al., 2016).

Dari definisi tersebut dapat dijelaskan stroke adalah keadaan darurat ketika terjadi defisit neurologis akibat penurunan aliran darah secara tiba-tiba ke area otak tertentu. Penyumbatan pembuluh darah dapat disebabkan oleh timbunan lemak

yang terlepas dari dinding arteri. Penyumbatan di sepanjang jalur arteri dapat terjadi, yang disebabkan oleh aterotrombosis pembuluh darah serebral.

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Menurut Brunner & Suddarth, (2017) mengatakan bahwa stroke biasanya diakibatkan oleh thrombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher), embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain), iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), faktor risiko, kejadian stroke dan kematian karena stroke secara perlahan menurun dinegara- negara maju dalam beberapa tahun terakhir ini, sebagai akibat dari adanya peningkatan dalam hal mengenali dan mengobati faktor – faktor risiko. Faktor – faktor risiko dapat dimodifikasi atau dihilangkan melalui perubahan gaya hidup, tekanan darah, hiperlipidemia, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan kokain, dan kegemukan. Kejadian stroke jarang terjadi pada wanita usia produktif atau usia mengandung. Adapun faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi adalah jenis kelamin, usia, dan riwayat keluarga.

2. Patofisiologi

Patofisiologi pada stroke trombotik, okulasi disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena trombus makin lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang

tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan, edema dan kongesti di sekitar area.

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisme pembuluh darah.

Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisme pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteri osklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka

waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi karena gangguan yang bervariasi salah satunya *cardiac arrest* (Purwanto, 2016).

3. Manifestasi Klinik

Menurut Smeltzer and Bare (2013), stroke menyebabkan berbagai defisit secara neurologis, gejala tersebut terjadi akibat malfungsi di daerah otak tertentu akibat gangguan aliran darah ke lokasi, tergantung lokasi lesi (pembuluh mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusi tidak adekuat dan luasnya sirkulasi kolateral (sirkulasi sekunder atau aksesori). Gejala ini antara lain : sakit kepala secara mendadak ; parestesia, paresis, plegia sebagian badan; *paralysis*, hilang atau menurunnya reflek tendon; disfagia kehilangan komunikasi; gangguan persepsi sensoris; perubahan kognitif dan efek psikologis ; disfungsi kandung kemih.

4. Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan cacat sementara atau permanen, tergantung pada beberapa lama otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang terdampak. Menurut Haryono & Utami, (2021) komplikasi yang bisa terjadi pada penderita stroke adalah : kelumpuhan atau hilangnya kekuatan otot pada penderita stroke bisa menjadi lumpuh pada satu sisi tubuh atau kehilangan kendali atas otot-otot tertentu, seperti otot-otot di satu sisi wajah bagian tubuh lain ; kesulitan berbicara atau menelan, pada stroke dapat mempengaruhi otot-otot di mulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderita untuk berbicara dengan jelas (disartria), menelan (disfagia), atau makan. Penderita stroke juga mungkin mengalami kesulitan dengan bahasa (afasia) termasuk berbicara atau

memahami ucapan, membaca, atau menulis ; Masalah emosional, pada penderita stroke lebih sulit untuk mengendalikan emosi sehingga penderita stroke dapat mengalami depresi ; Rasa sakit, Nyeri, mati rasa atau sensasi aneh lainnya dapat terjadi di bagian tubuh penderita stroke. Misalnya, stroke dapat menyebabkan seseorang mati rasa di bagian lengan kirinya, sehingga penderita merasakan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di bagian tersebut.

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Terapi diberikan sesuai dengan jenis stroke yang menyerang pasien. Pasien dengan stroke non hemoragik akan diberikan terapi antikoagulan, antiplatelet, fibrinolitik, obat antihipertensi, obat antidiabetes, dan obat antidislipidemia (LeMone et al., 2017)

a. Antikoagulan

Obat ini merupakan obat-obatan yang berfungsi untuk mengencerkan darah yang mengental. Contoh obat anti koagulan adalah warfarin (LeMone et al., 2017)

b. Antiplatelet

Obat ini merupakan obat-obatan yang cara kerjanya menghambat agregasi platelet dan pembentukan trombus di dalam tubuh Contoh obat anti platelet adalah Aspirin, Klopidoogrel, dan Aspirin-Dipiradamol (LeMone et al., 2017)

c. Fibrinolitik

Obat ini diberikan secara intravena dalam keadaan stroke iskemik akut. Cara kerjanya secara umum adalah secara cepat melisiskan atau menghancurkan

trombus atau bekuan darah dengan mengubah plasminogen menjadi plasmin Plasmin merupakan enzim yang dapat mengurai fibrin yang merupakan zat pengikat dari trombus. Contoh obat golongan ini adalah TPA (combinat Tissue Plasminogen Activator/Alteplase dan Streptokinase (LeMone et al., 2017)

d. Obat antihipertensi

Obat ini berfungsi untuk mengendalikan tekanan darah pasien, Contoh golongan obat ini adalah Captopril, Lisinopril, Hidroklorotiazid (LeMone et al., 2017)

e. Obat antidiabetes

Obat ini merupakan terapi penyerta apabila pasien mengalami stroke dengan diabetes melitus, Obat ini diberikan sesuai dengan indikasi yang telah diberikan oleh dokter. Contoh golongan obat ini adalah Metformin dan Akarbose (LeMone et al., 2017)

f. Obat antidisplidemia

Obat ini merupakan obat yang diberikan pada penderita stroke dengan kadar kolesterol tinggi didalam darah. Contoh golongan obat ini adalah Simvastatin dan Atorvastatin (LeMone et al., 2017)

2. Pembedahan

Pembedahan dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya stroke, untuk mengembalikan aliran darah ketika stroke terjadi, atau untuk memperbaiki kerusakan vaskular atau malformasi Pada orang yang mengalami mas ischemia attack (TIA) atau dalam bahaya mengalami stroke lainnya, endarterektomi

karotis pada bifurkasi arteri karotis dapat dilakukan untuk menghilangkan plak aterosklerosis (LeMone et al., 2017)

3. Rehabilitasi

Berbagai jenis terapi antardisiplin diperlukan untuk rehabilitasi pasca stroke di antaranya:

- a. Terapi fisik dapat membantu mencegah kontraktur dan memperbaiki kekuatan dan koordinasi otot. Terapi fisik mengajarkan latihan untuk memampukan pasien belajar kembali cara berjalan, duduk, berbaring, dan mengubah dari satu gerakan ke gerakan lain.
- b. Terapi okupasi, memberi alat bantu dan merencanakan memperoleh keterampilan motorik yang hilang yang sangat memperbaiki kualitas hidup setelah stroke. Keterampilan ini termasuk makan, minum, mandi, memasak, membaca, menulis, dan toileting.
- c. Terapi bicara, diberikan untuk membantu pasien memperbaiki menelan dan juga cara mempelajari kembali keterampilan bahasa dan komunikasi (LeMone et al., 2017)

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien, (Kemenkes, 2020). Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subyektif (data yang didapatkan dari pasien/keluarga) melalui metode anamnesa dan data obyektif (data hasil pengukuran atau observasi) (Nurarif, 2015).

Menurut Susilo (2019) pengkajian keperawatan pada pasien stroke adalah :

1. Identitas pasien

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

2. Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.

3. Riwayat penyakit stroke

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, di samping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

5. Pemeriksaan fisik

- a. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran somnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15.

b. Tanda tanda vital

Tekanan darah , biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80, nadi :biasanya nadi normal, pernafasan : biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas, suhu : biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

c. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah

d. Wajah

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

e. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : biasanya

luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata. Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

f. Hidung

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

g. Mulut dan gigi

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

h. Telinga

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

i. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)

j. Thorak

Paru paru jika di Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan, palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan, perkusi : biasanya bunyi normal (sonor), auskultasi: biasanya suara normal (vesikuler)

1) Jantung

Bila dilakukan pemeriksaan Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan , palpasi : biasanya fremitus sam antara kiri dan kanan, perkusi : biasanya bunyi normal (sonor), auskultasi: biasanya suara normal (vesikuler)

k. Abdomen

Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites, palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar, perkusi : biasanya terdapat suara tympani, auskultasi: biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar.

l. Ekstremitas

1) Atas

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

2) Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak berespons (refleks caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)).

6. Pemeriksaan fisik sistem neurologis menurut sebagai berikut:

a. Pemeriksaan nervus kranialis

1) Tes nervus I (olfaktorius)

Pemeriksaan untuk fungsi penciuman, dengan cara kedua mata ditutup dan lubang hidung ditutup, kemudian bahan satu persatu didekatkan pada lubang hidung yang terbuka dan pasien diminta menarik nafas panjang lalu

mengidentifikasi benda yang mudah dikenal seperti seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya.

2) Tes nervus II (optikus)

Pemeriksaan digunakan untuk mengukur ketajaman penglihatan dan menentukan apakah kelainan local atau kelainan syaraf. Dilakukan dengan cara membandingkan ketajaman penglihatan pemeriksa dengan menutup satu mata klien lalu pasien disuruh melihat benda yang letaknya jauh misalnya jam dinding, membaca buku di koran, pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan pada penglihatan yaitu mata kabur.

3) Tes nervus III (Oculomotorius)

Untuk mengatur gerakan kelopak mata kontraksi otot pada pupil dengan mengontrol akomodasi pupil, pemeriksaan dilakukan dengan cara menyorotkan senter ke dalam tiap pupil pasien. Mulai menyinari dari sisi luar mata pasien sampai ke pupil, lakukan satu persatu pada ke dua mata. Perhatikan respons pupil terhadap cahaya, lihat pupil normal 3 mm, bandingkan kiri dan kanan, lihat bentuk pupil teratur atau tidak.

4) Tes nervus IV (Trochlear)

Pemeriksaan nervus IV dilakukan dengan cara kepala pasien pada posisi tegak lurus, letakkan objek kurang lebih 60cm sejajar dengan mid-line mata gerakkan objek ke arah kanan, observasi ada tidaknya deviasi bola mata, diplopia, dan strabismus. Gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan ke samping karena adanya gangguan penglihatan.

5) Tes nervus VI (Abducens)

Dilakukan untuk melihat gerakan otot wajah, sekresi air mata, dan ludah, meminta pasien untuk duduk rileks, amati muka pasien bagian kiri dan kanan simetris atau tidak, pemeriksaan mengamati lipatan dahi, tinggi alis, lebar, dan celah mata, lipatan kulit nasolabial dan sudut mulut, minta pasien menggerakkan muka dengan cara mengerutkan dahi, bagian yang lumpuh lipatannya tidak dalam. Memoncongkan bibir atau nyengir minta pasien mengembungkan pipinya, lalu menekan pipi kiri dan kanan untuk melihat apakah kekuatannya sama. Bila ada kelumpuhan maka angin keluar dari bagian lumpuh.

6) Tes nervus V (Trigeminus)

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

7) Tes nervus VII (Facialis)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat gerakan otot wajah, ekspresi wajah, sekresi air mata dan ludah. Pemeriksaan motorik dilakukan dengan cara pemeriksa mengamati lipatan dahi tinggi alis, lebar, dan celah mata, lipatan kulit nasolabial, dan sudut mulut. Minta pasien menggerakkan muka dengan cara mengerutkan dahi, bagian yang lumpuh lipatannya tidak dalam,

Periksa fungsi sensasi rasa pada bagian anterior lidah terhadap asam manis dan asin dengan mata pasien dalam kondisi tertutup. Pastikan pasien tidak menarik lidahnya ke dalam saat pemeriksaan dilakukan.

8) Tes nervus VIII (Akustikus)

Pemeriksaan untuk keseimbangan dan pendengaran. Dilakukan dengan cara tutup salah satu telinga pasien lantas pemeriksa berbisik di telinga lain. Pemeriksaan dengan garpu tala di letakkan di dahi pasien pada keadaan normal kanan dan kiri sama keras.

9) Tes nervus IX (Glossopharingeal)

Pemeriksaan untuk gangguan faringeal atau menelan. Pasien diminta untuk membuka mulut dan mengatakan huruf “ a “ jika ada gangguan maka otot stylopharyngeus tidak dapat terangkat dan menyempit. Pemeriksaan menggoreskan dinding faring belakang dengan lidi kapas sentuh dinding posterior faring kanan kiri bergantian lihat apakah ada reflek muntah atau tidak, bila ada gangguan sensibilitas makan tidak terjadi reflek muntah . Pada pasien stroke biasanya klien mengalami gangguan menelan.

10) Tes nervus X (Fagus)

Pemeriksaan kontraksi faring gerakan simetris dan pita suara, dan gerakan simetris palatum mole. Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan pada uvula tidak terletak ditengah melainkan ke sisi yang sehat.

11) Tes nervus XI (Aksesoris)

Untuk pemeriksaan gerakan otot sternocleidomastodeus dapat terlihat atau apakah terjadi tropi, dan kemudian palpasi kekuatannya. Minta juga

pasien mengangkat bahu sementara pemeriksa memberi tahanan, pada pasien stroke apabila mengalami kelumpuhan biasanya tidak mampu menahan tahanan pada salah satu tubuhnya.

12) Tes nervus XII (hipoglossus)

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

b. Pemeriksaan kekuatan otot

Pada pasien stroke biasanya mengalami penurunan kekuatan otot, jika pasien hasil kekuatan otot 5 dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal, mampu melawan gaya gravitasi. Didapatkan hasil 4 apabila hanya mampu melawan tahanan sedang. Didapatkan hasil 3 jika hanya mampu melawan gravitasi. Didapatkan hasil 2 jika tidak mampu melawan gravitasi. Didapatkan hasil 1 apabila tidak ada gerakan pada sendi tetapi terlihat kontraksi tetap. Didapatkan hasil 0 apabila lumpuh total ada kontraksi otot.

c. Pemeriksaan reflek fisiologis

1) Reflek Biceps

Fleksikan lengan terhadap siku dengan sudut 90° supinas, jari pemeriksa di atas tendon bisep, kemudian dengan tangan lainnya jari pemeriksa yang berada di atas tendon biseps dengan *reflex hammer*. Respons baik bila ada kontraksi otot bisep, refleks dikatakan hiper bila terjadi penyebaran gerakan pada jari atau sendi.

2) Reflek Triceps

Pemeriksaan ini dilakukan dengan ketukan pada tendon otot triceps, posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi. Respon ekstensi lengan bawah pada sendi siku.

3) Reflek Achilles

Dilakukan dengan posisi kaki menggantung diatas meja atau berbaring telentang dengan posisi kaki diatas kaki yang lain, Lalu pukul tendon achilles dengan *reflex hammer*, respons dikatakan normal jika terjadi gerakan plantar fleksi kaki.

4) Reflek Patella

Dilakukan dengan duduk berbaring dengan cara ketukan pada tendon patela respons ekstensi tungkai bawah karena kontraksi quadriceps femur.

d. Reflek Patologis

1) Reflek Hofman Trommer

Dilakukan dengan mengatur posisi tangan pasien melakukan petikan pada kuku jari tengah hofman respon positif apabila terjadi fleksi pada jari jari tangan yang diperiksa.

2) Reflek Babinski

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

3) Reflek Chaddock

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

4) Reflek Gordon

Dilakukan dengan pemijatan atau menekan pada otot betis. Respon ekstensi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.

5) Reflek Oppenheim

Dilakukan dengan cara penggoresan dengan cepat kritis anterior tibia proksimal ke distal, amati ada tidaknya gerakan dorsofleksi ibu jari kaki disertai mekarnya (fanning) jari jari kaki lainnya.

e. Rangsangan Meningeal

1) Kaku Kuduk

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

2) Kernig Sign

Pemeriksaan ini dilakukan pada pasien yang berbaring lalu kedua tungkai diluruskan (diekstensikan), kemudian satu tungkai diangkat lurus, dibengkokkan (fleksi) persendian panggulnya. Tungkai yang satu lagi harus selalu berada dalam keadaan ekstensi (lurus). Pada keadaan normal dapat dicapai sudut 70° sebelum timbul rasa sakit dan tahanan. Bila sudah timbul rasa sakit dan tahanan sebelum mencapai 70° maka disebut tanda Lasegue positif. Namun pada pasien yang sudah lanjut usianya diambil patokan 60° .

3) Brudzinski I

Pasien berbaring dalam sikap terlentang, dengan tangan yang ditempatkan di bawah kepala pasien yang sedang berbaring, tangan pemeriksa yang satu lagi sebaiknya ditempatkan didada pasien untuk mencegah diangkatnya badan kemudian kepala pasien difleksikan sehingga dagu menyentuh dada, lakukan fleksi kepala pasien dengan cepat ke arah dada pasien bila terjadi fleksi involunter pada ke dua tungkai pasien maka tanda brudzunski I positif.

4) Brudzinski II

Pasien berbaring terlentang. Tungkai yang akan dirangsang difleksikan pada sendi lutut, kemudian tungkai atas diekstensikan pada sendi panggul. Bila timbul gerakan secara reflektorik berupa fleksi tungkai kontralateral pada sendi lutut dan panggul, menandakan tes ini positif.

7. Tes diagnostik

a. Radiologi

1) Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti stroke perdarahan arteriovena atau adanya ruptur. Biasanya pada stroke perdarahan akan ditemukan adanya aneurisma.

2) Lumbal pungsi

Pada pasien stroke hemoragik, saat pemeriksaan cairan lumbal maka terdapat tekanan yang meningkat disertai bercak darah. Hal itu akan menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau pada intrakranial.

3) CT – scan

Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

4) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5) *Elektroensefalografi (EEG)*

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

b. Laboratorium

1) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit.

Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.

2) Tes darah koagulasi , test darah ini terdiri dari empat pemeriksaan, yaitu:

prothrombin time, partial thromboplastin (PTT), International Normalized Ratio (INR) dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau

pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti warfarin, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar. Begitu pun bila sebelumnya sudah diobati heparin, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak.

f. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola kebiasaan

Adanya kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol.

2) Pola makan

Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.

3) Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot

4) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya pasien tidak dapat beraktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori, hemiplegi atau kelumpuhan.

5) Pola eliminasi

Terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus

6) Pola hubungan dan peran

Biasanya adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien, individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan, (PPNI, 2017). Diagnosa yang sering muncul pada pasien dengan stroke non hemoragik menurut Nurarif & Kusuma (2015) dan (LeMone et al., 2017) serta Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), yaitu :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta, embolisme, hipertensi, cedera kepala, infark miokard akut, dan tumor otak
2. Gangguan mobilitas berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan gangguan neuromuskular
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dan gangguan neuromuskular
4. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas dan faktor mekanis
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan
6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan kelemahan
7. Risiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh, penurunan kesadaran kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan.

8. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi.
9. Risiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring
10. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan penghiduan

F. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala sesuatu treatment yang mana pengetahuan dan penilaian klinis menjadi dasar bagi perawat untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan, sedangkan tindakan keperawatan adalah aktivitas dan perilaku spesifik untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan yang di kerjakan oleh perawat (PPNI, 2018). Berikut diagnosa pada pasien stroke non hemoragik :

1. **Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko aterosklerosis aorta, embolisme, hiperkolestrolemia, dan hipertensi**

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

Kriteria hasil : tekanan intrakranial menurun, sakit kepala menurun, tekanan darah membaik,

- a. Identifikasi penyebab peningkatan intrakranial (TIK)

Rasional : Kemunduran tanda atau gejala neurologis memperbaiki setelah fase awal mencerminkan penurunan kapasitas adaptif yang mengharuskan klien di rawat di ruang kritis untuk memantau TIK (Doenges et al., 2019).

- b. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler dan kesadaran menurun)

Rasional : Fluktuasi tekanan dapat terjadi karena pre- serebral yakin atau cedera di area vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi mungkin merupakan faktor pencetus (Doenges et al., 2019).

- c. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional : stimulasi terus menerus dapat meningkatkan TIK istirahat total dan ketenangan di perlukan (Doenges et al., 2019).

- d. Berikan posisi semi fowler

Rasional : mengurangi tekanan arteri dan dapat meningkatkan sirkulasi serebral dan perfusi (Doenges et al., 2019)

- e. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan,

Rasional : digunakan untuk meningkatkan aliran darah serebral dan mencegah ada pembekuan ketika embolus atau trombosis adalah penyebabnya (Doenges et al., 2019)

2. **Gangguan mobilitas berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan gangguan neuromuskular**

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2019)

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

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

Intervensi :

- a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional : mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan/gerak yang dilakukan, membantu melakukan pemilihan intervensi karena teknik yang berbeda di gunakan untuk jenis paralisis yang berbeda (Doenges et al., 2019)

- b. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu

Rasional : memberikan bantuan kepada pasien saat akan melakukan mobilisasi dan mengurangi risiko jatuh/ sakit saat berpindah (Doenges et al., 2019)

- c. Fasilitasi pergerakan ROM

Rasional: meningkatkan rasa harapan akan kemajuan dan peningkatan serta memberikan rasa kontrol dan kemandirian (Doenges et al., 2019)

- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Rasional : keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan (Doenges et al., 2019)

- e. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

Rasional : melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi (Doenges et al., 2019)

3. **Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dan gangguan neuromuskular**

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima memproses, mengirim dan/atau menggunakan sistem simbol (PPNI, 2017)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan komunikasi verbal meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil : kemampuan berbicara meningkat, disartria menurun, pemahaman komunikasi membaik, kontak mata meningkat (PPNI, 2019)

Intervensi :

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara

Rasional : untuk mengetahui proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (Doenges et al., 2019)

- b. Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer)

Rasional : membantu isi pesan yang dimaksud (Doenges et al., 2019)

- c. Bicara dengan suara pelan dan jelas gunakan pertanyaan tertutup

Rasional : membantu pasien meminimalkan kebingungan dan dapat memahami pasien dalam satu waktu (Doenges et al., 2019)

- d. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Rasional : untuk mempermudah komunikasi dengan pasien (Doenges et al., 2019)

- e. Rujuk ke ahli patologi bicara dan terapis.

Rasional : untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut dan kebutuhan terapi sesuai kebutuhan pasien (Doenges et al., 2019)

4. **Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas**

Definisi : berisiko mengalami integritas kulit dan jaringan (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit dan jaringan meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil : elastisitas kulit meningkat, hidrasi meningkat, perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, perdarahan menurun, kemerahan menurun (PPNI, 2019)

Intervensi :

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem dan penurunan mobilitas)

Rasional : mengetahui penyebab gangguan integritas kulit (Doenges et al., 2019)

- b. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional : mengurangi keparahan akibat tirah baring (Doenges et al., 2019)

- c. Gunakan produk berbahan protalium atau minyak pada kulit kering dan produk berbahan ringan atau herbal dan hipoalergik pada kulit sensitive

Rasional : agar kulit tidak kering (Doenges et al., 2019)

- d. Anjurkan menggunakan pelembab, minum air cukup, meningkatkan asupan nutrisi, asupan buah dan sayur dan mandi menggunakan sabun secukupnya.

Rasional : agar kerusakan kulit cepat teratasi (Doenges et al., 2019)

5. **Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan**

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (PPNI, 2017)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi membaik (PPNI, 2019)

Kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, perasaan cepat kenyang menurun, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat (PPNI, 2019)

Intervensi :

a. Identifikasi status nutrisi

Rasional : mengetahui status nutrisi pasien (Doenges et al., 2019)

b. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

Rasional : untuk mencegah aspirasi saat menelan makanan (Doenges et al., 2019)

c. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional : untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan (Doenges et al., 2019)

d. Berikan makanan dalam porsi kecil dan sering

Rasional : meningkatkan pencernaan dan toleransi pasien terhadap nutrisi (Doenges et al., 2019)

e. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional : mengidentifikasi kekurangan nutrisi, fungsi organ, dan respons untuk terapi nutrisi (Doenges et al., 2019)

6. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dan kelemahan

Definisi : kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (PPNI, 2017)

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil : kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan ke toilet meningkat (BAB/BAK), mempertahankan kebersihan diri meningkat (PPNI, 2019)

Intervensi :

a. Identifikasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri

Rasional: membantu dan mengantisipasi dalam merencanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Doenges et al., 2019)

b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan pasien

Rasional: memberikan bantuan sesuai kebutuhan, mempertahankan harga diri pasien, meningkatkan pemulihan (Doenges et al., 2019)

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

Rasional: membantu dalam pemilihan dan pengembangan rencana keperawatan (Doenges et al., 2019)

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

Rasional: memungkinkan untuk pasien mengelola diri sendiri (Doenges et al., 2019)

- e. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Rasional: mengurangi ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan memungkinkan pasien menjadi lebih aktif secara sosial (Doenges et al., 2019)

7. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko riwayat jatuh, penurunan kesadaran kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan

Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh (PPNI, 2017)

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat jatuh menurun (PPNI, 2019)

Kriteria Hasil : Jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun (PPNI, 2019)

Intervensi :

- a. Identifikasi faktor risiko jatuh

Rasional : dapat membantu menentukan pasien yang berpotensi jatuh dan mengidentifikasi faktor yang dapat di modifikasi (Doenges et al., 2019)

- b. Hitung risiko jatuh menggunakan skala

Rasional : identifikasi kebutuhan dan tingkat yang diperlukan. (Doenges et al., 2019)

- c. Pasang *handrail* tempat tidur

Rasional : mengurangi risiko pasien untuk jatuh (Doenges et al., 2019)

- d. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

Rasional : mencegah pasien agar tidak tergelincir (Doenges et al., 2019)

- e. jaga agar area tetap terang dengan baik

Rasional : memberikan keamanan dan kenyamanan psikologis (Doenges et al., 2019)

8. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi.

Definisi: Disfungsi eliminasi urine (PPNI, 2017)

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka konsistensi urine (pola kebiasaan buang air kecil) membaik (PPNI, 2017)

Kriteria hasil: Kemampuan berkemih meningkat, distensi kandung kemih menurun, frekuensi berkemih, dan sensasi berkemih membaik (PPNI, 2019)

Intervensi:

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

Rasional: pada pasien dengan paraplegic dan quadriplegic otak tidak dapat mengirim pesan ke bagian tubuh bawah yang mengalami cedera, dan pesan dari organ bawah yang cedera tidak bisa mengirim rangsangan mencapai otak (Doenges et al., 2019)

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

Rasional: pola berkemih mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih termasuk efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal, dan keseimbangan cairan (Doenges et al., 2019)

- c. Ajarkan bladder training

Rasional: pengaturan waktu dan jenis program kandung kemih bergantung pada jenis cedera, keterlibatan saraf atas (Doenges et al., 2019)

d. Berikan terapi sesuai program

Rasional: obat seperti antikolinergik dapat menenangkan kandung kemih dan mencegah kejang kandung kemih yang memaksa urin keluar dari kandung kemih (Doenges et al., 2019)

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

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

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka eliminasi fekal (proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi serta frekuensi dan bentuk feses normal) membaik (PPNI, 2017)

Kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit, mencejan saat defekasi, distensi abdomen, nyeri abdomen, kram abdomen menurun. Konsistensi feses, frekuensi defekasi dan peristaltik usus membaik (PPNI, 2019)

Intervensi:

a. Identifikasi faktor risiko konstipasi

Rasional: gangguan persarafan dapat menyebabkan gangguan atau pun kelumpuhan usus dan distensi usus (Doenges et al., 2019)

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

Rasional: untuk memudahkan intervensi dini di perlukan untuk mengobati konstipasi atau tinja yang tertahan secara efektif dan mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut (Doenges et al., 2019)

c. Monitor buang air besar

Rasional: Penilaian buang air besar membantu mengidentifikasi derajat gangguan atau disfungsi dan tingkat yang diperlukan bantuan (Doenges et al., 2019)

d. Jelaskan penyebab dan risiko konstipasi

Rasional: Untuk memberikan gambaran tentang penyebab dan risiko konstipasi.

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

Rasional: Air putih diperlukan untuk memperlunak feses untuk transit melalui usus (Doenges et al., 2019)

f. Anjurkan konsumsi makanan berserat

Rasional: serat yang cukup akan mengoptimalkan pengelolaan usus (Doenges et al., 2019)

g. Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu.

Rasional: ahli gizi membantu dalam membuat rencana diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi berdasarkan fungsi pencernaan pasien (Doenges et al., 2019)

10. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan penghiduan

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka persepsi sensori membaik (PPNI, 2017)

Kriteria Hasil : ketajaman penglihatan meningkat, ketajaman menghidu meningkat (PPNI, 2019)

Intervensi :

- a. Identifikasi status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (misal nyeri, kelelahan).

Rasional: dengan mengetahui status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan dapat menentukan intervensi yang tepat (Doenges et al., 2019)

- b. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (misal bising, terlalu terang).

Rasional: dengan berdiskusi dapat mengetahui beban sensori yang dialami.(Doenges et al., 2019)

- c. Batasi stimulus lingkungan (misal cahaya, suara, aktivitas).

Rasional: dengan membatasi stimulus lingkungan dapat meminimalisir rasa tidak nyaman (Doenges et al., 2019)

- d. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (misal mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan).

Rasional: dengan meminimasilasi stimulus dapat meningkatkan rasa nyaman (Doenges et al., 2019)

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan,

serta menilai data yang baru (Kemenkes, 2016), sedangkan Implementasi keperawatan menurut Nursalam (2015), adalah tindakan keperawatan yang telah direncanakan dan akan di berikan/diimplementasikan pada klien dengan tujuan kebutuhan pasien dapat terpenuhi secara optimal. Implementasi tahapan ini dimulai setelah rencana intervensi disusun dan menjadi tujuan pada nursing order untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan proses keperawatan yang diharapkan. Oleh sebab itu, implementasi sebagai manifestasi pelaksanaan intervensi yang spesifik, dilakukan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengkaji respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan untuk melihat apakah tujuan pelayanan kesehatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan selalu berkaitan dengan tujuan dari asuhan keperawatan, tercapai atau tidaknya tujuan tersebut menjadi bahan evaluasi untuk pelayanan keperawatan berikutnya. Apabila tujuan tidak tercapai maka perlu pengkajian kembali perencanaan yang sudah dibuat, dicari letak kesalahannya dan dicari jalan keluarnya serta catat hasil temuan yang didapatkan dan kaji apakah perlu dilakukannya perubahan intervensi (Susilo, 2019).

Menurut Mufidaturrohmah (2017) evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi formatif (proses) adalah hasil dari umpan balik selama proses keperawatan berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif (hasil) adalah evaluasi yang dilakukan setelah proses keperawatan selesai dilaksanakan dan memperoleh informasi efektifitas pengambilan keputusan.

BAB III TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan pada pasien Tn. N dengan stroke non hemoragik di ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Koja, Jakarta Utara. Asuhan Keperawatan diberikan selama tiga hari dimulai tanggal 20 – 22 Maret 2023 melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023 pukul 10.00 WIB. Ditemukan data hasil dari observasi, wawancara, serta catatan rekam medis pasien.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. N dengan jenis kelamin laki - laki, lahir pada tanggal 27 Oktober 1972, usia 50 tahun dengan diagnosa medis stroke non hemoragik, pasien sudah menikah dan beragama islam. Suku bangsa Tn. N yaitu batak simalungu, pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai montir di bengkel, beralamat JL. Kayu Tinggi No 8, Cakung, Jakarta Timur. Pasien tinggal dengan istri dan dua anaknya.

2. Resume

Pada tanggal 19 maret 2023 Tn. N masuk RSUD Koja melalui IGD dengan diagnosa SNH. Pasien mengeluh kepalanya sakit dan anggota tubuh sebelah kanannya tidak bisa digerakkan saat dipagi hari ingin mengambil air untuk

minum, keluarga juga mengatakan setelah itu mulut pasien mencong ke kanan dan pasien terlihat lemas. Keluarga mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat hipertensi. Keadaan umum pasien sedang, kesadaran compos mentis, GCS : E4, V5, M6. Tanda tanda vital : tekanan darah (TD) 148/88 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi naps 20 x/menit, suhu 36,5°C. Masalah keperawatan yang muncul yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum pasien , mengukur tanda tanda vital, memberikan posisi semi fowler, mengkaji nervus pada pasien stroke. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan adalah melakukan pemeriksaan EKG, memberikan terapi cairan intravena I kolf *ringer lactat* . Hasil evaluasi data subjektif : keadaan umum pasien sedang GCS : E4, V5, M6, TD 148/88 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36,5°C.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan anggota gerak kanan lemah, tangan dan kaki sulit digerakkan. Pasien mengatakan kepalanya pusing, mulut pasien terlihat pelo dan sulit untuk berbicara tetapi masih bisa dipahami. Keluarga pasien mengatakan sudah satu hari badan sebelah kanan sulit digerakkan, awal mulanya saat pasien ingin memegang gelas untuk minum tiba tiba

tangannya tidak bisa digerakkan lalu diikuti dengan kakinya yang lemas dan mulut pasien pelo, lalu pasien dibawa ke IGD RSUD Koja.

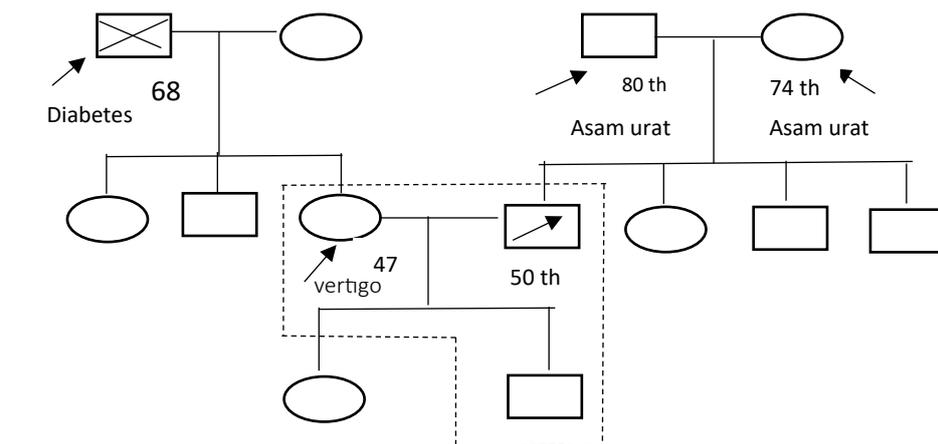
b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan dan ini pertama kalinya dirawat dirumah sakit karena stroke. Pasien juga tidak pernah melakukan operasi.

c. Riwayat alergi (obat, makanan, lingkungan, dan binatang)

Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat, makanan, lingkungan, dan binatang.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga



e. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yang menjadi faktor risiko Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat stroke, diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung koroner, dan penyakit kronis lainnya.

f. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Orang terdekat pasien adalah istrinya, pola komunikasi dalam keluarga adalah dua arah dan terbuka, keputusan diambil dengan musyawarah. Di lingkungan rumah pasien tidak terlibat dalam kegiatan rutin di masyarakat karena pasien bekerja di bengkel setiap hari dari pagi hingga sore hari. Dampak penyakit pasien terhadap keluarga, keluarga merasa khawatir dengan kondisi pasien. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien selalu memikirkan bagaimana caranya untuk bisa kembali normal agar bisa bekerja kembali dan pasien memikirkan cucunya karena kangen sudah lama tidak bertemu. Mekanisme koping yang digunakan adalah tidur. Hal yang dipikirkan pasien saat ini adalah kesembuhannya. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah ingin cepat sembuh dan bertemu dengan cucunya. Perubahan yang dirasakan pasien setelah jatuh sakit adalah pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, mulut pasien menjadi pelo sehingga sulit berbicara dengan jelas, pasien merasakan badannya lemas, dan pasien

g. Pola Kebiasaan Sebelum Sakit dan Sesudah Sakit

1) Pola Nutrisi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan makan tiga kali sehari, nafsu makan pasien baik, pasien suka makan makanan bersantan dan mie instan,

pasien menghabiskan satu porsi makanan tidak ada alergi makan, tidak ada diit, tidak ada penggunaan obat sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan makan tiga kali sehari, nafsu makan pasien berkurang karena tidak nafsu dan susah karena mulutnya pelo, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang diberikan, tidak ada makanan yang tidak disukai pasien, tidak ada alergi makanan.

2) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan berkemih kira kira sebanyak 5 – 7 kali per hari, urine berwarna kuning, tidak terdapat keluhan saat berkemih, tidak menggunakan alat bantu, Pasien mengatakan bab satu kali per hari, waktunya tidak tentu, feses berwarna kecoklatan, dengan konsistensi padat, tidak terdapat keluhan saat buang air besar, tidak ada penggunaan obat laxatif.

Sesudah Sakit : Pasien mengatakan per hari sudah ganti pampers sebanyak tiga kali. Pasien belum bab selama dirawat, tidak ada penggunaan laxatif.

3) Pola Personal Hygine

Sebelum Sakit : Pasien mandi dua kali sehari yaitu pagi dan sore hari. Pasien gosok gigi dua kali sehari, yaitu pagi dan malam hari sebelum tidur, pasien mencuci rambut lima kali dalam seminggu.

Sesudah Sakit : Pasien mandi dengan di lap sehari sekali di tempat tidur dibantu dengan keluarga dan perawat. Pasien sikat gigi satu kali sehari

saat sore hari. Pasien mengatakan belum mencuci rambut karena sulit bergerak, kondisi rambut pasien terasa berminyak dan lepek.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak tidur siang hari karena bekerja, lama tidur malam enam jam per hari, tidak ada keluhan saat tidur, dan tidak ada kebiasaan saat tidur.

Sesudah Sakit : Pasien tidur siang tiga jam per hari, lama tidur malam enam jam perhari, tidak ada kebiasaan saat tidur.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan waktu bekerja dari pagi hingga sore hari, tidak melakukan olahraga, dan tidak ada keluhan beraktivitas dalam pergerakan tubuh, tidak merasa sesak setelah beraktivitas.

Sesudah Sakit : Pasien tidak mampu melakukan aktifitas seperti mandi, mengenakan pakaian, karena anggota gerak sulit digerakkan sehingga aktivitas sehari hari harus dibantu perawat. Pasien tidak ada keluhan saat beraktifitas.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan merokok setidaknya 1-2 bungkus per hari, pasien tidak mengonsumsi alkohol dan napza.

Sesudah Sakit : Pasien tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol ataupun napza.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Berat badan pasien 62 kg setelah sakit 62 kg, tinggi badan pasien 162 cm, tanda tanda vital : TD 148/88 mmhg, suhu 36,5°C, pernapasan 20x/menit, nadi 80x/menit, pengisian kapiler < 2 detik, kulit pasien lembab, mukosa bibir lembab, turgor kulit baik, akral hangat, keadaan pasien ringan, badan pasien lengket.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda tanda radang, pemakaian kacamata tidak ada, pemakaian lensa kontak tidak ada, reaksi terhadap cahaya baik. Pada pemeriksaan Nervus III (Okulomotorius) tampak diameter pupil 2mm/2mm, pupil isokor, pemeriksaan Nervus IV (Troklearis) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat dari atas kebawah, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga normal, karakteristik serumen warna kuning, konsistensi lembek, bau khas, cairan di telinga tidak ada, perasaan penuh di telinga tidak, tinitus tidak ada, fungsi pendengaran normal, gangguan keseimbangan tidak, pemakaian alat bantu tidak ada. Pada pemeriksaan nervus VIII (Akustikus) fungsi pendengaran pasien baik yang dibuktikan dengan pada saat pasien dibisikan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu.

Pasien mampu melakukan keseimbangan gerak antara tangan dan hidung. Hal ini dibuktikan berdasarkan pemeriksaan, pada saat diinstruksikan pasien mampu menyentuh hidung dan jari perawat secara bergantian dan salah satu mata pasien ditutup.

d. Sistem Wicara

Pasien mempunyai gangguan sistem wicara, bicara pasien pelo, pada pemeriksaan Nervus XII (Hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kanan dan kiri pasien tidak mampu melakukan, pasien tidak mampu menjulurkan lidah dan pasien tidak mampu memutar lidah. Pasien saat diajak berkomunikasi artikulasi pasien sulit dimengerti dan membutuhkan waktu untuk bisa dipahami.

e. Sistem Pernapasan

Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) tampak tidak ada kelainan dalam penciuman, pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan dengan menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung, jalan napas bersih, pernapasan tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi 20x/ menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, tidak ada batuk, sputum tidak ada, suara napas vesikular, saat di palpasi dada pasien teraba simetris tidak ada nyeri tekan dan perkusi terdengar bunyi sonor dikedua lapang paru dan tidak ada nyeri saat pasien bernapas, tidak menggunakan alat bantu napas.

f. Sistem Kardiovaskular

1) Sirkulasi perifer

Nadi 80x/ menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 148/88 mmhg, tidak terjadi distensi vena jugularis kanan dan kiri, temperatur kulit hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler < 2 detik.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 75x/ menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada sakit dada

g. Sistem Hematologi

Pasien tidak pucat, tidak ada perdarahan pada tubuh pasien.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran pasien composmentis, GCS pasien (E4V5M6), pasien mengalami gangguan sistem persyarafan pasien tampak berbicara pelo, mulut pasien sedikit mencong ke kanan, hemiplagi kanan tidak terdapat adanya tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial, Reflek fisiologis normal, Reflek patologis (babinski) negatif yaitu tidak adanya gerakan dorsum fleksi ibu jari kaki, diikuti adanya pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki, kaku kuduk negatif yaitu tidak terdapat tahanan dan dagu bisa mencapai dada, kerning sign negatif ditandai dengan saat sendi lutut dapat di ekstensikan sampai sudut 135° tanpa adanya nyeri serta tahanan. Pemeriksaan brudzinski I, II, III, dan negatif, pada pemeriksaan nervus V (Trigeminus) meminta pasien menggerakkan rahang bawah ke kanan dan kiri dengan tangan pemeriksaan menahanya, tidak terdapat tanda-tanda kelumpuhan dan pada pemeriksaan X (Vagus) tidak ditemukan kelainan dibuktikan dengan reflek menelan pada pasien baik.

i. Sistem Pencernaan

Pasien tidak ada karies, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien bersih, kelenjar salivaria normal, pasien tidak mual dan tidak muntah, bising usus 10x/ menit, tidak ada diare, tidak ada konstipasi, hepar tidak teraba, abdomen teraba lembek/tidak kembung. Pada pemeriksaan nervus IX (glossofaringeal) pasien masih bisa membedakan antara rasa asin, asam, manis, dan pahit.

j. Sistem Endokrin

Pasien tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak terdapat luka gangren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pada pasien per 24 jam dengan intake 2.000 ml, output 1.100 ml, tidak ada perubahan pada pola berkemih, urine tampak berwarna kuning jernih, pasien tidak mengalami distensi pada kandung kemih, tidak ada sakit pinggang, dan tidak ada keluhan nyeri.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien baik, temperatur pasien hangat, warna kulit tidak pucat, keadaan kulit pasien baik tidak terdapat lesi, tidak terdapat kelainan pada kulit, kondisi lokasi infus baik, keadaan rambut sedikit berminyak dan teksturnya baik.

m. Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengalami kesulitan dalam pergerakan karena stroke, tidak ada sakit pada sendi, tulang, kulit, tidak terdapat fraktur, tidak terdapat kelainan bentuk tulang maupun sendi, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot

kekuatan otot	2 2 2 2	5 5 5 5
	2 2 2 2	5 5 5 5

5. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit)

Pasien kurang memahami tentang penyakitnya karena ini baru pertama kali pasien mengalami stroke di keluarganya.

6. Data Penunjang

Tanggal 19 Maret 2023 hasil laboratorium Hemoglobin 14.1 g/dL (13.5 – 18.0), jumlah Leukosit $7.22 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 18.0), Hematokrit 40.3 % (42.00 – 10.50), jumlah Trombosit $340 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163 – 337), Natrium (Na) 139 mEq/L (135 – 147), Kalium (K) 3.38 mEq/L (3.5 – 5.0), Klorida (Cl) 97 mEq/L (96 – 108), ureum 18.00 mg/dL (16.6 – 48.5), kreatinin 1.17 mg/dL (0.67 – 1.17), GFR (CKD- EPI) 75.9 ml/min/1.73 m², glukosa sewaktu 146 mg/dL (70 – 200)

Tanggal 20 Maret 2023 hasil laboratorium Kolestrol total 152 mg/dL, kolestrol HDL 34.0 mg/dL (41.5 – 67.3), kolestrol LDL 101 mg/dL (< 130), trigliserida 87 mg/dL (<200), asam urat 6.5 mg/dL (3.4 – 7.0)

Tanggal 19 Maret 2023 hasil CT – Scan stroke perdarahan pada frontalis sinistra sekitar 10% perdarahan.

7. Penatalaksanaan

Cairan infus Ringer lactat 500 cc / 24 jam

Citicolin 2 x 500 mg (iv) pukul 10.00 dan 22.00 WIB

Transamin 2 x 500 (iv) pukul 10.00 dan 22.00 WIB

Paracetamol 3 x 1 gr (oral) pukul 04.00, 12.00 dan 20.00 WIB

Oxicobal 2 x 500 mg (oral) 2 x 500 mg pukul 10.00 dan 22.00 WIB

Amlodipin 1 x 5 mg (oral) pukul 22.00 WIB

8. Data Fokus

Tanggal 20 Maret 2023

Data subjektif

Pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengataka kepalanya pusing, pasien juga mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktifitas sendiri, keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien seperti mandi, bab, bak, dan mengganti pakaian dibantu keluarga atau perawat, keluarga pasien mengatakan bicara pasien tidak dapat dimengerti karena mulut pasien sedikit pelo, keluarga mengatakan pasien tidak bisa tidur karena kedinginan saat malam hari dan pasien sering terbangun pada malam harinya, keluarga pasien mengatakan jika siang pasien hanya tidur sebentar dan mudah terbangun.

Data Objektif

Keadaan umum pasien sakit sedang, tanda tanda vital : tekanan darah : 148/88 mmHg, frekuensi pernapasan : 20 x/menit, tekanan nadi 80 x/menit, suhu : 36,5°C, pasien tampak lemas, kekuatan otot pasien pada anggota gerak bagian kanan atas 2222 kanan bawah 2222. Pasien tampak tidak bisa menggerakan anggota tubuh bagian kanan, pasien tampak tidak bisa melakukan aktifitas sendiri, pemenuhan aktifitas sehari hari pasien dibantu keluarga dan perawat, tampak rambut pasien berminyak dan belum mandi sejak dua hari lalu, pasien menggunakan pampers untuk kebutuhan eliminasi. Pasien jarang tidur saat

siang hari, Pasien sering meminta untuk mengecilkan suhu ruangan karena terlalu dingin Pasien tampak kesulitan dan tidak jelas saat berbicara sehingga butuh waktu untuk memahami, pasien tampak mengalami disartria, mulut pasien mencong ke sebelah kanan, pada nervus ke XII (hipoglossus) terjadi hambatan yaitu pasien tidak mampu menjulurkan lidahnya, tampak lidah pasien mengalami terbalik ke arah kanan, tampak pasien kesulitan untuk mengunyah dan menelan makanan, tampak pasien suka batuk saat menelan makanan

kekuatan otot	2 2 2 2	5 5 5 5
	2 2 2 2	5 5 5 5

9. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badannya lemas - Pasien mengatakan sulit melakukan aktifitas sendiri <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak bisa menggerakkan anggota tubuh bagian kanan - Pasien tampak tidak bisa melakukan aktifitas sendiri - Tampak aktifitas sehari hari pasien dibantu keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien pada anggota gerak bagian kanan atas 2222 kanan bawah 2222 	Gangguan mobilitas fisik	Kelemahan (hemipalgi kanan)
2.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan bicara pasien 	Gangguan komunikasi verbal	Gangguan neuromuskuler

	<p>tidak dapat dimengerti karena mulut pasien sedikit pelo</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada nervus ke XII (hipoglossus) terjadi hambatan yaitu pasien tidak mampu menjulurkan lidahnya, tampak lidah pasien mengalami terbalik ke arah kanan - Pasien tampak kesulitan dan tidak jelas saat berbicara sehingga butuh waktu untuk memahami - Pasien tampak mengalami disartria - Tampak mulut pasien mencong ke sebelah kanan 		
3.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien tidak bisa tidur karena kedinginan saat 	Gangguan pola tidur	Kondisi lingkungan

	<p>malam hari dan pasien sering terbangun pada malam harinya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan jika siang pasien hanya tidur sebentar dan mudah terbangun - Pasien mengatakan sering terbangun jika mendengar alat yang digunakan dari pasien sebelah <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lelah - Pasien jarang tidur saat siang hari - Pasien sering meminta untuk mengecilkan suhu ruangan karena terlalu dingin 		
4.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktifitas sendiri 	Defisit perawatan diri	Kelemahan

	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien seperti mandi, bab, bak, dan mengganti pakaian dibantu keluarga atau perawat <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemenuhan aktifitas sehari hari pasien dibantu keluarga dan perawat - Tampak rambut pasien berminyak dan belum mandi sejak dua hari lalu - Pasien menggunakan pampers untuk kebutuhan eliminasi 		
5.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan badannya lemas - Pasien mengeluh kepalanya pusing - Pasien mengatakan sulit melakukan aktifitas sendiri 	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Berkurangnya aliran darah ke otak sekunder akibat faktor risiko hiperkolestroemia</p>

	<p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Tekanan darah : 148/88 mmHg, frekuensi pernapasan : 20 x/menit, tekanan nadi 80 x/menit, suhu : 36,5°C - Hasil CT- Scan menyatakan perdarahan pada frontalis sinistra sekitar 10% perdarahan 		
6.	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan pasien suka batuk batuk saat menelan makanan <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien kesulitan untuk mengunyah dan menelan makanan - Tampak pasien suka batuk saat menelan makanan - Pada nervus ke XII (hipoglosus) terjadi 	Risiko aspirasi	dibuktikan dengan faktor risiko gangguan menelan

	<p>hambatan yaitu pasien tidak mampu menjulurkan lidahnya, tampak lidah pasien mengalami terbalik ke arah kanan</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data di atas maka dapat dirumuskan diagnosis keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi lingkungan
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
5. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan berkurangnya aliran darah ke otak sekunder akibat faktor risiko hiperkolestrolemia
6. Risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko gangguan menelan

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. **Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan berkurangnya aliran darah ke otak sekunder akibat faktor risiko hiperkolestrolemia ditandai dengan:**

Data Subjektif : Pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengeluh kepalanya pusing, pasien mengatakan sulit melakukan aktifitas sendiri

Data objektif : Pasien tampak lemas, tekanan darah : 148/88 mmHg, frekuensi pernapasan : 20 x/menit, tekanan nadi 80 x/menit, suhu : 36,5°C,

hasil CT- Scan menyatakan perdarahan pada frontalis sinistra sekitar 10% perdarahan.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi

Kriteria Hasil : tidak ada peningkatan TIK, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik 130/80 mmHg, sakit kepala menurun

Rencana tindakan :

- a. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- b. Monitor peningkatan tekanan darah
- c. Monitor status pernapasan
- d. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- e. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- f. Berikan posisi semi fowler
- g. Berikan terapi farmakologis sesuai program Cairan infus Ringer lactat 500 cc / 12 jam, Citicolin 2 x 500 mg (iv) pukul 10.00 dan 22.00 WIB, Transamin 2 x 500 mg (iv) pukul 10.00 dan 22.00 WIB, Paracetamol 3 x 1 gr (oral) pukul 04.00, 12.00, dan 20.00 WIB, Oxycobal 2 x 500 mg (oral) pukul 10.00 dan 22.00 WIB, Amlodipin 1 x 5 mg (oral) pukul 22.00 WIB

Pelaksanaan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB memberikan terapi obat paracetamol 1 x 1 gram (oral), mengganti cairan infus 500 cc ringer lactat. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda tanda vital, status pernapasan, dan pola napas. TD 150/90 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 22x/menit, kedalaman napas pasien dalam tanpa ada sesak, Suhu 36,5°C, Saturasi 97%; Pukul 10.00 WIB memonitor tingkat penurunan kesadaran. GCS: E4M6V5 compos mentis; Pukul 10.15 WIB memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, pasien mengeluh kepalanya pusing, tidak ada mual dan muntah, pupil isokor, simetris, reaksi cahaya baik; Pukul 12.00 WIB. Memberikan obat paracetamol 1 x 1 gr (oral). Pasien diberikan obat paracetamol untuk keluhan pusing di kepala; Pukul 15.00 WIB monitor tekanan darah, tanda tanda vital, iregularitas irama napas, dan status pernapasan. TD: 140/88, frekuensi napas 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien normal tanpa ada sesak; Pukul 22.00 WIB memberikan terapi obat amlodipine 1 x 5 mg (oral), transamin 1 x 500 mg (iv), oxicobal 1 x 500 mg (oral), citicolin 1 x 500 mg (iv), pasien diberikan obat dan tampak kooperatif; Pukul 22.10 WIB memberikan posisi semi fowler dan meminimalkan stimulus di lingkungan kamar pasien. Pasien tampak nyaman dan rileks dengan posisinya dan menutup gorden kamar pasien.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB memberikan terapi obat paracetamol 1 x 1 gram (oral), mengganti cairan infus 500 cc ringer lactat. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda tanda vital, status pernapasan, dan pola napas. TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 21x/menit, kedalaman napas pasien dalam tanpa ada sesak, Suhu 36,5°c, Saturasi 98%; Pukul 10.15 WIB memonitor tanda tanda TIK. Pasien mengatakan kepalanya tidak terlalu pusing skala 4 (0-10), pupil pasien isokor, rekasi terhadap cahaya baik ;Pukul 12.00 WIB. Memberikan obat paracetamol 1 x 1 gr (oral). Pasien diberikan obat paracetamol untuk keluhan pusing di kepala; Pukul 15.00 WIB monitor tekanan darah, tanda tanda vital, iregualitas irama napas, dan status pernapasan. TD: 140/88, frekuensi napas 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien normal tanpa ada sesak; Pukul 22.00 WIB memberikan terapi obat amlodipine 1 x 5 mg (oral), transamin 1 x 500 mg (iv), oxicobal 1 x 500 mg (oral), citicolin 1 x 500 mg (iv), pasien diberikan obat dan tampak kooperatif; Pukul 22.10 WIB memberikan posisi semi fowler dan meminimalkan stimulus di lingkungan kamar pasien. Pasien tampak nyaman dan rileks dengan posisinya dan menutup gorden kamar pasien; Pukul 22.00 WIB memberikan terapi obat amlodipine 1 x 5 mg (oral), transamin 1 x 500 mg (iv), oxicobal 1 x 500 mg (oral), citicolin 1 x 500 mg (iv), pasien diberikan obat dan tampak kooperatif; Pukul 22.10 WIB memberikan posisi semi fowler dan meminimalkan stimulus di lingkungan

kamar pasien. Pasien tampak nyaman dan rileks dengan posisinya dan menutup gorden kamar pasien.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 04.00 WIB memberikan terapi obat paracetamol 1 x 1 gram (oral), mengganti cairan infus 500 cc ringer lactat. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 08.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda tanda vital, status pernapasan, dan pola napas. TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 88xmenit, frekuensi napas 21x/menit, kedalaman napas pasien dalam tanpa ada sesak, Suhu 36,5°c, Saturasi 98%; Pukul 10.15 WIB memonitor tanda tanda TIK. Pasien mengatakan kepalanya tidak terlalu pusing skala 3 (0-10), pupil pasien isokor, rekasi terhadap cahaya baik ;Pukul 12.00 WIB. Memberikan obat paracetamol 1 x 1 gr (oral). Pasien diberikan obat paracetamol untuk keluhan pusing di kepala; Pukul 15.00 WIB monitor tekanan darah, tanda tanda vital, iregualitas irama napas, dan status pernapasan. TD: 150/98, frekuensi napas 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien normal tanpa ada sesak; Pukul 22.00 WIB memberikan terapi obat amlodipine 1 x 5 mg (oral), transamin 1 x 500 mg (iv), oxicobal 1 x 500 mg (oral), citicolin 1 x 500 mg (iv), pasien diberikan obat dan tampak kooperatif; Pukul 22.00 WIB memberikan terapi obat amlodipine 1 x 5 mg (oral), transamin 1 x 500 mg (iv), oxicobal 1 x 500 mg (oral), citicolin 1 x 500 mg (iv), pasien diberikan obat dan tampak kooperatif; Pukul 22.10 WIB memberikan posisi semi fowler dan meminimalkan stimulus di lingkungan kamar pasien. Pasien tampak nyaman dan rileks dengan posisinya dan menutup gorden kamar pasien

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan pusing di kepalanya berkurang skala 3 (0-10)

Objektif : TD 160/100 mmHg, frekuensi napas 20x/menit, saturasi 98%, suhu 36,5C, GCS: (E4M6V5) Compos Mentis, kedalaman napas pasien normal tanpa ada sesak pasien tampak rileks, pasien diberikan citicolin 2 x 500 mg (iv)

Analisa : Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan pada a, b, c, d, e, f, g oleh perawat ruangan neurologi dengan kriteria hasil tidak ada peningkatan TIK, sakit kepala menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan

Data Subjektif : pasien mengatakan badannya lemas, pasien mengatakan sulit melakukan aktifitas sendiri

Data Objektif : pasien tampak tidak bisa menggerakkan anggota tubuh bagian kanan, pasien tampak tidak bisa melakukan aktifitas sendiri, tampak aktifitas sehari hari pasien dibantu keluarga dan perawat, kekuatan otot pasien pada anggota gerak bagian kanan atas 2222 kanan bawah 2222

Tujuan : gangguan mobilitas fisik tidak terjadi setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat (skala 4), kekuatan otot meningkat (skala 4), rentang gerak rom meningkat (skala 5)

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Identifikasi kekuatan otot
- d. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- e. Monitor kondisi umum selama mobilisasi
- f. Fasilitasi pergerakan ROM
- g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- h. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- i. Ajarkan mobilisasi sederhana yang dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Pelaksanaan

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 10.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengatakan badannya masi lemas, pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan, pasien mengeluhkan sakit kepala; Pukul 10.45 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien hanya mampu menggerakkan tubuh bagian kirinya saja, pasien mengalami hemiplagi kanan, tekanan darah pasien masih tinggi; Pukul 10.50 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 2222 dan

ekstremitas kiri 5555; Pukul 15.00 memonitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum memulai pergerakan dan keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, tekanan darah pasien 150/90 mmHg, frekuensi nadi: , frekuensi nadi 88x.menit, frekuensi napas 22x/menit, Suhu 36,5° c, Saturasi 97% pasien tidak bisa melakukakan rentang gerak pasif karena tekanan darah masih tinggi; Pukul 15.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga diajarkan mengubah posisis seperti miring kanan dan kiri setiap 2 jam sekali untuk pasien, karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak aktif (ROM); Pukul 15.30 menjelaskan tujuan dilakukan Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, perawat menjelaskan tujuan dilakukan mobilisasi yaitu dapat meningkatkan rentang gerak otot pasien dan dapat mengurangi pegal, keluarga dan pasien memahami tujuan mobilisasi.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 11.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengatakan badannya masi lemas, pasien tidak bisa menggerakan tangan dan kaki kanan, pasien mengeluhkan sakit kepala; Pukul 12.00 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien hanya mampu menggerakan tubuh bagian kirinya saja, pasien mengalami hemiplagi kanan, tekanan darah pasien masih tinggi; Pukul 12.15 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 2222 dan ekstremitas kiri 5555; Pukul 15.00 memonitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum memulai pergerakan dan keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, TD 160/100 mmHg, frekuensi nadi 88xmenit,

frekuensi napas 21x/menit, kedalaman napas pasien dalam tanpa ada sesak, Suhu 36,5°C, Saturasi 98%; Pukul 15.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga diajarkan mengubah posisi seperti miring kanan dan kiri untuk pasien karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak aktif (ROM); Pukul 15.30 memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal, perawat membantu pasien duduk di tempat tidur dengan berpengangan pagar tempat tidur dan keluarga dapat memahami contoh yang diberikan, pasien belum bisa dilakukan rentang gerak.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 10.30 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, pasien mengatakan badannya masi lemas, pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan, pasien sudah tidak mengeluh sakit kepala ; Pukul 10.45 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien hanya mampu menggerakkan tubuh bagian kirinya saja, pasien mengalami hemiplagi kanan, tekanan darah pasien masih tinggi; Pukul 10.50 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan atas 3333 dan ekstremitas kiri 5555; Pukul 15.00 memonitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum memulai pergerakan dan keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, TD: 150/98, frekuensi napas 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien normal tanpa ada sesak, Suhu 36,5°C, Saturasi 97% pasien tidak bisa melakukakan rentang gerak pasif karena tekanan darah masih tinggi; Pukul 15.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, keluarga diajarkan

mengubah posisi seperti miring kanan dan kiri setiap 2 jam sekali untuk pasien, karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak aktif (ROM); Pukul 15.30 mengajarkan mobilsasi sederhana yang bisa dilakukan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal, perawat membantu pasien duduk di tempat tidur dengan berpegangan pagar tempat tidur dan keluarga dapat memahami contoh yang diberikan, pasien duduk dengan bantuan perawat belum bisa mandiri, pasien belum bisa dilakukan rentang gerak.

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan badannya masi lemas, pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan

Objektif : , pasien mengalami hemiplegi kanan, kekuatan otot ekstremitas kanan atas meningkat 3333, ekstremitas kanan bawah 2222, dan ekstremitas kiri atas 5555 dan kiri bawah 5555, pasien dan keluarga memahami tujuan dilakukan mobilisasi, pasien duduk dengan bantuan perawat dan keluarga belum bisa mandiri, mengganti posisi miring kanan kiri dibantu keluarga,

Analisa : Gangguan mobilitas fisik belum teratas

Perencanaan : intervensi dilanjutkan a, b, c, d, e, f, g, i

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler, dibuktikan dengan :

Data Subjektif : Keluarga pasien mengatakan bicara pasien tidak dapat dimengerti karena mulut pasien sedikit pelo

Data Objektif : Pada nervus ke XII (hipoglosus) terjadi hambatan yaitu pasien tidak mampu menjulurkan lidahnya, tampak lidah pasien mengalami

terbalik ke arah kanan, pasien tampak kesulitan dan tidak jelas saat berbicara sehingga butuh waktu untuk memahami, pasien tampak mengalami disartria, tampak mulut pasien mencong ke sebelah kanan

Tujuan : komunikasi verbal dapat meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil : kemampuan berbicara meningkat, disartria menurun, pemahaman komunikasi membaik, kontak mata meningkat.

Rencana Tindakan :

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- b. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis : mata berkedip, isyarat tangan)
- c. Sesuaikan gaya komunikasi (mis : dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan, bicara dengan perlahan
- d. Bicara dengan suaranya pelan dan jelas, gunakan pertanyaan tertutup
- e. Ulangi apa yang disampaikan pasien
- f. Ajarkan berbicara perlahan

Pelaksanaan :

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 09.00 memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, pasien berbicara dengan perlahan, pasien masih kesulitan dalam berbicara, suara pasien sangat pelan, bicara pasien masih pelo; Pukul 09.15 WIB menyesuaikan gaya komunikasi, perawat menyesuaikan berbicara dengan pasien secara perlahan, pasien berbicara dengan pelan, dan sedikit lama mengeluarkan kata; Pukul 09.30 WIB mengulangi apa yang

disampaikan pasien, perawat mengulangi perkataan pasien untuk menangkap tujuan pasien dan pasien menjawab dengan anggukan ataupun gelengan kepala; Pukul 09.35 WIB mengajarkan berbicara perlahan, pasien bisa memahami untuk berbicara dengan perlahan agar bisa dipahami oleh keluarga dan sekitar.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 09.00 memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, pasien berbicara dengan perlahan, pasien masih kesulitan dalam berbicara, suara pasien sangat pelan, bicara pasien masih pelo; Pukul 09.15 WIB menyesuaikan gaya komunikasi, perawat menyesuaikan berbicara dengan pasien secara perlahan, pasien berbicara dengan pelan, dan sedikit lama mengeluarkan kata; Pukul 09.30 WIB mengulangi apa yang disampaikan pasien, perawat mengulangi perkataan pasien untuk menangkap tujuan pasien dan pasien menjawab dengan anggukan ataupun gelengan kepala; Pukul 09.35 WIB mengajarkan berbicara perlahan, pasien bisa memahami untuk berbicara dengan perlahan agar bisa dipahami oleh keluarga dan sekitar.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 10.00 WIB. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, pasien berbicara dengan perlahan, pasien masih kesulitan dalam berbicara, bicara pasien masih pelo, keluarga perlahan mulai memahami apa yang diucapkan pasien, Pukul 11.00 WIB. Menyesuaikan gaya komunikasi, pasien berusaha berbicara dengan perlahan dan perlahan bisa dipahami, Pukul 11.15 WIB. Mengulangi apa yang disampaikan.

Perawat mengulangi apa yang dimaksud pasien dan dijawab dengan anggukan, Pukul 11.30 WIB mengajarkan berbicara perlahan, pasien memahami untuk berbicara perlahan agar keluarga bisa memahaminya

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien masih kesulitan dalam berbicara, bicara pasien masih pelo keluarga mulai memahami apa yang dikatakan pasien

Objektif : pasien berbicara dengan perlahan, pasien masih kesulitan dalam berbicara, bicara pasien masih pelo, pasien memahami untuk berbicara secara perlahan

Analisa : gangguan komunikasi verbal tertatasi sebagian

Perencanaan : intervensi dilanjutkan pada a, b, c, d, e dengan kriteria hasil kemampuan berbicara meningkat, disartria menurun, pemahaman komunikasi membaik, kontak mata meningkat

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi lingkungan, dibuktikan dengan

Data Subjektif : Keluarga mengatakan pasien tidak bisa tidur karena kedinginan saat malam hari dan pasien sering terbangun pada malam harinya, keluarga pasien mengatakan jika siang pasien hanya tidur sebentar dan mudah terbangun, pasien mengatakan sering terbangun jika mendengar alat yang digunakan dari pasien sebelah

Data Objektif : Pasien tampak lelah, pasien jarang tidur saat siang hari, pasien sering meminta untuk mengecilkan suhu ruangan karena terlalu dingin

Tujuan : Gangguan pola tidur teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria Hasil : pasien dapat tidur dengan nyenyak, pasien mengungkapkan kepuasan waktu tidur

Rencana Tindakan :

- a. Kaji kualitas tidur pasien
- b. Kaji respon pasien terhadap lingkungan tempat tidur
- c. Kaji lingkungan yang membuat pasien sulit tidur
- d. Kaji kenyamanan yang pasien inginkan untuk meningkatkan kualitas tidur
- e. Kaji respon pasien ketika susah tidur
- f. Beri lingkungan yang nyaman
- g. Anjurkan pasien untuk mengurangi jam tidur siang

Pelaksanaan :

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 13.00 WIB mengkaji kualitas tidur pasien, keluarga mengatakan pasien tidak bisa tidur karena kedinginan saat malam hari dan pasien sering terbangun pada malam harinya; Pukul 13.15 WIB mengkaji respon pasien terhadap lingkungan, pasien mengatakan sering terbangun jika mendengar alat yang digunakan dari pasien sebelah bunyi; Pukul 14.00 WIB mengkaji respon pasien ketika susah tidur, pasien merasa kesal ketika ingin tidur tetapi ada suara berisik dari pasien sebelah terlihat dari raut wajahnya

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB. Mengkaji kualitas tidur pasien, pasien mengatakan masih sulit tidur dimalam hari, keluarga mengatakan pasien masih terbangun saat malam hari; Pukul 12.30 WIB. Mengkaji respon pasien terhadap lingkungan, keluarga mengatakan pasien tidak kuat dingin dan minta ingin dipindahkan; Pukul 13.00 WIB mengkaji respon pasien ketika susah tidur, keluarga mengatakan pasien hanya mencoba memejamkan mata meski tidak tidur; Pukul 14.30 WIB mengkaji kenyamanan yang pasien inginkan untuk meningkatkan kualitas tidur, keluarga mengatakan ingin lingkungan yang tidak terlalu dingin dan tenang

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB. Mengkaji kualitas tidur pasien, keluarga mengatakan pasien bisa tidur nyenyak karena sudah dipindahkan ke tempat tidak terlalu dingin; Pukul 08.30 mengkaji respon pasien terhadap lingkungan, pasien mengatakan lebih nyaman karena sudah pindah kamar dan tidak terlalu berisik, pasien tampak lebih segar, pasien tampak lebih nyaman saat pindah ke tempat tidak terlalu dingin; Pukul 09.00 WIB. mengkaji respon pasien ketika susah tidur, keluarga mengatakan pasien berusaha memejamkan mata meski sulit tidur.

Evaluasi :

Subjektif : Pasien mengatakan lebih nyaman karena sudah pindah kamar, keluarga mengatakan pasien bisa tidur nyenyak karena sudah dipindahkan ke tempat tidak terlalu dingin

Objektif : Pasien tampak lebih segar, pasien tampak lebih nyaman saat pindah ke tempat tidak terlalu dingin

Analisa : gangguan pola tidur teratasi

Perencanaan : Intervensi dihentikan

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dibuktikan dengan :

Data Subjektif : Pasien mengatakan sulit untuk melakukan aktifitas sendiri, keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien seperti mandi, bab, bak, dan mengganti pakaian dibantu keluarga atau perawat

Data Objektif : Pemenuhan aktifitas sehari hari pasien dibantu keluarga dan perawat, tampak rambut pasien berminyak dan belum mandi sejak dua hari lalu, pasien menggunakan pampers untuk kebutuhan eliminasi

Tujuan : Defisit perawatan diri mandi dapat teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria Hasil : kemampuan mandi meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b. Monitor kebersihan tubuh
- c. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- d. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
- e. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana, rileks, privasi)
- f. Sediakan peralatan mandi (misal, sabun, sikat gigi, shampo)
- g. Dampingi dalam melakukan perawatan diri
- h. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Pelaksanaan :**Tanggal 20 Maret 2023**

Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, pasien berusia 50 tahun sebelum sakit pasien mandi 2x sehari pagi dan sore, gosok gigi 2x sehari, cuci rambut 3x seminggu, namun selama di rumah sakit pasien hanya mandi 1x sehari di pagi hari, belum pernah gosok gigi dan cuci rambut selama di rumah sakit ; Pukul 11.10 memonitor kebersihan tubuh, badan pasien lengket tampak rambut pasien berminyak, kuku pasien tampak panjang dan kotor, pasien belum mengganti baju seharian; Pukul 16.30 WIB, Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, keluarga pasien menutup tirai, pukul 16.35 WIB. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, keluarga pasien meminta bantuan untuk menggantikan baju, pukul 16.45 WIB. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, perawat mendampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi, keluarga memfasilitasi dan memberikan bantuan ke pada pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keterbatasan pasien, pasien memakai baju berkancing dan terlihat rapih; Pukul 17.00 WIB menjadwalkan rutinitas perawatan diri untuk pasien membuat jadwal perawatan diri untuk pasien mandi 1x sehari pada sore, gosok gigi 2x sehari pagi dan sore, cuci rambut 2x seminggu.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, pasien berusia 50 tahun sebelum sakit pasien mandi 2x sehari pagi dan

sore, gosok gigi 2x sehari, cuci rambut 3x seminggu, namun selama di rumah sakit pasien hanya mandi 1x sehari di pagi hari, belum pernah gosok gigi dan cuci rambut selama di rumah sakit ; Pukul 11.10 memonitor kebersihan tubuh, badan pasien lengket tampak rambut pasien berminyak, kuku pasien tampak panjang dan kotor, pasien belum mengganti baju seharian; Pukul 16.30 WIB, Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, keluarga pasien menutup tirai, pukul 16.35 WIB. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, keluarga pasien meminta bantuan untuk menggantikan baju; Pukul 16.45 WIB. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, perawat mendampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi, mandi, dan memakai baju, dan perawatan kuku , pasien memakai baju berkancing dan terlihat rapih; Pukul 17.00 WIB menjadwalkan rutinitas perawatan diri untuk pasien membuat jadwal perawatan diri untuk pasien mandi 1x sehari pada sore, gosok gigi 2x sehari pagi dan sore, cuci rambut 2x seminggu.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, pasien berusia 50 tahun sebelum sakit pasien mandi 2x sehari pagi dan sore, gosok gigi 2x sehari, cuci rambut 3x seminggu, namun selama di rumah sakit pasien hanya mandi 1x sehari di pagi hari, belum pernah gosok gigi dan cuci rambut selama di rumah sakit ; Pukul 11.10 memonitor kebersihan tubuh, tampak rambut pasien berminyak, kuku pasien tampak tidak kotor , pasien belum mengganti baju seharian; Pukul 16.30 WIB,

Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, keluarga pasien menutup tirai; Pukul 16.35 WIB. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, keluarga sudah mengerti dalam membantu pasien melakukan perawatan diri seperti gosok gigi, mandi, dan perawatan kuku ; Pukul 16.45 WIB. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri dan memfasilitasi kemandirian, perawat mendampingi pasien dan keluarga dalam membantu pasien menggosok gigi, pasien mengatakan lebih segar setelah gosok gigi, dan mandi.

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan lebih segar setelah gosok gigi dan mandi, keluarga sudah mengerti dalam membantu pasien melakukan perawatan diri seperti gosok gigi, mandi, dan perawatan kuku

Objektif : Pasien tampak bersih, pasien menggunakan baju yang bersih dan terlihat rapih, kuku pasien terlihat bersih dan sudah pendek rambut pasien masih berminyak dan lepek, mulut pasien bersih

Analisa : Defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan pada a, b, c, d, e, f, g dengan kriteria hasil kemampuan mandi meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat

7. Risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko gangguan menelan

Data Subjektif : keluarga mengatakan pasien suka batuk batuk saat menelan makanan

Data Objektif : Tampak pasien kesulitan untuk mengunyah dan menelan makanan, tampak pasien suka batuk saat menelan makanan, pada nervus ke XII (hipoglosus) terjadi hambatan yaitu pasien tidak mampu menjulurkan lidahnya, tampak lidah pasien mengalami terbalik ke arah kanan

Tujuan : risiko aspirasi tidak terjadi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam

Kriteria Hasil : Mempertahankan makanan di mulut meningkat, reflek menelan meningkat, usaha menelan meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, frekuensi tersedak menurun

Rencana Tindakan

- a. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan
- b. Jadwalkan untuk memberikan obat 30 menit sebelum makan
- c. Posisikan semi fowler setelah memberikan asupan oral
- d. Berikan makanan dalam ukuran kecil atau lunak
- e. Sajikan makanan dalam keadaan hangat

Pelaksanaan :

Tanggal 20 Maret 2023

Pukul 17.00 WIB memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan, GCS pasien E4V5M6 total 15, pasien tampak batuk saat menelan makanan jika tanpa kuah, keluarga mengatakan pasien tidak ada muntah, pasien mengatakan kesulitan dalam menelan; Pukul 17.15 WIB berikan makanan dalam ukuran kecil atau lunak, tampak makanan yang diberikan pasien di potong kecil kecil, pasien juga mendapatkan diit makanan dengan tekstur lembut, pasien masih suka batuk dalam menelan;

Pukul 17.30 WIB menyajikan dalam keadaan hangat, menganjurkan keluarga pasien untuk menyuapi pasien dalam keadaan makanan masih hangat; Pukul 17.30 WIB memposisikan semi fowler, pasien di posisikan semi fowler saat keadaan makan dibantu dengan perawat.

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 17.00 WIB memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan, GCS pasien E4V5M6 total 15, pasien tampak batuk saat menelan makanan jika tanpa kuah, keluarga mengatakan pasien tidak ada muntah, pasien mengatakan kesulitan dalam menelan; Pukul 17.15 WIB berikan makanan dalam ukuran kecil atau lunak, tampak makanan yang diberikan pasien di potong kecil kecil, pasien juga mendapatkan diit makanan dengan tekstur lembut, pasien masih suka batuk dalam menelan; Pukul 17.30 WIB menyajikan dalam keadaan hangat, menganjurkan keluarga pasien untuk menyuapi pasien dalam keadaan makanan masih hangat; Pukul 17.30 WIB memposisikan semi fowler, pasien di posisikan semi fowler saat keadaan makan dibantu dengan perawat.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 17.15 WIB berikan makanan dalam ukuran kecil atau lunak, tampak makanan yang diberikan pasien di potong kecil kecil, pasien juga mendapatkan diit makanan dengan tekstur lembut, pasien masih kesulitan dalam menelan tetapi pasien sudah jarang batuk saat menelan, keluarga mengatakan pasien sudah jarang batuk jika makan tanpa kuah; Pukul 17.30 WIB menyajikan dalam keadaan hangat, menganjurkan keluarga pasien untuk menyuapi pasien dalam keadaan makanan masih hangat, keluarga

memahami apa yang dikatakan perawat; Pukul 17.30 WIB memposisikan semi fowler, pasien di posisikan semi fowler saat keadaan makan dibantu dengan perawat.

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023, pukul 15.00 WIB

Subjektif : keluarga mengatakan pasien sudah jarang batuk jika makan tanpa kuah

Objektif : pasien masih kesulitan dalam menelan tetapi pasien sudah jarang batuk saat menelan

Analisa : risiko aspirasi teratasi sebagian

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan pada b, c, d, e dengan kriteria hasil mempertahankan makanan di mulut meningkat, reflek menelan meningkat, usaha menelan meningkat, frekuensi tersedak menurun.

BAB IV PEMBAHASAN

Pada bagian ini penulis membahas tentang kesenjangan antar kasus yang terjadi antara tinjauan teori dan kasus yang sudah ditemukan penulis pada pasien Tn. N dengan Stroke Non Hemoragik di ruang neurologi di Rumah Sakit Umum Daerah Koja, Jakarta Utara pada tanggal 20 – 22 Maret 2023, dengan proses keperawatan meliputi, pengkajian, diagnosa, perencanaan, dan implementasi.

A. Pengkajian

Data yang dikumpulkan meliputi pengkajian fisik dan observasi, selain itu diperoleh dari wawancara keluarga, perawat, tim kesehatan serta catatan medis. Penyebab stroke non hemoragik pada pasien yaitu, faktor risiko berupa peningkatan kolesterol yang didapatkan dari hasil lab kolesterol total Kolesterol total 152 mg/dL, kolesterol HDL 34.0 mg/dL (41.5 – 67.3), kolesterol LDL 101 mg/dL (< 130), pasien juga memiliki kebiasaan merokok 1 – 2 bungkus perhari sebelum sakit, hal ini sesuai dengan teori faktor risiko dari stroke melalui perubahan gaya hidup, tekanan darah, hiperlipidemia, merokok mengonsumsi alkohol berlebih, penggunaan kokain, dan kegemukan.

Menurut Smeltzer and Bare (2013), manifestasi klinis pasien stroke bisa menyebabkan defisit neurologis seperti kelumpuhan bagian tubuh, disfagia, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi sensorik, perubahan kognitif dan efek psikologis, dan distensi kandung kemih. Tanda dan gejala yang disebutkan menurut Smeltzer and Bare (2013) sudah sesuai pada pasien, namun untuk tanda dari

perubahan kognitif tidak ditemukan penulis hal ini dibuktikan pasien masih berorientasi baik dan pasien masih bisa menjawab pertanyaan yang diberikan perawat meskipun sedikit lama menjawab karena kesulitan berbicara.

Menurut LeMone, M. Burke & Bauldof, (2017) penatalaksanaan yang bisa diberikan pada penderita stroke adalah obat antikoagulan, antipalatelet, fibrinolitik, antihipertensi, antidislipidemia, antidiabetes, dan pembedahan. Pemberian obat antidiabetes adalah terapi penyerta apabila pasien mengalami stroke, penatalaksanaan medis yang tidak diberikan pada pasien yaitu tidak diberikan obat antidiabetes melitus karena pasien tidak memiliki riwayat diabetes hal ini dibuktikan saat melakukan pemeriksaan gula darah sewaktu hasilnya 135 mg/dL (70-100).

Penatalaksanaan medis lainnya yang tidak dilakukan pada pasien yaitu pembedahan karena tidak ada indikasi untuk dilakukan pembedahan dibuktikan tidak terdapat plak pada aterosklerosis pasien. Menurut LeMone, M. Burke & Bauldof, (2017) Indikasi pembedahan otak bertujuan untuk mengembalikan aliran darah pada orang yang mengalami *trans ischemica attack* (TIA), edarterektomi karotis pada bifurkasi arteri karotis dapat dilakukan untuk menghilangkan plak arterosklerosis.

Pemeriksaan tes radiologi Tarwoto (2013) dan Susilo (2019), terdapat lima tes diagnostik untuk pasien stroke yaitu angiografi serebri, lumbal pungsi, CT scan, *MRI (magnetic imaging resonance)*, dan *EEG (electroensefalografi)*, serta terdapat pemeriksaan laboratorium, tes kimia darah, dan tes koagulasi. Pada pasien hanya dilakukan pemeriksaan CT scan dan pemeriksaan tes kimia darah, karena tes tersebut sudah cukup menjawab bahwa pasien mengalami SNH dan cukup

memberikan gambaran untuk menegakkan diagnosa medis pada pasien. Sebagian pemeriksaan penunjang tidak dilakukan pada pasien seperti angiografi serebri, lumbal pungsi, *MRI (magnetic imaging resonance)*, dan *EEG (electroensefalografi)* tujuana dari pada pemeriksaan tersebut adalah untuk mengetahui penyebab stroke secara spesifik, mendeteksi daerah yang mengalami infark atau perdarahan, serta untuk melihat dampak dari jaringan infark yang akan menimbulkan menurunnya impuls listrik yang terdapat pada jaringan otak.

Penatalaksanaan medis lainnya menurut Haryono & Utami, (2021) yang tidak dilakukan pada pasien yaitu prosedur pembedahan, seperti prosedur endovaskuler darurat, pengobatan stroke iskemik yang melibatkan prosedur yang dilakukan langsung di dalam pembuluh darah yang tersumbat, prosedur lainnya yang tidak dilakukan yaitu endarterektomi karotis menghilangkan plak dari arteri yang ada di sepanjang sisi leher ke otak (arteri karotid), angioplasti dan stent. Dalam angioplasti, seorang ahli bedah biasanya mengakses arteri carotid melalui arteri di pangkal paha, pembedahan tersebut tidak dilakukan pada pasien karena tidak ada indikasi untuk dilakukan pembedahan.

Faktor pendukung selama pengkajian yaitu pasien dan keluarga kooperatif saat menjawab pertanyaan yang penulis ajukan, pasien dan keluarga sangat terbuka pada saat dilakukan pengkajian sehingga data dan informasi berhasil dikumpulkan penulis.

Faktor penghambat saat melakukan pengkajian yaitu, sulit memahami pasien karena mengalami gangguan berbicara bibir pasien tampak pelo dan pasien sulit mengucapkan kata kata sehingga membutuhkan waktu lebih lama untuk bisa memahami apa yang diucapkan pasien, solusi yang ditawarkan yaitu penulis

menggunakan pertanyaan tertutup untuk memudahkan pasien menjawab dan menuliskan pertanyaan dikertas untuk dijawab pasien. Selain itu hambatan yang didapat penulis yaitu sulitnya mendapatkan hasil CT scan pasien, karena hasil CT scan hanya ada di data komputer oleh ahli radiologi bukan di rekam medis pasien, sehingga jika ada keluarga yang ingin bertanya mengenai informasi CT scan pasien, hanya bisa dibacakan oleh dokter radiologi yang bertanggung jawab. Hal ini dapat berguna jika ada yang membutuhkan informasi pasien, bisa langsung melihat melalui data tulis rekam medis pasien. Solusi yang pertama adalah penulis berkonsultasi dengan kepala ruangan dan akan di informasikan kepada dokter penanggung jawab, lalu di sampaikan dokter radiologi agar bisa mendapatkan kesan dari CT scan pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Dalam melakukan perumusan diagnosis keperawatan pada pasien penulis menemukan kesenjangan. Menurut Nurarif & Kusuma (2015), terdapat sepuluh diagnosis untuk pasien stroke, sedangkan pada pasien hanya ditemukan enam diagnosis.

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) terdapat diagnosis gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas dan faktor mekanis, kerusakan integritas kulit merupakan kondisi seseorang yang mengalami perubahan atau gangguan dermis maupun epidermis, diagnosa gangguan integritas kulit terjadi karena penurunan mobilitas, faktor mekanis seperti penekanan pada tonjolan tulang dan gesekan yang ditandai dengan nyeri, kemerahan, perdarahan, dan hermatoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien tidak ditemukan karena keadaan

kulit pasien di area punggung baik tidak ada tanda kulit merah, lecet, atau ulkus pada pasien.

Diagnosis menurut Nurarif & Kusuma (2015) yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan pada pasien stroke dan tidak ditemukan pada kasus, menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, diagnosa tersebut terjadi karena ketidakmampuan menelan makanan, mencerna makanan, penurunan fungsi nervus hipoglossus, dan vagus. Pada pasien tidak ditemukan masalah nutrisi karena pada saat pemeriksaan nervus vagus pasien tidak mengalami kelemahan atau kelumpuhan, pasien masih bisa makan walaupun ada gangguan pada nervus hipoglossus, serta nafsu makan pasien masih cukup baik dan berdasarkan data rekam medis pasien memiliki berat badan yang berlebih, reflek menelan pasien cukup baik meskipun harus dibantu keluarga, dan pasien tidak terpasang *Naso Gastric Tube (NGT)* .

Selanjutnya pada diagnosis risiko jatuh tidak penulis angkat. Menurut Faaz, et al (2022) faktor risiko yang menyebabkan terjadinya jatuh pada pasien stroke adalah gangguan keseimbangan, kognitif, mobilitas, perawatan diri yang dibantu, minum obat penenang, depresi, dan riwayat jatuh. Pada pasien tidak ditemukan karena pasien selalu diawasi oleh keluarga, bed pengaman pasien juga selalu terpasang, dan segala aktivitas pasien sebagian besar dibantu oleh keluarga dan perawat.

Diagnosis pada pasien stroke menurut LeMone et al., (2017), namun tidak ditemukan pada pasien yaitu gangguan eliminasi urine berhubungan dengan distensi kandung kemih, gangguan eliminasi urine terjadi karena defisit kognitif,

serta adanya gangguan sistem syaraf saat akan mengirim pesan bahwa kondisi kandung kemih sudah penuh ke otak tetapi otak tidak mampu mengartikannya dengan benar dan tidak meneruskan pesan untuk tidak mengeluarkan urine ke kandung kemih. Diagnosa tersebut tidak ditemukan pada pasien yang dibuktikan dengan pasien mampu berkemih secara normal dan spontan, serta pasien tidak terpasang kateter.

Diagnosis berikutnya yaitu, risiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring, menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) risiko konstipasi adalah konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring. Pasien stroke berisiko mengalami konstipasi yang disebabkan oleh gangguan neurologis akibat dari saraf otonom yang mengalami penurunan fungsi. Pada pasien tidak ditemukan diagnosa tersebut, menurut pengakuan keluarga pasien masih bisa bab melalui *diapers* meskipun dua hari sekali.

Selain itu, diagnosa gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dan penghiduan, tidak penulis angkat karena pada saat pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) tampak tidak ada kelainan dalam penciuman, pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan dengan menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung, pada pemeriksaan Nervus IV (Troclearis) tidak ada kelainan pada otot-otot mata, hal ini dibuktikan dengan pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat dari atas kebawah, pada pemeriksaan Nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak menggunakan kontak lensa, dan reaksi terhadap cahaya positif.

Diagnosis yang ada pada kasus dan tidak ada pada teori yaitu diagnosis risiko aspirasi. Risiko aspirasi adalah keadaan individu yang berada pada risiko masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda padat atau cairan ke dalam saluran trakeobronkial (Ardi et al., 2019) yang ditandai dengan penurunan refleks muntah atau batuk, gangguan menelan, dan disfagia. Pada pasien ditemukan diagnosa tersebut karena pada kasus pasien mengalami gangguan pada nervus XII hipoglossus yaitu terjadi laterasi lidah ke belakang, dikhawatirkan pasien akan batuk-batuk dan mengalami aspirasi sehingga kemungkinan pasien untuk tersedak saat makan bisa saja terjadi.

Selain itu, diagnosa yang ditemukan pada pasien tetapi tidak terdapat teori, yaitu diagnosa gangguan pola tidur. Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal, menurut Amalia (2021) tidur sangat dibutuhkan oleh pasien stroke dalam masa pemulihan karena dapat membantu pasien mendapat energi yang cukup untuk membantu program pengobatan rehabilitatif dan membantu neuroplastisitas di tingkat synaptic dan network pada otak, terutama pada otak yang berlesi. Pada pasien ditemukan diagnosa gangguan pola tidur karena pasien mengalami kesulitan saat tidur yaitu pasien tidak bisa tidur karena kamar yang dingin dan sering terbangun saat malam hari, serta tidak bisa tidur saat siang hari.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu, tersedianya banyak literatur seperti buku, jurnal pada pasien stroke non hemoragik dan menggunakan sumber buku SDKI, SLKI, dan SIKI untuk melakukan asuhan keperawatan. Faktor penghambat yang dialami penulis dalam melakukan perumusan diagnosa yaitu, penulis sempat mengalami kebingungan dalam

menentukan prioritas masalah, alternatif yang dilakukan penulis yaitu mendiskusikan dengan pembimbing untuk ditemukan diagnosa yang cocok dan sesuai pada pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah, penulis juga menyesuaikan dengan kondisi pasien sehingga dalam menyusun rencana tindakan terdapat modifikasi pada beberapa perencanaan dan sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya serta memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai.

Perencanaan keperawatan yang terdapat pada diagnosa risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko gangguan menelan terdapat perencanaan yang dimodifikasi yaitu dengan menghapuskan intervensi penghisapan jalan napas dengan suction, hal ini dikarenakan pada pasien tidak ada peningkatan sekret atau sputum berlebih, suara napas mengi, wheezing, dan ronchi. Perencanaan ke dua yang tidak penulis cantumkan pada pasien yaitu, mempertahankan kepatenan jalan napas dengan teknik *head - tilt chin - lift* atau *jaw thrust*, hal ini tidak dilakukan dikarenakan pasien dapat bernapas dengan mudah dan tidak ada gangguan pada pernapasan pasien.

Faktor pendukung yang ditemukan penulis yaitu tersedianya sumber sumber yang memadai untuk dijadikan acuan penyusunan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik. Penulis menemukan faktor penghambat dalam melakukan perencanaan keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien sehingga penulis harus melakukan modifikasi. Solusi yang penulis lakukan adalah dengan

melakukan analisa ulang dan menambah literatur bacaan dalam memodifikasi tindakan yang akan dilakukan.

D. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang penulis lakukan pada kasus sesuai dengan perencanaan dan semua tindakan keperawatan yang sudah di dokumentasikan dalam catatan keperawatan. Penulis melakukan tindakan dari pukul 07.30 WIB – 14.00 WIB dan selanjutnya tindakan dilanjutkan oleh perawat ruangan, secara umum semua rencana keperawatan dapat dilakukan oleh penulis karena adanya kerjasama dengan perawat ruangan dan pasien yang kooperatif.

Pada saat melakukan implementasi penulis menemukan beberapa hambatan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, penulis mengalami penundaan dalam melaksanakan intervensi fasilitasi pergerakan ROM, penulis menunda pelaksanaan intervensi tersebut karena tekanan darah pasien masih tinggi, karena pasien stroke yang diberi latihan ROM akan mengalami peningkatan dan tekanan darah menjadi meningkat saat melakukan pergerakan. Sebagai solusi setelah tekanan darah pasien membaik penulis mengajarkan pasien untuk miring kanan kiri setiap dua jam sekali dan mengajarkan ROM pada keluarga pasien agar dapat melakukannya secara mandiri baik itu dirumah dan dirumah sakit.

Hambatan juga dialami penulis saat melakukan intervensi diagnosa defisit perawatan diri yaitu memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian (membantu pasien dalam memandikan), penulis mengalami kendala saat memandikan pasien yaitu tidak tersedianya fasilitas peralatan seperti *washlap*, baskom air, dan air hangat. Solusi yang penulis lakukan adalah dengan menggunakan peralatan mandi pribadi pasien dan menggunakan termos berisi air hangat yang dibawa keluarga

pasien, penulis juga menganjurkan keluarga untuk membawa perlengkapan mandi pribadi dan wadah kecil untuk menampung air hangat.

Hambatan lain yang dialami penulis adalah saat akan melakukan tindakan pemberian obat terapi farmakologis pada diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral berhubungan dengan faktor risiko hiperkolestrolema tidak efektif karena jadwal pemberian obat terlambat bahkan terlalu cepat diberikan, karena perawat ruangan mengoplos seluruh obat pasien dalam satu waktu dan memberikannya secara bersamaan, sehingga jadwal pemberian obat tidak tepat waktu, pihak farmasi terkadang juga terlambat mengantarkan obat ke ruangan. Hal ini pastinya akan menimbulkan lamanya masa perawatan dan penyembuhan pasien. Solusi yang penulis ambil agar pemberian obat tepat waktu ialah meminta bantuan kepada perawat ruangan untuk mengkonfirmasi pihak farmasi agar segera mengantarkan obat ke ruangan atau penulis secara mandiri dengan izin perawat ruangan mengambil obat tersebut dan segera melakukan pengoplosan obat untuk pasien kelolaan sebelum jadwal pemberian obat diberikan.

Faktor pendukung pelaksanaan tindakan keperawatan yang penulis temukan adalah adanya kerjasama antara penulis dengan perawat ruangan yang telah memberikan kepercayaan kepada penulis untuk melakukan tindakan keperawatan pada pasien di ruangan. Selain itu pasien dan keluarga sangat kooperatif dalam menerima asuhan keperawatan.

E. Evaluasi

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

Dari enam diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien, terdapat satu diagnosa yang sudah teratasi, Diagnosa yang teratasi yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi lingkungan, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan lebih nyaman setelah pindah kamar karena ruangan sebelumnya sangat dingin, keluarga juga mengatakan pasien tidur dengan nyenyak saat malam hari meskipun masih terbangun karena ruangan sudah tidak terlalu dingin dan lingkungan yang tidak berisik sebab bunyi alat dari pasien di kamar sebelumnya.

Diagnosa ke satu yang teratasi sebagian yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler karena pasien mengalami hemiplegi pada ekstremitas kanan, pasien belum bisa diberikan latihan rentang gerak (ROM) untuk meningkatkan kekuatannya dikarenakan tekanan darah pasien masih tinggi untuk itu perawat mengajarkan gerakan sederhana yang bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur dengan bantuan keluarga dan perawat, mengajarkan pasien untuk miring kanan kiri setiap dua jam sekali, kekuatan otot pasien pada ekstremitas kanan atas meningkat 3333, ekstremitas kanan bawah 2222, dan ekstremitas kiri atas 5555 dan kiri bawah 5555.

Diagnosa ke dua yang teratasi sebagian adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskuler dikarenakan pasien masih mengalami gangguan pada nervus XII hipoglossus yaitu pasien tidak mampu menjulurkan

lidahnya sehingga pasien kesulitan untuk berkomunikasi. Hal ini dibuktikan dengan keluarga pasien mulai memahami apa yang dikatakan pasien, pasien mulai mengikuti anjuran untuk berbicara perlahan meskipun bicara pasien masih pelo, pasien tampak menunjuk sesuatu yang diinginkan atau menggeleng dan mengganggu untuk memudahkan berkomunikasi, pemahaman pasien dalam berkomunikasi tampak sudah membaik tampak pasien sudah jarang kesalnya karena keluarganya mulai memahami apa yang dikatakan pasien.

Diagnosa ke tiga yang teratasi sebagian yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan lebih segar setelah gosok gigi dan mandi, keluarga juga sudah mengerti dalam membantu pasien melakukan perawatan diri seperti gosok gigi, mandi, dan perawatan kuku, pasien tampak bersih dan terawat setelah rajin mandi, mulut pasien bersih, kuku pasien bersih tidak kotor, tetapi rambut pasien masih berminyak karena kesulitan tempat dalam mencuci rambut.

Diagnosa ke empat yang teratasi sebagian yaitu, risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan berkurangnya aliran darah ke otak akibat faktor risiko hiperkolestolemia karena tekanan darah pasien belum menurun dengan hasil 150/100 mmHg tetapi pasien merasakan keluhan nyeri di kepalanya belum berkurang dengan skala 3 (0-10).

Diagnosa ke lima yang teratasi sebagian yaitu risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko gangguan menelan, hal ini dibuktikan dengan faktor risiko gangguan menelan, pasien masih kesulitan dalam menelan tetapi frekuensi batuk saat makan menurun, keluarga mengatakan pasien sudah jarang batuk jika makan tanpa kuah.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi yang ditemukan penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan yaitu adanya kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarga pasien yang. Faktor penghambat tidak ditemukan saat melakukan evaluasi keperawatan.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini setelah penulis melakukan pengamatan kasus dan menguraikan tinjauan kepustakaan, tinjauan kasus, pengamatan serta pembahasan tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. N dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi kamar 1106 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kesehatan pada pasien Stroke Non Hemoragik.

A. Kesimpulan

Penyebab stroke non hemoragik pada pasien akibat adanya faktor risiko, yaitu kebiasaan pasien merokok setiap hari sehingga aliran darah ke otak menjadi terganggu dan tingginya kadar kolesterol total. Pada pengkajian keperawatan, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang dan juga penatalaksanaan penulis menemukan beberapa kesenjangan yang ditemukan pada pasien dengan sumber literatur yang penulis peroleh.

Penulis menemukan enam diagnosa pada kasus, dimana empat diagnosa sudah sesuai teori Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan berkurangnya aliran darah ke otak sekunder akibat faktor risiko hiperkolestolemia, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan (hemiplagi kanan), gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, dan defisit perawatan diri

berhubungan dengan kelemahan. Selain itu, ditemukan dua diagnosa yang tidak disebutkan oleh Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun muncul dikasus yaitu, gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi lingkungan dan risiko aspirasi dibuktikan dengan faktor risiko gangguan menelan.

Selanjutnya, terdapat diagnosa yang dikemukakan oleh Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tetapi tidak muncul pada pasien yakni, gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas dan faktor mekanis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan, dan risiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh, penurunan kesadaran, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan.

Perencanaan keperawatan disusun dengan menyesuaikan teori, dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi di modifikasi sesuai dengan kondisi pasien. Referensi yang cukup banyak sangat membantu penulis dalam menyusun intervensi, hambatan yang dialami dapat segera ditemukan solusinya saat menyusun perencanaan.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan, tindakan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan dengan baik, selama pelaksanaan ditemukan sejumlah hambatan, namun telah didapatkan solusi untuk mengatasinya.

Tahap evaluasi keperawatan terdapat enam diagnosa keperawatan yang tercapai sebagian yaitu, risiko perfusi serebral, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, gangguan pola tidur, dan risiko aspirasi.

B. Saran

Sebagai upaya dalam meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna untuk semua pihak.

1. Bagi ruangan

Untuk instansi ruangan diharapkan dapat memberikan obat sesuai waktu yang ditetapkan dalam hal ini bisa dikoordinasikan dengan pihak distribusi obat yaitu farmasi agar tidak ada pemberian obat terlalu cepat ataupun terlambat, diharapkan bagi ruangan untuk mencantumkan hasil CT scan dalam rekam medis pasien agar memudahkan mendapatkan informasi mengenai hasil radiologi pasien tetapi tetap menjaga kerahasiaan pasien.

2. Bagi Penulis

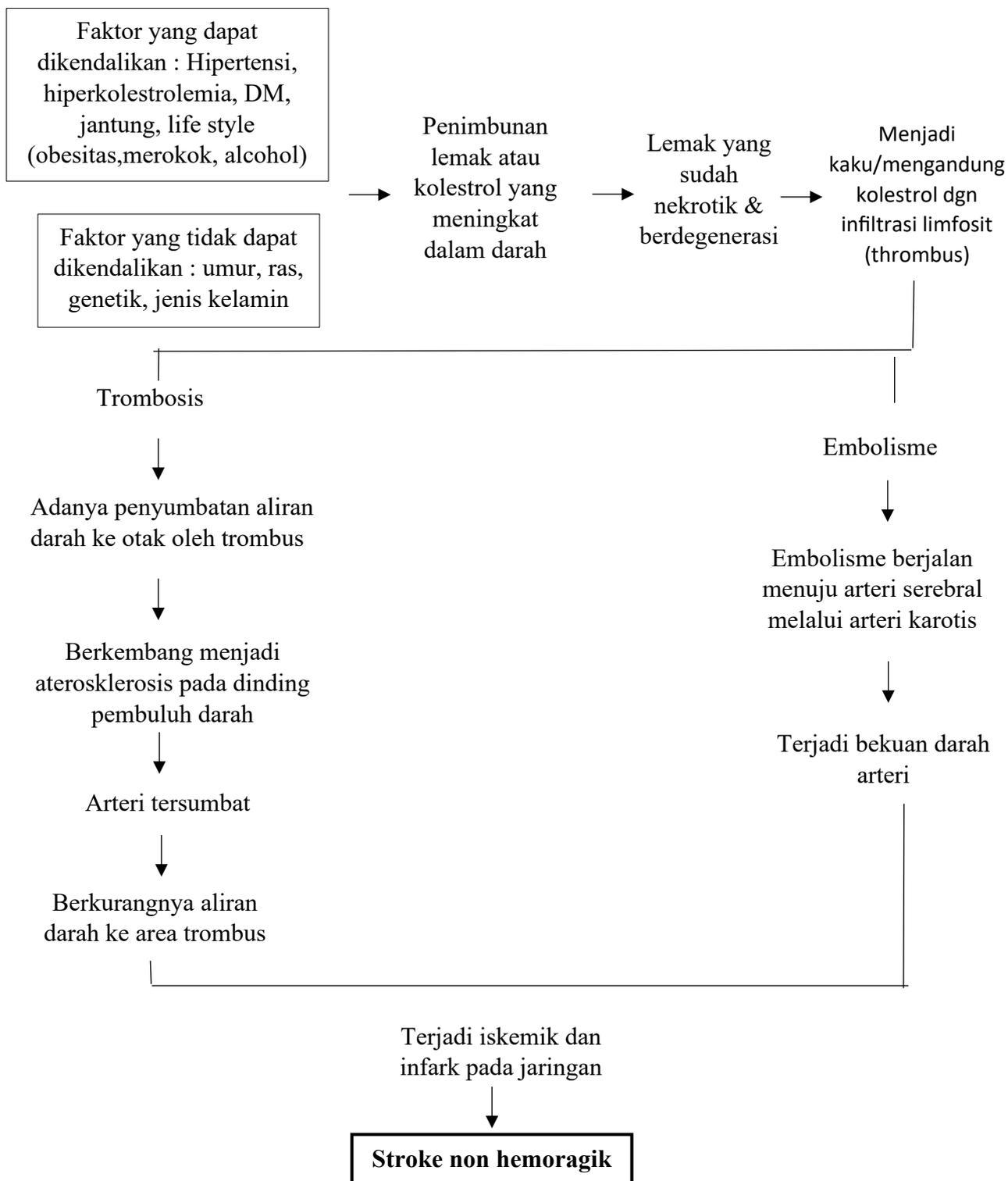
Hendaknya mahasiswa dapat mengatur waktu untuk pasien kelolaan dan pasien lain, dan sebelum melakukan asuhan keperawatan sebaiknya mahasiswa lebih membekali diri dengan ilmu dan pengetahuan tentang asuhan keperawatan, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik agar asuhan keperawatan dapat berjalan dengan optimal lagi.

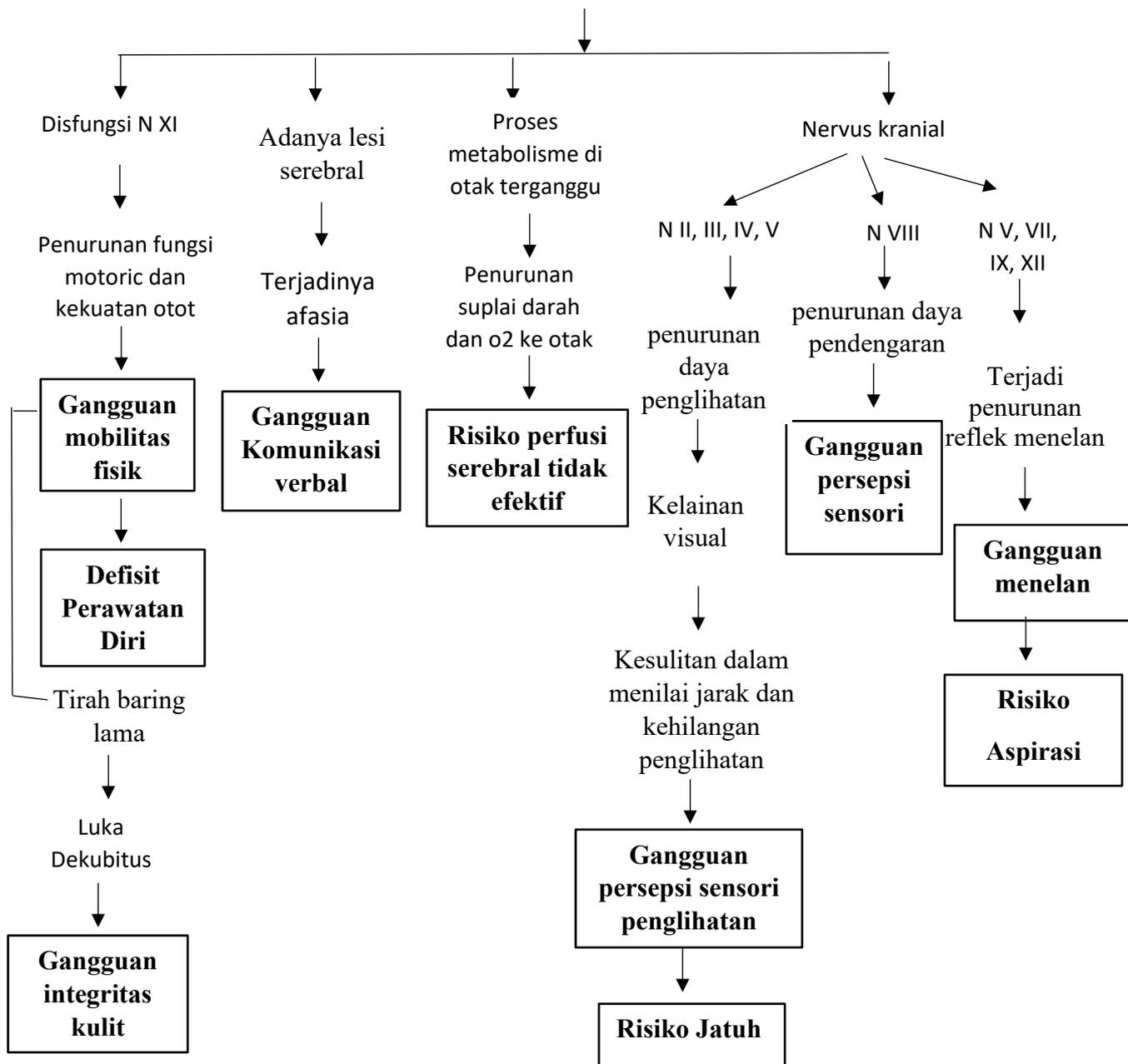
DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, J. K., & Yudhono, D. T. (2022). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemorage Dengan Keperawatan Merdeka. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 108
- A., Martono, M., Editya Darmawan, R., Nur Anggraeni, D., Keperawatan, J., & Kemenkes Surakarta, P. (n.d.). Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Usia Produktif. In *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah* (Vol. 7, Issue 1).
- Ardi, M. (2019). Strategi Menelan Dan Oral Motor Exercise Untuk Mencegah Aspirasi Pada Pasien Stroke. *Jurnal Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*. (Vol. 10, Issue 1)
- Brunner & Suddarth. (2017). *Keperawatan Medikal-Bedah* Brunner & Suddarth Edisi 8. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). *Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH EDITION*. In F.A. Davis Company (10th ed.). F.A. Davis Company.
- Faaz, M., Kurniawati, & Erna, S. (2022). Pengaruh Latihan Dual-Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Pasien Stroke Di Klinikbekasi Stroke And Parkinson Center. *Jurnal Fisioterapi dan Kesehatan Indonesia*, 132.
- Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Pustaka Baru Press.
- Kemenkes. (2020). Konsep dasar keperawatan diunduh pada tanggal 4 april 2023 <http://bppsdk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/konsep-dasar-keperawatan-komprehensif.pdf>.
- LeMone, P., Burke, K. M., Bauldoff, G., & Gubrud, P. (2017). *Medical- surgical nursing:critical thinking for person-centred care*. In *Medical-Surgical Nursing Critical Thinking for Person-Centred Care* (3rd ed., Vols. 1–3). pearson australia.
- Mufidaturrohmah. (2017). *Dasar-Dasar keperawatan* (1st ed.; Turi, ed.). Yogyakarta: Penerbit Giva Media
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73
- Nurarif, A. H. & Kusuma (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*.(3, Ed.). Jogjakarta: Mediaction publishing.

- Nurhidayat, S., Andarmoyo, S., & Widiyati, W. (n.d.). Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living (Adl) Pada Pasien Stroke (Iskemik Dan Hemoragik) Berdasarkan Indeks Barthel Di Rsud Dr. Harjono S. Ponorogo.
- Nursalam. (2015). Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik (5th ed.). Selemba Medika
- Olfah, Yustiana, Ghofur, A. (2016) Dokumentasi Keperawatan. Jakarta Selatan.
- Purwanto, H. (2016). Keperawatan medikal bedah II. Kementerian Kesehatan RI.
- PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1, Cetakan III (Revisi), Jakarta: DPP PPNI
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1, Cetakan II, Jakarta: DPP PPNI
- Riskesdas Nasional, (2018). Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (Online), diakses 25 April 2023.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, edisi 8. Jakarta : EGC.
- Susilo, C. B. (2019). Keperawatan Medikal Bedah : Persarafan. Pustaka Baru.
- Tarwoto. 2013. Keperawatan Medikal Bedah, gangguan sistem persarafan. Jakarta: CV.Sagung Seto
- Thalib, A. H. S., & Saleh, F. J. (2022). Efektivitas Teknik Kebebasan Emosional Spiritual Pada Peningkatan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada, 11(1), 82–88. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.709>
- Wijayanti, E. S. (2021), Asuhan Keperawatan Keluarga pada Kasus Post Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Bluluk Kabupaten Lamongan. Media Komunikasi Ilmu Kesehatan (Vol. 13, Issue 02). <http://jurnal.umla.ac.id>
- Wiwit, S. (2017). Stroke & Penanganannya : Memahami, Mencegah, Dan Mengobati Stroke. Yogyakarta : Katahati
- World Stroke Organization (WSO). Global Stroke Fact Sheet 2022. Published online 2022:1-14.

PATHWAY STROKE NON HEMORAGIK





Susilo (2019) dan Nurarif & Kusuma (2015)

ANALISA OBAT

A. Citicolin

Citicoline adalah obat untuk membantu meningkatkan zat kimia otak atau disebut sebagai *phosphatidylcholine*, yang berperan penting untuk fungsi otak. Obat ini juga dapat meningkatkan jumlah bahan kimia lain yang mengirim sinyal-sinyal ke otak. Obat ini dikonsumsi sebagai suplemen atau disuntikan ke pembuluh darah atau ke otot, digunakan sebagai obat untuk membantu meningkatkan daya ingat, berpikir, dan fungsi otak pada pasien yang menjalani penyembuhan stroke. Selain itu, juga digunakan untuk beberapa kondisi lainnya, seperti hilang ingatan karena penuaan hingga penyakit Alzheimer.

Indikasi obat :

Gangguan serebrovaskular, gangguan kognitif, cedera kepala, dan penyakit parkinson.

Kontraindikasi obat :

Alergi terhadap citicolin serta ketegangan otot (hipotonia) pada sistem saraf parasimpatis.

Efek samping :

Sakit kepala, pusing, konstipasi (sembelit), diare, mual, penglihatan kabur, kesulitan tidur (insomnia), nyeri dada, dan hipotensi.

B. Paracetamol

Paracetamol atau asetaminofen adalah obat analgesik analgesik dan antipiretik yang banyak dipakai untuk meredakan sakit kepala ringan akut, nyeri ringan hingga sedang serta demam. Manfaatnya dalam penanganan demam kurang terpercaya. paracetamol memiliki sifat antiinflamasi (antiradang) yang sangat lemah sehingga tidak dapat menggantikan obat-obat tersebut pada penanganan sejumlah penyakit.

Indikasi obat :

Meredakan gejala demam, nyeri, dan infeksi saluran kemih

Kontraindikasi obat :

Alergi terhadap paracetamol, gangguan hati berat atau penyakit hati aktif

Efek samping :

Mual, muntah, gangguan makan, nyeri perut, asidosis metabolik, kelainan metabolisme glukosa.

C. Amlodipine

Amlodipine merupakan obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi. Yang bekerja melebarkan pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi lancar. Amlodipine sering digunakan pada penyakit angina, atau mungkin diberikan dengan alasan lain, konsultasikan dengan dokter.

Indikasi obat :

Hipertensi dan angina pektoris

Kontraindikasi obat :

Hipersensitivitas terhadap amlodipine, syok kardiogenik, stenosis aorta berat, angina tidak stabil, hipotensi berat, gagal jantung, dan gangguan hepar

Efek samping :

Kaki bengkak, kelelahan, mual, pusing, dan nyeri perut

D. Oxicobal

Obat ini mengandung mecobalamin yang indikasi untuk neuropati perifer (gangguan yang terjadi akibat kerusakan pada sistem saraf perifer atau sistem saraf tepi). Mecobalamine merupakan vitamin b 12 yang terjadi secara alami didalam tubuh. Vitamin b12 berfungsi untuk proses metabolisme yang penting dalam perkembangan sel dan pembentukan sel darah merah, dan memelihara tabung saraf yang terdapat di seluruh sistem saraf.

Indikasi obat :

Neuropati perifer dan beberapa jenis anemia

Kontraindikasi obat :

Penyakit tertentu dan alergi obat

Efek samping :

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

E. Transamin

Transamin adalah obat yang mengandung asam traneksamat sebagai zat aktifnya.

Obat keras ini digunakan untuk pengobatan jangka pendek pada gangguan perdarahan, seperti hemofilia, serta untuk mencegah dan mengurangi perdarahan pasca-pencabutan gigi. Transamin juga dapat digunakan pada orang dengan pendarahan berisiko tinggi untuk mengontrol perdarahan, seperti setelah operasi atau cedera, mimisan berat, atau selama perdarahan menstruasi yang berat. Obat Transamin bekerja dengan cara membantu pembekuan darah normal untuk mencegah dan menghentikan pendarahan berkepanjangan

Indikasi obat :

Perdarahan, seperti trauma disertai perdarahan, perdarahan intrakranial, perdarahan postpartum, menorrhagia, persiapan operasi ortopedi dan bypass arteri koroner, hifema, epistaksis dan hemoptisis. Dindikasikan juga pada kasus angioedema herediter, dan melasma.

Kontraindikasi obat :

Hipersensitif pada kandungan transamin, tromboembolik atau pembentukan gumpalan darah pada vena atau arteri, kejang, dan gangguan ginjal berat.

Efek samping :

Gangguan pencernaan, seperti mual, muntah, nyeri perut, dan diare, gangguan penglihatan, anemia, nyeri otot, sakit kepala dan pusing, reaksi hipotensi dan pusing pada pemberian via injeksi cepat.

Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Faizah Husnul Khotimah

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. N dengan Stroke
Non Hemoragik di Ruang Neurologi kamar 1106 Lantai 11
Rsud Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1	Kamis 09 Maret 2023	Pengarahan tentang pengambilan kasus kelolaan dan teknik ujian praktik.	
2	Selasa 28 - April 2023	konsul Bab 1 ; Perbaiki judul menjadi 4 baris Gunakan kata sambung dan parafrase kalimat , Prevalensi harus deduktif	
3	Selasa, 11/4/2023	Bab I : Ace (Penzi minor)	
4	11/4/2023	Edit daftar pustaka Bab 2 kata WSO diringkas saja Referensi dari Wijayanti belum ada di daftar pustaka tiga paragraf di definisi ditambah hasil kesimpulan dari 3 definisi , tambahkan referensi dari buku cetak . Perhatikan singkatan yang belum ada kepanjangan sebelumnya Footer sejajarkan dgn tulisan	
5	13/05/2023	Bab II revisi ke 2 Footer rapihkan lagi syaraf kranial belum muncul sitasi saki hrs nama penulis perhatikan ringkasan Rasional tindakan tulis sumbernya	

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
6	15/05/2023	Bab 3 Lengkapi ginogram analisa data ds & do nrs selaras, tambahkan diagnosa risiko Meningkat, Evaluasi proses & hasil, Perbaiki rencana keperawatan, kriteria hasil menggambarkan ds & do	
7	20/5 2023	Bab. II. aee -	
8	25/5/2023	Bab III : aee dgn kezi minor pd fokus pemberian obat/terapi	
9	20/5/2023	Bab : Perbaiki dasar monkan pd draft kti	
10	02/06 2023	Bab IV : Perbaiki perencanaan dan analisa hambatan	
11	04/06 2023	Bab V : Rev I perbaikan bagian saran.	

(lanjutan)

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
12	06/06 2023	Bab <u>IV</u> Acc	
13	07/06 2023	Bab <u>V</u> Acc Revisi minor	
14	08/06 2023	Acc untuk maju sidang	
15	10/06 2023	Lanjut persiapan PPT untuk sidang	