



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN STROKE
ISKEMIK DIRUANG MAWAR RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
ANISSA OKTARIYANI LINGGAR
201701072**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN STROKE
ISKEMIK DIRUANG MAWAR RUMAH SAKIT MITRA
KELUARGA BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
ANISSA OKTARIYANI LINGGAR
201701072**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anissa Oktariyani Linggar

NIM : 201701072

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. I dengan Stroke Iskemik Diruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 31 Mei 2020

Yang membuat pernyataan,



Anissa Oktariyani Linggar

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn. I dengan Stroke Iskemik di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk di ujikan pada Ujian Sidang di hadapan Tim Penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. I Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Anissa Oktariyani Linggar (201701072) telah disajikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 8 Juni 2020

Bekasi, 8 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep)

Nama Mahasiswa : Anissa Oktariyani Linggar
NIM : 201701072
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Tn. I Dengan Stroke Iskemik di Ruangan Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : xiv + 78 halaman + 1 tabel + 4 lampiran
Pembimbing : Lisbeth Pardede

ABSTRAK

Latar Belakang : Pola hidup yang tidak sehat dapat menyebabkan suatu permasalahan dalam bidang kesehatan salah satunya stroke. Stroke merupakan penyakit neurologik yang terjadi karena gangguan suplai darah menuju otak berkurang. Faktor risiko yang dapat menyebabkan stroke meliputi usia, jenis kelamin, ras, genetik, hipertensi, merokok, obesitas, dan diabetes mellitus. Hasil dari data Riskesdas (2018) prevalensi stroke di Indonesia naik dari 7% menjadi 10,9%. Provinsi Jawa Barat memegang jumlah penderita stroke terbanyak yaitu 238.000 orang.

Tujuan Umum : Untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik.

Metode Penulisan : Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu menggunakan metode studi kasus, kepustakaan dan deskriptif dengan mengungkapkan fakta sesuai dengan data-data yang di dapat.

Hasil : Hasil dari pengkajian didapatkan empat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan prioritas yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Intervensi pada diagnosa prioritas ketidakefektifan perfusi jaringan serebral : mengobservasi tekanan darah dan nadi, mengobservasi tingkat kesadaran, memberikan posisi 30 derajat, mengobservasi reflek pupil, mengkaji adanya tanda peningkatan TIK. Semua tindakan dilakukan sesuai dengan rencana. Setelah di evaluasi didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai dengan data TD 130/70 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, MAP : 90 mmHg, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4 M6 V5), pupil isokor reflek terhadap cahaya +2/+2, tidak tampak papil edema, muntah proyektil tidak ada, sakit kepala hebat tidak ada.

Kesimpulan dan Saran :Asuhan keperawatan pasien dengan stroke iskemik perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral supaya tidak terjadi komplikasi. Saran perawat dapat mengobservasi tekanan darah, nadi dan tingkat kesadaran pasien.

Keyword : asuhan keperawatan, stroke iskemik.

Daftar Pustaka : 13 (2010-2018)

Name : Anissa Oktariyani Linggar
Student ID Number : 201701072
Majors : Diploma of Nursing
The Title of Scientific Paper : Nursing care on Mr. I with Ischemic Stroke at Rose Room in Mitra Keluarga West Bekasi Hospital
Pages : xiv + 78 pages + 1 table + 4 attachment
Advisor : Lisbeth Pardede

ABSTRACT

Background : Unhealthy lifestyle can causes problems, such as stroke. Stroke is a neurological disease that occurs due to the disruption of blood supply to the brain. Risk factors that can causes stroke such as age, sex, race, genetics, hypertension, smoking, obesity, and diabetes mellitus. The results from Riskesdas data (2018) the prevalence of stroke in Indonesia rose from 7% to 10.9%. West Java Province holds the highest number of stroke sufferers at 238,000.

General purpose : To obtain real experience in giving nursing care to patients with ischemic stroke.

Methods : The writing method used in the preparation of scientific papers is to use case studies, literature and descriptive methods by revealing facts in accordance with the data obtained.

Result : The results of study found four nursing diagnoses. The priority of nursing diagnose is ineffectiveness of cerebral tissue perfusion. Interventions in the diagnose of priority ineffectiveness of cerebral tissue perfusion : observe the blood pressure, pulse and asses the level of consciousness, give the position 30 derajat, observe pupillary reflexes, observe signs of increased intracranial pressure. All actions are carried out according to the plan. After evaluation, it was found the problem was partially resolved, the goal had not been achieved with data BP 130/70 mmHg, pulse 110 bpm, MAP : 90 mmHg, awareness of composmentis with GCS 15 (E4 M6 V5) values. isochoric pupils + 2 / + 2, no papillary edema, no projectile vomiting, no severe headache.

Conclussions and sugestions : Nursing care for ischemic stroke patient need to pay attention on nursing problems which ineffectiveness of cerebral tissue perfusion in order to avoid complication. The nurse's advice should observe the patient's blood pressure, pulse and level of consciousness.

Keyword : nursing care, ischemic stroke.

Source : 13 (2010-2018)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penayayang, saya panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. I dengan Stroke Iskemik Diruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”.

Karya tulis ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin. Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan makalah ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada :

1. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan makalah ilmiah sekaligus dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan telah memberi dukungan serta motivasi.
3. Dr.Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. Ns. Rohayati, M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ini.

6. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.
7. Papa dan Mama tercinta Djaya Supena dan Rida Kurniawati, adik tercinta Raihan Bani Rija yang telah hadir untuk memberikan semangat, motivasi, dukungan moril dan materil, dan do'a yang tidak henti-hentinya untuk penulis serta menjadi motivasi utama bagi penulis.
8. Kepala ruangan *clinical mentor* Ns. Tuti Nurhayati, S.Kep dan perawat ruangan di Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.
9. Tn.I yang telah menerima penulis dengan besar hati dan bekerjasama dalam memberikan informasi kepada penulis serta dukungan kepada pasien selama proses keperawatan
10. Keluarga Tn.I yang telah menerima penulis dengan besar hati dan bekerjasama dalam memberikan informasi kepada penulis serta dukungan kepada pasien selama proses keperawatan.
11. Tukang makan squad : Angelina Tama Ompusunggu, Ajeng Triani, Tio Vani Situmeang dan Siti Khodijah yang memberikan semangat dan bagian dari kehidupan penulis selama perkuliahan.
12. Sahabat KTI : Bella Nurkholifah, Evita Salsya Destia, Gysella Hilmanita, Jelita Dwi Hokti.
13. Kakak tingkat : Ananda Rizki Amd.Kep , Fikri Lesmana Amd.Kep dan Kristina Natalia Amd.Kep yang selalu setia memberikan motivasi bagi penulis selama perkuliahan dan penulisan makalah ini.
14. Sahabat tercinta : Fakuy Squad yang terdiri dari Rini Apriani dan Susila Febrianti.
15. Teman – teman KTI Keperawatan Medical Bedah dan teman – teman angkatan 7 program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan dan berjuang bersama dan menyelesaikan pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.
16. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Tn.I dengan Stroke Iskemik Diruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini dapat memberikan manfaat maupun inspirasi terhadap pembaca.

Bekasi, 31 Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	2
LEMBAR PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Metode Penulisan.....	4
1. Studi kasus.....	4
2. Studi literature	4
3. Media dokumentasi	4
D. Ruang lingkup	4
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi	7
1. Proses perjalanan penyakit	7
2. Manifestasi klinik	9
3. Klasifikasi.....	9

4. Komplikasi	10
D. Penatalaksanaan Medis	12
1. Pemeriksaan penunjang.....	12
2. Farmakoterapi.....	13
3. Rehabilitasi pasca stroke	13
E. Pengkajian.....	13
F. Diagnosa Keperawatan.....	16
G. Intervensi Keperawatan	17
H. Pelaksanaan Keperawatan	25
I. Evaluasi Keperawatan.....	25
BAB III TINJAUAN KASUS.....	26
A. PENGKAJIAN.....	26
1. Pengkajian.....	26
2. Pengkajian Fisik	33
3. Data Tambahan.....	36
4. Data Penunjang.....	36
5. Penatalaksanaan.....	37
6. Data Fokus.....	37
7. Analisa Data	40
B. Diagnosa Keperawatan.....	44
C. Perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan	44
BABA IV PEMBAHASAN.....	63
A. Pengkajian Keperawatan.....	63
B. Diagnosa Keperawatan.....	65
C. Perencanaan Keperawatan	67
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	70
E. Evaluasi	71
BAB V PENUTUP.....	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran.....	76

DAFTAR PUSTAKA	77
----------------------	----

DAFTAR TABEL

Analisa Data	40
--------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflodiagram

Lampiran 2 : SAP Stroke

Lampiran 3 : Flipchart Stroke

Lampiran 4 : Leaflet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masyarakat di zaman globalisasi ini banyak mengalami perubahan, seperti pola hidup. Pola hidup yang tidak sehat dapat menyebabkan suatu permasalahan dalam bidang kesehatan. Budaya masyarakat di zaman ini, mereka lebih cenderung memilih *trend* dari pada kesehatannya, *trend* yang terjadi saat ini salah satunya ialah mengkonsumsi makanan cepat saji (*junkfood*) (Khan *et al*, 2014). Sedangkan dapat diketahui bahwa makanan cepat saji itu banyak sekali mengandung lemak yang tinggi, sehingga dapat menyebabkan *dyslipidemia*, merupakan jumlah lipid yang abnormal di dalam darah, seperti adanya peningkatan kadar kolesterol total peningkatan trigliserida, ataupun penurunan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL) (Khan *et al*, 2014). Kadar lemak dan kolesterol yang tinggi itu dapat mempengaruhi aliran darah dalam pembuluh darah, yang kalau tidak diimbangi dengan aktivitas olahraga lemak dan kolesterol tadi akan menumpuk di pembuluh darah dan menyebabkan plak yang mengakibatkan penyempitan pada pembuluh darah (Aini, dkk, 2017). Hal tersebut dapat menyebabkan gangguan neurologis, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhambat dan mengalami hipoksia. Perubahan neurologis tadi yang nantinya menyebabkan stroke (Bowman dalam Black, J. M. & Hawks, 2014) .

Stroke merupakan penyakit neurologik yang terjadi karena gangguan suplai darah menuju otak berkurang. Hal ini disebabkan oleh adanya penyempitan di dalam pembuluh darah yang disebabkan oleh plak (Bowman dalam Black, J. M. & Hawks, 2014) .

Stroke merupakan penyebab nomer satu dan penyebab kematian nomer tiga di dunia setelah penyakit jantung dan kanker (Kemenkes, 2012). Di Amerika terdapat 795.000 kasus baru dengan stroke setiap tahunnya (Mansfield, et al 2018). Sedangkan di Asia Tenggara sebanyak (4,05%) penduduk di Singapura dan Thailand mengalami stroke. Hasil dari data Riskesdas (2018) prevalensi stroke di Indonesia naik dari 7% menjadi 10,9%. Provinsi Jawa Barat memegang jumlah penderita stroke terbanyak yaitu 238.000 orang. Menurut data rekam medis di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat dalam satu tahun terakhir didapatkan 102 kasus Stroke Iskemik, 58 kasus diantaranya terjadi pada laki-laki dan 44 kasus terjadi pada perempuan. Angka kejadian Stroke Iskemik, akan terus meningkat apabila tidak ditangani segera.

Terdapat dua faktor risiko stroke yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin, ras dan genetik. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah diantaranya adalah hipertensi, merokok, obesitas, diabetes mellitus, perilaku hidup sehat, melakukan aktivitas (olahraga), konsumsi alkohol (Wayunah & Saefulloh, 2017). Mengidentifikasi faktor risiko stroke sangat penting untuk mengendalikan kejadian stroke di suatu negara. Oleh karena itu, berdasarkan faktor risiko yang sudah dijelaskan tersebut maka dapat dilakukan tindakan pencegahan dan penanggulangan penyakit stroke, terutama untuk menurunkan angka kejadian stroke non hemoragik/stroke iskemik (Kabi, dkk, 2015).

Perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik secara komprehensif. Peran perawat meliputi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Peran preventif yang dilakukan perawat ialah mencegah terjadinya Stroke Iskemik dengan cara olah raga teratur, hindari merokok, hidup sehat serta mengurangi makanan cepat saji, terlalu tinggi garam, berlemak dan kolesterol tinggi. Peran perawat sebagai promotif adalah dengan cara memberikan pendidikan kesehatan terkait penyakit stroke iskemik dan

cara berperilaku hidup sehat. Peran perawat sebagai kuratif yaitu dengan berkolaborasi dengan tim medis lainnya dengan melakukan pemeriksaan kolesterol rutin, pemeriksaan gula darah, dan juga memberikan asuhan keperawatan secara holistik baik secara fisik maupun psikis pasien. Peran perawat sebagai rehabilitatif yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan terkait penanganan dan terapi yang bisa dilakukan di rumah sebagai suatu cara untuk mengurangi dampak komplikasi dari penyakit Stroke iskemik (Black, J. M. & Hawks, 2014). Maka dari itu, peran perawat sangat penting untuk mengurangi angka kejadian stroke iskemik ini.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan Stroke Iskemik.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan Stroke Iskemik.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan Stroke Iskemik.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan Stroke Iskemik.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan Stroke Iskemik.

- f. Mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan Stroke Iskemik.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis karya tulis ilmiah ini, seperti :

1. Studi kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan mengadakan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literature

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medis maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan keperawatan, dan catatan dokter.

D. Ruang lingkup

Ruang lingkup karya tulis ilmiah ini merupakan pembahasan Asuhan Keperawatan Pada Tn.I dengan Stroke Iskemik Diruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga

Bekasi Barat yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini penulis membagi bagian-bagian karya tulis kedalam lima bab besar yang secara sistematika disusun sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan terdiri dari

Latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan teoritis terdiri dari

Konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit), manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan.

Bab III Tinjauan kasus terdiri dari

Pengkajian keperawatan,, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan.

Bab IV Pembahasan

Membahas kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab V Penutup yang terdiri dari

Kesimpulan dan saran.

Daftar Pustaka dan Lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke adalah istilah yang menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak (Black, J. M. & Hawks, 2014).

Sedangkan menurut Oktavianus (2014) Stroke Iskemik adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya thrombus atau embolus.

B. Etiologi

Menurut Tarwoto, (2013) berdasarkan keadaan patologisnya stroke dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Stroke Hemoragik

Stroke ini terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah otak, baik di subarachnoid, intraserebral maupun karena aneurisma.

2. Stroke Iskemik/ Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak. Hampir 85% pasien stroke merupakan iskemik. Ada banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya hambatan aliran darah otak. Ada empat hambatan yang sering menyebabkan iskemik diantaranya adalah adanya thrombosis, emboli, hipoperfusi sitemik, dan penyebab lain penyempitan lumen arteri.

a. Trombosis

Trombosis merupakan pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan terganggunya

aliran darah ke otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi iskemik dan berakhir pada infark.

b. Emboli

Emboli merupakan benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan oklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak.

c. Hipoperfusi sistemik

Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri misalnya karena *cardiac arrest*, emboli pulmonal, miokardial infark, aritmia, dan syok hipovolemik.

d. Penyempitan lumen arteri

Dapat terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme atau karena kompresi massa dari luar.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut Oktavianus, (2014) stroke trombotik, oklusi disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama semakin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini dapat menyebabkan iskemik yang akan berlanjut menjadi infark. Dalam waktu 72 jam daerah tersebut akan mengalami edema dan lama – kelamaan akan terjadi nekrosis. Lokasi yang paling sering pada stroke thrombosis adalah di percabangan arteri carotis besar dan arteri vertebra yang berhubungan dengan arteri basiler. Onset stroke trombotik biasanya berjalan lambat.

Stroke emboli terjadi karena adanya emboli yang lepas dari bagian tubuh lain sampai ke arteri carotis, emboli tersebut terjebak di pembuluh darah otak yang lebih kecil dan biasanya pada daerah percabangan lumen yang menyempit, yaitu arteri carotis di bagian tengah. Dengan adanya sumbatan oleh emboli akan menyebabkan iskemik.

Iskemia dengan cepat dapat mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Tingkat oksigen dasar pasien dan kemampuan mengkompensasi menentukan seberapa cepat perubahan yang tidak bisa diperbaiki akan terjadi. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi local, seperti pada stroke atau gangguan perfusi secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Tekanan perfusi serebral harus turun dua per tiga dibawah nilai normal (nilai tengah tekanan arterial sebanyak 50 mmHg atau dibawahnya dianggap nilai normal) sebelum otak menerima aliran darah yang adekuat. Dalam waktu yang singkat, pasien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis.

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di arteri serebral atau pendarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapat suplai dari arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel di bagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan mati dengan segera setelah kejadian stroke terjadi. Hal ini dikenal dengan istilah cedera sel-sel saraf primer (primary neural injury). Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi disekitar bagian utama yang mati. Bagian ini disebut penumbra. Ukuran dari bagian ini bergantung pada jumlah sirkulasi kolateral yang ada. Sirkulasi kolateral merupakan gambaran pembuluh darah yang memperbesar sirkulasi pembuluh darah

utama dari otak. Perbedaan dalam ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral dapat menjelaskan berbagai macam tingkat keparahan manifestasi stroke yang dialami oleh pasien di daerah anatomis yang sama.

2. Manifestasi klinik

Menurut Tarwoto (2013) manifestasi klinis pada stroke tergantung pada sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Gejala yang mungkin muncul meliputi : kelemahan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegi (paralisis) yang timbul secara mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, penurunan kesadaran, afasia (kesulitan dalam bicara), disartria (bicara cadel atau pelo), penurunan lapang pandang atau gangguan penglihatan (diplopia), disfagia, inkontinensia, vertigo, mual, muntah, nyeri kepala dan kemungkinan mengalami peningkatan tekanan intra kranial.

3. Klasifikasi

Menurut Tarwoto (2013) klasifikasi stroke dibedakan menjadi :

- a. Klasifikasi stroke berdasarkan keadaan patologisnya terbagi menjadi dua, yaitu :

- 1) Stroke Hemoragik

Stroke ini terjadi karena perdarahan atau pecahnya pembuluh darah otak, baik di subarachnoid, intraserebral maupun karena aneurisma.

- 2) Stroke Iskemik/ Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak. Hampir 85% pasien stroke merupakan

iskemik. Ada banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya hambatan aliran darah otak.

b. Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakitnya terbagi menjadi tiga, yaitu :

1) Transient Iskemik Attack (*TIA*)

Merupakan gangguan neurologi fokal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit sampai beberapa jam. Gejala yang muncul akan hilang secara spontan dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Progresif (*Stroke In Evolution*)

Perkembangan stroke terjadi perlahan – lahan sampai akut, munculnya gejala semakin memburuk. Proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

3) Stroke Lengkap (*Stroke Complete*)

Gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen, maksimal sejak awal serangan dan sedikit memperlihatkan perbaikan.

4. Komplikasi

Menurut Tarwoto (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan stroke iskemik yaitu:

a. Fase akut

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah pada otak

Pada area otak yang mengalami infark atau terjadi kerusakan karena adanya perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Ketidakadekuatan aliran darah dan oksigen menyebabkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung, atau kardiak

output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

2) Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler yang dapat menyebabkan terjadinya edema jaringan otak.

3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala hebat, dan gangguan kesadaran.

4) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin dan bowel.
- 2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- 3) Nyeri kepala kronis seperti migraine dan nyeri.
- 4) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut Oktavianus (2014) dan Tarwoto (2013) penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik, yaitu :

1. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap seperti, Hemoglobin, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- 2) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- 3) Pemeriksaan kolesterol, lipid
- 4) Pemeriksaan kadar asam urat
- 5) Pemeriksaan elektrolit
- 6) Pemeriksaan masa pembekuan dan masa perdarahan

b. Radiologi

1) MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Pemeriksaan MRI menunjukan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.

2) EEG (Electro Encephalografi)

Mengidentifikasi masalah yang didasarkan pada gelombang otak dan pemeriksaan EEG dapat memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

3) Ultrasonografi Dopler

USG Dopler mengidentifikasi penyakit arteriovena.

4) Sinar X/ foto rontgen

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

5) CT Scan kepala

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

6) Angiografi serebral

Pemeriksaan ini membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

2. Farmakoterapi

- a. Diuretika : pada kasus digunakan untuk menurunkan edema serebral.
- b. Anti Koagulan : pembekuan darah dapat berupa thrombus dan emboli. Pemberian anti koagulan pada kasus stroke bertujuan untuk mencegah memberatnya thrombosis dan embolisme.
- c. Kortikostroid : bertujuan untuk mengurangi pembengkakan dan peningkatan tekanan dalam otak.

3. Rehabilitasi pasca stroke

- a. Terapi fisik : melakukan *range of motion* (ROM), melatih mobilisasi.
- b. Okupasional terapi
- c. Speech terapi

E. Pengkajian

Menurut Doenges, *et al* (2018); Oktavianus (2014); Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan dapat dilakukan dengan menanyakan keluhan utama, riwayat sakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga. Riwayat penyakit terdahulu seperti, hipertensi, diabetes melitus, dyslipidemia. Pengkajian fungsi pola juga dapat dilakukan yang meliputi pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat dan tidur, pola kognitif perceptual, pola konsep diri, pola peran dan hubungan (komunikasi dan hubungan dengan orang lain), pola seksual dan seksualitas, pola koping terhadap stress, pola nilai dan kepercayaan dan pengkajian fisik.

Pengkajian keperawatan meliputi :

1. Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala : kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, perubahan sensori kehilangan sensasi, atau paralisis (hemiplegi), paralisis disatu sisi, mudah lelah. Sulit beristirahat, nyeri,

perubahan pada tonus otot menjadi lemah atau spastik, kelemahan umum, perubahan tingkat kesadaran.

2. Sirkulasi

Tanda dan gejala : riwayat penyakit jantung-infark miokardium (MI), penyakit jantung reumatik dan valvular (katup), gagal jantung, endocarditis bacterial, polisitemia. Hipertensi arterial. Frekuensi nadi mungkin beragam karena berbagai faktor, seperti kondisi jantung yang telah ada sebelumnya, medikasi, efek stroke pada pusat vasomotor, disritmia. Bunyi bruit di arteri carotid, femoral, atau iliak atau aorta abdomen mungkin ada atau mungkin tidak ada.

3. Integritas Ego

Tanda dan gejala : perasaan tidak berdaya, merasa putus asa. Emosi yang labil, mudah marah sedih, kesulitan mengekspresikan diri.

4. Eliminasi

Tanda dan gejala : perubahan pola berkemih, distensi abdomen, distensi kandung kemih, bising usus negatif bila terjadi ileus paralitik neurogenik.

5. Makanan/cairan

Tanda dan gejala : riwayat diabetes (faktor resiko). Kurang nafsu makan, mual dan muntah selama peristiwa akut (peningkatan TIK). Kehilangan sensasi di lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia. Obesitas (faktor resiko). Masalah mengunyah dan menelan.

6. Neurosensori

Tanda dan gejala : sinkop/pusing. Riwayat TIA, RIND (*Reversible Ischaemic Neurological Deficit*). Sakit kepala berat bila terjadi perdarahan intraserebral atau subarachnoid. Kesemutan, kebas dan kelemahan umumnya dilaporkan selama TIA, yang ditemukan dalam berbagai derajat dalam tipe stroke

lain : melibatkan sisi yang tampak mati. Defisit visual pandangan kabur, kehilangan penglihatan secara parsial (kebutaan monokular), pandangan ganda (diplopia), atau gangguan lain dalam lapang pandang. Kehilangan sensori pada sisi kontralateral di ekstremitas dan terkadang di sisi ipsilateral wajah. Gangguan indra pengecap dan penciuman. Status mental/tingkat kesadaran: koma biasanya terjadi pada stadium awal gangguan hemoragik, kesadaran biasanya dipertahankan ketika etiologi bersifat trombotik. Perubahan perilaku-letargi, apati, kombatif/melawan. Perubahan fungsi kognitif memori. Ekstremitas: kelemahan dan paralisis kontralateral dengan semua jenis stroke, penurunan reflex tendon. Paralisis atau paresis wajah (ipsilateral). Bicara: afasia. Agnosia. Perubahan kesadaran citra tubuh, pengabaian atau penyangkalan sisi kontralateral tubuh, gangguan persepsi. Apraksia. Ukuran dan reaksi pupil: mungkin tidak sama, pupil yang terdilatasi dan menetap pada sisi ipsilateral mungkin terjadi dengan hemoragik. Kejang umum dalam stroke hemoragik

7. Nyeri/kenyamanan

Tanda dan gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda. Gelisah. Ketegangan otot wajah, rigiditas nukal (umum terjadi pada stroke hemoragik).

8. Pernapasan

Tanda dan gejala : merokok (faktor resiko). Ketidakmampuan untuk menelan, batuk atau melindungi jalan napas. Pernapasan tidak teratur. Pernapasan ronki.

9. Kemananan

Tanda dan gejala : motorik/sensorik: masalah dengan penglihatan. Perubahan persepsi orientasi spasial tubuh (CVA kanan), pengabaian. Kesulitan melibat objek. Tidak menyadari sisi tubuh yang terganggu. Tidak mampu mengenali objek, warna, kata-kata, wajah yang familier. Menghilangnya respon terhadap panas dan dingin, perubahan pengaturan suhu tubuh. Kesulitan menelan, ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi diri sendiri. Gangguan penilaian, sedikit kekhawatiran tentang keamanan, ketidaksabaran, kekurangan daya tilik (CVA kanan).

10. Interaksi Sosial

Tanda dan gejala : masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.
Perilaku tidak tepat.

11. Penyuluhan/pembelajaran

Tanda dan gejala : riwayat hipertensi, stroke, diabetes dalam keluarga, kecanduan alcohol, merokok (faktor resiko), penggunaan kontrasepsi oral, obesitas.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, *et al* (2018) diagnosa yang dapat diangkat adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan embolisme, interupsi aliran darah: gangguan oklusif, aneurisma serebral, hipertensi, tumor otak, abnormalitas waktu protrombin/tromboplastin parsial.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuscular: penurunan kekuatan/kontrol otot, kelemahan, penurunan daya tahan, gangguan sensori persepsi atau kognitif.
3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi otak, perubahan sistem saraf pusat (SSP), kelemahan sistem musculoskeletal.

4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan penerimaan, transmisi, integrasi sensori- trauma atau defisit neurologis.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, kelemahan, kerusakan status mobilitas, kerusakan persepsi atau kognitif, nyeri, ketidaknyamanan.
6. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan krisis situasional , ketidakadekuatan tingkat persepsi control, ketidakadekuatan tingkat kepercayaan dalam kemampuan untuk melakukan koping.
7. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular- penurunan reflex muntah, paralisis wajah, gangguan perseptual, keterlibatan saraf karnial.
8. Defisiensi pengetahuan mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kekurangan pajanan, tidak familier dengan sumber informasi, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi informasi, kekurangan daya ingat.

G. Intervensi Keperawatan

Menurut Doenges, *et al* (2018) perencanaan yang dapat dilakukan adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan embolisme, interupsi aliran darah: gangguan oklusif, aneurisma serebral, hipertensi, tumor otak, abnormalitas waktu protrombin/tromboplastin parsial.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mempertahankan atau meningkatkan tingkat kesadaran, kognisi dan fungsi motorik dan motorik.
- b. Menunjukkan tanda-tanda vital stabil dan tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK.
- c. Tidak menunjukkan perburukan lebih lanjut atau pengulangan kejadian defisit.

Rencana tindakan :

a. Mandiri

1. Tentukan faktor yang berhubungan dengan situasi individual, penyebab koma, penurunan perfusi serebral, dan kemungkinan peningkatan TIK.
2. Rasional : mempengaruhi pilihan intervensi. Perburukan tanda dan gejala neurologis atau kegagalan untuk membaik setelah serangan awal dapat merefleksikan penurunan kemampuan adaptif intracranial, yang mengharuskan klien tersebut dimasukkan ke area perawatan kritis untuk mempertahankan TIK dalam kisaran yang ditetapkan.
3. Pantau dan dokumentasikan status neurologis secara sering dan dibandingkan dengan nilai normal.

Rasional : mengkaji kecenderungan tingkat kesadaran dan kemungkinan peningkatan TIK

4. Pemantauan tanda-tanda vital menunjukkan :

- a. Adanya hipertensi/hipotensi, bandingkan tekanan darah di kedua lengan.

Rasional : fluktuasi tekanan dapat terjadi karena tekanan serebral atau cedera di area vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi mungkin menjadi faktor presipitasi. Hipotensi dapat terjadi setelah stroke karena kolaps sirkulasi.

- b. Frekuensi dan irama jantung: auskultasi untuk bising (murmur)

Rasional : perubahan frekuensi, terutama bradikardia, dapat terjadi karena kerusakan otak. Disritmia dan bising (murmur) dapat menggambarkan adanya penyakit jantung yang mungkin mencetuskan CVA, misalnya stroke setelah IM (infark miokard) atau stroke akibat disfungsi katup.

- c. Pernapasan, perhatikan pola dan irama serta periode apnea setelah hiperventilasi, atau pernapasan cheyne-stokes.

Rasional : iregularitas dapat menunjukkan lokasi serangan serebral atau peningkatan TIK dan kebutuhan untuk intervensi lebih lanjut, termasuk kemungkinan penggunaan alat bantu pernapasan.

5. Evaluasi pupil, catat ukuran, bentuk, kesamaan, reaktivitas terhadap cahaya.

Rasional : reaksi pupil diatur oleh saraf kranial okulomotor (III) dan bermanfaat dalam menentukan batang otak utuh atau tidak. Ukuran dan kesamaan pupil ditentukan oleh keseimbangan antara saraf simpatis dan parasimpatis. Respon terhadap cahaya mengkombinasi fungsi saraf kranial (II) dan okulomotor (III).

6. Dokumentasikan perubahan penglihatan, seperti pandangan kabur dan perubahan lapang visual.

Rasional : gangguan penglihatan yang spesifik mencerminkan daerah otak yang terkena, mengindikasikan keamanan yang harus mendapat perhatian dan mempengaruhi intervensi yang akan dilakukan.

7. Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti berbicara ketika pasien dalam keadaan sadar.

Rasional : perubahan dalam isi kognitif dan bicara merupakan indikator dari lokasi/derajat gangguan serebral dan kemungkinan mengindikasikan penurunan/peningkatan tekanan intrakranial.

8. Berikan posisi kepala sedikit ditinggikan dan dalam posisi netral.

Rasional : menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral.

9. Pertahankan tirah baring, berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung atau aktivitas sesuai indikasi.

Rasional : aktivitas/stimulasi yang kontinu dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Istirahat total dan ketenangan mungkin

diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya.

b. Kolaborasi

1) Berikan oksigen tambahan, sesuai indikasi.

2) Berikan obat sesuai indikasi :

a. Trombolitik intravena, seperti aktivator plasminogen jaringan (tPA), alteplase (activase), prourokinase rekombinan (prourokinase).

b. Antikoagulan, seperti natrium warfarin (coumadin), heparin berat molekul rendah, misalnya enoksaparin (lovenox), dan dalteparin (fragmin), inhibitor thrombin langsung, ximelagatran (Exanta).

Rasional : dapat digunakan untuk meningkatkan aliran darah serebral dan mencegah pembekuan lebih lanjut dalam stroke iskemik.

c. Agents Antitrombosit, seperti aspirin (ASA), aspirin dengan dipridamol lepas panjang (Aggrenox), tiklopidin (ticlid), klopidoogrel (plavix).

Rasional : agent anti trombosit dapat digunakan setelah stroke iskemik atau TIA, atau untuk mencegah stroke akibat peristiwa jantung, atau diskrasia darah (seperti anemia sel sabit).

d. Antihipertensi, seperti hidralazin (apresoline)

Rasional : hipertensi transien sering kali terjadi selama stroke akut dan biasanya teratasi tanpa intervensi terapeutik. Hipertensi yang telah ada atau kronis memerlukan terapi yang hati-hati karena penatalaksanaan yang agresif meningkatkan resiko perluasan kerusakan jaringan selama terjadinya stroke.

e. Antikonvulsan, seperti lorazepam (ativan), diazepam (valium), fenitoin (dilantin), dan fenobarbital.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuscular: penurunan kekuatan/kontrol otot, kelemahan, penurunan daya tahan, gangguan sensori persepsi atau kognitif.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terganggu atau terpengaruh.
- b. Mempertahankan posisi fungsi yang optimal sebagaimana dibuktikan dengan tidak terjadi kontraktur dan *footdrop*.
- c. Mendemonstrasikan teknik dan perilaku yang memungkinkan pelaksanaan kembali aktivitas.
- d. Mempertahankan integritas kulit.

Rencana tindakan :

a. Mandiri

- 1) Kaji kemampuan secara fungsional dan luas kerusakan awal dan secara yang teratur.

Rasional: mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan serta dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. Bantu dalam pemilihan terhadap intervensi, sebab teknik yang berbeda dapat digunakan untuk paralisis spastik dengan flaksid.

- 2) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dan jika kemungkinan lebih sering jika diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu.

Rasional: membantu mengurangi risiko terjadinya trauma/iskemia jaringan. Daerah yang terkena mengalami perburukan/sirkulasi yang lebih jelek, menurunkan sensasi, dan menimbulkan lebih besar pada kulit/dekubitus.

- 3) Posisikan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat menoleransikannya.

Rasional: membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional; tetapi akan meningkatkan ansietas terutama mengenai kemampuan pasien untuk bernapas.

- 4) Observasi daerah yang terkena termasuk warna, edema, atau tanda lain dari gangguan sirkulasi.

Rasional: jaringan yang mengalami edema lebih mudah mengalami trauma dan penyembuhannya lambat.

- 5) Inspeksi kulit secara teratur, terutama di area tonjolan tulang. Masase secara perlahan setiap area yang berwarna kemerahan dan berikan bantuan, sesuai kebutuhan.

Rasional : poin tekan diatas tonjolan tulang paling beresiko untuk mengalami penurunan perfusi dan iskemia. Stimulasi sirkulasi dan pemberian bantalan dapat membantu kerusakan kulit dan mencegah dekubitus.

- 6) Mulai latihan rentang gerak aktif atau pasif ke semua ekstremitas.

Rasional : meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi dan membantu mencegah kontraktur.

- 7) Bantu pasien mengembangkan keseimbangan saat duduk, seperti meninggikan kepala tempat tidur, membantu untuk duduk di tepi tempat tidur, minta klien untuk menopang berat tubuh dengan lengan yang kuat)

Rasional : membantu pelatihan kembali alur neuronal, meningkatkan proprioepsi dan respons motorik.

- 8) Motivasi pasien untuk membantu pergerakan dan latihan menggunakan ekstremitas yang tidak terpengaruh untuk menopang dan menggerakkan sisi yang lebih lemah

Rasional : mungkin berespons seakan-akan sisi yang terganggu bukan lagi menjadi bagian dari tubuhnya dan memerlukan penguatan serta pelatihan aktif untuk menggabungkan kembali sisi yang terganggu ke dalam bagian dari tubuh sendiri.

b. Kolaborasi

- 1) Konsultasi dengan ahli terapi fisik tentang latihan aktif dan resistif dan ambulasi pasien.

Rasional : program individual dapat dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan tertentu dan menangani defisit dalam keseimbangan, koordinasi, serta kekuatan.

- 2) Bantu dengan stimulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi.

Rasional : dapat membantu penguatan otot dan meningkatkan kontrol otot volunter, serta kontrol nyeri.

- 3) Berikan relaksan otot dan antispasmodik sesuai indikasi, seperti baklofen (lioresal) dan dantrolen (dantrium)

Rasional : mungkin diperlukan untuk meredakan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu.

3. Defisiensi pengetahuan mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kekurangan pajanan, tidak familier dengan sumber informasi, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi informasi, kekurangan daya ingat.

Hasil yang diharapkan :

- a. Berpartisipasi dalam proses belajar.
- b. Mengungkapkan secara verbal tentang pemahaman kondisi, prognosis, dan kemungkinan komplikasi.
- c. Mengungkapkan secara verbal tentang pemahaman regimen terapeutik dan rasional tindakan.
- d. Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan.

Rencana tindakan :

- a. Mandiri

- 1) Evaluasi tipe dan derajat keterlibatan sensori-persepsi

Rasional : defisit ini dapat mempengaruhi pilihan metode penyuluhan dan isi di dalamnya.

- 2) Libatkan orang terdekat dan keluarga dalam diskusi dan penyuluhan

Rasional : orang terdekat ini akan memberikan dukungan dan perawatan serta memiliki dampak besar pada kualitas hidup pasien.

- 3) Identifikasi tanda dan gejala yang memerlukan tindak lanjut lebih jauh, seperti perubahan atau penurunan fungsi penglihatan, motorik, dan sensorik, perubahan dalam respons mental atau perilaku dan sakit kepala hebat

Rasional : evaluasi dan intervensi yang cepat dan tepat dapat mengurangi resiko komplikasi dan kehilangan fungsi yang lebih lanjut.

- 4) Tinjau keterbatasan atau pembatasan saat ini dan diskusikan perencanaan atau kemungkinan pelaksanaan kembali aktivitas, termasuk hubungan seksual

Rasional : meningkatkan pemahaman, memberikan harapan untuk masa depan dan menciptakan perkiraan tentang pengembalian ke kehidupan yang lebih normal.

- 5) Anjurkan pasien untuk mengurangi atau membatasi stimulus lingkungan, terutama selama aktivitas kognitif

Rasional : stimulus dalam jumlah yang banyak atau dalam waktu yang bersamaan dapat memperburuk kebingungan dan mengganggu kemampuan mental.

- 6) Rekomendasikan pasien untuk mencari bantuan dalam proses penyelesaian masalah dan validasi keputusan sesuai indikasi

Rasional : pasien yang mengalami *cerebro vascular accident* (CVA) kanan, dapat menunjukkan gangguan penilaian dan perilaku impulsif, mengganggu kemampuan untuk membuat keputusan yang benar.

- 7) Identifikasi faktor resiko individual, seperti hipertensi, disritmia jantung, obesitas, merokok, penggunaan alkohol, aterosklerosis, diabetes, gaya hidup yang kurang baik

Rasional : meningkatkan kesejahteraan umum, dan dapat mengurangi resiko kekambuhan. Obesitas pada wanita dapat meningkatkan terjadinya stroke iskemik.

- 8) Tinjau pentingnya diet seimbang, rendah kolestrol dan natrium, jika diindikasikan.

Rasional : meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan umum serta memberikan energi untuk aktifitas kehidupan.

b. Kolaborasi

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Kozier, B., Erb, dkk (2010) menjelaskan bahwa implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut Kozier, B., Erb, dkk (2010) menjelaskan bahwa evaluasi adalah menilai atau menghargai. Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi ini adalah bentuk aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah tidak menentukan apakah intervensi keperawatan harus di akhiri, dilanjutkan atau diubah.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Pasien Tn. I, jenis kelamin laki-laki berusia 56 tahun, status perkawinan pasien menikah, beragama Islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan S1, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, tidak bekerja (sudah pensiun), alamat Wisma asri, Bekasi, biaya asuransi Telkom, adapun informasi yang didapat melalui pasien, keluarga, rekam medis dan perawat ruangan.

b. Resume

Pasien Tn.I datang ke poliklinik Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 3 Februari 2020 pukul 10.00, dengan keluhan ada kelemahan di bagian sisi tangan kanan dan kaki kanan sejak 1 hari sebelum masuk ke RS, pusing dan sakit kepala sejak 1 hari sebelum masuk ke RS, bicara pelo dan tidak jelas, mual ada, muntah tidak ada, riwayat diabetes $\pm$ 20 tahun lalu. Di poliklinik dilakukan pemeriksaan tanda – tanda vital (TTV) didapatkan hasil tekanan darah (TD) : 143/88 mmHg, frekuensi nadi 96x/menit, frekuensi pernafasan 18x/menit, suhu 36°C. GCS E4 M6 V5. Dilakukan pemberian terapi cairan RL 500cc/12 jam dan citicolin 500mg melalui intravena dan dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil : Hemoglobin 10,89 g/dL, Hematokrit 30 vol%, Eritrosit 3,63 jt/uL, Ureum 81mg/dL, Creatinin 5,8 mg/dL.

Pasien kemudian dipindahkan keruang rawat inap di ruang mawar kamar 440.3 pada tanggal 3 Februari 2020 pukul 13.00 kemudian pasien

diperiksa dengan keadaan umum sakit sedang dan kesadaran composmentis, GCS : E4 M6 V5. Pasien masih mengeluh lemas, tangan dan kaki sulit untuk digerakan, dan pusing dan sakit kepala. Masalah keperawatan yang muncul yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan memeriksa tanda – tanda vital : TD 140/90 mmHg, frekuensi nadi 102x/menit, suhu 36,6°C, frekuensi nafas 18x/menit, kesadaran composmentis GCS: E4 M6 V5, pupil +2/+2, tidak ada tanda- tanda peningkatan tekanan intra kranial seperti muntah proyektil tidak ada, sakit kepala hebat tidak ada, papil edema tidak ada, kekuatan otot ekstremitas kanan 2222. Tindakan kolaboratif yang dilakukan adalah pemberian citicolin 2x500 mg, neuroaid 3x400 mg, pletaal 2x50 mg. Pemeriksaan laboratorium : GDS 212 mg/dL, Cholesterol total 200 mg/dL, LDL Cholesterol 139 mg/dL , HDL Cholesterol 33 mg/dL , Triglicerida 228 mg/dL.

Pemeriksaan CT Scan kepala tanggal 7 Februari 2020 kesan : tidak tampak *bleeding/Neoplasm, Age-related cerebral volume loss, deep white, matter brain iskemia, multiple end-zone infractions di pons corona radiate fronto parietale lobus kiri >kanan*. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi, keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS: E4 M6 V5, tekanan darah 140/90 mmHg, pasien mengatakan masih pusing dan sakit kepala, pasien tampak masih mengalami kelemahan ektstremitas tangan dan kaki sebelah kanan dengan hasil kekuatan otot 2222. Gangguan perfusi jaringan serebral masih terjadi.

c. Riwayat Keperawatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

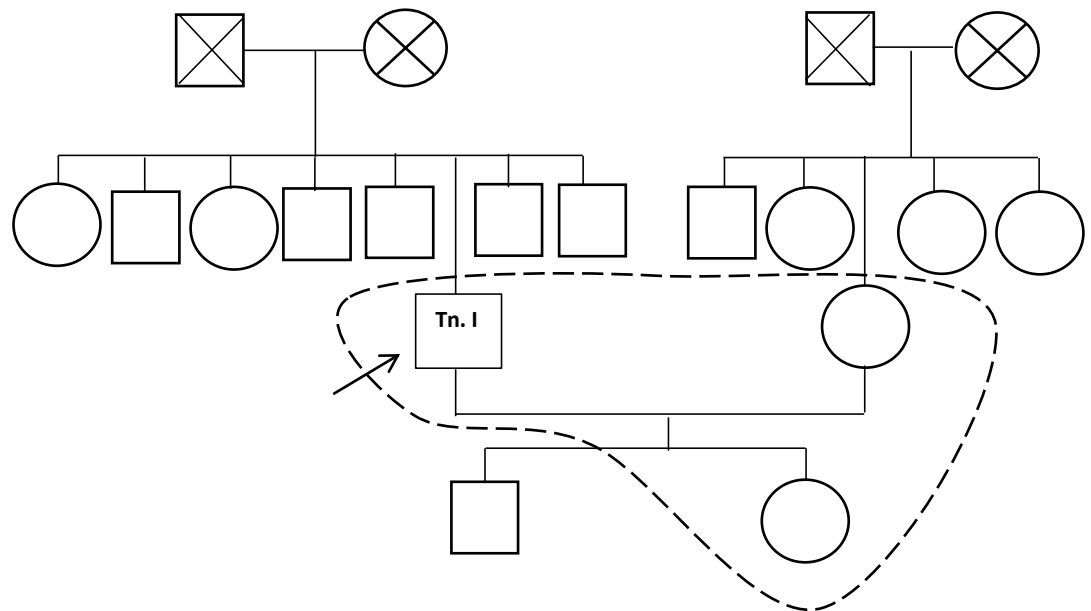
Pasien mengatakan lemas, pusing dan sakit kepala, pusing dan sakit kepala sering hilang timbul durasinya $\pm$ 5 menit mual seperti ingin

muntah, tangan dan kaki mengalami kelemahan sehingga sulit untuk digerakan. Pasien mengatakan penyebab pasien sakit sekarang mungkin karena pola kebiasaan pasien yang kurang baik seperti masih merokok setiap hari habis 3 bungkus, makan tidak pernah ada pantangan, dan tidak pernah olahraga.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit sebelumnya yaitu riwayat diabetes $\pm$ 20 tahun. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan, hewan dan lingkungan. Pasien mengatakan tidak meminum obat apapun dirumah.

3) Riwayat kesehatan keluarga (genogram dari klien)



Keterangan :



= Perempuan



= Laki-laki



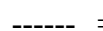
= Menikah



= Meninggal



= Pasien



= Tinggal Satu Rumah

Pasien adalah anak ke enam dari delapan bersaudara. Orang tua pasien sudah meninggal ayah pasien memiliki riwayat darah tinggi dan ibu pasien memiliki riwayat diabetes mellitus tipe 2. Pasien memiliki dua orang anak, anak pertama sudah menikah dan tinggal bersama suaminya dan anak kedua masih bekerja dan tinggal bersama pasien dan istrinya.

4) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko adalah ibu pasien mengalami diabetes mellitus tipe 2.

5) Riwayat Psikososial dan Spiritual

- a) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah anak serta istrinya.
- b) Interaksi keluarga adalah pola komunikasinya baik, pembuatan keputusan oleh suami.
- c) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah anak-anak dan istrinya khawatir dengan keadaan pasien. Istrinya mengatakan akan selalu *support* pasien agar bisa cepat sembuh
- d) Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat pasien kesulitan untuk melakukan aktivitas.
- e) Mekanisme Koping terhadap stress yaitu pasien tidak terlalu memikirkan penyakitnya apabila terpikirkan pasien mengatakan memilih tidur, main hp dan makan membuat pasien merasa lebih baik.
- f) Persepsi pasien terhadap penyakitnya

Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini adalah pasien mengatakan apakah tangan dan kakinya dapat digerakan kembali seperti dulu apa penyakitnya ini bisa terjadi kembali.

Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien dapat sembuh sehingga dapat melakukan aktivitas kembali. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien merasa kesulitan untuk beraktivitas karena sulit menggerakkan tangan dan kaki kanannya.

g) Sistem nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukukan adalah sholat 5 waktu.

h) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan rumahnya dan lingkungan sekelilingnya bersih.

i) Pola kebiasaan

(1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari, nafsu makan baik, mual dan muntah tidak ada, porsi makan selalu habis satu porsi, makanan yang tidak disukai tidak ada, tidak ada alergi makanan, tidak ada makanan pantangan, pasien mengatakan suka makanan apapun nasi uduk, nasi padang, gorengan, teh manis pasien menyukainya, makanan diet tidak ada, obat-obatan yang dikonsumsi sebelum makan tidak ada, dan pasien tidak menggunakan alat bantu untuk makan.

Saat pengkajian makan 3x/hari, nafsu makan tidak baik, mual ada, terkadang ingin muntah, pasien mengatakan makanan hanya habis 5 sendok makan, pasien tampak menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi makan, dirumah sakit pasien tidak suka makan makanan yang lunak seperti bubur, tidak ada makanan yang membuat alergi, makanan diit lunak DM

dan jantung 1700 kkal, obat-obatan yang diminum sebelum makan tidak ada, tidak ada penggunaan alat bantu makan, pasien tampak pucat.

(2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien BAK normal tidak ada keluhan saat BAK, warna kuning, frekuensi BAK 5-6 kali, pasien tidak menggunakan alat bantu kateter,dll. Pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAB, BAB 2 hari sekali, warna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, dan pasien tidak menggunakan obat pencahar.

Saat pengkajian pasien menggunakan pampers pasien mengatakan sulit menahan buang air kecil, pasien tidak menggunakan alat bantu kateter,dll. BAB pasien normal warna coklat, lembek, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan obat pencahar untuk BAB.

(3) Pola *Personal Hygiene*

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 2x/hari pada pagi dan sore hari. *Oral hygiene* 2x/hari pada pagi dan malam hari. Mencuci rambut 3x/minggu.

Saat pengkajian pasien mengatakan sudah mandi dengan cara di lap oleh istrinya setiap pagi dan sore. *Oral hygiene* 1x/hari saat pagi melakukannya sendiri menggunakan tangan kiri. Mencuci rambut 2x/minggu tetapi tidak menggunakan shampoo.

(4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidur siang selama 1-2 jam, lama tidur malam 5-6 jam, kebiasaan sebelum tidur biasanya adalah menonton tv.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, lama tidur malam 6-7 jam, kebiasaan sebelum tidur yang dilakukan berdoa, menonton tv.

(5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien bekerja pada pagi hari, pasien mengatakan sebelumnya kerja diperusahaan Telkom sebelum akhirnya pasien memutuskan untuk pensiun dini karena sudah merasa lelah dan juga karena sakit. Pasien mengatakan tidak pernah berolah raga dan tidak menyukai olah raga karena pasien berpikir itu sangat membosankan. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam beraktivitas.

Saat pengkajian pasien mengatakan dirumah sakit hanya tiduran dan nonton tv saja karena pasien merasa lemas. Pasien mengatakan sulit beraktivitas karena tangan dan kaki kanannya mengalami kelemahan sehingga terkadang pasien membutuhkan bantuan istri atau perawat untuk melakukan aktivitas.

(6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan bahwa pasien adalah perokok aktif, pasien sudah mulai merokok sejak masih bersekolah di tingkat SMP, pasien mengatakan

bahwa pasien dapat menghabiskan 3 bungkus rokok dalam sehari, pasien tidak menggunakan NAPZA.

Saat pengkajian pasien tidak merokok selama dirumah sakit, pasien merasa mulutnya asam karena sudah lama tidak merokok.

2. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan fisik umum

Pasien mengatakan sebelum sakit berat badan (BB) 73 kg dan BB saat ini 73 kg, tinggi badan (TB) 165cm, Indeks masa tubuh (IMT) 26,8 (*overweight*), keadaan umum sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

2) Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak kabur, tidak ada tanda-tanda radang pasien menggunakan kacamata jenis kacamata plus OD +3.00 OS +2,75, lapang pandang 180°, tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi pupil terhadap cahaya +2/+2.

3) Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tidak ada tinnitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu dengar.

4) Sistem Wicara

Pasien berbicara jelas dan normal tidak terdapat gangguan pada sistem wicara pasien.

5) Sistem Pernafasan

Jalan napas bersih, pasien tidak tampak sesak, tidak menggunakan otot bantu napas, frekuensi napas 17x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan. Pasien tidak batuk, sputum tidak ada pada saat di palpasi kedua dada simetris, perkusi dada sonor, suara napas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas dan pasien tidak menggunakan alat bantu napas.

6) Sistem Kardiovaskuler

a) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi 105x/menit, irama teratur dan teraba kuat. Tekanan darah 127/70 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler <3 detik, dan tidak ada edema.

b) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut nadi apical 105x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, pasien mengatakan tidak ada nyeri pada bagian dada.

7) Sistem Hematologi

Kulit pasien tampak pucat dan tidak tampak ada perdarahan.

8) Sistem Syaraf Pusat

Pasien mengeluh sakit kepala dan pusing, sakitnya hilang timbul biasanya sakitnya timbul selama 5-10 menit. Tingkat kesadaran composmentis GCS : E4 M6 V5, tidak tampak tanda – tanda

peningkatan tekanan intra kranial (muntah proyektil, papil edema, sakit kepala hebat), pasien mengalami kelemahan di bagian ekstremitas tangan kanan dan kaki kanan, reflek fisiologis tampak normal, reflek patologis tidak ada.

9) Sistem Pencernaan

Gigi pasien tampak ada caries, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak tampak kotor, saliva normal, muntah tidak ada. Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada daerah perut, bising usus 13x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba.

10) Sistem Endokrin

Saat pengkajian tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada pasien, napas tidak berbau keton, luka gangren tidak ada.

11) Sistem Urogenital

Saat pengkajian pasien mengatakan minum pada hari ini 800cc, infus : 200 cc, urine : 4x ganti pampers, IWL 730cc balance cairan tidak dapat dihitung karena pasien menggunakan pampers. Tidak ada perubahan pada pola berkemih, warna urine kuning, tidak ada distensi kandung kemih, dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

12) Sistem Integumen

Saat pengkajian turgor kulit elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan pada kulit, kondisi kulit pada daerah pemasangan infus baik, tekstur rambut baik dan bersih.

13) Sistem Muskuloskeletal

Saat pengkajian pasien mengatakan kesulitan dalam melakukan pergerakan, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, fraktur tidak ada, kelainan bentuk tulang sendi tidak ada, kelainan struktur tulang belakang tidak ada, kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas 5555 dan bawah 5555, pada bagian ekstremitas kanan atas 2222 dan bawah 2222.

3. Data Tambahan

Pasien mengatakan sudah memiliki penyakit keturunan yaitu diabetes mellitus sejak 20 tahun lalu. Pasien mengatakan tidak tau mengenai penyakit stroke, pasien mengatakan tidak tau apa penyebab stroke, pasien mengatakan tidak tahu tanda dan gejalanya stroke, pasien hanya mengatakan stroke itu membuat tubuhnya mengalami kelemahan, pasien mengatakan tidak tahu cara pencegahannya agar stroke tidak terulang kembali. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat apapun sebelum masuk rumah sakit. Selama dirumah pasien mengatakan tidak pernah berolahraga, pasien merokok sehari 3 bungkus, makanan tidak pernah ada pantangan dan apa saja dikonsumsi. Pasien tampak bingung ketika di tanya tentang stroke.

4. Data Penunjang

Hasil laboratorium pada tanggal 3 Februari 2020 ialah : Hemoglobin 10.8 g/dL (13.5-18.0), Hematokrit 30 vol% (42-52) , Eritrosit 3.63 juta/uL (4.70-6.00) , Ureum 81 mg/dL (0-49) , Creatinin 5,8 mg/dL (0.7-1.2). GDS 212 mg/dL (60-140) , Kolesterol total 200mg/dL (<200), LDL Kolesterol 139 mg/dL (<100) , HDL Kolesterol 33 mg/dL (>40), Trigliserida 220 mg/dL (<150).

Hasil EKG tanggal 4 Februari 2020 kesimpulan : Sinus Ritme.

Hasil CT Scan kepala tanggal 7 Februari 2020 kesan : tidak tampak *bleeding/Neoplasm, Age-related cerebral volume loss, deep white, matter*

brain iskemia, multiple end-zone infractions di pons corona radiate fronto parietale lobus kiri >kanan.

5. Penatalaksanaan

Obat oral yaitu pletaal 2x50 mg , Neuroaid 3x400 mg , prorenal 3x40 mg, CACO3 3x500 mg, Folac 3x400 mg, Allopurinol 2x100 mg, Natrium bicarbonate 2x500 mg, furosemide 1x40 mg, Glurenorm 1x30 mg, OSCAL 1x 0,25 mg, capsul campur 3x1tab, Beta-one 2x 2,5 mg.

Obat injeksi IV yaitu citicolin 2x500 mg.

Infus : Renxamin 200cc. Sesuai dengan terapi medis.

Diit lunak Dm dan jantung 1700 kkal.

6. Data Fokus

Keadaan umum : sakit sedang , kesadaran composmentis, GCS : E4 M6 V5, tanda – tanda vital : tekanan darah (TD): 127/70 mmHg, frekuensi nadi : 105x/menit, frekuensi napas : 17x/menit, suhu 36,5°C.

1) Kebutuhan Oksigenasi

Data Subjektif : pasien mengatakan pusing dan sakit kepala, pasien mengatakan pusing dan sakit kepala sejak kemarin hilang timbul, lamanya $\pm$ 5-10 menit, pasien mengatakan lemas.

Data Objektif : GCS: E4 M6 V5 , kesadaran composmentis, Tekanan darah 127/70 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, MAP : 102 mmHg, tidak tampak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (muntah proyektil, papil edema, sakit kepala hebat), pasien tampak sulit menggerakkan tangan dan kaki kanannya. Hasil CT Scan kepala, kesan : tidak tampak *bleeding/Neoplasm, Age-related cerebral volume loss, deep white, matter brain iskemia,*

multiple end-zone infractions di pons corona radiate fronto parietale lobus kiri >kanan.

2) Kebutuhan Cairan

Data Subjektif : pasien hari ini minum sudah 800cc.

Data Objektif : Tekanan darah 127/70 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, frekuensi napas 17x/menit, suhu 36,5°C, CRT <3 detik, pasien tampak pucat
Minum 800cc, infus : 200 cc, urine : 4x ganti pampers, IWL 730 balance cairan tidak dapat dihitung karena pasien menggunakan pampers.

3) Kebutuhan Nutrisi

Data Subjektif : pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya makan 5 sendok, pasien mengatakan mulut pasien terasa tidak enak ketika makan.

Data Objektif : pasien tampak hanya menghabiskan ¼ porsi makan, BB saat ini 73 kg, tinggi badan 165 cm dan IMT : 26,8 (*overweight*), konjungtiva tampak anemis, pasien tampak pucat, Hb : 10,8 g/dL.

4) Aktivitas dan istirahat

Data Subjektif : pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangan dan kaki kanannya, pasien mengatakan aktivitas selama dirumah sakit di bantu oleh istri atau perawat karena sulit untuk melakukan semuanya sendiri .

Data Objektif : pasien tampak kesulitan saat diminta untuk menggerakkan tangan dan kaki kanannya, pasien hanya dapat beraktivits di tempat tidur, ADL pasien di rumah sakit di bantu oleh istri dan perawat

kekuatan otot	2222	5555
	2222	5555

5) Kebutuhan Pengetahuan/pembelajaran

Data Subjektif : pasien mengatakan tidak tahu mengenai penyakit stroke dan tidak tau apa penyebabnya, tidak tahu tanda dan gejala stroke, serta cara berpola hidup sehat agar stroke tidak terulang kembali. Pasien mengatakan tidak meminum obat apapun dirumah. Pasien mengatakan dirumah mengkonsumsi makanan apapun tidak ada pantangan pada makanan, pasien mengatakan tidak pernah berolahraga dan pasien mengatakan dirumah sering merokok, dalam sehari pasien bisa menghabiskan sampai 3 bungkus rokok.

Data Objektif : pasien tampak bingung saat ditanya tentang pemahaman terhadap penyakit.

7. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS : a. Pasien mengatakan pusing dan sakit kepala sejak kemarin sakit hilang timbul, lamanya $\pm 5-10$ menit b. Pasien mengatakan lemas DO : a. GCS 15, E4 M6 V5 kesadaran composmentis b. TD : 127/70 mmHg c. Nadi : 105x/menit d. MAP : 102 mmHg e. Hasil CT Scan kepala kesan : tidak tampak <i>bleeding/Neoplasm, Age-related cerebral volume loss, deep white, matter brain ischemia, multiple end-zone infarctions di pons corona radiate fronto parietale lobus kiri > kanan.</i>	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	Adanya sumbatan pada pembuluh darah

2.	DS : a. Pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan b. Pasien mengatakan hanya makan 5 sendok c. Pasien mengatakan mulut terasa tidak enak rasanya ketika makan DO : a. Pasien tampak lemas b. Pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya c. BB : 73 kg TB 165cm IMT : 26,8 (<i>overweight</i>) d. Hb : 10,8 g/dL e. Konjungtiva anemis f. Pasien tampak pucat	Resiko defisit nutrisi	Intake yang tidak adekuat
3.	DS : a. Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangan dan kaki kanannya b. Pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari rumah sakit di	Hambatan mobilitas fisik	Gangguan neuromuscular: kelemahan

	bantu oleh istri dan perawat DO : a. Pasien tampak kesulitan saat diminta perawat untuk menggerakkan tangan dan kaki kananya b. Pasien hanya dapata beraktivitas di tempat tidur, dan ADL pasien dibantu istri dan perawat c. Kekuatan otot <table><tr><td>2222</td><td>5555</td></tr><tr><td>2222</td><td>5555</td></tr></table>	2222	5555	2222	5555		
2222	5555						
2222	5555						
4.	DS : a. Pasien mengatakan sudah memiliki penyakit keturunan yaitu diabetes mellitus sejak 20 tahun lalu. b. Pasien mengatakan tidak tau mengenai penyakit stroke c. Pasien mengatakan tidak tau apa penyebab stroke	Defisit pengetahuan tentang penyakit stroke	Kurang pemahaman terkait penyakit				

	d. Pasien mengatakan tidak tahu tanda dan gejalanya stroke e. Pasien hanya mengatakan stroke itu membuat tubuhnya mengalami kelemahan f. Pasien mengatakan tidak tahu cara berpola hidup sehat agar stroke tidak terulang kembali. g. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat apapun sebelum masuk rumah sakit. h. Selama dirumah pasien mengatakan tidak pernah berolahraga, pasien merokok sehari 3 bungkus, makanan tidak pernah ada pantangan dan apa saja dikonsumsi. DO : a. Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang stroke.		
--	--	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah
2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular: kelemahan
4. Defisit pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurang pemahaman terkait penyakit

C. Perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah

Data Subjektif : pasien mengatakan pusing dan sakit kepala sejak kemarin hilang timbul, lamanya $\pm$ 5-10 menit, pasien mengatakan lemas

Data Objektif : Tekanan darah 127/70 mmHg, frekuensi nadi 105x/menit, MAP : 102 mmHg, tidak tampak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (muntah proyektil, papil edema, sakit kepala hebat), kesadaran composmentis, GCS 15, E4 M6 V5, Hasil CT Scan kepala, kesan : *tidak tampak bleeding/Neoplasm, Age-related cerebral volume loss, deep white, matter brain ischemia, multiple end-zone infarctions di pons corona radiata fronto parietale lobus kiri > kanan.*

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perfusi jaringan serebral kembali efektif.

Kriteria hasil : Tekanan darah dalam batas normal (sistole 100-120 diastole 70-80 mmHg), Nadi dalam batas normal (60-100x/menit),

kesadaran Composmentis, GCS normal (E4, M6, V5), MAP dalam batas normal (70-100 mmHg), tidak ada tanda- tanda peningkatan TIK (muntah proyektil, papil edema, sakit kepala hebat)

Rencana Tindakan :

- a. Observasi tingkat kesadaran pasien setiap 8 jam
- b. Observasi Tekanan darah dan nadi setiap 8 jam
- c. Monitor pupil (kesimetrisan, reaksi terhadap cahaya)
- d. Monitor tanda – tanda peningkatan tekanan intra kranial (muntah proyektil, papil edema, sakit kepala hebat)
- e. Berikan posisi elevasi 30 derajat
- f. Berikan Neuroaid 3x400mg, pletaal 2x50mg dan Citicolin 2x500mg

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.00 memberikan obat Neuroaid 400 mg (oral), pletaal 50mg (oral) dan citicolin 500 mg (IV) dengan hasil obat sudah diberikan. Pukul 10.00 mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil kesadaran pasien composmentis GCS : 15 (E4 M6 V5) pasien mengatakan masih pusing. Pukul 10.10 mengobservasi pupil dengan hasil pupil isokor, reaksi terhadap cahaya +2/+2 . Pukul 10.30 memonitor tanda – tanda peningkatan tekanan intra kranial dengan hasil pasien mengatakan tidak ada muntah proyektil hanya ada mual, papil edema tidak ada dan sakit kepala hebat tidak. Pukul 11.00 memberikan posisi elevasi 30 derajat dengan hasil pasien mengatakan lebih nyaman dan tidak pegal karena tiduran. Pukul 12.00 memeriksa TTV dengan hasil TD 117/62 mmHg, frekuensi nadi 120x/menit, MAP : 80 mmHg.

Pukul 21.00 mengobservasi tingkat kesadaran pasien dengan hasil kesadaran pasien composmentis GCS : E4 M6 V5. Pukul 21.05 perawat ruangan

mengobservasi TTV dengan hasil 120/70, frekuensi nadi 110x/menit, MAP : 87 mmHg, pasien mengatakan lemas, mual dan merasa tidak enak badan, dan masih merasa pusing sedikit. Pukul 21.15 memberikan obat Neuroaid 400mg (oral), pletaal 50mg (oral) dan citicolin 500 mg (IV) dengan hasil obat sudah pasien minum dan citicolin sudah perawat diberikan melalui IV Pukul 21.30 perawat ruangan memonitor tanda- tanda peningkatan tekanan intra kranial dengan hasil pasien muntah proyektil tidak ada, papil edema dan sakit kepala hebat tidak ada. Pukul 21.45 perawat ruangan memberikan posisi elevasi 30 derajat untuk pasien dengan hasil pasien tampak merasa lebih nyaman. Pukul 05.00 perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak masih tertidur dan tampak tenang.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan pusing , pasien mengatakan mual , dan sakit kepala hebat tidak ada.

Objektif : TD 117/62 mmHg (MAP : 80 mmHg), frekuensi nadi 120x/menit, kesadaran composmentis GCS : 15 (E4 M6 V5), pupil isokor +2/+2, tidak tampak papil edema, muntah proyektil tidak ada.

Analisa : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d,e,f

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.00 memberikan obat Neuroaid 400 mg, pletaal 50 mg (oral) dengan hasil obat sudah pasien minum dan tidak dimuntahkan. Pukul 09.00 mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil kesadaran pasien

composmentis GCS : 15 (E4 M6 V5) , mengobservasi pupil dengan hasil pupil isokor, reaksi terhadap cahaya +2/+2. Pukul 10.00 mengobservasi TTV dengan hasil TD 149/73 mmHg, frekuensi nadi 133x/menit, MAP : 98 mmHg, pasien mengatakan pusing ada tapi hilang timbul, sakit kepala hebat tidak. Pukul 10.30 memonitor tanda – tanda peningkatan tekanan intra kranial dengan hasil pasien mengatakan tidak ada muntah proyektil hanya ada mual, papil edema tidak ada dan sakit kepala hebat tidak ada hanya pusing dan sakit kepala hebat tidak ada. Pukul 11.00 memberikan posisi elevasi 30 derajat dengan hasil pasien mengatakan lebih nyaman. Pukul 13.00 memberikan obat neuroaid 400 mg , pletaal 50 mg (oral) dan citicolin 500 mg (IV) dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan, obat IV sudah diberikan.

Pukul 13.30 mengobservasi tingkat kesadaran dengan hasil kesadaran pasien composmentis GCS : 15 (E4 M6 V5) , mengobservasi pupil dengan hasil pupil isokor, reaksi terhadap cahaya +2/+2. Pukul 15.00 mengobservasi TTV dengan hasil TD 137/63 mmHg, frekuensi nadi 115x/menit, MAP : 88 mmHg keadaan umum sakit sedang pasien mengatakan pusing ada dan hilang timbul. Pukul 19.00 perawat ruangan memberikan obat neuroaid 400 mg dengan hasil pasien sudah makan dan sudah minum obatnya, obat diminum dan tidak dimuntahkan.

Pukul 21.00 perawat ruangan menanyakan keluhan pasien Pukul 21.30 perawat ruangan memonitor tanda- tanda peningkatan tekanan intra kranial dengan hasil muntah proyektil tidak ada, papil edema dan sakit kepala hebat tidak ada. Pukul 21.45 perawat ruangan memberikan posisi nyaman untuk pasien dengan hasil pasien diberikan posisi elevasi 30 derajat pasien merasa lebih nyaman. Pukul 02.00 mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak masih tertidur dan tampak tenang. Pukul 05.00 perawat ruangan

mengobservasi TTV dengan hasil 130/83, frekuensi nadi 111x/menit, MAP : 99 mmHg, pasien mengatakan sedikit lemas, pusing sudah sangat berkurang dari yang sebelumnya.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan pusing ada tapi hilang timbul, pasien mengatakan muntah proyektil tidak ada, pasien mengatakan sakit kepala hebat tidak ada.

Objektif : TD 137/63 mmHg (MAP : 88 mmHg), frekuensi nadi 115x/menit, kesadaran composmentis, GCS 15 (E4 M6 V5), pupil isokor +2/+2, tidak tampak papil edema, muntah proyektil tidak ada.

Analisa : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d,e,f

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 07.30 mengobservasi tingkat kesadaran dan reflek pupil dengan hasil kesadaran pasien composmentis GCS 15 (E4 M6 V5), pupil isokor reflek terhadap cahaya +2/+2. Pukul 07.45 mengobservasi TTV dengan hasil TD 149/88 mmHg, frekuensi nadi 113x/menit, MAP : 108 mmHg. Pukul 08.00 memberikan posisi nyaman dengan hasil pasien diberikan posisi high fowler pasien mengatakan lebih nyaman dari yang sebelumnya. Pukul 08.10 memberikan obat neuroaid 400 mg, pletaal 50 mg (oral) dan citicolin 500 mg (IV) dengan hasil pasien sudah makan dan sudah diberikan, obat diminum dan tidak dimuntahkan. Pukul 09.00 memonitor tanda- tanda peningkatan tekanan intra kranial dengan hasil muntah proyektil tidak ada, sakit kepala hebat tidak

ada, papil edema tidak ada. Pukul 10.00 memberikan posisi elevasi 30 derajat dengan hasil pasien mengatakan nyaman.

Pukul 12.00 mengobservasi TTV dengan hasil TD 130/70 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, MAP : 90 mmHg pasien mengatakan kondisinya sudah lebih baik, keadaan umum pasien sakit sedang pusing sudah tidak ada, mual tidak ada. Pukul 13.00 memberikan obat neuroaid 400 mg dan pletaal 50 mg (oral) dan citicolin 500 mg (IV) dengan hasil obat diminum dan tidak dimuntahkan obat injeksi sudah diberikan. Pukul 13.20 memonitor tanda- tanda peningkatan tekanan intra kranial dengan hasil muntah proyektil tidak ada, sakit kepala hebat tidak ada, papil edema tidak ada. Pukul 13.30 mengobservasi tingkat kesadaran dan reflek pupil dengan hasil kesadaran pasien composmentis GCS 15 (E4 M6 V5), pupil isokor reflek terhadap cahaya +2/+2. Pukul 13.40 memberikan posisi nyaman dengan hasil pasien diberikan posisi high fowler pasien mengatakan lebih nyaman dari yang sebelumnya. Pukul 14.00 memberikan posisi nyaman dengan hasil pasien diberikan posisi elevasi 30 derajat pasien mengatakan lebih nyaman dari yang sebelumnya, pasien mengatakan ingin tidur beristirahat.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan pusing sudah tidak ada, mual sudah tidak ada

Objektif : TD 130/70 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, MAP : 90 mmHg, kesadaran pasien composmentis, GCS 15 (E4 M6 V5), pupil isokor reflek terhadap cahaya +2/+2, tidak tampak papil edema, muntah proyektil tidak ada.

Analisa : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning : intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.

Data Subjektif : pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan, pasien mengatakan hanya makan 5 sendok, pasien mengatakan mulut terasa tidak enak rasanya ketika makan.

Data Objektif : pasien tampak lemas, pasien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya, BB saat ini : 73 kg TB 165cm dan IMT : 26,8 (*overweight*), Hb : 10,8 g/dL, Konjungtiva anemis, pasien tampak pucat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi tetap adekuat.

Kriteria hasil : mual hilang, muntah tidak ada, nafsu makan pasien kembali normal (makan habis $\frac{1}{2}$ -1 porsi).

Rencana Tindakan :

- a. Monitor adanya keluhan mual dan muntah/8jam
- b. Monitor asupan makan pagi, siang dan malam
- c. Identifikasi makanan yang tidak disukai pasien
- d. Anjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering
- e. Berikan makanan diit lunak DM dan jantung 1700 kkal sesuai instruksi ahli gizi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 10.40 memonitor adanya keluhan mual dan muntah pada pasien dengan hasil pasien mengatakan mual. Pukul 11.20 memonitor asupan makan pagi peroral dan membantu pasien makan dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan dan hanya makan 4 sendok. Pukul 11.30 mengidentifikasi makanan yang tidak disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan menyukai

semua makanan tapi makanannya tidak ada rasanya. Pukul 11.45 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan dan tidak ingin makan. 12.50 memberikan makanan diit lunak DM dan jantung 1700 kkal dengan hasil pasien mengatakan nanti akan memakannya. Pukul 13.00 memonitor asupan makan siang pasien dengan hasil pasien hanya makan 5 sendok.

Pukul 15.00 perawat ruangan memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan masih mual. Pukul 15.45 perawat ruangan menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan akan mencoba untuk makan sedikit –sedikit tapi sering. Pukul 17.00 perawat ruangan berkeliling mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien masih mual, muntah tidak ada, nafsu makan masih kurang. Pukul 19.00 perawat ruangan memberikan makanan diit lunak DM dan jantung 1700 kkal dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya.

Pukul 21.00 perawat ruangan berkeliling mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien mengatakan masih mual, muntah tidak ada, nafsu makan masih kurang. Pukul 03.00 perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien sedang terbangun pasien tampak lemas, pasien mengatakan mual, pasien tampak muntah warna coklat jumlah ± 50 cc, pasien sudah digantikan pakaiannya dan pasien tertidur kembali. Pukul 05.00 perawat ruangan berkeliling mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak sedang tidur.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan mual ada, pasien mengatakan tidak nafsu, pasien mengatakan menyukai semua makanan, pasien mengatakan makanan yang dimakan seperti tidak ada rasa.

Objektif : pasien hanya menghabiskan makan 5 sendok makan.

Analisa : masalah tetap resiko tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d,e

Pelaksanaan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.00 memonitor adanya keluhan mual dan muntah pada pasien dengan hasil pasien mengatakan masih sedikit mual. Pukul 08.30 memonitor asupan makan pagi dan membantu pasien makan dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan dan hanya makan 2 sendok makan. Pukul 09.30 mengidentifikasi makanan yang tidak disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan menyukai semua makanan tapi makanannya tidak ada rasanya. Pukul 10.45 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan dan tidak ingin makan. Pukul 12.50 memberikan diit lunak DM dan jantung 1700 kkal dengan hasil pasien mengatakan akan memakannya nanti. Pukul 13.00 memonitor asupan makan siang pasien dengan hasil pasien hanya makan. $\frac{1}{4}$ porsi makannya.

Pukul 15.00 perawat ruangan memonitor keluhan mual dan muntah pasien mengatakan mual sudah berkurang. Pukul 15.45 perawat ruangan memonitor asupan makan peroral dengan hasil pasien mengatakan masih mual, karena mual pasien jadi tidak nafsu makan karena kalau makan rasanya ingin dimuntahkan. Pukul 16.10 perawat ruangan menganjurkan pasien makan

sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan akan mencoba untuk makan sedikit –sedikit tapi sering. Pukul 17.00 perawat ruangan berkeliling mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien masih sedikit mual tapi sudah berkurang, muntah tidak ada, nafsu makan masih kurang. Pukul 17.30 perawat ruangan mengkaji keluhan mual muntah pasien dan memonitor asupan makan malam pasien dengan hasil pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makannya.

Pukul 21.00 perawat ruangan berkeliling mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien masih sedikit mual tapi sudah berkurang, muntah tidak ada, nafsu makan masih kurang. Pukul 02.00 perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak sedang tertidur tenang. Pukul 05.00 perawat ruangan berkeliling mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien masih mual, semalam tidak ada muntah, nafsu makan masih kurang.

Evaluasi tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan mual sudah berkurang, muntah tidak ada,
pasien mengatakan tidak nafsu makan dan tidak ingin makan.

Objektif : pasien hanya menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi makan, muntah tidak ada

Analisa : masalah tetap resiko tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d,e

Pelaksanaan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 memonitor adanya keluhan mual dan muntah pada pasien dengan hasil pasien mengatakan mual sudah tidak ada. Pukul 08.20 memonitor asupan makan pagi dan membantu pasien makan dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan dan hanya makan 5 sendok makan. Pukul 09.30 mengidentifikasi makanan yang tidak disukai pasien dengan hasil pasien mengatakan menyukai semua makanan tapi makanannya tidak enak. Pukul 10.45 menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan tidak nafsu makan dan tidak ingin makan. Pukul 12.45 memberikan diit lunak DM dan jantung 1700 kkal dengan hasil pasien mengatakan akan memakannya nanti. Pukul 13.00 memonitor asupan makan siang pasien dengan hasil pasien hanya makan $\frac{1}{4}$ porsi makannya.

Evaluasi tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan mual sudah tidak ada, muntah tidak ada, pasien mengatakan tidak nafsu makan.

Objektif : muntah tidak ada, pasien sudah tidak tampak mual, pasien hanya menghabiskan makan $\frac{1}{4}$ porsi makan.

Analisa : masalah tetap resiko tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d,e oleh perawat ruangan

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular: kelemahan

Data Subjektif : pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangan dan kaki kanannya, pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari rumah sakit di bantu oleh istri dan perawat.

Data Objektif : pasien tampak lemas, pasien tampak kesulitan saat diminta perawat untuk menggerakkan tangan dan kaki kananya, pasien hanya dapat beraktivitas di tempat tidur, dan ADL pasien dibantu istri dan perawat, kekuatan otot

2222	5555
2222	5555

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat mobilisasi secara normal.

Kriteria Hasil : tangan dan kaki pasien dapat digerakan, kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

Rencana tindakan :

- Kaji kekuatan otot pasien
- Anjurkan pasien untuk melatih seperti melebarkan jari-jari tangan dan kakinya atau mengepal jari-jari secara perlahan, dilakukan 2x sehari selama 10-15 menit
- Bantu pasien melakukan ROM aktif/pasif
- Bantu pasien melakukan aktivitas

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 09.30 mengkaji kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot ekstremitas tangan kanan (2222) dan kaki kanan (2222) . Pukul 11.45 menganjurkan pasien untuk melakukan seperti melebarkan jari-jari tangan dan kaki serta mengepalkan jari-jari dilakukan 2x sehari selama 10-15 menit dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kanannya, pasien tampak berusaha untuk menggerakkan tangan sebelah kanannya. Pasien mengatakan

sulit untuk menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya karena terasa lemas. Pasien mengatakan akan berlatih setiap 2x sehari agar tangan dan kakinya tidak kaku. Pukul 12.30 membantu pasien melakukan aktivitas dengan hasil pasien sudah dibantu untuk menggantikan pakaiannya.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangan kanan dan kaki kirinya karena terasa lemas. Pasien mengatakan akan berlatih setiap 2x sehari agar tangan dan kakinya tidak kaku.

Objektif : pasien tampak kesulitan saat diminta menggerakkan tangan dan kakinya, kekuatan otot pasien

2222	5555
2222	5555

Analisa : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 10.30 mengkaji kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot ekstremitas atas kanan 2222, kiri 5555, ekstremitas bawah kanan 2222, kiri 5555. Pukul 11.30 menganjurkan pasien untuk melatih melebarkan jari-jari dan kaki serta mengepalkan jari- jari secara perlahan dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya. Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya karena terasa lemas. Pasien mengatakan akan sering berlatih setiap 2x sehari agar tangan dan kakinya tidak kaku.

Pukul 16.30 perawat ruangan melakukan rom pasif dengan hasil pasien tampak bisa menggerakkan jari tangannya perlahan. Kekuatan otot ekstremitas atas kanan 2222, kiri 5555, ekstremitas bawah kanan 2222, kiri 5555.

Pukul 17.00 perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak sedang melatih menggerakkan dan melebarkan jari-jari dan kaki pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya, pasien tampak berusaha untuk menggerakkan tangan kananya bergeser kekanan dan ke kiri.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan ekstremitas tangan dan kaki masih sulit digerakan karena masih lemas. Pasien mengatakan akan sering berlatih setiap 2x sehari agar tangandan kakinya tidak kaku.

Objektif : pasien tampak bisa menggerakkan jari tangannya perlahan, pasien tampak beberapa kali berlatih sendiri menggerakkan ekstremitas tangan dan kaki kananya kekuatan otot

2222	5555
2222	5555

Analisa : masalah taratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 10.15 mengkaji kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot ekstremitas atas kanan 2222, kiri 5555, ekstremitas bawah kanan 2222, kiri 5555. Pukul

11.00 menganjurkan pasien untuk melatih menggerakkan dan melebarkan jari-jari dan kaki dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya, pasien tampak berusaha untuk menggerakkan tangan kananya bergeser kekanan dan ke kiri. Pukul 12.30 menganjurkan pasien untuk melatih menggerakkan dan melebarkan jari-jari dan kaki dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya, pasien tampak berusaha untuk menggerakkan tangan kananya bergeser kekanan dan ke kiri. Pasien mengatakan tangan kanan sudah mulai bisa di gerakkan sedikit dan kaki kanannya masih belum bisa. Pasien mengatakan akan berlatih setiap 2x sehari agar tangan dan kakinya tidak kaku.

Pukul 15.00 perawat ruangan melakukan rom pasif dengan hasil pasien tampak bisa menggerakkan jari tangannya perlahan, pasien tampak bisa mengangkat pergelangan tangannya secara perlahan. Kekuatan otot ekstremitas atas kanan 2222, kiri 5555, ekstremitas bawah kanan 2222, kiri 5555. Pukul 16.00 perawat ruangan mengoservasi keadaan pasien dengan hasil pasien tampak sedang berlatih menggerakkan tangan dan kakinya supaya lebih mudah digerakan.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan tangan kanan sudah mulai bisa di gerakkan sedikit dan kaki kanannya masih belum bisa. Pasien mengatakan akan berlatih setiap 2x sehari agar tangan dan kakinya tidak kaku.

Objektif : pasien tampak bisa menggerakkan jari tangannya perlahan, pasien tampak bisa mengangkat pergelangan tangannya secara perlahan, pasien tampak beberapa kali berlatih sendiri menggerakkan ekstremitas tangan dan kaki kananya kekuatan otot

pasien tangan kanan 2222 kaki kanan 2222 tangan kiri 5555 kaki kiri 5555.

Analisa : masalah taratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan intervensi a,b,c,d oleh perawat ruangan

4. Defisit pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurang pemahaman terkait penyakit

Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah memiliki penyakit keturunan yaitu diabetes mellitus sejak 20 tahun lalu. Pasien mengatakan tidak tau mengenai penyakit stroke, pasien mengatakan tidak tau apa penyebab stroke, pasien mengatakan tidak tahu tanda dan gejalanya stroke, pasien hanya mengatakan stroke itu membuat tubuhnya mengalami kelemahan, pasien mengatakan tidak tahu cara pencegahannya agar stroke tidak terulang kembali. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat apapun sebelum masuk rumah sakit. Selama dirumah pasien mengatakan tidak pernah berolahraga, pasien merokok sehari 3 bungkus, makanan tidak pernah ada pantangan dan apa saja dikonsumsi.

Data Objektif : Pasien tampak bingung ketika di tanya tentang stroke.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pengetahuan pasien terhadap penyakitnya dapat bertambah.

Kriteria hasil : pasien dapat mengulang kembali penjelasan yang dijelaskan perawat, pasien mengatakan memahami tentang penyakit stroke, pasien dan keluarga tidak bingung.

Rencana Tindakan :

- a. Kaji pengetahuan pasien terkait penyebab dari stroke
- b. Kaji pengetahuan pasien terkait dengan penyakit stroke
- c. Libatkan keluarga dalam kegiatan penyuluhan kesehatan
- d. Berikan penyuluhan kesehatan dan motivasi pasien untuk melakukan pola hidup sehat
- e. Evaluasi hasil penyuluhan yang telah dilakukan

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 13.20 mengkaji pengetahuan pasien terkait penyebab dari penyakit stroke dengan hasil pasien mengatakan tidak tau penyebab dari penyakitnya dan bertanya apa penyebabnya kepada perawat. Pasien mengatakan selama ini pola hidupnya tidak sehat seperti makan sembarangan, tidak pernah berolahraga dan merokok 3 bungkus dalam sehari. Pukul 13.30 mengkaji pengetahuan pasien terkait pemahaman pasien terhadap penyakit stroke dengan hasil pasien tidak mengetahuinya dengan jelas kenapa stroke bisa terjadi pada pasien, pasien dan keluarga tampak bingung. Pukul 13.40 melakukan kontrak penyuluhan terkait penyakit dengan hasil pasien mengatakan tidak ingin dilakukan penyuluhan kesehatan hari ini di karenakan sedang merasa pusing dan ingin beristirahat, pasien menginginkan penyuluhan dilakukan besok tanggal 12 Februari 2020 pukul 11.00 di kamar pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan tidak tau penyebab dari penyakitnya dan bertanya apa penyebabnya kepada perawat. Pasien mengatakan selama ini pola hidupnya tidak sehat seperti makan sembarangan, tidak pernah berolahraga dan merokok 3 bungkus dalam sehari. Pasien mengatakan tidak mengetahui kenapa stroke bisa terjadi

pada pasien. Pasien mengatakan tidak ingin dilakukan penyuluhan kesehatan hari ini di karenakan sedang merasa pusing dan ingin beristirahat, pasien menginginkan penyuluhan dilakukan besok tanggal 12 Februari 2020 jam 11.00

Objektif : pasien tampak bingung dan bertanya-tanya.

Analisa : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning : lakukan pendidikan kesehatan terkait penyakit pasien tanggal 12 Februari 2020.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 11.00 melakukan pendidikan kesehatan terkait penyakit stroke kepada pasien dengan hasil setelah dilakukan pendidikan kesehatan pasien mampu memahami sedikit tentang penyakitnya, pasien tampak memperhatikan. Pukul 11.20 memberikan motivasi pada pasien untuk melakukan pola hidup sehat dengan hasil pasien mengatakan setelah pulang dari rumah sakit akan berusaha berperilaku hidup sehat. Pukul 11.30 mengevaluasi hasil penyuluhan dengan hasil pasien mengatakan pasien dapat menyebutkan pengertian dari stroke, pasien dapat menyebutkan penyebab dari stroke, pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala stroke, pasien dapat menyebutkan pencegahan stroke agar tidak terulang kembali. Pasien tampak paham dengan penyuluhan yang dijelaskan.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 15.00

Subjektif : sebelum dilakukan penyuluhan pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, tapi setelah dilakukan penyuluhan kesehatan pasien mampu menyebutkan pengertian dari stroke, pasien dapat menyebutkan penyebab dari stroke, pasien dapat menyebutkan tanda dan gejala stroke, pasien dapat menyebutkan cara untuk pola hidup sehat .

Objektif : Pasien tampak paham dengan penyuluhan yang dijelaskan.

Analisa : masalah teratasi tujuan tercapai

Planning : hentikan semua intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges (2018), tanda dan gejala yang muncul pada pada pasien dengan stroke iskemik, tergantung pada bagian pembuluh darah mana yang mengalami sumbatan di otak salah satu tanda gejala tersebut adalah gangguan penglihatan. Pada kasus hasil CT Scan menunjukkan kesan : *multiple end-zone infractions di pons corona radiate fronto parietale lobus kiri >kanan*. Hal ini menunjukkan pada kasus pasien mengalami sumbatan di lobus parietal, dimana lobus ini mempunyai peranan penting dalam proses input sensori, mengendalikan gerakan tubuh, bahasa, dan perabaan. Pada kasus gangguan sensori penglihatan tidak terjadi. Hal ini dibuktikan pada saat pengkajian lapang pandang pasien masih dalam batas normal, pasien dapat melihat lapang pandang sejauh 180°.

Menurut Doenges (2018), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami masalah sensori perabaan. Kondisi ini terjadi karena adanya penyumbatan atau kerusakan saraf pada lobus parietal yang dimana salah satunya berfungsi sebagai perabaan. Hal ini tidak terjadi pada kasus, dibuktikan dengan ketika pengkajian perawat memberikan rangsangan pada tangan dan kaki pasien menggunakan hammers, dan pasien masih bisa merasakannya.

Menurut Doenges (2018), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami masalah gangguan bahasa. Kondisi ini terjadi karena adanya penyumbatan atau kerusakan saraf pada lobus parietal yang dimana salah satunya berfungsi sebagai pengaturan bahasa. Hal ini tidak terjadi pada kasus, dibuktikan dengan pada saat pengkajian pasien dapat berbicara dengan jelas dan pasien dapat menjawab pertanyaan perawat dengan baik.

Menurut Doenges (2018), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami masalah gangguan sensoris pengecap. Kondisi ini terjadi karena adanya penyumbatan atau kerusakan saraf pada lobus parietal yang dimana salah satunya berfungsi sebagai pengaturan sensoris pengecap. Hal ini terjadi pada kasus, dibuktikan dengan pada saat pengkajian pasien mengatakan mulutnya terasa tidak enak saat makan, pasien makan hanya 5 sendok makan, pasien mengatakan tidak nafsu makan.

Menurut Tarwoto (2013), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami komplikasi berupa edema. Adanya penyumbatan di pembuluh darah otak akan mengakibatkan otak tidak mendapat suplai darah yang mengandung oksigen. Akibatnya jaringan otak akan mengalami hipoksia dan kematian pada jaringan. Karena itu tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler yang dapat menyebabkan terjadinya edema jaringan otak. Hal ini tidak terjadi pada kasus, yang dibuktikan oleh hasil CT Scan kepala kesan : tidak tampak *bleeding/Neoplasm, Age-related cerebral volume loss, deep white, matter brain ischemia, multiple end-zone infarctions di pons corona radiata fronto parietale lobus kiri >kanan*.

Menurut Tarwoto (2013), pada pasien dengan stroke iskemik biasanya akan dilakukan pemeriksaan diagnostik seperti MRI, EEG, USG Doppler, angiografi serebral. Namun pada kasus hal ini tidak dilakukan di karenakan hasil CT Scan kepala menunjukkan, kesan : *multiple end-zone infarctions di pons corona radiata fronto parietale lobus kiri >kanan*. Dan EKG menunjukkan hasil sinus ritme. Pemeriksaan CT Scan kepala, angiografi, EEG dilakukan untuk melihat adanya masalah pada gelombang otak, menentukan penyebab stroke, dan mengetahui bagian yang terkena infark.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian adalah pasien dan keluarga yang kooperatif dan terbuka menceritakan penyakit yang dialami pasien saat ini, dan dukungan dari pembimbing rumah sakit cukup baik saat melakukan pengkajian keperawatan.

Faktor penghambat dari kasus pasien ketika melakukan pengkajian yaitu, penulis kesulitan membaca beberapa tulisan dokter, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya dalam mendokumentasikan hasil tindakannya.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada di dalam Doenges (2018), tetapi tidak ada pada kasus, yaitu :

1. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi otak, perubahan sistem saraf pusat (SSP), kelemahan sistem musculoskeletal. Kondisi ini terjadi karena adanya kerusakan pada lobus parietal yang salah satu fungsinya pengaturan bahasa. Diagnosa tersebut tidak diangkat oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak memiliki hambatan saat berkomunikasi. Hal ini dibuktikan dengan pasien dapat berkomunikasi dengan perawat dan menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik.
2. Gangguan persepsi sensori perabaan berhubungan dengan perubahan penerimaan, transmisi, integrasi sensori trauma atau defisit neurologis. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan lobus parietal yang merupakan daerah pusat kesadaran sensorik (area sensorik primer) yang berfungsi untuk rasa raba dan pendengaran. Diagnosa tersebut tidak diangkat oleh penulis karena tanda dan gejala tidak terjadi pada pasien. Hal ini dibuktikan dengan pasien tidak mengalami gangguan persepsi sensori

seperti gangguan pendengaran, pasien dapat melihat dengan baik dan pasien masih dapat merasakan sensasi ketika diberikan rangsangan pada tangan dan kakinya.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, kelemahan, kerusakan status mobilitas, kerusakan persepsi atau kognitif, nyeri, ketidaknyamanan. Kondisi ini terjadi karena adanya kelemahan pada otot yang menyebabkan terjadinya kelemahan pada salah satu bagian tubuh. Diagnosa tersebut tidak diangkat oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien mengatakan masih bisa melakukan oral hygiene menggunakan tangan kiri, sehingga penulis mengganti dengan diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan. Hal ini dibuktikan dengan pasien merasa lemas dan sulit beraktivitas karena tangan dan kaki kanannya mengalami kelemahan, kekuatan otot tangan kanan 2222, kaki kanan 2222.
4. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan krisis situasional ketidakadekuatan tingkat persepsi kontrol, ketidakadekuatan tingkat kepercayaan dalam kemampuan untuk melakukan koping. Diagnosa tersebut tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak terlalu memikirkan penyakitnya dan jika sedang ada pikiran pasien mengatakan memilih tidur, main hp dan makan membuat pasien merasa lebih baik..
5. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular-penurunan reflex muntah, paralisis wajah, gangguan perseptual, keterlibatan saraf karnial. Kondisi ini terjadi karena melemahnya saraf vagus yang berfungsi untuk berbicara dan menelan. Diagnosa tersebut tidak penulis angkat karena pada saat pengkajian pasien dapat berbicara dan menelan dengan baik. Hal ini dibuktikan dengan pasien mampu minum,

makan habis 5 sendok makan, dan pasien dapat minum obat yang diberikan melalui oral tanpa dimuntahkan.

Diagnosa yang tidak ada pada Doenges (2018), tetapi ada pada kasus pasien, yaitu :

1. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan mual, pasien mengatakan makan hanya 5 sendok, pasien mengatakan tidak nafsu makan dan mulut terasa tidak enak rasanya ketika makan, Pasien tampak hanya menghabiskan kurang dari $\frac{1}{4}$ porsi makannya, BB : 73 kg TB 165cm, IMT : 26,8 (overweight), Hb : 10,8 g/dL, konjungtiva anemis, pasien tampak pucat.

Faktor pendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan yaitu adanya sumber pustaka sehingga penulis dapat menggunakan sumber pustaka tersebut yang digunakan sebagai pedoman dalam menegakkan diagnosa.

Dalam penegakan diagnosa keperawatan perawat tidak menemukan faktor penghambat dalam membuat diagnosa, karena adanya referensi yang dapat digunakan untuk penegakan diagnosa berdasarkan dengan kondisi pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas nomer satu yaitu ketidakefektifan perfusi serebral berhubungan dengan emboli. Diagnosa prioritas ini dipilih berdasarkan kegawatdaruratannya yaitu sirkulasi. Hal ini di buktikan dengan hasil CT scan kepala kesan : *multiple end-zone infractions di pons corona radiate fronto parietale lobus kiri >kanan*. Karena jika sirkulasi bermasalah atau ada sumbatan pada aliran pembuluh darah akan mengakibatkan aliran darah ke otak menjadi berkurang, sehingga oksigen dan nutrisi yang mengalir ke otak akan terhambat dan akan menimbulkan hipoksia pada jaringan

otak. Hal ini dapat membuat jaringan pada otak akan mengalami kerusakan jaringan.

Pada tujuan dari setiap perencanaan tindakan terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, menurut teori mencapai tujuan dari setiap perencanaan tindakan tidak memiliki keterbatasan waktu. Sedangkan, pada kasus penulis menetapkan waktu selama tiga hari atau selama 3x24 jam untuk mencapai intervensi pada diagnosa yang sudah ditegakkan oleh penulis.

Rencana tindakan keperawatan yang terdapat dalam teori tetapi tidak terdapat ada kasus yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah
 - a. Dokumentasikan perubahan penglihatan, seperti pandangan kabur dan perubahan lapang visual, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus pasien tidak mengalami gangguan penglihatan.
 - b. Kaji fungsi berbicara ketika pasien dalam keadaan sadar, tindakan ini tidak direncanakan dalam kasus karena pasien tidak ada gangguan bicara dan dapat berbicara dengan baik.
 - c. Berikan oksigen, sesuai indikasi. Tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus pasien tidak mendapatkan terapi oksigen.
 - d. Pertahankan tirah baring, berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung atau aktivitas sesuai indikasi, tindakan ini tidak direncanakan karena pasien tidak mengalami jantung dan stroke yang dialami pasien karena adanya sumbatan di pembuluh darah otak.
 - e. Antihipertensi, seperti hidralazin (apresoline), tindakan ini tidak direncanakan karena pasien tidak mengalami hipertensi dan pasien tidak mendapatkan terapi antihipertensi.

2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat

- a. Timbang berat badan. Tindakan ini tidak direncanakan karena pasien mengalami kelemahan di bagian sisi sebelah kanan yang disebabkan oleh penyakit stroke iskemik yang diderita, sehingga pasien kesulitan apabila harus mobilisasi.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular: kelemahan
- a. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dan jika kemungkinan lebih sering jika diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu. Tindakan ini tidak direncanakan pada kasus karena kesadaran pasien composmentis
 - b. Berikan posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat menoleransikannya. Tindakan ini tidak direncanakan pada kasus karena kesadaran pasien composmentis. Tindakan ini dilakukan untuk membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional, tetapi akan meningkatkan ansietas terutama mengenai kemampuan pasien untuk bernapas.
 - c. Observasi daerah yang terkena termasuk warna, edema, atau tanda lain dari gangguan sirkulasi. Tindakan ini tidak direncanakan pada kasus karena pasien tidak mengalami edema dan hasil pitting edema negatif.
 - d. Bantu dengan stimulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi. Tindakan ini tidak direncanakan pada kasus karena pasien tidak memiliki indikasi untuk dilakukan terapi tersebut.
 - e. Berikan relaksan otot dan antispasmodik sesuai indikasi. Tindakan ini tidak direncanakan pada kasus karena pasien tidak mendapat obat antispasmodik.

4. Defisit pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurang pemahaman terkait penyakit
 - a. Anjurkan pasien untuk merujuk pada daftar komunikasi tertulis atau catatan yang ada dari pada hanya bergantung pada apa yang di ingat saja. Tindakan ini tidak direncanakan karena pasien tidak mengalami penurunan daya ingat. Penurunan daya ingat disebabkan oleh kerusakan pada lobus temporal yang berperan memperkuat ingatan, menyimpan ingatan baru, memproses input indra, emosi.

Faktor penghambat dalam menentukan rencana keperawatan ini tidak ditemukan karena dalam penyusunan intervensi penulis mempunyai referensi yang cukup baik sehingga mempermudah penulis dalam penyusunan intervensi.

Faktor pendukung dalam pembuatan rencana keperawatan ini adalah adanya referensi dalam pembuatan intervensi yang mempermudah penulis untuk menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan tindakan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat. Pelaksanaan tindakan dilakukan selama 3x24 jam yaitu pada tanggal 10 Februari sampai dengan 12 Februari 2020. Seluruh rencana tindakan yang disusun oleh penulis dapat dilakukan oleh penulis maupun perawat ruangan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun oleh penulis sehingga berjalan dengan baik dan pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah adanya dukungan dari perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya sehingga dapat terlaksana pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang

sudah disusun. Dan juga sikap kooperatif pasien dan keluarga pada saat pelaksanaan implementasi keperawatan.

Faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan keperawatan adalah adanya keterbatasan waktu dalam melakukan implementasi keperawatan, sehingga penulis tidak bisa melakukan pelaksanaan keperawatan selama 24 jam karena penulis bekerja secara shift. Adapun solusi yang dilakukan penulis untuk menghadapi faktor penghambat adalah dengan melakukan kolaborasi dengan perawat ruangan di shift selanjutnya, sehingga pelaksanaan keperawatan tetap bisa dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah disusun.

E. Evaluasi

Pada evaluasi keperawatan penulis mengarah kepada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya yang dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam perfusi jaringan serebral kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan pusing tidak ada, mual tidak ada, TD 130/70 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, MAP : 90 mmHg, kesadaran pasien composmentis, GCS 15 (E4 M6 V5), pupil isokor reflek terhadap cahaya +2/+2, tidak tampak papil edema, muntah proyektil tidak ada, sakit kepala hebat tidak ada. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan intake tetap adekuat. Selama pasien dirawat 3 hari masalah tetap resiko tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan mual sudah tidak ada, muntah tidak ada, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien makan habis $\frac{1}{4}$ porsi.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular: kelemahan
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat mobilisasi secara normal. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai di tandai dengan pasien mengatakan tangan kanan sudah mulai bisa di gerakkan sedikit dan kaki kanannya masih belum bisa. Pasien mengatakan akan berlatih setiap 2x sehari agar tangan dan kakinya tidak kaku. Pasien tampak bisa menggerakkan jari tangannya perlahan, pasien tampak bisa mengangkat pergelangan tangannya secara perlahan, pasien tampak beberapa kali berlatih sendiri menggerakkan ekstremitas tangan dan kaki kananya kekuatan otot tangan kanan 2222, kiri 5555, kaki kanan 2222, kiri 5555. Hal ini dibuktikan dengan pasien dapat menggerakkan tangan kanannya saat diminta berlatih.

4. Defisit pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurang pemahaman terkait penyakit
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pengetahuan pasien terhadap penyakitnya dapat bertambah. Masalah teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien dapat menjawab pertanyaan perawat saat melakukan evaluasi. Hal ini dapat dibuktikan dengan pasien dapat menyebutkan pengertian dari stroke, penyebab stroke, gejala stroke, cara meningkatkan pola hidup sehat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan stroke iskemik terjadi karena adanya penyumbatan didalam pembuluh darah yang disebabkan oleh thrombus atau emboli, terjadinya thrombus dan emboli di dalam pembuluh darah sangat beresiko pada pasien yang memiliki faktor resiko. Salah satu faktor resiko yang dapat mempengaruhi terjadinya stroke iskemik adalah diabetes mellitus. Terjadinya diabetes mellitus sangat dipengaruhi oleh pola hidup, kadar gula darah yang terlalu tinggi dalam darah dapat menyebabkan terbentuknya sumbatan pada aliran pembuluh darah sehingga suplai oksigen ke otak akan terganggu. Kondisi ini akan menyebabkan stroke iskemik jika pola hidup yang dijalani tidak sehat, sehingga pada pasien yang mengalami stroke iskemik yang harus diperhatikan adalah pola hidup sehat dimana pasien harus merubah kebiasaan buruknya seperti merokok, minum alcohol, makan yang tinggi lemak, kolesterol tinggi, dan jarang berolahraga menjadi berperilaku hidup yang lebih sehat. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu CT scan kepala dapat dilakukakn untuk melihat adanya edema, hematoma, iskemia, atau adanya infark. Data pengkajian yang dapat ditemukan pada pasien stroke iskemik adalah terjadinya kelemahan pada salah satu bagian ekstermitas kanan atau pun kiri.

Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada pasien dengan stroke iskemik ada delapan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada kasus pasien dan diurutkan berdasarkan prioritas adalah sebanyak empat diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan adanya sumbatan pada pembuluh darah, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, hambatan mobilitas fisik berhubungan

dengan gangguan neuromuscular: kelemahan dan defisit pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurang pemahaman terkait penyakit. Berdasarkan diagnosa keperawatan pada kasus pasien tersebut seluruhnya terdapat di dalam teori. Namun masalah prioritas utama pada pasien stroke iskemik adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah, dikarenakan aliran pembuluh darah yang mengalami penyumbatan yang disebabkan oleh emboli yang akan mengakibatkan kurangnya asupan oksigen ke otak. Kurangnya asupan oksigen ke otak dapat menyebabkan otak mengalami hipoksia dan akan menyebabkan kerusakan pada jaringan jika tidak segera ditangani.

Berdasarkan prioritas masalah utama pada pasien dengan stroke iskemik adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, yang di buktikan dengan data hasil CT scan dengan kesan : tidak tampak *bleeding/Neoplasm, Age-related cerebral volume loss, deep white, matter brain ischemia, multiple end-zone infarctions di pons corona radiata fronto parietale lobus kiri >kanan*. Tujuan dan kriteria hasil ini ditetapkan selama 3x24 jam. Maka perencanaan keperawatan prioritas yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik adalah mengobservasi tekanan darah dan nadi, mengobservasi tingkat kesadaran, memeriksa reflek pupil terhadap cahaya, mengobservasi adanya tanda-tanda peningkatan TIK seperti sakit kepala hebat dan muntah proyektil, memberikan posisi 30 derajat. Mengkaji adanya keluhan mual dan muntah, mengkaji intake oral pasien. Mengkaji kekuatan otot, menganjurkan pasien melakukan latihan menggerakkan tangan dan kaki agar tidak kaku. Memberikan penyuluhan terkait dengan penyakit stroke.

Pelaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik adalah mengobservasi tekanan darah dan nadi, mengobservasi tingkat kesadaran, memeriksa reflek pupil terhadap cahaya, mengobservasi adanya tanda-tanda

peningkatan TIK seperti sakit kepala hebat dan muntah proyektil, memberikan posisi 30 derajat. Mengkaji adanya keluhan mual dan muntah, mengkaji intake oral pasien. Mengkaji kekuatan otot, menganjurkan pasien melakukan latihan menggerakkan tangan dan kaki agar tidak kaku. Memberikan penyuluhan terkait dengan penyakit stroke. Tindakan keperawatan ini dapat dilakukan baik secara mandiri maupun dengan tim keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik adalah mengevaluasi keadaan pasien yang dilakukan di akhir 3x24 jam proses pelaksanaan tindakan dan evaluasi akhir pelaksanaan. Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan adanya sumbatan pada pembuluh darah selama 3x24 jam masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan TD 130/70 mmHg, frekuensi nadi 110x/menit, MAP : 90 mmHg, kesadaran pasien composmentis, GCS 15 (E4 M6 V5), pupil isokor reflek terhadap cahaya +2/+2, tidak tampak papil edema, muntah proyektil tidak ada, sakit kepala hebat tidak ada.

Pada diagnosa resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat selama 3x24 jam masalah tetap resiko tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan mual sudah tidak ada, muntah tidak ada, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien makan habis ¼ porsi.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular: kelemahan selama 3x24 jam masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai di tandai dengan pasien tampak beberapa kali berlatih sendiri menggerakkan ekstremitas tangan dan kaki kananya kekuatan otot tangan kanan 2222, kiri 5555, kaki kanan 2222, kiri 5555.

Pada diagnosa defisit pengetahuan tentang penyakit stroke berhubungan dengan kurang pemahaman terkait penyakit selama 2x24 jam masalah teratasi tujuan

tercapai pasien dapat menyebutkan pengertian dari stroke, penyebab stroke, gejala stroke, cara meningkatkan pola hidup sehat.

B. Saran

Berdasarkan faktor penghambat yang ada, maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan bagi tenaga kesehatan mendokumentasikan hasil tindakan yang sudah dilakukan dengan tulisan yang dapat dipahami oleh tenaga kesehatan lain agar tidak terjadi kesalahan dalam membaca hasil tindakan yang sudah dilakukan. Adapun solusi yang dapat dilakukan yaitu dengan berkolaborasi dengan perawat ruangan yang memiliki wewenang untuk mengklarifikasi tulisan yang tidak jelas kepada dokter.

2. Bagi mahasiswa

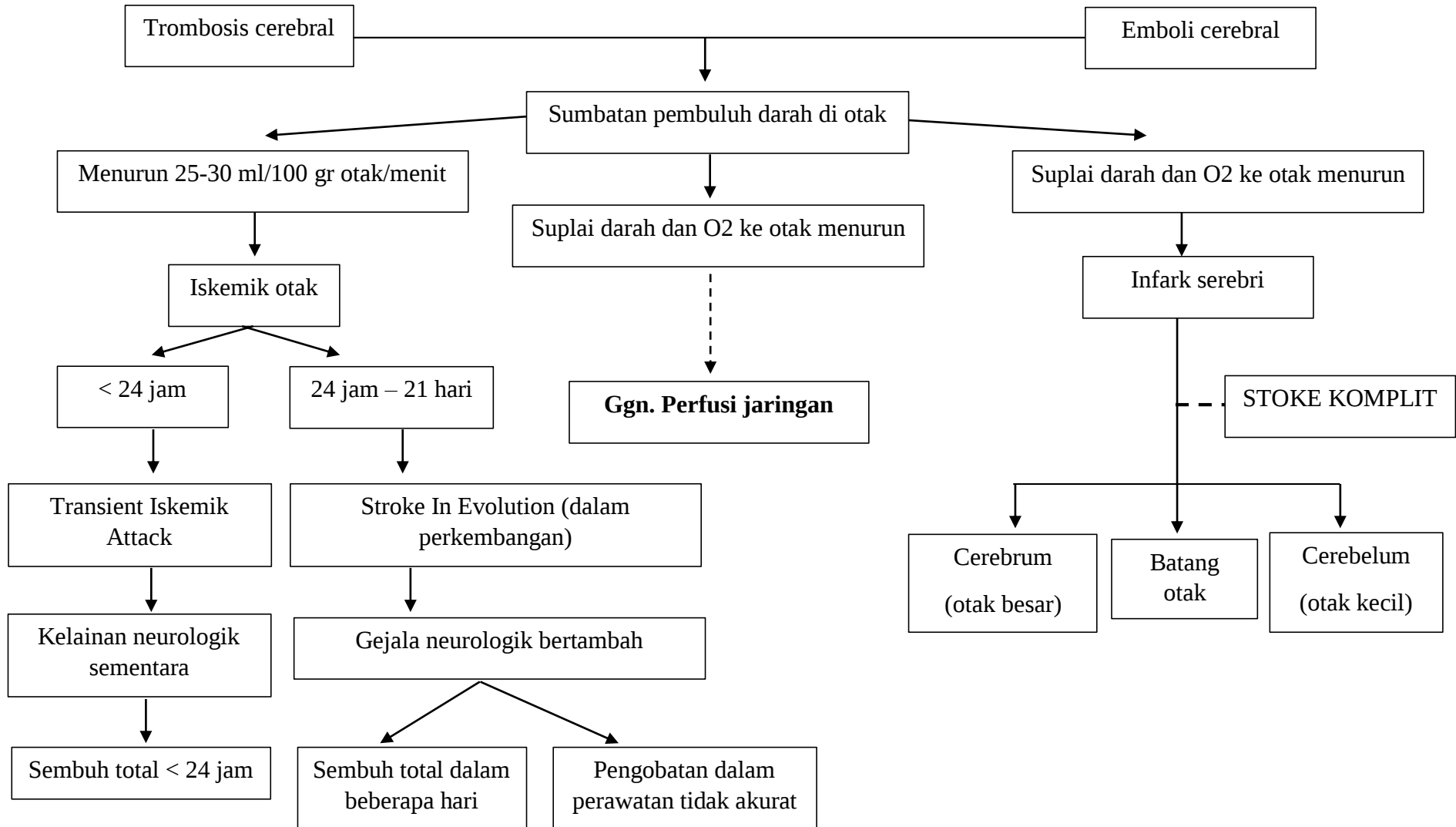
Diharapkan bagi mahasiswa dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik dengan lebih baik lagi dan hal yang harus diperhatikan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik adalah dengan memperhatikan tingkat kesadaran pasien.

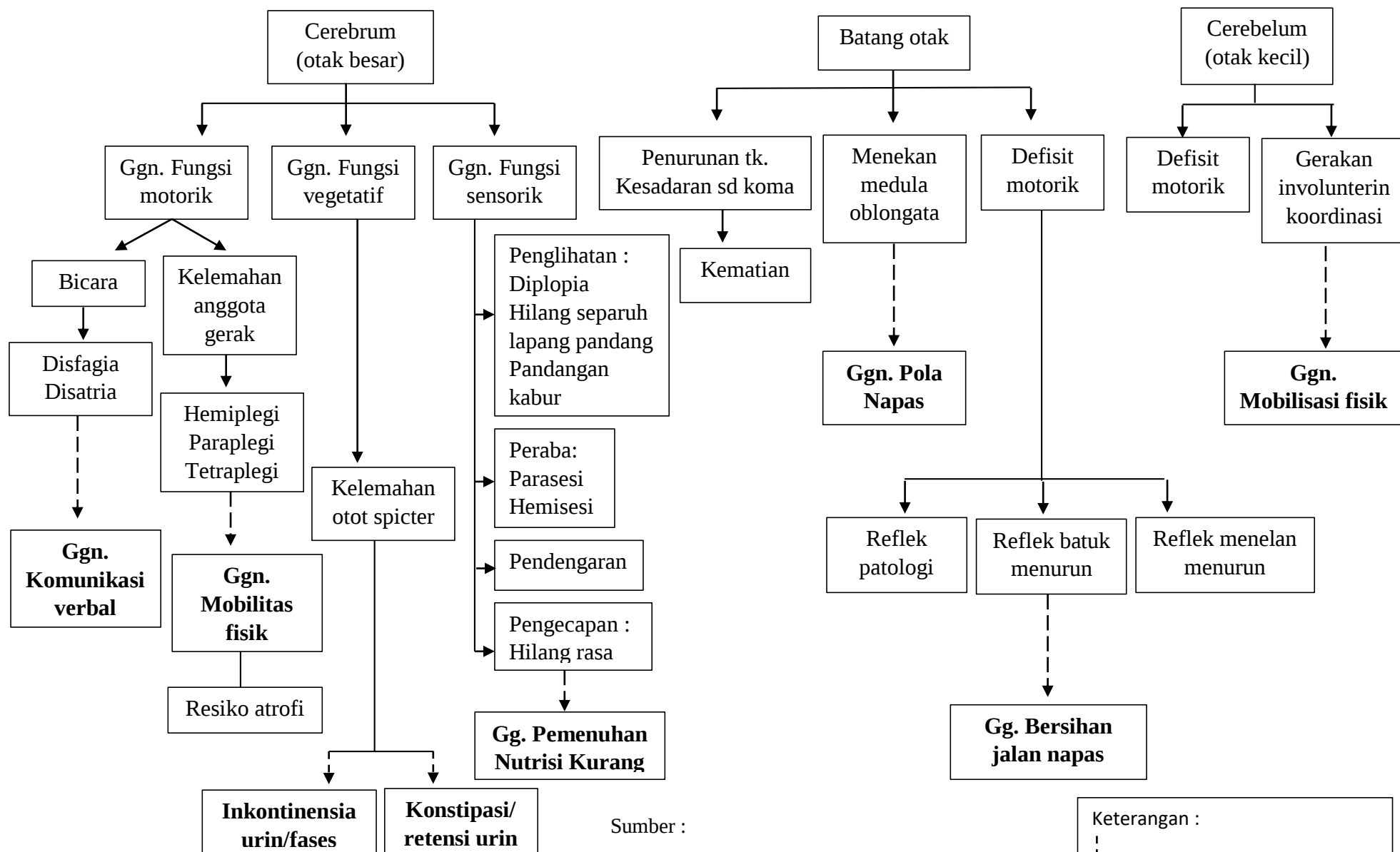
DAFTAR PUSTAKA

- Aini, A. Q., Pujarini, L. A., & Nirlawati, D. D. (2017). PERBEDAAN KADAR KOLESTEROL TOTAL ANTARA PENDERITA STROKE ISKEMIK DAN STROKE HEMORAGIK. *Biomedika*.
<https://doi.org/10.23917/biomedika.v8i2.2909>
- Black, J. M. & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Buku 3*. Singapore: Elsevier.
- Doenges, M. E & Moorhouse, M. F & Geissler, A. C. (2018). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman asuhan pasien anak-dewasa* (dkk. penerjemah Devi Y, ed.). Jakarta: EGC.
- Kabi, G. Y. C. R., Tumewah, R., & Kembuan, M. A. H. N. (2015). GAMBARAN FAKTOR RISIKO PADA PENDERITA STROKE ISKEMIK YANG DIRAWAT INAP NEUROLOGI RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO PERIODE JULI 2012 - JUNI 2013. *E-CliniC*.
<https://doi.org/10.35790/ec1.3.1.2015.7404>
- Kemenkes. (2012). *Pedoman Pengendalian Stroke*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Khan, M. N., Khan, H. D., Ahmad, M., & Umar, M. (2014). Serum Total and HDL-Cholesterol in Ischemic and Hemorrhagic Stroke. *Stroke*, 1, 21–25.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Mansfield, A., Inness, E. L., & Mcilroy, W. E. (2018). Stroke. In *Handbook of Clinical Neurology*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63916-5.00013-6>
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Neurobehavior*. Yogyakarta: GRAHA ILMU.
- P2PTM Kemenkes RI. (2017). GERMAS CEGAH STROKE. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Riskesdas 2018. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v8i2.2909> 1 Desember 2013
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah gangguan sistem persarafan* (Edisi II; Mariyam, ed.). Sasak Panjang.
- Wayunah, W., & Saefulloh, M. (2017). ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN STROKE DI RSUD INDRAMAYU. *JURNAL PENDIDIKAN KEPERAWATAN INDONESIA*.

<https://doi.org/10.17509/jpki.v2i2.4741>

Lampiran 1





Sumber :

Oktavianus. (2014). *Asuhan keperawatan pada sistem neurobehavior*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Keterangan :

↓ : Masalah keperawatan
↓ : Perjalanan penyakit

Lampiran 2

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa keperawatan: Defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan kurang pemahaman terkait penyakit

Hari/tanggal : Rabu, 12 Februari 2020

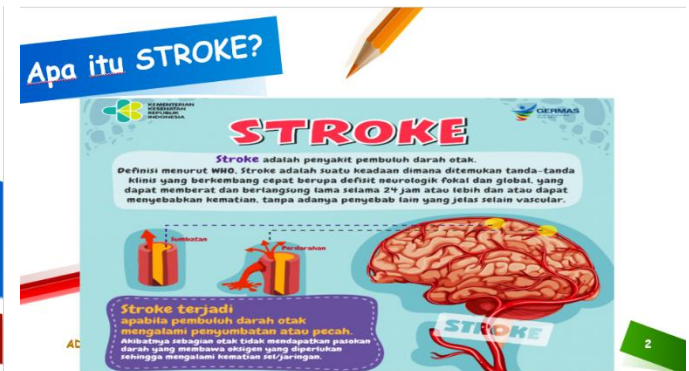
Waktu : 11.00-11.30

Tempat : Ruang 440.3, kamar pasien

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			MAHASISWA	PESERTA			
Setelah dilakukan penyuluhan 1x30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penyakit stroke	Setelah dilakukan penyuluhan 1x30 menit diharapkan peserta mampu: 1. Menjelaskan pengertian stroke 2. Menjelaskan penyebab stroke 3. Menjelaskan tanda dan gejala stroke 4. Menjelaskan faktor resiko yang dapat menyebabkan stroke	1. Pengertian Stroke 2. Penyebab Stroke 3. Tanda dan gejala Stroke 4. Faktor resiko yang menyebabkan stroke 5. Cara berperilaku hidup sehat	Pembuka: (5) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan waktu 5. Topic Penyuluhan/isi: (40) 1. Menjelaskan pengertian stroke	Menjawab Salam Menyetujui Memperhatikan	Ceramah , Diskusi, Tanya jawab	1. Flipchart 2. Leaflet	1. Pasien dapat menjelaskan secara singkat pengertian dari stroke 2. Pasien dapat menyebutkan penyebab dari stroke 3. Pasien dapat menyebutkan 3 dari 6 tanda gejala dari stroke

	5. Menjelaskan cara berperilaku hidup sehat untuk penderita stroke		2. Menyebutkan penyebab stroke 3. Menjelaskan tanda dan gejala stroke 4. Menjelaskan dan mempraktikkan gerakan mobilisasi pasien stroke 5. Menjelaskan cara pencegahan stroke	Memperhatikan		4. Pasien dapat menyebutkan faktor resiko yang dapat menyebabkan stroke 5. Pasien dapat menyebutkan cara berperilaku hidup sehat
--	--	--	--	---------------	--	---

Lampiran 3



(P2PTM Kemenkes RI, 2017)

Lampiran 4

Faktor resiko

Yang tidak dapat dirubah :

1. usia
2. Jenis kelamin
3. Faktor genetik
4. Ras

Yang dapat dirubah :

1. Menderita diabetes
2. Menderita Hipertensi
3. Merokok
4. Minum Alkohol
5. Kadar lemak berlebih dalam tubuh
6. Kurang aktivitas/ olahraga

Pencegahan



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
MITRA KELUARGA

STROKE



MAHASISWA/I STIKES
MITRA KELUARGA

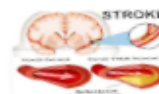
Apa itu STROKE?

Stroke adalah suatu keadaan dimana pembuluh darah mengalami penyumbatan atau pecah, yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapat pasokan darah yang membawa oksigen sehingga jaringan tersebut mengalami kematian/ atau kerusakan



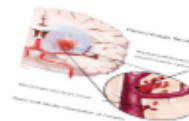
Penyebab

1. Stroke Iskemik (sumbatan)



Terjadi karena adanya sumbatan pada pembuluh darah di otak.

2. Stroke Hemoragik (perdarahan)



Terjadi karena pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan otak atau pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan otak yang menyebabkan kematian pada sel otak sehingga mengganggu fungsi otak.

Tanda gejala

1. Senvum tidak simetris/ mencong ke satu sisi, sulit menelan air minum
2. Gerak salah satu anggota tubuh melemah
3. Bicara pelo/ bicara tidak jelas/ bicara tidak nyambung
4. Kebas, baal atau kesemutan di sebelah bagian tubuh
5. Rabun, pandangan berbayang secara tiba-tiba
6. Sakit kepala hebat, gangguan keseimbangan, gerakan sulit terkoordinasi