



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. Y DENGAN
STROKE ISKEMIK DENGAN FAKTOR PENYULIT
HIPOKALEMIA DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI BARAT
DI MASA PANDEMI
COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
CHRISTINE RODO
201801011**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. Y DENGAN
STROKE ISKEMIK DENGAN FAKTOR PENYULIT
HIPOKALEMIA DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT SWASTA BEKASI BARAT
DI MASA PANDEMI
COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
CHRISTINE RODO
201801011**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

MAKALAH ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Christine Rodo
NIM : 201801011
Intitusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
Prodi : Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Stroke Iskemik Dengan Faktor Penyulit Hipokalemia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat di Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan tanggal 03 Mei 2021 – 05 Mei 2021 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas Makalah Ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua resiko yang saya perbuat sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 19 Juni 2021

Yang membuat pernyataan

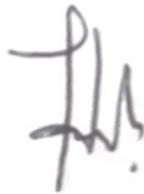


(Christine Rodo)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. Y Dengan Stroke Iskemik Dengan Faktor Penyulit Hipokalemia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat di Masa Pandemi Covid-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021
Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. Y Dengan Stroke Iskemik Dengan Faktor Penyulit Hipokalemia Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat di Masa Pandemi Covid 19” yang disusun oleh Christine Rodo (201801011) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 23 Juni 2021

Bekasi, 23 Juni 2021

Penguji I



(R. Yeni Mauliawati, SKp. M.Kep)

Penguji II



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

Nama Mahasiswa : **Christine Rodo**
NIM : **201801011**
Program Studi : **DIII Keperawatan**
Judul Karya Tulis : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. Y Dengan Stroke Iskemik Dengan Faktor Penyulit Hipokalemia Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat di Masa Pandemi Covid - 19**
Halaman : **Xiv +83 halaman + 1 tabel + 1 lampiran**
Pembimbing : **Devi Susanti**

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke salah satu masalah kesehatan yang penting dan perlu diperhatikan. Stroke iskemik adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, yang disebabkan karena adanya thrombus atau embolus. Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Berdasarkan data dari rekam medis Rumah Sakit Swasta di Bekasi Barat dalam satu tahun terakhir didapatkan data yaitu sebanyak 101 pasien atau sekitar 1.98%.

Tujuan Umum: Memberikan pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang di dapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan 4 diagnosa keperawatan yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan, gangguan menelan berhubungan dengan paralisis serebral, risiko cedera berhubungan dengan penurunan fungsi psikomotor, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi prioritas pada diagnosa perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme adalah kaji tanda-tanda peningkatan TIK. Intervensi prioritas pada diagnosa ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan adalah catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam. Intervensi prioritas pada diagnosa risiko cedera berhubungan dengan penurunan fungsi psikomotor adalah hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *Fall Morse Scale* setiap hari. Intervensi prioritas pada diagnosa gangguan menelan adalah monitor tingkat kesadaran dan kemampuan menelan. Intervensi prioritas pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot adalah ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Kesimpulan dan saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke iskemik perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu perfusi serebral tidak terjadi komplikasi. Saran perawat dapat mengobservasi hemodinamik dan tingkat kesadaran pada pasien.

Kata Kunci: Stroke iskemik, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka: 11 (2012-2019)

Name : **Christine Rodo**
Student ID Number : **201801011**
Study Program : **Diploma of Nursing**
The Title of Scientific Paper : **Nursing care for the patient Mrs. Y With Ischemic Stroke with Complicated Factors Hypokalemia in the Cempaka Room of West Bekasi Private Hospital during the Covid-19 Pandemic**
Page : **Xiv + 83 pages + 1 tabel + 1 attachment**
Advisor : **Devi Susanti**

ABSTRACT

Background: Stroke is an important health problem and needs attention. Ischemic stroke is a loss of brain function caused by the cessation of blood supply to part of the brain, which is caused by a thrombus or embolus. Stroke or cerebral blood circulation disorder (GPDO) is a neurological disease that is often encountered and must be treated quickly and appropriately. Based on data from the medical records of private hospitals in West Bekasi, in the past year, data were obtained as many as 101 patients or about 1.98%.

General Purpose: To give a real experience in providing nursing care to patients with Ischemic stroke.

Writing Method: In preparing this case report using a descriptive method, namely by revealing the facts in accordance with the data obtained.

Result: The results of the assessment obtained 4 nursing diagnoses, namely ineffective cerebral perfusion related to embolism, electrolyte imbalance related to fluid imbalance, swallowing disorders associated with cerebral paralysis, risk of injury associated with decreased psychomotor function, and impaired physical mobility associated with decreased muscle strength. The priority intervention in the diagnosis of ineffective cerebral perfusion related to embolism is to assess for signs of elevated ICP. The priority intervention in the diagnosis of electrolyte imbalance related to fluid imbalance is to record intake-output and 24-hour fluid balance counts. The priority intervention in diagnosing the risk of injury associated with decreased psychomotor function is to calculate the risk of falling using the Fall Morse Scale every day. Priority intervention in the diagnosis of swallowing disorders is monitoring the level of consciousness and swallowing ability. The priority intervention in the diagnosis of impaired physical mobility associated with decreased muscle strength is to teach simple mobilizations to be performed.

Conclusions and Recommendation: Nursing care for patients with ischemic stroke needs to pay attention to nursing problems, namely cerebral perfusion without complications. Suggestions nurses can observe hemodynamics and level of consciousness in patients.

Keyword: Ischemic stroke, nursing care

Bibliography: 11 (2012-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkah dan rahmat-nya penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. Y Dengan Stroke Iskemik Dengan Faktor Penyulit Hipokalemia di Ruang Cempaka Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat di Masa Pandemi Covid-19” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Adapun tujuan penyusunan Makalah Ilmiah ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan Program Diploma III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku penguji II serta dosen pembimbing penulisan Makalah Ilmiah, yang telah banyak menyempatkan waktunya untuk memberikan motivasi, bimbingan dan bantuan yang bermanfaat untuk penulis dalam menyelesaikan Makalah Ilmiah.
2. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang selalu membimbing, memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari semester I hingga semester VI serta dapat menyelesaikan seluruh program belajar ini dengan baik dan lancar.
5. R. Yeni Mauliawati,SKp. M.Kep selaku penguji I yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk menguji penulis.
6. Seluruh dosen dan staff STIKes Mitra Keluarga, yang telah memberikan semangat dan membantu dalam pembuatan Makalah Ilmiah ini.
7. Kepada kedua Orangtua tersayang, Bapak tercinta Tumpal Samosir dan Mama terkasih Ir. Erida Tampubolon yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan moril maupun materil kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan Makalah Ilmiah ini ini.

8. Kepala Ruangan, CM yang bersedia meluangkan waktu untuk membantu mencarikan kasus serta membimbing penulis beserta staff perawat ruang, petugas rekam medik Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.
9. Pasien Ny.Y beserta keluarga yang bersedia menerima penulis dengan senang hati dalam memberikan informasi sehingga penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah ini.
10. *My support system* Bang Noel Sitanggung yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan, serta doa selama penyusunan Makalah Ilmiah sehingga penulis dapat menyusun Makalah Ilmiah ini.
11. Teman cerita: Bima Rapaberdri Sihombing yang setia memberikan bantuan, dukungan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan Makalah Ilmiah ini.
12. Diri Saya sendiri yang sudah mampu berjuang sekuat tenaga sampai bisa menyusun dan mengerjakan Makalah Ilmiah ini sampai selesai.
13. Anak Mamak Tine “Gading Squad” yang terdiri dari Putri Anggia Renata, Agnes Nita, Alfonsa De Liguori Diaz, Feny Debora, dan Ilham Wahyu yang selalu memberikan semangat, dan menjadi *support system* bagi penulis selama tiga minggu praktek di Rs Mitra Keluarga Kelapa Gading.
14. Teman seperjuangan Makalah Ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Devi yaitu Ayu Lestari, Fitriah Dwi Arimbi, dan Fricillia Hadi Susena yang telah memberikan motivasi, dukungan serta bantuan dalam pembuatan Makalah Ilmiah ini.
15. Teman sepergabatan yaitu Shifa Salsabilla, Mutiara Widya, Dosmaria Octania, Windi Febriyanti yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan, serta doa selama perkuliahan semester I sampai VI.
16. Sahabatku Marissa, Rosalinda Viky, dan Katleya yang selalu memberikan semangat, dukungan, dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
17. Anak mommy Tine: Shifa Salsabilla dan Sucianti yang selalu memberikan semangat kepada penulis dan bersedia mendengar keluh kesah penulis.

18. Teman sekamar saat praktek di Rs Mitra Keluarga Kelapa Gading Putri Anggia Renata yang selalu memberikan semangat, mendengar cerita, dan menemani dalam penyusunan Makalah Ilmiah.
19. Teman-teman seperjuangan kelompok keperawatan medikal bedah: Dita Restra, Feny Debora, Syafitri, Tatu Nanda, Pradhita Navila Puteri, Putri Anggraini, Fitriah Dwi Arimbi, Ayu Lestari, Lisda Nur Syah'bani, Putri Anggia Renata, Fioren Marcelina, Ilham Wahyu, Grace Ade Rejeki, Suci RD, Tesa Evitasari, Siti Chumaeroh, Cornelia Anastasya Barus, Diana Lestari, dan Fricillia Hadi Susena. Yang saling memberikan motivasi dan semangat dalam mengerjakan Makalah Ilmiah ini.
20. Adik tingkat yang terdiri dari Eza dan Valaticia yang memberikan semangat bagi penulis untuk penyusunan Makalah Ilmiah ini.
21. Rekan-rekan mahasiswa/i STIKes Mitra Keluarga angkatan ke VIII dan seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga penulisan Makalah Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan lancar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Makalah Ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari segi bentuk maupun penyajiannya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Semoga makalah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 03 Mei 2021

Penyusun

DAFTAR ISI

COVER DALAM	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II.....	5
TINJAUAN TEORI	5
A. Pengertian.....	5
B. Etiologi.....	5
C. Patofisiologi	7
1. Proses Perjalanan Penyakit.....	7
2. Manifestasi klinik	8

3. Klasifikasi.....	10
4. Komplikasi	11
D. Penatalaksanaan Medis	12
E. Pemeriksaan diagnostic	15
F. Pengkajian Keperawatan.....	15
G. Diagnosa Keperawatan.....	18
H. Rencana Keperawatan	18
I. Pelaksanaan Keperawatan.....	28
J. Evaluasi Keperawatan.....	28
BAB III	29
TINJAUAN KASUS.....	29
A. Pengkajian Keperawatan.....	29
B. Diagnosa Keperawatan.....	47
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan.....	47
BAB IV	77
PEMBAHASAN	77
A. Pengkajian Keperawatan.....	77
B. Diagnosa Keperawatan.....	79
C. Perencanaan Keperawatan	81
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	84
E. Evaluasi keperawatan.....	85
BAB V.....	87
PENUTUP.....	87
A. Kesimpulan	87
B. Saran.....	88
LAMPIRAN.....	89
DAFTAR PUSTAKA	91

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....42-45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Saat ini di seluruh dunia masalah Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan masalah kesehatan utama, salah satu masalah penyakit tidak menular adalah stroke. Stroke didefinisikan sebagai serangan mendadak dari defisit neurologis fokal yang berlangsung lebih dari 24 jam disebut kecelakaan *Cerebrovascular accident* (CVA) atau *apoplexy*. (Oktavianus, 2014).

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 bahwa setiap tahun terjadi peningkatan stroke sebanyak 13.7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5.5 juta kematian akibat penyakit stroke serta disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan negara berpendapatan tinggi. Selama lebih dari empat dekade terakhir kejadian stroke menurun 42%, pada negara berpendapatan tinggi meningkat lebih dari dua kali lipat kejadian stroke. Menurut data dari Kementerian Kesehatan RI (2018), prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter terjadi pada umur ≥ 15 tahun sebesar 10.9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi stroke sebanyak 11.4% memiliki estimasi jumlah penderita terbanyak yaitu sebanyak 131.846 orang. Menurut data rekam medis Rumah Sakit Swasta di Bekasi Barat dalam satu tahun terakhir didapatkan data yaitu sebanyak 101 pasien atau sekitar 1.98%. Berdasarkan data prevalensi stroke di atas ditemukan bahwa kejadian stroke meningkat setiap tahun.

Dari angka kejadian terus meningkat, apabila pasien dapat mengalami komplikasi seperti aneurisma intrakranial, malformasi vaskular otak, kelainan jantung bawaan dan lainnya (Mutiarasari, 2019). Komplikasi tersebut tidak dapat diatasi apabila perawat tidak menjalani peran perawat

dalam menangani stroke iskemik di masa pandemi COVID-19 ini sangatlah penting dengan persiapan fisik, mental, dukungan dari teman sejawat lainnya, kesiapan Alat Pelindung Diri (APD), protokol kesehatan COVID-19 yang dijalani dengan baik seperti memakai masker, mencuci tangan, dan memakai sarung tangan dalam menangani pasien stroke iskemik dimasa pandemi. Pada masa pandemi sebelum melakukan asuhan keperawatan pasien stroke iskemik dilakukan pemeriksaan screening COVID-19. Adapun peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu sebagai *Caregiver* atau pemberi asuhan keperawatan, *advocate* atau advokator, *educator* atau pemberi edukasi, dan kolaborator atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Peran perawat sebagai *caregiver* yaitu memperhatikan kebutuhan pasien dengan stroke iskemik yang dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan. Peran perawat sebagai *advocate* yaitu sebagai pembela hak pasien dengan stroke iskemik. Peran perawat sebagai *educator* yaitu memberikan edukasi dengan tujuan mengubah perilaku pasien dengan stroke iskemik agar dapat menjalani pola hidup sehat. Peran perawat sebagai kolaborator yaitu berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang terdiri dari dokter, ahli gizi, teknik laboratorium medik, fisioterapi, dan lain-lain dalam memberikan pelayanan keperawatan selanjutnya bagi pasien dengan stroke iskemik. Kolaborasi khususnya dilakukan untuk pemberian obat injeksi golongan obat antikonvulsan serta dalam pemberian diet 3J yaitu jumlah (kalori), jenis, dan jadwal.

Berdasarkan uraian diatas peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik. Oleh karena itu penulis tertarik untuk membahas dan melakukan lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari Makalah Ilmiah adalah penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien stroke iskemik.
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pasien stroke iskemik.
- c. Mahasiswa mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien stroke iskemik.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien stroke iskemik.
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien stroke iskemik.
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus kelolaan.
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi/ alternatif pemecahan masalah
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik.

C. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ilmiah sesuai dengan asuhan keperawatan yang diberikan kepada Ny. Y dengan stroke iskemik dengan factor penyulit hipokalemia di Ruang Cempaka di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur selama 3 hari dari tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan tanggal 05 Mei 2021 yang dilakukan selama 3 hari.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan yang digunakan dalam Makalah Ilmiah ini adalah menggunakan metode deskriptif naratif dengan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Selain itu penulis menggunakan metode yang digunakan, seperti : studi kasus, studi kepustakaan, dan studi dokumentasi.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan Makalah Ilmiah ini terdiri dari lima Bab yang di susun secara sistematis, yaitu : Bab I Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan Teoritis terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, klasifikasi, komplikasi), penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab III Tinjauan Kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan Perbandingan yang membahas akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus kelolaan dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran, serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke adalah terjadinya perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak. Stroke iskemik adalah berhentinya suplai darah ke bagian otak, yang disebabkan karena adanya thrombus atau embolus sehingga mengakibatkan kehilangan fungsi otak (Oktavianus, 2014).

B. Etiologi

Menurut Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks (2014) etiologi pada stroke iskemik yaitu:

1. Trombosis

Penggumpalan darah pada pembuluh darah (trombus) terjadi karena adanya kerusakan pada bagian garis endothelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama. Aterosklerosis adalah penyebab zat lemak tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Akhirnya rongga pembuluh darah menjadi tersumbat. Selain itu, penyumbatan pembuluh darah dapat terjadi karena inflamasi pada arteri atau disebut arteritis atau vaskulitis tetapi hal ini jarang terjadi.

Trombus terjadi di semua bagian sepanjang arteri carotis atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasa terjadi penyumbatan adalah bagian yang mengarah pada percabangan dari karotis utama ke bagian dalam dan luar dari arteri karotis. Stroke karena trombosis adalah tipe yang paling sering terjadi pada orang dengan diabetes.

2. Emboli

Sumbatan terjadi pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus mengakibatkan terjadinya stroke embolik. Embolus terbentuk pada bagian luar otak, kemudian embolus terlepas dan mengalir melalui

sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat pembuluh arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Adapun sumber-sumber penyebab emboli lainnya yaitu tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli dapat terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral dapat meningkat seiring dengan meningkatnya usia.

3. Perdarahan (hemoragik)

Perdarahan intraserebral banyak disebabkan karena adanya ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah, yang bisa menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan terjadi setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisma. Aneurisma adalah pembengkakan pada pembuluh darah.

Stroke hemoragik menyebabkan kehilangan fungsi yang banyak dan penyembuhan paling lambat dibandingkan dengan jenis stroke yang lain. Oleh sebab itu, perdarahan pada otak penyebab paling fatal dari semua jenis stroke.

4. Penyebab lain

a. Spasme arteri serebral

Adanya infeksi pada arteri serebral dapat menyebabkan spasme arteri serebral, yang berakibat menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit.

b. Hiperkoagulasi

Hiperkoagulasi adalah penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah serebral yang terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan aliran gumpalan darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke thrombosis dan stroke

iskemik. Tekanan pada pembuluh darah serebral terjadi karena adanya tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan otak, perlukaan pada otak, atau gangguan lain. Namun, penyebab-penyebab tersebut jarang terjadi.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Menurut Oktavianus (2014), Patofisiologi *Stroke iskemik*, yaitu:

Pada stroke trombolitik, terjadi karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah bisa menyebabkan iskemik dan akan berlanjut menjadi infark. Dalam waktu 72 jam akan mengalami edema dan terus menerus akan terjadi nekrosis. Lokasi yang paling sering pada stroke thrombosis adalah percabangan arteri carotis besar dan arteri vetebral yang berhubungan dengan arteri basiler. Onset stroke trombotik biasanya berjalan lambat.

Adanya emboli yang lepas dari bagian tubuh lain sampai ke arteri carotis mengakibatkan terjadinya stroke emboli. Emboli tersebut terjebak di pembuluh darah otak yang lebih kecil dan biasanya pada daerah percabangan lumen yang menyempit, yaitu pada *Middle Carotid Artery (MCA)* atau arteri carotis bagian tengah. Karena adanya sumbatan oleh emboli akan menyebabkan iskemik di otak.

Iskemia dengan cepat dapat mengganggu metabolisme. Dalam waktu 3-10 menit dapat terjadi kematian sel dan perubahan sel yang permanen. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi local, seperti pada stroke atau gangguan perfusi secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Sebelum otak menerima aliran darah yang adekuat, tekanan pada perfusi serebral harus turun dua per tiga

dibawah nilai normal (nilai tengah tekanan arterial sebanyak 50 mmHg). Dalam waktu singkat, pasien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis.

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan karena sumbatan di arteri serebral atau pendarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi pada jaringan otak mengakibatkan iskemik, sehingga jaringan otak yang mendapat suplai dari arteri yang terganggu 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 terjadi disekitar bagian utama sel saraf yang mati. Bagian ini disebut *penumbra*. 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 Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks (2014) manifestasi klinik pada stroke iskemik, yaitu:

a. Kehilangan kemampuan berbicara.

Kehilangan kemampuan berbicara terjadi ketika lesi di sekitar daerah Broca mengakibatkan kehilangan kemampuan berbicara, sehingga tidak dapat mengeluarkan kata-kata. Walaupun kehilangan kemampuan berbicara, pada pasien stroke masih mengerti bahasa verbal dan visual.

b. *Hemiparesis* (kelemahan) dari satu bagian tubuh.

Kelumpuhan anggota gerak banyak dijumpai pada pasien penderita stroke. Pada kasus stroke gejala awal yang dirasakan tiba-tiba merasa kehilangan kekuatan pada salah satu lengan dan tungkai atau lengan dan tungkai pada satu sisi, gangguan peredaran darah otak disebelah kanan akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Begitu pula sebaliknya, gangguan pada otak sebelah kiri akan menyebabkan kelemahan anggota gerak sebelah kanan.

c. Afasia : penurunan kemampuan berkomunikasi.

Gejala stroke dapat ditandai dengan bicara tidak jelas (pelo) atau tidak dapat berbicara (afasia). Hal ini disebabkan karena kelumpuhan saraf otak nomor 12 atau lobus frontal-temporal di otak.

d. Disfagia : penurunan kemampuan menelan.

Pasien stroke dapat terjadi disfagia yaitu memiliki kerusakan pada lobus parietal terkait dengan defisit sensorik. Pada bagian sensorik primer area korteks memiliki interkoneksi yang luas dengan area motorik korteks.

e. Penurunan kesadaran.

Kesadaran manusia dijalankan oleh sebuah sistem di otak yang disebut ARAS (*Ascending Reticular Activating System*). Sistem ARAS berfungsi untuk membuat seseorang tetap terjaga kesadarannya. Pada kasus stroke terjadi langsung mengenai pusat sistem kesadaran atau mendesak sistem pusat kesadaran sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran secara mendadak harus dicurigai sebagai tanda gejala stroke, sampai terbukti bukan dari gejala stroke. Kasus stroke dengan penurunan kesadaran biasanya akibat dari stroke perdarahan.

f. Gangguan penglihatan.

Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan). Tidak menyadari orang atau objek yang ditempat.

3. Klasifikasi

Menurut Tarwoto (2013), klasifikasi stroke dibedakan menjadi :

a. Klasifikasi stroke berdasarkan keadaan patologis

1) Stroke iskemik / Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik terjadi karena adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis atau embolik ke bagian otak

2) Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik disebabkan karena adanya perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

3) Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) *Transient Iskemik Attack* (TIA)

Merupakan gangguan neurologi fokal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit samapai beberapa jam. Dalam waktu kurang dari 24 jam gejala yang muncul akan hilang secara spontan. Tanda dan gejalanya yaitu :

Kelemahan mendadak pada wajah, lengan, tangan di satu sisi

(1) Kehilangan kemampuan bicara, atau bicara yang sulit dimengerti.

(2) Gangguan penglihatan pada salah satu mata

(3) Pandangan ganda.

(4) Nyeri kepala dan pusing.

(5) Kesulitan berjalan, tidak ada kordinasi gerak (sempoyongan) atau pasien dapat jatuh.

(6) Perubahan kepribadian termasuk kehilangan memori.

b) Progresif (*Stroke in Evolution*)

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

c) Stroke lengkap (*Stroke Complete*)

Gangguan neurologik yang timbul sudah menetap atau permanen, maksimal sejak awal adanya serangan stroke 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 atau 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 dapat menghindari terjadinya hipoksia serebral.

2) Edema Serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema serebri dapat terjadi pada area serebral yang mengalami

hipoksia atau iskemik, saat terjadi hipoksia 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 pada jaringan otak.

3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Peningkatan tekanan intrakranial dapat terjadi apabila adanya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak, yang ditandai dengan adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, dan gangguan kesadaran.

4) Aspirasi

Pada pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- 1) Komplikasi pada masa pemulihan biasanya terjadi immobilisasi yaitu seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowel.
- 2) Kejang, terjadi akibat dari kerusakan sel saraf 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 Tarwoto (2013), penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik yaitu:

1. Fase akut

a. Memberikan terapi cairan

Terapi cairan penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. *The American Heart Association* menganjurkan penggunaan normal saline 50 ml/jam selama jam pertama dari stroke iskemik akut. Ketika hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan homeostatis kalium dan natrium.

b. Terapi oksigen, diberikan pada pasien stroke iskemik dan hemoragik yang mengalami gangguan hipoksia atau menurunnya aliran darah ke otak. Untuk mengurangi hipoksia dan mempertahankan metabolisme otak menyebabkan kebutuhan oksigen sangat penting pada pasien stroke.

c. Monitor jantung dan tanda-tanda vital untuk mencegah terjadinya fluktuasi akibat tekanan serebral atau cedera di area vaomotor otak.

d. Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.

e. Monitor tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial, dan refleks untuk melihat adanya perubahan dalam respon motorik maupun sensori.

2. Fase rehabilitasi

a. Pertahankan nutrisi yang adekuat.

b. Pertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM) untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atropi, dan kehilangan tonus otot.

c. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari/mobilisasi untuk meningkatkan kekuatan otot, jantung, dan pengembangan paru-paru.

3. Terapi obat-obatan

Pemberian trombolus dengan menggunakan rt-PA (*Recombinant Tissue-Pasminogen*), pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, captopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

4. Penatalaksanaan Nutrisi

Menurut Wahyuningsih (2013), tujuan dari penatalaksanaan nutrisi pada penderita stroke yaitu dengan memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit, memperbaiki keadaan stroke, seperti gangguan menelan (disfagia), pneumonia, kelainan ginjal, dekubitus, dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Hal-hal yang perlu diperhatikan di dalam pengaturan diet pada penderita stroke yaitu:

- a. Energi yang diberikan cukup yaitu 25-45 kkal/kg BB
- b. Protein diberikan cukup, yaitu 0,8-1 g/kg BB. Apabila pasien berada dalam keadaan gizi kurang protein diberikan 1,2-1,5 g/kg BB, apabila penyakit disertai dengan komplikasi gagal ginjal kronik, protein diberikan rendah yaitu 0,6 g/kg BB.
- c. Lemak diberikan cukup yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total. Dalam pemilihan lemak diutamakan dari sumber lemak tidak jenuh ganda, serta batasi sumber lemak jenuh yaitu <10% kebutuhan energi total. Kolesterol dibatasi <300 mg.
- d. Karbohidrat diberikan cukup yaitu 60-70% dari kebutuhan energi total.
- e. Vitamin diberikan cukup, terutama vitamin A, riboflavin, vitamin B6, asam folat, vitamin B12, vitamin C, dan vitamin E.
- f. Mineral diberikan cukup, terutama kalsium, magnesium, dan kalium. Penggunaan natrium dibatasi dengan memberikan garam

dapur maksimal 1 ½ sdt/hari (setara dengan ± 5 gram garam dapur atau 2 gram natrium).

E. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik menurut Tarwoto (2013), yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik yaitu :

1. *Angiografi Serebral* : Mengetahui penyebab dari stroke seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
2. Kolestrol : Mengetahui adanya peningkatan kadar kolesterol dalam darah.
3. EKG : Mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab stroke.
4. CT Scan Kranial : Mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak.
5. MRI/MRA : Mengetahui daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
6. Elektro Encephalografi (EEG) : Mengetahui masalah yang terjadi pada gelombang otak dan menunjukkan daerah lesi yang spesifik pada otak.

F. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges, M.E & Moorhouse, M.F & Geissler (2012), pengkajian pada pasien yang mengalami stroke meliputi:

1. Aktivitas/Istirahat

Gejala; kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi, atau paraliss (hemiplegia), mudah lelah, sulit beristirahat, nyeri, atau kedutan pada otot.

Tanda: adanya perubahan pada tonus otot menjadi lemah atau spastik; kelemahan umum, paralisis di satu sisi, perubahan tingkat kesadaran.

2. Sirkulasi

Gejala: adanya riwayat penyakit jantung seperti infark miokardium (MI), penyakit jantung reumatik dan valvular (katup), gagal jantung (HF), endokarditis bakterial, dan polisitemia.

Tanda: hipertensi arterial, frekuensi nadi yang mungkin beragam karena berbagai faktor, seperti kondisi jantung yang telah ada sebelumnya, medikasi, efek stroke pada pusat vasomotor, disritmia, perubahan elektrokardiografik (EKG).

3. Integritas Ego

Gejala: perasaan tidak berdaya, putus asa.

Tanda: labilitas emosional, respons berlebihan atau tidak tepat terhadap kemarahan, kesedihan, kebahagiaan, kesulitan mengekspresikan diri sendiri.

4. Eliminasi

Adanya keluhan berkemih seperti inkontinensia, anuria, adanya distensi abdomen, distensi kandung kemih, bising usus mungkin tidak ada atau berkurang jika terjadi ileus paralitik neurogenik.

5. Makanan/Cairan

Gejala : berkurangnya nafsu makan, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pengecap, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda : masalah menelan, mengunyah dan obesitas.

6. Neurosensori

Gejala: riwayat TIA, pusing atau sinkop sebelum stroke atau sementara selama TIA, sakit kepala berat dapat menyertai hemoragi intraserebral atau subaraknoid, kesemutan, rasa kebas, dan kelemahan umumnya dilaporkan selama TIA.

Tanda: status mental/tingkat kesadaran, perubahan perilaku seperti latergi, apatis, perubahan fungsi kognitif memori, penyelesaian masalah, perubahan pada ekstremitas yang dapat mengalami kelemahan dan paralisis kontralateral, paretis wajah, kehilangan kemampuan untuk berbicara, perubahan ukuran dan reaksi pupil.

7. Nyeri/Ketidaknyamanan

Gejala: sakit kepala dengan beragam intensitas.

Tanda: gelisah, ketegangan pada otot.

8. Pernapasan

Gejala: merokok (faktor resiko).

Tanda: ketidakmampuan untuk menelan, batuk, atau melindungi jalan napas. Sulit bernapas, pernapasan tidak teratur, dan suara napas terdengar ronkhi.

9. Keamanan

Tanda: adanya masalah dengan penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tempat, tidak mampu mengenali objek, gangguan berespon terhadap panas dan dingin, gangguan regulasi tubuh, gangguan dalam memutuskan, tidak sabar dan kurang kesadaran diri.

10. Interaksi Sosial

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

11. Penyuluhan / Pembelajaran

Gejala : adanya riwayat hipertensi, stroke, diabetes dalam keluarga, penggunaan kontrasepsi oral, kecanduan alkohol (faktor risiko), dan obesitas.

G. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges, M.E & Moorhouse, M.F & Geissler (2012) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), diagnosa keperawatan pada pasien stroke iskemik yaitu:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, stroke, infark miokard akut, cedera kepala, hipertensi, hiperkolesterolemia, dan diseksi arteri.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot, penurunan masa otot, gangguan musculoskeletal, dan penurunan kekuatan otot.
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, gangguan neuromukuler.
4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranialis, dan paralisis serebral.
5. Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan) berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpapar informasi, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

H. Rencana Keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), dan Doenges, M.E & Moorhouse, M.F & Geissler (2012), rencana keperawatan pada pasien stroke iskemik yaitu:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, stroke, infark miokard akut, cedera kepala, hipertensi, hiperkolesterolemia, dan diseksi arteri.

Kriteria hasil:

- a. Mempertahankan atau meningkatkan tingkat kesadaran dan kognitif.
- b. Menunjukkan tanda-tanda vital stabil dan tidak ada tanda peningkatan TIK.
- c. Tidak menunjukkan perburukan lebih lanjut atau pengulangan

kejadian defisit.

Intervensi:

a) Observasi

1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misal. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

Rasional: Peningkatan tekanan intrakranial dapat terjadi (karena edema, adanya formasi bekuan darah).

2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas irregular, dan kesadaran menurun).

Rasional: perburukan tanda dan gejala neurologis atau kegagalan untuk membaik setelah serangan awal dapat merefleksikan penurunan kemampuan adaptif intrakranial, yang mengharuskan pasien dimasukkan ke area perawatan kritis untuk pemantauan TIK dan terapi spesifik yang ditujukan untuk mempertahankan TIK dalam kisaran yang ditetapkan.

3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure).

Rasional: MAP juga menjadi acuan autoregulasi yang merupakan adaptasi organ untuk mempertahankan aliran darah yang konstan guna memproteksi fungsinya.

4) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu.

Rasional: volume intravaskular rendah, perubahan kecil tekanan vena sentral menggambarkan perubahan besar volume intravaskular. Sedangkan bila volume intravaskular tinggi maka perubahan volume akan mengakibatkan perbedaan nilai tekanan vena sentral yang besar.

5) Monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*).

Rasional: pengukuran tekanan intrakranial untuk menjaga aliran darah dan oksigen ke otak, dengan menjaga tekanan intracranial agar tetap normal.

- 6) Monitor status pernapasan.

Rasional: untuk mendeteksi tanda-tanda bahaya

- 7) Monitor intake dan output cairan.

Rasional: untuk mendapatkan status cairan

- 8) Monitor cairan serebro-spinalis (misal. Warna, konsistensi).

Rasional: memantau atau menurunkan volume cairan di serebral menurunkan retensi cairan.

b) Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

Rasional: mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu.

- 2) Berikan posisi semi-fowler.

Rasional: posisi pasien akan meningkatkan asupan O₂ dan rasa rileks.

- 3) Cegah terjadinya kejang.

Rasional: pasien tidak mengalami kejang berulang.

- 4) Hindari pemberian cairan IV hipotonik.

Rasional: osmolaritas cairan hipotonik lebih rendah, cairan “ditarik” dari dalam pembuluh darah keluar ke jaringan sekitarnya.

- 5) Pertahankan suhu tubuh normal.

Rasional: tidak terjadi perubahan suhu.

c) Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sendasi dan anti konvulsan, jika perlu.

Rasional: untuk mengendalikan kejang dan kerja sedatif.

- 2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu.

Rasional: untuk mengurangi edema serebral dan TIK, menurunkan inflamasi (radang) dan mengurangi edema jaringan.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot, penurunan masa otot, gangguan musculoskeletal, dan penurunan kekuatan otot.

Kriteria hasil:

- a. Pergerakan ekstremitas meningkat.
- b. Kekuatan otot meningkat.
- c. Rentang gerak (ROM) meningkat.
- d. Kaku sendi menurun.
- e. Gerakan tidak terkoordinasi menurun.
- f. Gerakan terbatas menurun.
- g. Kelemahan fisik menurun.

Intervensi:

- a) Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

Rasional: membantu menentukan derajat kerusakan dan kesulitan terhadap keadaan yang dialami.

- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.

Rasional: mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.

- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.

Rasional: mengidentifikasi adanya perubahan tekanan darah dan frekuensi jantung sebelum dan sesudah dilakukan ambulasi.

4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Rasional: mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan tekanan darah.

b) Terapeutik

1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. Pagar tempat tidur).

Rasional: membantu dalam peningkatan aktifitas dengan menggunakan alat bantu.

2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.

Rasional: meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, mencegah terjadinya kontraktur.

3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Rasional: menurunkan komplikasi tirah baring dan meningkatkan penyembuhan dan normalisasi fungsi organ.

c) Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

Rasional: memberikan pemahaman mengenai manfaat tindakan yang didahulukan

2) Anjurkan mobilisasi dini.

Rasional: meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, mencegah terjadinya kontraktur.

3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Rasional: menurunkan komplikasi tirah baring dan meningkatkan penyembuhan dan normalisasi fungsi organ.

3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, gangguan neuromukuler.

Kriteria hasil:

- a. Kemampuan bicara meningkat.
- b. Kemampuan mendengar meningkat.
- c. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat.
- d. Kontak mata meningkat.
- e. Afasia menurun.
- f. Difasia menurun.
- g. Apraksia menurun.
- h. Disleksia menurun.
- i. Disatria menurun.
- j. Afonia menurun.
- k. Distalia menurun.
- l. Pelo menurun.
- m. Gagap menurun.

Intervensi:

a) Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.

Rasional: membantu mengetahui masalah gangguan dalam bicara.

- 2) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal. Memori, pendengaran, dan bahasa).

Rasional: membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi.

b) Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternative (misal. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer).

Rasional: bahasa isyarat dapat membantu untuk menyampaikan isi pesan yang dimaksud.

- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal. Berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.

Rasional: pasien mungkin mengalami keterbatasan dalam rentang perhatian atau masalah pemahaman.

- 3) Berikan dukungan psikologis.

Rasional: untuk mendukung pasien agar mampu melakukan pengucapan komunikasi.

- 4) Gunakan juru bicara, jika perlu.

Rasional: untuk mengidentifikasi kekurangan/ kebutuhan terapi.

c) Edukasi

- 1) Anjurkan berbicara perlahan.

Rasional: melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik.

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

Rasional: Perubahan dalam isi kognitif dan bicara merupakan indikator dari derajat gangguan serebral.

d) Kolaborasi

Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.

Rasional: untuk mengidentifikasi kekurangan/ kebutuhan terapi.

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

Kriteria hasil:

- a. Mempertahankan makanan dimulut meningkat.
- b. Reflek menelan meningkat.
- c. Kemampuan mengunyah meningkat.
- d. Usaha menelan meningkat.
- e. Frekuensi tersedak menurun.
- f. Muntah menurun.
- g. Refluks lambung menurun.

Intervensi

1) Observasi

- a) Identifikasi diet yang dianjurkan

Rasional: mengetahui makanan apa saja yang dianjurkan dan makanan yang tidak dianjurkan.

- b) Monitor kemampuan menelan

Rasional: Untuk menetapkan jenis makanan yang diberikan kepada pasien.

- c) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu.

Rasional: Untuk memberikan hidrasi cairan tubuh secara parenteral.

2) Terapeutik

- a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan.

Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum.

Rasional: tempat yang bersih akan mendukung pasien untuk peningkatan nafsu makan.

- b) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.
Rasional: mulut yang bersih dapat meningkatkan napsu makan.
- c) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan napsu makan.
Rasional: untuk meningkatkan napsu makan pasien.
- d) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
Rasional: untuk mengetahui makanan dan minuman yang disukai dan tidak disukai.
- e) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu.
Rasional: untuk membangkitkan kembali tingkat kemandirian pasien.

3) Edukasi

Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (misal. Sayur di jam 12, rendang di jam 3).

Rasional: agar pasien dapat makan menu makanan secara selang seling atau bervariasi.

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat (misal. Analgesic, antiemetic), sesuai indikasi.

Rasional: untuk mengurangi adanya mual dan muntah sebelum dan sesudah makan.

5. Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan) berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpapar informasi, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi..

Kriteria hasil:

- a. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat.
- b. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.
- c. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.
- d. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.

Intervensi:

1) Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

Rasional: memahami kemampuan pasien dalam menerima informasi.

- b) Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional: mengetahui factor yang meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

2) Terapeutik

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.

Rasional: mencegah kepenatan dan meningkatkan perasaan sehat.

- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.

Rasional: mencegah kepenatan dalam beristirahat dan meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit.

- c) Berikan kesempatan untuk bertanya.

Rasional: mengkaji pengetahuan pasien dan keluarga selama proses belajar.

3) Edukasi

- a) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Rasional: meningkatkan pengetahuan pasien tentang factor risiko mengenai kesehatan.

- b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional: meningkatkan pola perilaku hidup bersih dan sehat pada pasien.

- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional: meningkatkan pengetahuan pasien mengenai strategi meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

I. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (Kozier, Barbara, 2010).

J. Evaluasi Keperawatan

Menurut Potter Pery (2010) evaluasi adalah proses *continue* yang terjadi pada saat perawat melakukan kontak dengan pasien. Dalam evaluasi terdapat 5 unsur yaitu:

1. Mengidentifikasi kriteria dan standar evaluasi.
2. Mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah terpenuhi.
3. Menginterpretasi dan meringkas data.
4. Mendokumentasikan temuan dan setiap pertimbangan klinis.
5. Menghentikan, meneruskan atau merevisi rencana perawat.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny. Y, berjenis kelamin perempuan, berusia 83 tahun, status perkawinan sudah menikah, beragama kristen protestan, suku bangsa Sunda, pendidikan terakhir SLTP, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia, pekerjaan tidak bekerja. Pasien tinggal di Perumahan Harapan Indah, sumber biaya pribadi. Sumber data yang didapat dalam pengkajian adalah dari keluarga, perawat dan rekam medis.

2. Resume pasien

Ny. Y usia 83 tahun masuk ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat pada tanggal 01 Mei 2021 pukul 19.05 WIB dengan keluhan kontak menurun dan penurunan kesadaran. Keadaan umum sakit berat, kesadaran somnolent, GCS : E: 3, M: 4 V: 4. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 134/84 mmHg, nadi 105 kali per menit. Telah dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 01 Mei 2021 dengan hasil Ureum 138 mg/dl *, Creatinin 1,1 mg/dl *, Natrium 153 mmol/l *, Kalium 3,09 mmol/l *, dan Protein/Albumin 1+ *. Telah dilakukan pemeriksaan CT-Scan Kepala dengan hasil Atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematoma. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan adalah memasang NGT. Tindakan kolaboratif yang sudah dilakukan adalah memberikan terapi Brainact 1 gram per oral.

Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Cempaka pada tanggal 01 Mei 2021 pukul 21.58 WIB dengan keluhan kontak menurun, penurunan kesadaran. Kesadaran somnolent GCS : E: 3, M: 4 V: 4, keadaan umum sakit berat. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital

tekanan darah 122/90 mmHg, nadi 93 kali per menit. Masalah keperawatan yang muncul adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (kesadaran menurun). Tindakan kolaboratif yang telah dilakukan yaitu memberikan terapi KCL 25 meq dalam 500 cc RL, Clopidogrel 1 x 75 mg per oral.

Pada tanggal 03 Mei 2021 pukul 09.00 WIB dengan keluhan kontak menurun. Kesadaran apatis, GCS : E: 3, M: 5, V: 4. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 85 kali per menit. Masalah keperawatan yang muncul adalah risiko gangguan menelan. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu memberikan diit cair via NGT 250 cc. Tindakan keperawatan kolaboratif yang dilakukan yaitu memberikan terapi obat Lansoprazole 30 mg per oral. Evaluasi secara umum pasien masih mengalami gangguan menelan

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

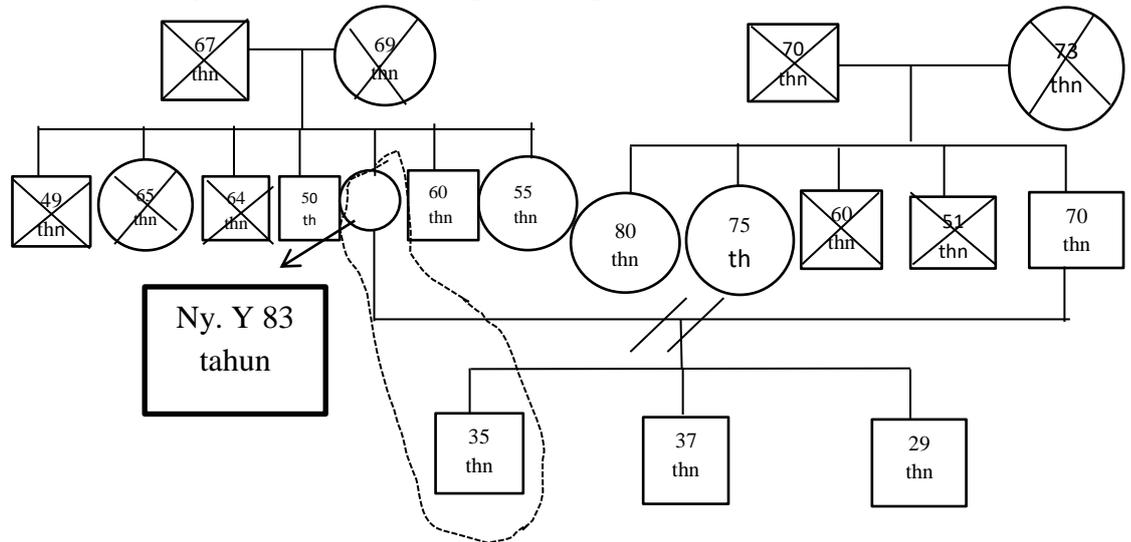
Keluhan utama pasien saat ini adalah tidak nafsu makan, penurunan kesadaran, dan kontak menurun. Keluarga pasien mengatakan factor pencetus keluhan utama tidak ada. Keluarga pasien mengatakan keluhan timbul secara bertahap.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan Ny. Y pernah jatuh tersandung dan patah tulang bagian paha kiri, sudah dioperasi 8 bulan yang lalu dan masih menggunakan pen. Keluarga pasien mengatakan tidak ada alergi obat, namun pasien memiliki alergi makanan yaitu udang. Keluarga pasien mengatakan reaksi alergi makanan pada pasien yaitu gatal-gatal. Keluarga pasien mengatakan tidak ada

alergi pada binatang dan lingkungan. Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



Keterangan :



= Perempuan



= Meninggal



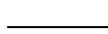
= Laki-laki



= Pasien



= Cerai



= Menikah

----- = Tinggal Satu Rumah

d. Penyakit yang Pernah Diderita oleh Anggota Keluarga Yang menjadi Faktor Risiko

Keluarga pasien mengatakan tidak pernah tahu penyakit yang diderita oleh orangtuanya. Kedua orangtua pasien sudah meninggal, dan suami pasien sudah meninggal karena diabetes.

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Keluarga pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah anak-anaknya. Pola komunikasi dalam keluarga dua arah, baik dan terbuka. Keluarga pasien mengatakan dalam pengambilan keputusan dilakukan oleh anaknya dan dilakukan secara musyawarah. Keluarga pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan dalam masyarakat. Dampak penyakit dari pasien terhadap keluarga yaitu anaknya harus membagi waktu antara mengurus pasien dirumah sakit dan mengurus keluarganya dirumah. Masalah yang mempengaruhi pasien saat ini adalah pasien penurunan kesadaran dan tidak bisa beraktivitas. Keluarga pasien mengatakan mekanisme koping yang digunakan terhadap stress yaitu memecahkan masalah. Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah pasien tidak bisa beraktifitas seperti biasa. Harapan keluarga pasien setelah menjalani perawatan adalah ingin cepat sembuh dan tidak dirawat lagi. Keluarga pasien mengatakan ada banyak perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit yaitu pasien hanya tiduran saja dan badan susah digerakkan.

f. Pola Kebiasaan

1) Pola nutrisi

a) Sebelum di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan frekuensi makan sebelum dirumah sakit 3 kali sehari, nafsu makan baik, tidak ada keluhan mual dan muntah. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengkonsumsi makanan goreng-gorengan atau yang berminyak setiap pagi hari. Keluarga pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makanan, tidak ada makanan yang tidak disukai, ada alergi pada makanan pada udang dan reaksi alergi makanan yaitu gatal-gatal, tidak ada pantangan makanan, tidak ada makanan diet, tidak ada

penggunaan obat-obatan sebelum makan, tidak ada penggunaan alat bantu makan seperti NGT.

b) Saat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan frekuensi makan 6 kali sehari, nafsu makan baik, ada keluhan mual. Keluarga pasien mengatakan selama sakit terdapat gangguan menelan saat makan, keluarga pasien mengatakan pasien menghabiskan 250 cc makanan cair melalui NGT. Tidak ada makanan yang tidak disukai, ada makanan yang membuat alergi yaitu udang, tidak ada pantangan makanan. Pasien mendapatkan diit cair. Pasien mendapatkan obat sebelum makan Lansoprazole 1 x 30 mg melalui injeksi intravena. Pasien terdapat penggunaan alat bantu makan yaitu NGT, pasien tampak mendapatkan diit protein 200gr.

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAK 5 kali sehari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, dan tidak ada menggunakan alat bantu BAK. Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAB 2 kali sehari pada waktu tidak nentu, berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan laxatif.

b) Saat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAK 8 kali sehari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, menggunakan alat bantu BAK yaitu kateter. Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAB 1 kali sehari waktu

tidak nentu, bewarna kuning, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan laxatif.

3) Pola Personal Hygiene

a) Sebelum di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan frekuensi mandi 2 kali sehari yaitu pada pagi dan sore hari. Keluarga pasien mengatakan sikat gigi 3 kali sehari yaitu saat pagi, sore dan sebelum tidur, serta mencuci rambut 2 kali seminggu setiap mandi.

b) Saat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan frekuensi mandi 1 kali sehari yaitu pada pagi hari. Keluarga pasien mengatakan sikat gigi 1 kali sehari yaitu saat pagi, dan sore hari, serta mencuci rambut 1 kali seminggu.

4) Pola Istirahat dan Tidur

a) Sebelum di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan lamanya waktu tidur siang 3 jam, sedangkan lamanya waktu tidur malam 6 jam. Keluarga pasien mengatakan tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur.

b) Saat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan lamanya waktu tidur siang 6 jam, sedangkan lamanya waktu tidur malam 8 jam. Keluarga pasien mengatakan tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur.

5) Kebiasaan Aktivitas dan Latihan

a) Sebelum di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bekerja. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah berolahraga. Keluarga pasien mengatakan ada keluhan selama beraktivitas yaitu nyeri pada sendi saat berjalan dan nyeri paha bagian kiri.

b) Saat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat melakukan kegiatan dan diharuskan untuk bedrest total oleh dokter. Keluarga pasien mengatakan pasien terkadang merasa nyeri pada sendi saat kaki digerakkan dan nyeri pada paha bagian kiri.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

a) Sebelum di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah merokok dan tidak menggunakan NAPZA maupun minum minuman keras.

b) Saat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah merokok dan tidak menggunakan NAPZA maupun minum minuman keras.

7) Sistem nilai kepercayaan

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Keluarga pasien mengatakan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan berdoa dan ke gereja.

8) Kondisi Lingkungan Rumah

Keluarga pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah bersih.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan 45 kg, sebelum sakit 48 kg, tinggi badan 155 cm, IMT pasien 18 (normal), keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal, sklera mata tampak anikterik, pupil tampak anisokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan kabur, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tampak menggunakan kacamata silinder, tidak ada pemakaian lensa kotak, dan reaksi cahaya +2/-2

c. Sistem Pendengaran

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

d. Sistem Wicara

Pasien tampak kesadaran apatis dan tidak dapat berbicara.

e. Sistem Pernapasan

Jalan napas pasien terdengar bersih, keluarga pasien mengatakan ada sesak, tidak ada menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20 kali per menit, irama napas teratur, pasien dapat bernapas

secara spontan, kedalaman napas dangkal, pasien ada batuk, tidak ada sputum, saat palpasi dada kedua lapang paru teraba mengembang dan mengempis secara bersamaan, perkusi dada terdengar sonor, saat auskultasi suara napas ronkhi, tidak ada nyeri saat bernapas, terdapat penggunaan alat bantu napas oksigen 5 liter per menit menggunakan nasal kanul.

f. Sistem Kardiovaskuler

Nadi 85 kali per menit, irama nadi teratur, dan denyut nadi teraba lemah. Tekanan darah 140/90 mmHg, pasien tidak ada distensi vena jugularis, temperature kulit hangat, warna kulit tampak pucat, pengisian kapiler 3 detik, tidak ada edema di tungkai atas dan bawah, maupun dibagian tubuh lainnya. Kecepatan denyut nadi apical pasien 112 kali per menit dengan irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung seperti murmur, tidak ada keluhan sakit pada dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat, dan tidak ada terjadi perdarahan pada kulit maupun gusi.

h. Sistem Syaraf Pusat

Keluarga pasien mengatakan pasien ada keluhan sakit kepala yaitu pusing, tingkat kesadaran apatis, dengan nilai *Glassgow Coma Scale* (GCS) 12 E: 3, M: 5, dan V: 4. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelumpuhan kedua kaki, hasil pemeriksaan reflek fisiologis pasien normal, tidak ada refleks patologis.

i. Sistem Pencernaan

Keadaan umum gigi pasien bersih, penggunaan gigi palsu tidak ada, terdapat stomatitis, lidah pasien tampak kotor, saliva pasien tampak normal, pasien tidak mengalami muntah, pasien tidak ada nyeri pada bagian perut, saat diauskultasi bising usus 13 kali per menit, pasien tidak mengalami diare, tidak ada konstipasi. Hepar pasien tidak teraba saat dipalpasi, abdomen teraba lembek saat dipalpasi.

j. Sistem Endokrin

Pasien tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, pada pasien tidak ada bau keton saat bernapas, tidak terdapat luka ganggren.

k. Sistem Urogenital

Total keseluruhan intake sebanyak 3400 cc (infus 1400 cc, minum 2000 cc), total output sebanyak 2450 cc (urine 2000 cc, IWL 450 cc), total balance cairan selama 24 jam +950 cc/24 jam. Tidak ada perubahan pola berkemih, warna urine pasien tampak kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang, pasien tampak menggunakan kateter.

l. Sistem Integumen

Keadaan kulit tidak elastis, temperature kulit hangat, warna kulit tampak pucat, keadaan kulit pasien tampak terdapat lesi di bagian betis kiri, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit pemasangan infus baik, keadaan tekstur rambut baik, dan keadaan kebersihan rambut tampak bersih.

m. Sistem Muskuloskeletal

Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan dalam bergerak karena fraktur pada paha bagian kiri, terdapat sakit pada tulang, sendi, terdapat fraktur pada femur bagian kiri 8 bulan yang

lalu kondisi fraktur masih terpasang pen, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, kelainan struktur tulang belakang tampak kifosis, keadaan tonus otot hipotoni, kekuatan masalah otot:

4 4 4 4	4 4 4 4
1 1 1 1	1 1 1 1

n. Data Tambahan (Pemahaman Tentang Penyakit):

Keluarga pasien mengatakan, keluarga sudah mengetahui penyakit ibunya karena penyakit yang diderita ibunya merupakan factor dari usia yang sudah tua.

5. Data Penunjang

Hasil Laboratorium pada tanggal 01 Mei 2021

Fungsi Ginjal: Ureum 138 mg/dl* (0-70 mg/dl), Creatinin 1,1 mg/dl* (0.5 – 1.0 mg/dl). **Elektrolit:** Natrium 153 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.09 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l). **Urinalisa:** Warna kuning keruh* (kuning jernih), Protein/albumin 1+* (negative). **Sedimen Urine:** Leukosit 4-6/LPB* (0-5/LPB).

Hasil CT-Scan pada tanggal 01 Mei 2021

Kesan: Atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematoma.

Hasil Laboratorium pada tanggal 02 Mei 2021

Elektrolit: Natrium 147 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.22 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l).

Hasil Laboratorium pada tanggal 04 Mei 2021

Fungsi Hati: Albumin 2.8 g/dl* (3.5-5.2 g/dl). **Elektrolit:** Natrium 132 mmol/l* (135-146 mmol/l), Chlorida 90 mmol/l* (95-112 mmol/l).

Hasil EKG pada tanggal 01 Mei 2021

Kesan: Sinus ritme.

6. Penatalaksanaan Terapi Farmakologis

- a. Terapi Cairan IV: Infus RL 1500 cc/24 jam; Infus Tutosol 500 cc/24 jam; KCL 7.4% 25 ml/12 jam; Infus D5% 500 cc/24 jam
- b. Obat Oral: CPG 1x75 meq; Aspan-K 3x600 mg, Candistin 3x1cc
- c. Obat Injeksi IV: Brain ACT 2x1 gr; KCL 2x25 meq

7. Data Fokus

Keadaan umum sakit berat dengan kesadaran apatis. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 85 kali per menit, suhu 36,5°C.

a. Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi

Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien ada penurunan kesadaran, mengalami kelumpuhan pada kedua kaki.

Data Objektif: Tingkat kesadaran apatis, dengan nilai *Glassgow Coma Scale* (GCS) 12 E: 3, M: 5, dan V: 4, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, pasien tampak aphasia saat berbicara, hasil pemeriksaan reflek fisiologis pasien normal, tidak ada refleksi patologis, hasil pemeriksaan CT-Scan **Kesan:** Atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematoma.

b. Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Data subjektif: Keluarga pasien mengatakan frekuensi BAK 8 kali sehari, berwarna kuning jernih sejak masuk rumah sakit.

Data Objektif: Pasien tampak pucat, temperature kulit hangat, tidak ada edema di tungkai atas dan bawah, maupun dibagian tubuh lainnya, keadaan kulit tidak elastis. Total keseluruhan intake sebanyak 3400 cc (infus 1400 cc, minum 2000 cc), total output sebanyak 2450 cc (urine 2000 cc, IWL 450 cc), total balance cairan selama 24 jam +950 cc/24 jam. Tidak ada perubahan pola berkemih, warna urine pasien tampak kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada keluhan sakit pinggang, pasien tampak menggunakan kateter. Pemeriksaan laboratorium Ureum 138 mg/dl* (0-70 mg/dl), Creatinin 1,1 mg/dl* (0.5 – 1.0 mg/dl), Natrium 153 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.09 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l). Warna kuning keruh* (kuning jernih), Protein/albumin 1+* (negative), Natrium 147 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.22 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l), Natrium 132 mmol/l* (135-146 mmol/l), Chlorida 90 mmol/l* (95-112 mmol/l), Albumin 2.8 g/dl* (3.5-5.2 g/dl).

c. Kebutuhan Fisiologis : Nutrisi

Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan menghabiskan 250 cc makanan cair.

Data Objektif: Pasien mendapatkan diit cair, pasien mendapatkan obat sebelum makan, pasien tampak mendapatkan diit protein 200 gr.

d. Kebutuhan Fisiologis : Aktivitas

Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan dalam bergerak karena fraktur pada paha bagian kiri, terdapat sakit pada tulang, sendi, terdapat fraktur pada femur bagian kiri 8 bulan yang lalu kondisi fraktur masih terpasang pen.

Data Objektif: pasien tampak tidak bisa menggerakkan kedua kaki, pasien tampak meringis saat dibantu menggerakkan kakinya, kekuatan masalah otot:

4 4 4 4	4 4 4 4
1 1 1 1	1 1 1 1

e. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien ada keluhan selama beraktivitas yaitu nyeri pada sendi saat berjalan dan nyeri paha bagian kiri.

Data Objektif: Pasien tampak meringis saat dipegang kaki bagian kanan.

8. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan: ada penurunan kesadaran, mengalami kelumpuhan	Perfusi Serebral Tidak Efektif	Embolisme

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>pada kedua kaki.</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran apatis, dengan nilai <i>Glassglow Coma Scale</i> (GCS) 12 E: 3, M: 5, dan V: 4. 2. Pasien tampak aphasia saat berbicara. 3. Hasil pemeriksaan CT-Scan Kesan: Atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematom a. 		
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi BAK 8 kali sehari 2. Bewarna kuning jernih sejak masuk rumah sakit. <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak pucat b. Temperature kulit 	Ketidakseimbangan elektrolit	Ketidakseimbangan cairan

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>hangat,</p> <p>c. Keadaan kulit tidak elastis.</p> <p>d. Total keseluruhan intake sebanyak 3400 cc (infus 1400 cc, minum 2000 cc), total output sebanyak 2450 cc (urine 2000 cc, IWL 450 cc), total balance cairan selama 24 jam +950 cc/24 jam.</p> <p>e. Warna urine pasien tampak kuning jernih,</p> <p>f. Pemeriksaan laboratorium Ureum 138 mg/dl* (0-70 mg/dl), Creatinin 1,1 mg/dl* (0.5 – 1.0 mg/dl), Natrium 153 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.09 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l). Warna kuning keruh* (kuning jernih), Protein/albumin 1+* (negative), Natrium</p>		

No.	Data	Masalah	Etiologi
	147 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.22 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l), Natrium 132 mmol/l* (135-146 mmol/l), Chlorida 90 mmol/l* (95-112 mmol/l), Albumin 2.8 g/dl* (3.5-5.2 g/dl).		
3.	Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan menghabiskan 250 cc makanan cair. Data Objektif: 1. Pasien mendapatkan diit cair. 2. Pasien mendapatkan obat sebelum makan. 3. Pasien tampak mendapatkan diit protein 200 gr.	Gangguan Menelan	Paralisis serebral
4.	Data subjektif: Keluarga pasien mengatakan ada keluhan	Risiko Cedera	Perubahan Fungsi Psikomotor

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<p>selama beraktivitas yaitu nyeri pada sendi saat berjalan dan nyeri paha bagian kiri.</p> <p>Data Objektif:</p> <p>Pasien tampak meringis saat dipegang kaki bagian kanan.</p>		
5.	<p>Data Subjektif:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengalami kesulitan dalam bergerak karena fraktur pada paha bagian kiri. 2. Terdapat sakit pada tulang, sendi, terdapat fraktur pada femur bagian kiri 8 bulan yang lalu kondisi fraktur masih terpasang pen. <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tidak bisa menggerakkan kedua kaki. 2. Pasien tampak 	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Penurunan Kekuatan Otot</p>

No.	Data	Masalah	Etiologi				
	meringis saat dibantu menggerakkan kakinya. 3. Kekuatan masalah otot: <table border="1" data-bbox="464 633 730 734"> <tr> <td>4 4 4 4</td> <td>4 4 4 4</td> </tr> <tr> <td>1 1 1 1</td> <td>1 1 1 1</td> </tr> </table>	4 4 4 4	4 4 4 4	1 1 1 1	1 1 1 1		
4 4 4 4	4 4 4 4						
1 1 1 1	1 1 1 1						

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan embolisme.
2. Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan.
3. Gangguan Menelan berhubungan dengan paralisis serebral.
4. Risiko Cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor.
5. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan

1. Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan embolisme.

Data subjektif:

Keluarga pasien mengatakan: Ada penurunan kesadaran, mengalami kelumpuhan pada kedua kaki.

Data Objektif:

- a. Tingkat kesadaran apatis, dengan nilai *Glassglow Coma Scale* (GCS) 12 E: 3, M: 5, dan V: 4
- b. Hasil pemeriksaan CT-Scan **Kesan:** Atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematoma.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi serebral kembali efektif.

Kriteria Hasil:

Tingkat kesadaran pasien meningkat dari apatis menjadi composmentis.

Rencana Tindakan:

- 1) Kaji tekanan darah setiap shift
- 2) Kaji tanda-tanda peningkatan TIK.
- 3) Monitor MAP setiap shift.
- 4) Monitor tingkat kesadaran setiap shift.
- 5) Berikan posisi semifowler 30°
- 6) Berikan obat injeksi; Brain ACT 2x1 gr melalui intravena sesuai program medis.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 03 Mei 2021

Pukul 08.10 perawat ruangan mengukur tekanan darah dengan hasil tekanan darah 131/107 mmHg. Pukul 08.15 memonitor MAP dengan hasil 115 mmHg. Pukul 10.00 mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran. Pukul 10.00 memberikan posisi semifowler 30° dengan hasil posisi kepala ditinggikan 30°. Pukul 14.30 perawat ruangan mengukur tekanan darah dengan hasil tekanan darah 127/60 mmHg.

Pukul 15.00 perawat ruangan memonitor tingkat kesadaran dengan hasil kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M: 5, V: 5.

Pukul 16.00 perawat ruangan memberikan obat injeksi melalui intravena; Brain ACT 1 gr dengan hasil obat berhasil diberikan, tetesan infus lancar. Pukul 18.30 perawat ruangan mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran.

Pukul 22.00 perawat ruangan mengukur tekanan darah dengan hasil tekanan darah 124/89 mmHg. Pukul 23.00 perawat ruangan mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil pasien masih mengalami penurunan kesadaran. Pukul 04.00 perawat ruangan memberikan obat injeksi intravena; Brain ACT 1 gr dengan hasil obat berhasil diberikan, tetesan infus lancar. Pukul 05.00 perawat ruangan mengukur tekanan darah dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran.

Objektif: Tekanan darah 140/90 mmHg, Tingkat kesadaran dengan hasil kesadaran apatis dengan nilai GCS E: 4, M: 5, V: 4.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021

Pukul 08.00 mengkaji tekanan darah dengan hasil tekanan darah 131/107 mmHg. Pukul 08.10 memonitor MAP dengan hasil 115 mmHg. Pukul 09.45 memonitor tingkat kesadaran dengan hasil tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M:5, V:4. Pukul 10.30 mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil kesadaran pasien masih apatis.

Pukul 16.00 mengkaji tekanan darah dengan hasil tekanan darah dengan hasil 140/80 mmHg. Pukul 16.10 memonitor tingkat kesadaran dengan hasil tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M:5, V:4. Pukul 17.00 perawat ruangan memberikan obat injeksi intravena; Brain ACT 1 gr dengan hasil obat berhasil diberikan, tetesan infus lancar. Pukul 18.00 perawat ruangan memberikan posisi semifowler 30° dengan hasil posisi kepala ditinggikan 30°.

Pukul 21.30 perawat ruangan mengkaji tekanan darah dengan hasil tekanan darah dengan hasil 145/60 mmHg. Pukul 04.00 perawat ruangan memberikan obat injeksi melalui intravena; Brain ACT 1 gr dengan hasil obat berhasil diberikan, tetesan infus lancar. Pukul 04.15 perawat ruangan mengkaji tekanan darah dengan hasil tekanan darah dengan hasil 138/76 mmHg.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran.

Objektif: Tekanan darah dengan hasil 138/76 mmHg. Tingkat kesadaran apatis dengan nilai GCS E: 4, M: 5, V: 4.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021

Pukul 08.00 mengkaji tekanan darah dengan hasil tekanan darah 120/75 mmHg. Pukul 08.05 memonitor MAP dengan hasil 90 mmHg. Pukul 08.30 memonitor tingkat kesadaran dengan hasil tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M: 6, V: 5. Pukul 08.35 mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil kesadaran pasien sudah meningkat dan menjadi composmentis.

Pukul 16.00 perawat ruangan mengkaji tekanan darah dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg. Pukul 16.05 perawat ruangan memonitor tingkat kesadaran dengan hasil tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M:6, V:5. Pukul 16.20 perawat ruangan memberikan obat injeksi melalui intravena; Brain ACT 1 gr dengan hasil obat berhasil diberikan, tetesan infus lancar.

Pukul 22.00 perawat ruangan mengkaji tekanan darah dengan hasil tekanan darah dengan hasil 138/85 mmHg. Pukul 22.10 perawat

ruangan memonitor tingkat kesadaran dengan hasil tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M:6, V:5.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan kesadaran pasien sudah meningkat.

Objektif: Tekanan darah dengan hasil 135/85 mmHg. Tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M: 6, V: 5.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

2. Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan

Data subjektif:

Keluarga pasien mengatakan:

- a. Frekuensi BAK 8 kali sehari.
- b. Bewarna kuning jernih sejak masuk rumah sakit.

Data Objektif:

- 1) Pasien tampak pucat.
- 2) Temperature kulit hangat.
- 3) Keadaan kulit tidak elastis.
- 4) Total keseluruhan intake sebanyak 3400 cc (infus 1400 cc, minum 2000 cc), total output sebanyak 2450 cc (urine 2000 cc, IWL 450 cc), total balance cairan selama 24 jam +950 cc/24 jam.
- 5) Warna urine pasien tampak kuning jernih.

6) Pemeriksaan laboratorium Ureum 138 mg/dl* (0-70 mg/dl), Creatinin 1,1 mg/dl* (0.5 – 1.0 mg/dl), Natrium 153 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.09 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l). Warna kuning keruh* (kuning jernih), Protein/albumin 1+* (negative), Natrium 147 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.22 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l), Natrium 132 mmol/l* (135-146 mmol/l), Chlorida 90 mmol/l* (95-112 mmol/l), Albumin 2.8 g/dl* (3.5-5.2 g/dl).

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan kembali efektif.

Kriteria Hasil:

Kadar urea nitrogen darah membaik (0-70 mg/dl), kadar kreatinin plasma membaik (0.5 – 1.0 mg/dl), kadar kalium membaik (3.50-5.50 mmol/l), kadar natrium membaik (135-146 mmol/l), dan kadar elektrolit membaik.

Rencana Tindakan:

- a) Monitor status cairan (turgor kulit, masukan dan haluaran) setiap shift.
- b) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (natrium, kalium, berat jenis urine, creatinin) setiap hari, sesuai program medis.
- c) Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam.
- d) Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan.
- e) Berikan cairan melalui intravena KCL 74% 25 ml/12 jam sesuai program medis.
- f) Berikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam melalui intravena program medis.

- g) Berikan terapi cairan Tutosol 500 cc/ 24 jam melalui intravena sesuai program medis.
- h) Berikan terapi obat injeksi melalui intravena KCL 2x25 meq sesuai program medis.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 03 Mei 2021

Pukul 08.30 memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 250 cc diit cair ditambah 100 cc air. Pukul 09.00 memonitor status cairan (turgor kulit, masukan dan haluaran) dengan hasil turgor kulit tidak elastis, masukan cairan infus RL 300 cc, dan haluaran pasien belum BAK. Pukul 10.00 mencatat intake terapi cairan infus RL 500 cc/12 jam dengan hasil cairan RL terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit, sisa cairan infus RL 200 cc. Pukul 12.00 memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 250 cc diit cair ditambah 100 cc air. Pukul 14.00 memberikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam dengan hasil terapi cairan infus RL 500 cc terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit. Pukul 14.10 mencatat output urine dengan hasil urine 200 cc.

Pukul 15.00 mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam dengan hasil sisa cairan infus RL 100 cc. Pukul 17.00 perawat ruangan memberikan terapi cairan Tutosol 500 cc/ 24 jam dengan hasil cairan Tutosol terpasang, tetesan infus 7 tetes per menit. Pukul 17.10 perawat ruangan memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 250 cc diit cair ditambah 100 cc air. Pukul 18.30 perawat ruangan memberikan terapi obat injeksi KCL 25 meq ke dalam infus RL 500 cc/12 jam dengan hasil obat berhasil diberikan, dan tetesan infus lancar. Pukul 19.00 perawat ruangan mencatat intake terapi

cairan Tutosol 500 cc/ 24 jam dengan hasil sisa cairan infus Tutosol 400 cc.

Pukul 21.00 perawat ruangan memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 250 cc diit cair ditambah 100 cc air. Pukul 21.15 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan Tutosol 500 cc/ 24 jam dengan hasil sisa cairan infus Tutosol 300 cc. Pukul 21.20 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil urine 300 cc. Pukul 24.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan Tutosol 500 cc/ 24 jam dengan hasil sisa cairan infus Tutosol 150 cc. Pukul 24.05 perawat ruangan memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 100 cc air. Pukul 02.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan Tutosol 500 cc/ 24 jam dengan hasil sisa cairan infus Tutosol 100 cc. Pukul 06.00 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil output urine 750 cc. Pukul 06.05 perawat ruangan mencatat intake-output dengan hasil intake 2.600 cc (infus 1.600 cc, oral 1000 cc), output 1700 cc (urine 1.250 cc, IWL 450 cc). Pukul 06.10 perawat ruangan menghitung balance cairan dengan hasil intake – output = 2.600 cc – 1.700 cc = +900 cc/24 jam.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan jumlah BAK pasien makin bertambah dari sebelumnya.

Objektif: intake 2.600 cc (infus 1.600 cc, oral 1000 cc), output 1700 cc (urine 1.250 cc, IWL 450 cc). Intake – output = 2.600 cc – 1.700 cc = +900 cc/24 jam.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021

Pukul 06.00 perawat ruangan memberikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam dengan hasil terapi cairan infus RL 500 cc terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit. Pukul 08.00 memonitor status cairan (turgor kulit, masukan dan haluaran) dengan hasil turgor kulit pasien tampak tidak elastis, masukan cairan RL 500 cc/12 jam, asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 250 cc ditambah 50 cc air. Pukul 08.05 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (natrium, kalium, berat jenis urine, creatinin) dengan hasil **Fungsi hati:** Albumin 2.8 g/dl* (3.5-5.2 g/dl), **Elektrolit:** Natrium 132 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 2.69 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l), Chlorida 90 mmol/l* (95-112 mmol/l). Pukul 10.00 mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam dengan hasil sisa cairan infus RL 300 cc. Pukul 12.00 memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 250 cc diit cair ditambah 100 cc air. Pukul 12.10 mencatat output urine dengan hasil urine 750 cc. Pukul 14.00 memberikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam dan terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil terapi cairan infus RL 500 cc terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit ditambah terapi obat injeksi KCL 100 cc.

Pukul 16.00 memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 250 cc diit cair ditambah 50 cc air. Pukul 16.05 mencatat output urine dengan hasil urine 600 cc. Pukul 18.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat

injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 340 cc. Pukul 20.00 perawat ruangan memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 50 cc air.

Pukul 21.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 200 cc. Pukul 21.05 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil urine 600 cc. Pukul 22.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 180 cc. Pukul 24.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 150 cc. Pukul 24.05 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil urine 700 cc. Pukul 24.10 perawat ruangan memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan via NGT 100 cc air. Pukul 02.00 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil urine 800 cc. Pukul 02.05 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 100 cc. Pukul 06.00 perawat ruangan memberikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil terapi cairan infus RL+KCL 500 cc terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit. Pukul 06.10 perawat ruangan mencatat intake-output dengan hasil intake 2.650 cc (infus 1.500 cc, oral 1.150 cc), output 3.900 cc (urine 3.450 cc, IWL 450 cc). Pukul 06.10 perawat ruangan menghitung balance cairan dengan hasil intake – output = 2.650 cc – 3.900 cc = -1.250 cc/24 jam.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan jumlah urine lebih banyak dari sebelumnya.

Objektif: intake 2.650 cc (infus 1.500 cc, oral 1.150 cc), output 3.900 cc (urine 3.450 cc, IWL 450 cc). Intake – output = 2.650 cc – 3.900 cc = -1.250 cc/24 jam, turgor kulit pasien tampak tidak elastis, **Fungsi Hati:** Albumin 2.8 g/dl* (3.5-5.2 g/dl), **Elektrolit:** Natrium 132 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 2.69 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l).

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021

Pukul 06.00 perawat ruangan memberikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam dan terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil terapi cairan infus RL+KCL 500 cc terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit. Pukul 08.00 mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 450 cc. Pukul 08.05 memonitor status cairan (turgor kulit, masukan dan haluaran) dengan hasil turgor kulit pasien tampak tidak elastis, masukan cairan RL + KCL 500 cc/12 jam, asupan cairan dengan hasil asupan cairan melalui oral 50 cc. Pukul 10.00 memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan melalui oral 250 cc. Pukul 10.05 mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 400

cc. Pukul 12.00 memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan melalui oral 100 cc. Pukul 12.05 mencatat output urine dengan hasil urine 850 cc. Pukul 12.10 mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 300 cc. Pukul 14.00 memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan melalui oral 100 cc. Pukul 14.05 mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 250 cc.

Pukul 16.00 perawat ruangan memberikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam dan terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil terapi cairan infus RL+KCL 500 cc terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit. Pukul 17.00 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil urine 750 cc. Pukul 18.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi KCL 2x25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 420 cc. Pukul 20.00 perawat ruangan memberikan asupan cairan dengan hasil asupan cairan melalui oral 250 cc.

Pukul 21.00 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil urine 600 cc. Pukul 22.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 250 cc. Pukul 24.00 perawat ruangan mencatat output urine dengan hasil urine 800 cc. Pukul 02.00 perawat ruangan mencatat intake terapi cairan RL 500 cc/12 jam ditambah terapi obat injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil sisa cairan infus RL + KCL 180 cc. Pukul 06.00 perawat ruangan memberikan terapi cairan RL 500 cc/12 jam dan terapi obat

injeksi melalui intravena KCL 25 meq dengan hasil terapi cairan infus RL+KCL 500 cc terpasang, tetesan infus 14 tetes per menit. Pukul 06.15 perawat ruangan mencatat intake-output dengan hasil intake 2.250 cc (infus 1.500 cc, oral 750 cc), output 3.450 cc (urine 3.000 cc, IWL 450 cc). Pukul 06.20 perawat ruangan menghitung balance cairan dengan hasil intake – output = 2.250 cc – 3.450 cc = -1.200 cc/24 jam.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien sudah dapat minum tanpa NGT.

Objektif: intake 2.250 cc (infus 1.500 cc, oral 750 cc), output 3.450 cc (urine 3.000 cc, IWL 450 cc). Intake – output = 2.250 cc – 3.450 cc = -1.200 cc/24 jam.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3. Gangguan Menelan berhubungan dengan paralisis serebral

Data subjektif:

Keluarga pasien mengatakan menghabiskan 250 cc makanan cair.

Data Objektif:

- a. Pasien mendapatkan diit cair.
- b. Pasien mendapatkan obat sebelum makan.
- c. Pasien tampak mendapatkan diit protein 200 gr.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan menelan kembali adekuat.

Kriteria Hasil:

Usaha menelan meningkat

Rencana Tindakan:

- 1) Monitor tingkat kesadaran dan kemampuan menelan setiap shift.
- 2) Monitor asupan makanan setiap shift.
- 3) Periksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara setiap makan.
- 4) Pertahankan posisi *semi-fowler* 30 ° pada pasien tidak sadar setiap pemberian makan.
- 5) Ukur residu sebelum pemberian makan.
- 6) Berikan obat oral dalam bentuk cair setiap shift.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 03 Mei 2021

Pukul 08.00 memonitor tingkat kesadaran dan kemampuan menelan dengan hasil tingkat kesadaran pasien apatis, dan kemampuan menelan masih lemah. Pukul 08.05 memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara dengan hasil saat auskultasi hembusan udara pada NGT berada tepat pada lambung. Pukul 08.10 mempertahankan posisi *semi-fowler* 30 ° pada pasien tidak sadar dengan hasil posisi pasien saat pemberian makan *semi-fowler*. Pukul 08.15 mengukur residu sebelum pemberian makan dengan hasil pasien diberikan makanan cair 250 cc susu cair + 100 cc air putih. Pukul 09.00 memberikan obat oral dalam bentuk cair

dengan hasil pemberian obat CPG 75 meq dan Aspan-K 600 mg melalui oral, obat berhasil diberikan. Pukul 13.00 memonitor tingkat kesadaran dan kemampuan menelan dengan hasil kesadaran pasien apatis dan kemampuan menelan masih lemah. Pukul 13.00 mempertahankan posisi *semi-fowler* 30 ° pada pasien tidak sadar dengan hasil posisi pasien saat pemberian makan *semi-fowler* Pukul 13.10 memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara dengan hasil saat auskultasi hembusan udara pada NGT berada tepat pada lambung. Pukul 13.10 mengukur residu sebelum pemberian makan dengan hasil pasien diberikan makanan cair 250 cc makanan cair + 100 cc air putih. Pukul 13.30 memberikan obat oral dalam bentuk cair dengan hasil pemberian obat Aspan-K 600 mg melalui oral, obat berhasil diberikan.

Pukul 17.00 perawat ruangan memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara dengan hasil saat auskultasi hembusan udara pada NGT berada tepat pada lambung. Pukul 17.00 perawat ruangan mempertahankan posisi *semi-fowler* 30 ° pada pasien tidak sadar dengan hasil posisi pasien saat pemberian makan *semi-fowler*. Pukul 17.05 perawat ruangan mengukur residu sebelum pemberian makan dengan hasil pasien diberikan makanan cair 250 cc makanan cair + 100 cc air putih. Pukul 17.30 perawat ruangan memberikan obat oral dalam bentuk cair dengan hasil pemberian obat Aspan-K 600 mg melalui oral, obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien masih kesadaran menurun.

Objektif: Kesadaran pasien tampak apatis, dan kemampuan menelan masih lemah. Pasien tampak diberikan makanan cair 250 cc makanan cair + 100 cc air putih.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021

Pukul 08.15 memonitor tingkat kesadaran dan kemampuan menelan dengan hasil tingkat kesadaran pasien apatis, dan kemampuan menelan masih lemah. Pukul 08.30 memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara dengan hasil saat auskultasi hembusan udara pada NGT berada tepat pada lambung. Pukul 08.35 mengukur residu sebelum pemberian makan dengan hasil pasien diberikan 250 cc susu cair + 100 cc air putih. Pukul 08.35 memberikan obat oral dalam bentuk cair dengan hasil pemberian obat CPG 75 meq dan Aspan-K 600 mg melalui oral dicampurkan dengan makanan cair. Pukul 13.00 memeriksa posisi NGT dengan memeriksa residu lambung atau mengauskultasi hembusan udara dengan hasil saat auskultasi hembusan udara pada NGT berada tepat pada lambung. Pukul 13.10 mengukur residu sebelum pemberian makan dengan hasil pasien diberikan makanan cair 250 cc makanan cair + 100 cc air putih. Pukul 13.10 memberikan

obat oral dalam bentuk cair dengan hasil pemberian obat Aspan-K 600 mg melalui oral dicampurkan dengan susu cair.

Pukul 17.10 perawat ruangan mengukur residu sebelum pemberian makan dengan hasil pasien diberikan makanan cair 250 cc + 100 cc air putih. Pukul 17.15 perawat ruangan memberikan obat oral dalam bentuk cair dengan hasil pemberian obat Aspan-K 600 mg melalui oral dicampurkan dengan makanan cair.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien masih makan melalui selang sonde.

Objektif: Kesadaran pasien tampak apatis, dan kemampuan menelan masih lemah. Pasien tampak diberikan makanan cair 250 cc makanan cair + 100 cc air putih.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021

Pukul 08.00 memonitor tingkat kesadaran dan kemampuan menelan dengan hasil tingkat kesadaran pasien composmentis, dan pasien sudah dapat menelan. Pukul 08.15 memonitor asupan makanan dengan hasil pasien menghabiskan setengah porsi bubur lunak. Pukul

08.30 memberikan obat oral dalam bentuk cair dengan hasil pasien dapat minum obat oral CPG 75 meq. Pukul 13.00 memonitor asupan makanan dengan hasil pasien menghabiskan satu porsi nasi tim. Pukul 13.30 memberikan obat oral dalam bentuk cair dengan hasil pasien dapat minum obat oral Aspan-K 600 mg.

Pukul 17.15 memonitor asupan makanan dengan hasil pasien menghabiskan setengah porsi bubur lunak.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa makan bubur.

Objektif: Kesadaran pasien tampak composmentis, kemampuan menelan pasien sudah meningkat.

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning: Intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

4. Risiko Cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor

Data subjektif:

Keluarga pasien mengatakan ada keluhan selama beraktivitas yaitu nyeri pada sendi saat berjalan dan nyeri paha bagian kiri.

Data Objektif:

Pasien tampak meringis saat dipegang kaki bagian kanan.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan cedera tidak terjadi.

Kriteria Hasil:

Kejadian cedera menurun, ekspresi wajah kesakitan menurun, dan nyeri pada bagian sendi berkurang sampai dengan hilang.

Rencana Tindakan:

- a. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera setiap shift.
- b. Identifikasi faktor risiko jatuh setiap shift.
- c. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *Fall Morse Scale* setiap shift.
- d. Pasang *handrail* tempat tidur setiap shift.
- e. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien setiap shift.
- f. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat setiap shift.
- g. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga setiap shift.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 03 Mei 2021

Pukul 08.00 mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera dengan hasil kamar mandi adalah area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera. Pukul 08.15 mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak penurunan kesadaran. Pukul 08.30 menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *Fall Morse Scale* dengan hasil total nilai *Fall*

Morse Scale resiko jatuh 75 (risiko tinggi). Pukul 08.35 memasang *handrail* tempat tidur dengan hasil *handrail* terpasang pada tempat tidur pasien. Pukul 08.40 mendekati bel pemanggil dalam jangkauan pasien dengan hasil bel pemanggil tampak berada disamping tempat tidur pasien. Pukul 08.45 mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat dengan hasil keluarga pasien memahami cara menggunakan bel saat memanggil perawat. Pukul 09.00 menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga dengan hasil keluarga pasien memahami alasan pencegahan jatuh pada pasien dengan kondisi penurunan kesadaran.

Pukul 16.00 perawat ruangan mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak penurunan kesadaran dan kelemahan otot pada ekstremitas bawah. Pukul 16.05 perawat ruangan memasang *handrail* tempat tidur dengan hasil *handrail* terpasang pada tempat tidur pasien. Pukul 16.10 perawat ruangan mendekati bel pemanggil dalam jangkauan pasien dengan hasil bel berada disamping tempat tidur pasien. Pukul 16.15 perawat ruangan menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga dengan hasil keluarga pasien memahami penjelasan dari perawat.

Pukul 22.00 perawat ruangan mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera dengan hasil lingkungan sekitar tempat tidur berpotensi menyebabkan cedera, karena *handrail* tidak terpasang. Pukul 22.15 perawat ruangan mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak apatis sehingga menjadi factor risiko jatuh. Pukul 22.30 perawat ruangan memasang *handrail* tempat tidur dengan hasil *handrail* tampak terpasang pada tempat tidur pasien. Pukul 22.35 perawat ruangan mendekati bel pemanggil dalam

jangkauan pasien dengan hasil bel tampak berada disamping tempat tidur pasien. Pukul 22.45 perawat ruangan mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat dengan hasil keluarga pasien memahami cara menggunakan bel. Pukul 07.00 perawat ruangan menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *Fall Morse Scale* dengan hasil total nilai *Fall Morse Scale* risiko jatuh pasien 75 (risiko tinggi).

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien masih bedrest belum bisa menggerakkan ekstremitas bawah.

Objektif: Hasil total nilai *Fall Morse Scale* risiko jatuh pasien 75 (risiko tinggi), pasien tampak penurunan kesadaran.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021

Pukul 08.00 mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak apatis dan belum bisa menggerakkan bagian ekstremitas bawah. Pukul 08.05 menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *Fall Morse Scale* dengan hasil total nilai *Fall Morse Scale* resiko jatuh 50 (resiko jatuh rendah). Pukul 08.10 memasang *handrail* tempat tidur dengan hasil *handrail* tampak terpasang pada tempat tidur pasien. Pukul 08.20 mendekati bel pemanggil dalam

jangkauan pasien dengan hasil bel pemanggil tampak berada disamping tempat tidur pasien. Pukul 08.30 menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga dengan hasil keluarga pasien memahami cara pencegahan jatuh pada pasien.

Pukul 16.00 perawat ruangan mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak composmentis tetapi belum bisa menggerakkan bagian ekstremitas bawah. Pukul 16.10 perawat ruangan mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien dengan hasil bel berada disamping tempat tidur pasien. Pukul 16.15 perawat ruangan menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga dengan hasil keluarga pasien memahami penjelasan dari perawat.

Pukul 22.00 perawat ruangan mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera dengan hasil lingkungan sekitar tempat tidur berpotensi menyebabkan cedera, karena *handrail* tidak terpasang. Pukul 22.15 perawat ruangan mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak composmentis, namun pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian bawah sehingga menjadi factor risiko jatuh. Pukul 22.30 perawat ruangan memasang *handrail* tempat tidur dengan hasil *handrail* tampak terpasang pada tempat tidur pasien.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien masih sakit bagian kaki bawahnya ketika dicoba digerakkan.

Objektif: hasil total nilai *Fall Morse Scale* resiko jatuh 50 (resiko jatuh rendah), pasien tampak composmentis.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021

Pukul 08.00 mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak composmentis, namun masih belum bisa menggerakkan bagian ekstremitas bawah. Pukul 08.10 menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala *Fall Morse Scale* dengan hasil total nilai *Fall Morse Scale* resiko jatuh 50 (resiko jatuh rendah). Pukul 08.15 memasang *handrail* tempat tidur dengan hasil *handrail* terpasang pada tempat tidur pasien. Pukul 08.20 mendekati bel pemanggil dalam jangkauan pasien dengan hasil bel pemanggil berada disamping tempat tidur pasien.

Pukul 16.00 perawat ruangan mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak composmentis, namun saat dibantu digerakkan ekstremitas bawah pasien tampak kesakitan. Pukul 16.05 perawat ruangan mendekati bel pemanggil dalam jangkauan pasien dengan hasil bel berada disamping tempat tidur pasien. Pukul 16.15

perawat ruangan menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga dengan hasil keluarga pasien memahami penjelasan dari perawat.

Pukul 22.15 perawat ruangan mengidentifikasi faktor risiko jatuh dengan hasil pasien tampak composmentis, namun pasien belum bisa menggerakkan ekstremitas bagian bawah sehingga menjadi factor risiko jatuh. Pukul 22.30 perawat ruangan memasang *handrail* tempat tidur dengan hasil *handrail* tampak terpasang pada tempat tidur pasien.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien masih sakit bagian kaki bawahnya ketika dicoba digerakkan.

Objektif: hasil total nilai *Fall Morse Scale* resiko jatuh 50 (resiko jatuh rendah), pasien tampak composmentis, namun saat dibantu digerakkan ekstremitas bawah pasien tampak kesakitan.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

5. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Data Subjektif:

Keluarga pasien mengatakan:

- a. Pasien mengalami kesulitan dalam bergerak karena fraktur pada paha bagian kiri.
- b. Terdapat sakit pada tulang, sendi, terdapat fraktur pada femur bagian kiri 8 bulan yang lalu kondisi fraktur masih terpasang pen.

Data Objektif:

- 1) Pasien tampak tidak bisa menggerakkan kedua kaki.
- 2) Pasien tampak meringis saat dibantu menggerakkan kakinya.
- 3) Kekuatan masalah otot:

4 4 4 4	4 4 4 4
1 1 1 1	1 1 1 1

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal.

Kriteria Hasil:

Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun.

Rencana Tindakan:

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya setiap shift.
- b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan setiap shift.
- c) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi setiap shift.
- d) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan setiap shift.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 03 Mei 2021

Pukul 09.30 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil keluarga pasien mengatakan terdapat nyeri pada kedua kaki saat digerakkan. Pukul 09.45 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil keluarga pasien membantu dalam melakukan gerakan ROM pada kaki pasien. Pukul 10.00 menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil keluarga pasien memahami tujuan dari prosedur mobilisasi pada pasien adalah supaya pergerakan ekstremitas meningkat dan kaku sendi berkurang. Pukul 10.15 mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil keluarga pasien membantu mobilisasi pasien dengan miring kanan dan miring kiri.

Pukul 21.00 perawat ruangan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa nyeri pada kedua kaki.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa nyeri pada kedua kaki.

Objektif: Pasien tampak meringis kesakitan saat kaki dibantu melakukan miring kanan dan miring kiri.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan Intervensi.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 04 Mei 2021

Pukul 09.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil keluarga pasien mengatakan terdapat nyeri pada kedua kaki saat digerakkan, pasien tampak meringis saat dibantu fleksikan kaki kiri dan kanan pasien. Pukul 09.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil keluarga pasien membantu dalam melakukan gerakan ROM fleksi dan ekstensi pada kaki pasien. Pukul 10.00 menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil keluarga pasien memahami tujuan dari prosedur mobilisasi pada pasien adalah supaya pergerakan ekstremitas bawah meningkat dan kaku sendi berkurang. Pukul 10.15 mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil keluarga pasien membantu mobilisasi pasien dengan fleksi dan ekstensi kaki pasien.

Pukul 21.00 perawat ruangan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa nyeri pada kedua kaki.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan terdapat nyeri pada kedua kaki saat digerakkan.

Objektif: pasien tampak meringis saat dibantu fleksikan kaki kiri dan kanan pasien.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Lanjutkan Intervensi.

Penatalaksanaan Keperawatan:

Tanggal 05 Mei 2021

Pukul 09.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan masih sakit dan nyeri pada kedua kaki. Pukul 09.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil keluarga pasien membantu pasien untuk merubah posisi semifowler. Pukul 09.30 menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil keluarga memahami tujuan prosedur mobilisasi pada pasien, supaya pasien ada pergerakan mobilisasi secara pasif. Pukul 10.15 mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil pasien telah dilakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada ekstremitas bawah.

Pukul 20.30 perawat ruangan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan kedua kaki masih nyeri saat digerakkan.

Evaluasi Keperawatan:

Tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: Pasien mengatakan kedua kaki masih nyeri saat digerakkan.

Objektif: pasien tampak meringis saat dibantu gerakkan ROM secara pasif.

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: Intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks (2014) penyebab pada stroke iskemik yaitu: trombosis terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis endothelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Akhirnya rongga pembuluh darah menjadi tersumbat. Selain itu, penyumbatan dapat terjadi karena inflamasi pada arteri atau disebut arteritis atau vaskulitis tetapi hal ini jarang terjadi. Stroke karena trombosis adalah tipe yang paling sering terjadi pada orang dengan diabetes. Sedangkan emboli adanya sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Namun pada kasus pasien mengalami atrofi senilis yaitu berkurangnya ukuran suatu sel atau jaringan biasanya terjadi pada orang usia lanjut. Penyebab atrofi senilis berawal dari adanya arteriosclerosis yang menyebabkan suplai darah terganggu dan mengakibatkan darah ke sel, jaringan dan organ pada otak berkurang. Akibatnya sel, jaringan dan organ tersebut mengalami atrofi. Hal ini dibuktikan dengan hasil dengan hasil CT-Scan yang menunjukkan kesan: Atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematoma.

Menurut Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks (2014) manifestasi klinik pada stroke iskemik, yaitu: kehilangan kemampuan berbicara, hemiparesis (kelemahan) dari satu bagian tubuh, afasia : penurunan kemampuan berkomunikasi, disfagia : penurunan kemampuan menelan, penurunan kesadaran. Namun pada kasus pasien mengalami penurunan kesadaran yang dipertahankan oleh sebuah sistem di otak yang disebut ARAS (*Ascending Reticular Activating System*). pada kasus stroke yang langsung mengenai pusat

sistem kesadaran atau mendesak sistem pusat kesadaran. Pada kasus pasien mengalami disfagia : penurunan kemampuan menelan terjadi karena adanya kerusakan pada lobus parietal terkait dengan defisit sensorik.

Menurut Doenges (2012), pada stroke terjadi adanya perubahan pola berkemih, tanda dan gejala yang muncul pada perubahan pola berkemih seperti inkontinensia, anuria, adanya distensi abdomen, distensi kandung kemih. Namun pada kasus pasien mengalami gangguan elektrolit. Menurut (Wulan et al., 2019) gangguan elektrolit sering ditemukan pada pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit, komplikasi berupa gangguan elektrolit lebih banyak ditemukan pada serangan stroke akut. Gangguan kadar natrium merupakan kelainan elektrolit yang paling sering ditemukan pada penyakit neurologic, baik berupa hiponatremia maupun hypernatremia. Pada pasien yang mengalami stroke iskemik ditemukan adanya keadaan hiponatremia. Menurut Parraka, et al (2016) terdapat hubungan antara hypernatremia dengan perburukan neurologis pada pasien stroke iskemik akut. Kalium adalah sumber kation utama di dalam sel. Rendahnya kadar K dalam serum akan meningkatkan kemungkinan terjadinya fibrilasi ventrikel yang pada akhirnya akan meningkatkan risiko terjadinya stroke. Demikian pula pada keadaan serius yang dapat menyebabkan kematian pada kegawatan neurologis seperti peningkatan tekanan intrakranial yang dapat disebabkan oleh trauma kepala, infeksi intrakranial, ataupun tumor susunan saraf pusat (SSP) (Aninditha et al., 2009). Hal ini dibuktikan dengan hasil pemeriksaan lab fungsi ginjal diatas normal yaitu ureum 138 mg/dl* (0-70 mg/dl), creatinin 1,1 mg/dl* (0.5 – 1.0 mg/dl). Dan pemeriksaan elektrolit natrium 153 mmol/l* (135-146 mmol/l), kalium 3.09 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l). Namun pada kasus pasien tidak mengalami fibrilasi ventrikel, hal ini dibuktikan dengan pemeriksaan EKG tanggal 01 Mei 2021 dengan hasil sinus ritme. Pada kasus pasien mengalami hipokalium yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan elektrolit pada tanggal 01 Mei 2021 dengan hasil kalium 3.09 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l dan dilakukan pemeriksaan elektrolit kembali pada tanggal 02 Mei 2021 dengan

hasil kalium 3.22 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l). namun pada kasus pasien tidak dilakukan pemeriksaan EKG ulang untuk mengetahui adanya fibrilasi yang diakibatkan hipokalium.

Menurut Tarwoto (2013), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan stroke iskemik adalah CT Scan, MRI/MRA, EEG, Angiografi Serebral, Kolesterol, dan EKG. Namun pada kasus hanya dilakukan CT Scan Kepala, kesan : menunjukkan atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematoma dan EKG dengan hasil sinus ritme.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu keluarga pasien sangat terbuka dan kooperatif terkait penyakitnya, data rekam medis lengkap dan perawat ruangan sangat membantu penulis dalam mengumpulkan data, sehingga penulis dapat memperoleh data.

Faktor penghambat dalam pengkajian keperawatan yaitu, penulis kesulitan memperoleh hasil CT-Scan yang menunjukkan adanya lesi pada lobus, penulis kesulitan memperoleh data berapa jumlah makanan goreng-gorengan yang dikonsumsi pasien dalam sehari, penulis kesulitan memperoleh data penunjang EKG dan foto thorax yang menunjukkan adanya fibrilasi untuk mengetahui akibat dari hipokalium karena pada kasus pasien tidak dilakukan pemeriksaan penunjang foto thorax dan pemeriksaan ulang EKG, serta penulis kesulitan memperoleh data penunjang seperti pemeriksaan kolesterol dan penulis kesulitan dalam membaca beberapa tulisan dokter, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya dalam mendokumentasikan hasil tindakannya.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada SDKI (2016), tetapi tidak ada pada kasus antara lain:

1. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, gangguan neuromukuler. Diagnosa ini tidak diangkat pada kasus, karena pasien tidak ada masalah pada lobus frontal. Hal ini dibuktikan dari hasil CT Scan yang menunjukkan bahwa pasien mengalami berkurangnya ukuran suatu sel atau jaringan. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan pada lobus frontal yang mengatur fungsi intelektual dan pusat bahasa, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Sehingga pada diagnosa tersebut tidak menunjukkan hal yang sama pada kondisi kasus pasien.
2. Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan) berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpapar informasi, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi. Diagnosa ini tidak diangkat pada kasus, karena pasien tidak ada masalah pada lobus frontal. Hal ini dibuktikan dari keluarga pasien sebelumnya sudah mengetahui mengenai penyakit stroke, tanda dan gejalanya.

Diagnosa keperawatan yang tidak ada pada SDKI (2016), tetapi ada pada kasus antara lain:

1. Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan. Kondisi ini terjadi akibat ketidakseimbangan elektrolit. Hal ini dikarenakan pasien mengalami ketidakseimbangan elektrolit berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium yang mendukung yaitu elektrolit: Natrium 147 mmol/l* (135-146 mmol/l), Kalium 3.22 mmol/l* (3.50-5.50 mmol/l).
2. Risiko Cedera berhubungan dengan penurunan fungsi psikomotor. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan pada lobus parietal yang berfungsi sebagai menafsirkan sentuhan, gerakan tubuh, sensasi nyeri. Hal ini dikarenakan pasien mengalami penurunan fungsi psikomotor, berdasarkan pengkajian jumlah skor risiko cedera berisiko tinggi.
3. Gangguan Menelan berhubungan paralisis serebral. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan pada lobus parietal terkait dengan defisit sensorik. Hal ini dibuktikan dari pemeriksaan fisik pasien yang

menunjukkan bahwa pasien memiliki gangguan menelan, dikarenakan pasien terpasang NGT dan susah untuk menelan.

4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan pada lobus parietal yang berfungsi sebagai gerakan tubuh. Hal ini dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran dan mengalami penurunan kekuatan otot berdasarkan pengkajian pada kasus kekuatan otot yaitu :

4 4 4 4	4 4 4 4
1 1 1 1	1 1 1 1

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 penyusunan diagnosa keperawatan tidak ditemukan faktor penghambat karena adanya referensi yang digunakan dalam penyusunan diagnosa sesuai dengan kondisi pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Menurut Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks (2014) atrofi senilis berawal dari adanya arteriosclerosis yang menyebabkan suplai darah terganggu dan mengakibatkan darah ke sel, jaringan dan organ pada otak. Sehingga, penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, hal ini dibuktikan berdasarkan hasil data penunjang dari CT Scan Kepala, menunjukkan kesan : menunjukkan atrofi senilis, ischemic lama, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/hematoma. Maka penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini sebagai prioritas utama pada kasus. Karena jika ada sumbatan di dalam pembuluh darah akan mengakibatkan aliran darah

ke otak berkurang sehingga otak tidak mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi sehingga akan menyebabkan kematian jaringan.

Pada tujuan dari setiap intervensi terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana pada kasus dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak memiliki keterbatasan waktu. Sedangkan, pada kasus penulis di beri batasan waktu selama tiga hari dan selama 3x24 jam.

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

1. Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan embolisme.
 - a. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak ditemukan memakai CVP.
 - b. Monitor ICP (*Intra Cranial Pressure*). Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian tidak ditemukan adanya peningkatan intracranial.
 - c. Monitor status pernapasan. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami gangguan pernapasan, status pernapasan pasien masih normal.
 - d. Monitor intake dan output cairan. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena intervensi monitor intake dan output cairan sudah terdapat pada diagnose perfusi renal tidak efektif.
 - e. Monitor cairan serebro-spinalis (misal. Warna, konsistensi). Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak terdapat cairan serebro-spinal.
 - f. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada lingkungan sekitar tempat tidur pasien sudah tenang.
 - g. Cegah terjadinya kejang. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien tidak mengalami kejang.

- h. Pertahankan suhu tubuh normal. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami peningkatan suhu.
 - i. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien tidak mengalami edema atau penumpukan cairan dan pasien tidak mendapatkan terapi iuretic.
- 2 Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- a. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena kekuatan/kelemahan fisik pada pasien sudah diketahui pada saat pengkajian pasien.
 - b. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena ketika sebelum memulai mobilisasi tekanan darah pasien normal yaitu 140/90 mmHg.
 - c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian kondisi umum pasien sebelum mobilisasi mengalami penurunan kesadaran atau apatis.
 - d. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. Pagar tempat tidur). Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena kondisi kesadaran pasien menurun, hanya dilakukan gerakan aktivitas secara pasif.
 - e. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien melakukan pergerakan secara pasif atau dibantu dengan gerakan ROM oleh perawat.

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

Faktor penghambat yang ditemukan penulis selama proses implementasi keperawatan adalah adanya intervensi yang tidak dilakukan karena penolakan dari keluarga pasien dalam melakukan implementasi. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor penghambat adalah dengan melakukan monitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan keperawatan pada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan 05 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik dikarenakan adanya sifat kooperatif dari pasien yang membantu untuk melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan yang dibuat, hal ini karena pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya.

Adapun pelaksanaan keperawatan pada pasien selama tiga hari mengalami perubahan dengan di berhentikannya pemakaian NGT pada hari ketiga. Hal ini dibuktikan bahwa pasien dapat menelan dengan baik, mengalami peningkatan kesadaran dari apatis menjadi kesadaran composmentis.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu adanya bantuan dari perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya sehingga terlaksananya implementasi sesuai dengan yang direncanakan serta sikap terbuka dan kooperatif dari pasien selama pemberian asuhan keperawatan.

Faktor penghambat penulis dalam melakukan pelaksanaan adalah adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat melaksanakan selama 24 jam dikarenakan penulis bekerja secara shift sehingga untuk shift lainnya penulis melihat catatan keperawatan dan tidak ada pemberian obat tambahan untuk meningkatkan albumin.

E. Evaluasi keperawatan

Pada evaluasi keperawatan pada pasien penulis berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi yang dilakukan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain yang dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat:

1. Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan embolisme.
Setelah dilakukan 3 kali 24 jam tindakan keperawatan masalah teratasi, tujuan tercapai. Hal ini ditandai dengan hasil tekanan darah 135/85 mmHg. Tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS E: 4, M: 6, V: 5. Hal ini dibuktikan dengan pasien tidak tampak mengalami peningkatan tekanan intrakranial seperti nyeri hebat di kepala, muntah.
2. Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan. Setelah dilakukan 3 kali 24 jam tindakan keperawatan masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Hal ini ditandai dengan pasien masih mengalami peningkatan ureum dan natrium.
3. Gangguan menelan berhubungan dengan paralisis serebral. Setelah dilakukan 3 kali 24 jam tindakan keperawatan masalah teratasi, tujuan tercapai. Hal ini ditandai dengan adanya peningkatan kesadaran dari apatis menjadi composmentis, sertakemampuan menelan pasien sudah meningkat.

4. Risiko Cedera berhubungan dengan hipoksia jaringan. Setelah dilakukan 3 kali 24 jam tindakan keperawatan masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Hal ini ditandai dengan keluarga pasien mengatakan pasien masih sakit bagian kaki bawahnya ketika dicoba digerakkan dan hasil total nilai *Fall Morse Scale* resiko jatuh 50 (resiko jatuh rendah).

5. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Setelah dilakukan 3 kali 24 jam tindakan keperawatan masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Hal ini ditandai dengan gerakan ROM masih dilakukan secara pasif.

Faktor pendukung dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap terbuka dan kooperatif pasien kepada penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan pada pasien adalah tiga masalah keperawatan, belum teratasi tujuan belum tercapai dan masalah teratasi tujuan tercapai.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan dalam pembuluh darah seperti trombus atau emboli. Trombus yaitu gumpalan darah yang menempel di dinding pembuluh darah otak yang menyebabkan aliran darah tidak dapat dialirkan ke seluruh tubuh terutama otak sedangkan emboli mengalir atau menempel di pembuluh darah sehingga menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah. Data yang dapat ditemukan pada pasien stroke iskemik saat pengkajian adalah terjadinya penurunan kesadaran dan gangguan menelan.

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan stroke non hemoragik ada beberapa diagnosa diantaranya adalah perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan, gangguan menelan berhubungan dengan paralisis serebral, risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan memungkinkan adanya tambahan diagnosa keperawatan diluar yang seharusnya. Namun diagnosa keperawatan prioritas yang muncul pada penyakit stroke adalah perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme dikarenakan pasien mengalami atrofi serebral yaitu berkurangnya ukuran suatu sel atau jaringan biasanya terjadi pada orang usia lanjut. Penyebab atrofi serebral berawal dari adanya arteriosclerosis yang menyebabkan suplai darah terganggu dan mengakibatkan darah ke sel, jaringan dan organ pada otak berkurang. Akibatnya sel, jaringan dan organ tersebut mengalami atrofi.

Rencana yang perlu diperhatikan pada pasien dengan Stroke iskemik yaitu, observasi tekanan darah, kaji tingkat kesadaran secara kualitatif dan kuantitatif, kaji adanya tanda gejala peningkatan TIK, dan atur posisi

semifowler 30° untuk meningkatkan aliran darah dan mencegah terjadinya aspirasi jika terjadi peningkatan TIK seperti mual dan muntah.

Pelaksanaan perawat yang perlu ditekankan pada pasien dengan stroke iskemik yaitu mengatasi perubahan perfusi jaringan serebral. Tindakan yang dilakukan yaitu mengkaji tingkat kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif, mengobservasi tekanan darah, mengkaji adanya tanda gejala peningkatan TIK, dan mengatur posisi semifowler 30°.

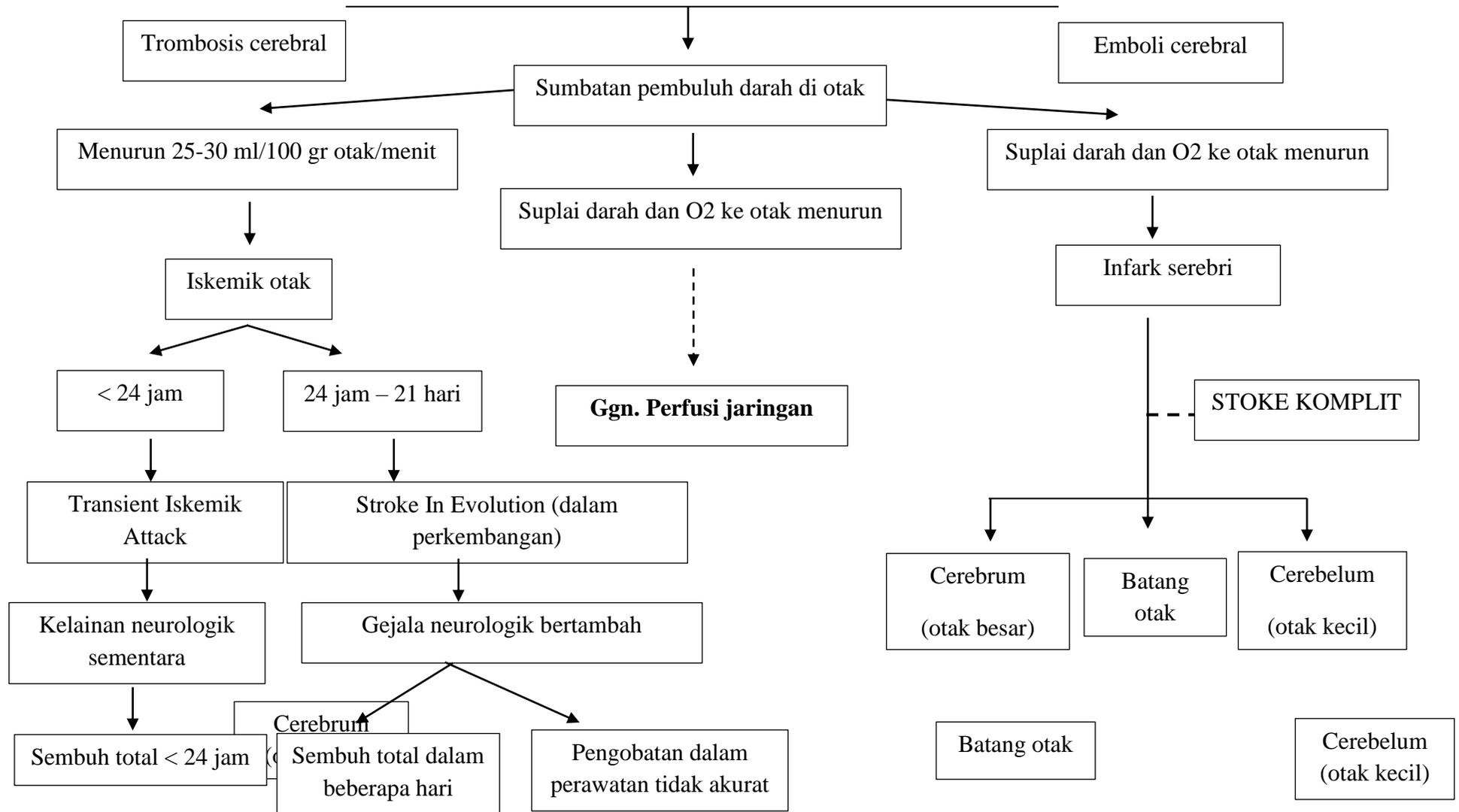
Evaluasi dilakukan pada akhir proses implementasi dan evaluasi akhir pelaksanaan. Evaluasi didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan hasil yang didapatkan dari pelaksanaan selama implementasi. Evaluasi yang perlu ditekankan yaitu perfusi jaringan serebral tetap adekuat.

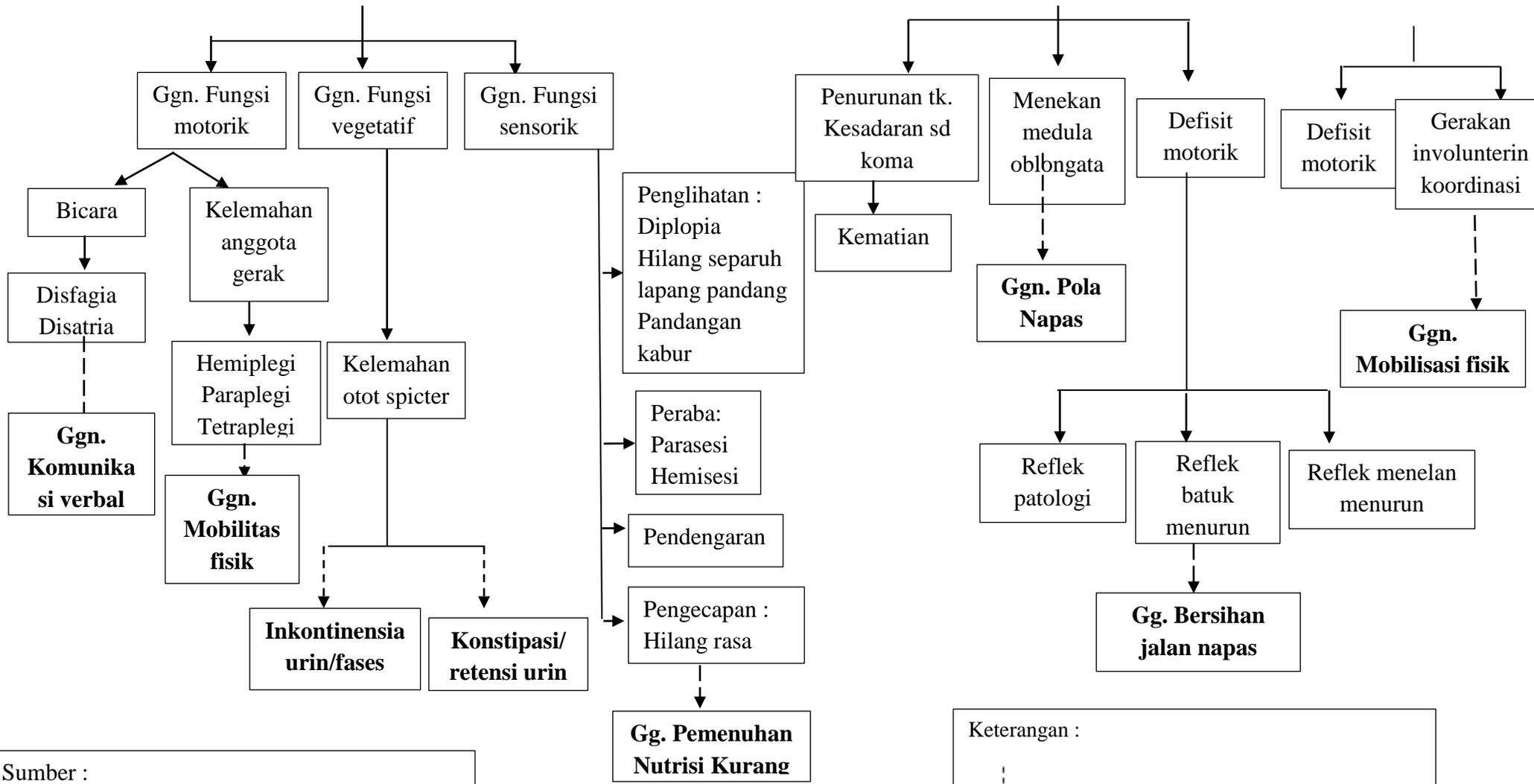
B. Saran

Saran penulis sampaikan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik dengan faktor penyulit hypokalemia. Adapun pemberian saran ditujukan kepada:

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, bagi tenaga kesehatan diharapkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang sesuai dengan diagnosa medis pasien agar memudahkan penulis dalam melengkapi data penunjang sesuai dengan diagnosa keperawatan prioritas. Adapun solusi yang dapat dilakukan yaitu dengan berkolaborasi dengan perawat ruangan yang memiliki wewenang untuk mengklarifikasi tulisan yang tidak jelas kepada dokter.

LAMPIRAN





Keterangan :

⋮ : Masalah keperawatan

↓ : Perjalanan penyakit

Sumber :

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

DAFTAR PUSTAKA

- Aninditha, T., Sitorus, F., & Ranakusuma, T. A. S. (2009). Prevalensi Hipokalemia pada Pasien dengan Kegawatan Neurologi di Ruang Rawat Neurologi RSUPN Cipto Mangunkusumo. *Neurona (Majalah Kedokteran Neuro Sains Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia)*, 26(2).
- Doenges, M.E & Moorhouse, M.F & Geissler, A. . (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman asuhan pasien anak-dewasa (Devi Y, dkk. penerjemah)*. EGC.
- Joyce M.Black & Jane Hokanson Hawks. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8-Buku 3*. Elsevier.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Laporan Riskesdas 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 53(9), 154–165. [http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf](http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK%20No.%2057%20Tahun%202013%20tentang%20PTRM.pdf)
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(2), 36–44.
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Neurobehavior*. Graha Ilmu.
- Potter Pery. (2010). *Fundamental Keperawatan Edisi 01*. EGC.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Wahyuningsih, R. (2013). *Penatalaksanaan Diet Pada Pasien*. Yogyakarta: Graha Ilmu. Graha Ilmu.
- Wulan, T. I., Studi, P., Dokter, P., Umum, F. K., & Surakarta, U. M. (2019). *Hubungan antara kadar natrium dan kalsium dengan mortalitas stroke iskemik*.