



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. T DENGAN *CEREBRO
VASCULAR DISEASE NON HEMORRHAGIC* (CVD NH)
DENGAN FAKTOR PENYULIT BRONKITIS
DI RUANG BRASSIA RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**DISUSUN OLEH:
DEVI KRISTIANI NABABAN
201701051**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. T DENGAN *CEREBRO
VASCULAR DISEASE NON HEMORRHAGIC* (CVD NH)
DENGAN FAKTOR PENYULIT BRONKITIS
DI RUANG BRASSIA RUMAH SAKIT
MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**DISUSUN OLEH:
DEVI KRISTIANI NABABAN
201701051**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Devi Kristiani Nababan

NIM : 201701051

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. T dengan *Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic* (CVD NH) dengan faktor penyulit Bronkitis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan tanggal 10 Februari sampai dengan 12 Februari 2020 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis 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, 1 Juni 2020

Yang membuat pernyataan



(Devi Kristiani Nababan)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. T dengan *Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic* (CVD NH) dengan faktor penyulit Bronkitis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 1 Juni 2020

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. T dengan *Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic* (CVD NH) dengan faktor penyulit Bronkitis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang telah disusun oleh Devi Kristiani Nababan (201701051) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 11 Juni 2020

Bekasi, 11 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Aprillia Veranita, M.Kep)

Penguji II



(R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep)

Nama mahasiswa : **Devi Kristiani Nababan**
NIM : **201701051**
Program studi : **Diploma III Keperawatan**
Judul karya tulis : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. T Dengan Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagik (CVD NH) Dengan Faktor Penyulit Bronkitis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.**
Halaman : **IX + 91 halaman (1 table) + 1 lampiran**
Pembimbing : **Yeni Mauliawati**

ABSTRAK

Latar belakang: Setiap tahunnya ada sekitar 15 juta orang di seluruh dunia menderita penyakit stroke, dengan sepertiga dari kasus ini yaitu sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian. Stroke non hemoragik (iskemik) terjadi ketika suplai darah ke bagian dari otak terganggu atau tersumbat total. Gangguan khusus setelah stroke seperti hemiparesis dan hemiplegia, afasia, disartria, disfagia, apraksia, perubahan penglihatan, hemianopia homonimus, sindrom horner, agnosia, negleksi unilateral, penurunan sensorik, perubahan perilaku, dan inkontinesia.

Tujuan Umum: Mampu memahami konsep penyakit stroke dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

Metode penulisan: Penulis menggunakan metode penulisan model deskriptif naratif yaitu dengan memberikan gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan diagnosa prioritas ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah yang ditandai dengan hasil MRI: ischemic infractions tersebar pada medula oblongata sisi kiri, cerebally kiri 8-10 foci. Kriteria hasil: TTV stabil, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, tidak ada kekambuhan, dengan intervensi yang harus ditekankan pada tindakan mengobservasi tanda-tanda peningkatan TIK. Hasil evaluasi yang didapatkan tingkat kesadaran dan motorik/sensorik stabil dan tidak mengalami penurunan.

Kesimpulan dan saran: Pada kasus stroke non hemoragik perlu ditekankan pada evaluasi bahwa sirkulasi serebral harus tetap adekuat dengan ciri-ciri seperti tidak terjadi penurunan kesadaran dan tidak terjadi peningkatan TIK yaitu sakit kepala yang berlebihan dan muntah proyektil.

Keyword: Stroke non hemoragik, asuhan keperawatan stroke non hemoragik.

Daftar Pustaka: 16 (2009-2018).

Name : **Devi Kristiani Nababan**
Student ID number : **201701051**
Majors : **Diploma III of Nursing**
The Title of Scientific Paper : **Nursing Care in Mr. T with Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic (CVD NH) with Refining Factor Bronchitis at Brassia Room in Mitra Keluarga East Bekasi Hospital.**
Pages : **IX + 91 pages (1 table) + 1 attachments**
Supervisor : **Yeni Mauliawati**

ABSTRACT

Background: Every years have around 15 million people in whole world suffer of stroke, with one third from this case that is around 6,6 million results the death. Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic (ischemic) happen when blood supply to piece from brain disturbed or totality clogged up. Special disruption after stroke like hemiparesis dan hemiplegia, aphasia, dysarthria, disfagia, apraxia, vision change, hemianopia, homonymous, horner syndrome, agnosia, neglect unilateral, down sensory, behaviour change, and incontinencia urine.

Main subjective: Have understanding concept of stroke disease and apply nurse care to patient with Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic.

Method in writing: Writer use descriptive narrative writing method model that is provide an overview of the provision of nursing care in patients through the nursing process.

Results: The results of the assessment found a priority diagnosis of the ineffectiveness of cerebral tissue perfusion associated with blood flow interruption marked by MRI result: ischemic infarctions scattered on left oblongata medulla, left cerebellum 8-10 foci. Criteria result: stable vital sign, don't have signs Intra Cranial Pressure increase, don't have recurrence, with intervention that should emphasized to observation vital sign, ICP increase. Evaluation the results obtained level of consciousness and motor / sensory stable and not decreased

Conclusion and suggestion : In case Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic (CVD NH) need to emphasized to evaluation that cerebral circulation must close with feature like not happen down awareness, not happen Intra Cranial Pressure increase that is exaggerated headache and projectile throw up.

Keyword: Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic, Nursing care.

Bibliography: 16 (2009-2018).

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat yang melimpah, sehingga penulis dapat menyelesaikan Makalah Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. T dengan *Cerebro Vascular Disease Non Hemorrhagic* (CVD NH) dengan Faktor penyulit Bronkitis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

Penulis menyadari banyak mengalami tantangan dan hambatan dalam menyusun makalah ini dari luar maupun dari penulis sendiri, namun atas bantuan dan motivasi dari banyak pihak, akhirnya penulis dapat menyelesaikan makalah ini. Penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M. Kep., selaku penguji II, dosen pembimbing Makalah Ilmiah yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memberikan saran, dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan makalah ini.
2. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M. Kep., Sp. Kep. An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga.
3. Ns. Aprillia Veranita, M. Kep selaku penguji I dan pembimbing akademik penulis.
4. Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. MB selaku Koordinator program studi D3 Keperawatan.
5. Seluruh dosen dan staf STIKes Mitra Keluarga, yang telah memberikan semangat dan membantu dalam pembuatan makalah ilmiah ini.
6. Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah memfasilitasi penulis penulis dalam memberikan asuhan keperawatan.
7. Kepala ruang Brassia yang telah memfasilitasi penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
8. Clinical Mentor Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi ruang Brassia Ns. Siti Annisah S.Kep yang telah memfasilitasi penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.

9. Orang tua, kakak dan adik saya yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan makalah ini.
10. Tn. T dan keluarga selaku pasien yang telah diberikan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat melakukan pembuatan makalah ini.
11. Orang-orang tersayang, Muhammad Ridho, Amellyza Aprina, Rizqiani Dwi Lestari, Aghis Nufadilah, Arieska Afiani, Dinda Sekar Arum, TIM DS, *spooners* dan seluruh pihak yang terlihat dalam mendukung dan mendoakan penulis dalam pembuatan makalah ini yang tidak dapat di sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa makalah ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik dari pembaca untuk memperbaiki makalah ini semoga makalah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 1 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	3
C. Ruang Lingkup	3
D. Metode Penulisan	3
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Pengertian	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi	7
1. Perjalanan penyakit	7
2. Manifestasi klinik	9
3. Komplikasi	10
4. Pemeriksaan diagnostik	11
D. Penatalaksanaan medis	12
1. Penatalaksanaan umum	12
2. Pembedahan	12

3. Terapi obat.....	13
E. Asuhan Keperawatan Stroke non-hemoragik	13
1. Pengkajian Keperawatan	13
2. Diagnosa Keperawatan	16
3. Perencanaan keperawatan.....	18
4. Impementasi Keperawatan	35
5. Evaluasi Keperawatan	35
BAB III TINJAUAN KASUS	36
A. Pengkajian Keperawatan	36
B. Diagnosa Keperawatan	53
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	53
BAB IV PEMBAHASAN.....	72
A. Pengkajian Keperawatan	72
B. Diagnosa keperawatan	75
C. Perencanaan keperawatan	77
D. Implementasi keperawatan.....	79
E. Evaluasi keperawatan	80
BAB V PENUTUP.....	83
A. Kesimpulan	83
B. Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA.....	85
LAMPIRAN.....	87

DAFTAR TABEL

1. Tabel 3.1 Analisa Data

DAFTAR LAMPIRAN

1. Patoflowdiagram Stroke Non Hemoragik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gaya hidup dapat memicu terjadinya penyakit stroke, menurut Tarwoto (2013) beberapa gaya hidup tidak sehat yang menjadi penyebab stroke, seperti makanan yang banyak mengandung lemak, tingkat stress yang tinggi, kebiasaan merokok, dan mengkonsumsi alkohol. Mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol dan mengkonsumsi gula yang berlebihan dapat menimbulkan penumpukan energi dalam tubuh, penumpukan tersebut mengakibatkan adanya hambatan suplai darah ke otak dan menyebabkan kematian jaringan yang dapat memicu gangguan neurologis. Perubahan neurologis karena gangguan suplai darah ke bagian otak disebut stroke. Stroke non hemoragik (iskemik) terjadi ketika suplai darah ke bagian dari otak terganggu atau tersumbat total, iskemia biasanya terjadi karena trombosis atau embolik (Black, *et al* 2014).

Data (WHO, 2019) menyebutkan diseluruh dunia, kecelakaan serebrovaskular (stroke) adalah penyebab utama kematian kedua dan penyebab utama kecacatan ketiga. Secara global, 70% dari stroke dan 87% dari kematian terkait stroke. WHO (2016) dalam Parlagutan, dkk (2019) menjelaskan setiap tahunnya 15 juta orang di seluruh dunia menderita penyakit stroke, dengan sepertiga dari kasus ini yaitu sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). Stroke telah menjadi masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama kecacatan pada usia dewasa. Statistik penyakit stroke dari (American Heart Association (AHA), 2020) menyebutkan rata-rata setiap 3,7 menit seseorang meninggal karena stroke dan sekitar 389,4 kematian setiap hari akibat stroke.

Menurut data Kemenkes RI (2018) prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 naik dari 7% menjadi 10,9%. Estimasi mayoritas penderita stroke berada di provinsi Jawa Barat dengan total sebanyak 238.001 orang. Menurut data salah satu Rumah Sakit Swasta dalam satu tahun terakhir (2019-2020) ini angka kejadian stroke yaitu sebanyak 126 orang. Menurut Black (2014) gangguan khusus setelah stroke seperti hemiparesis dan hemiplegia, afasia, disartria, disfagia, apraksia, perubahan penglihatan, hemianopia homonimus, sindrom horner, agnosia, negleksi unilateral, penurunan sensorik, perubahan perilaku, dan inkontinesia.

Peran perawat sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian pada penderita stroke, secara preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitative. Peran perawat secara preventif yaitu menjaga gaya hidup yang sehat dan menjauhi faktor-faktor yang beresiko, peran perawat sebagai promotif yaitu memberikan informasi/wawasan terkait penyakit stroke non hemoragik pada pasien, peran perawat sebagai kuratif dengan memberikan asuhan keperawatan dan memenuhi kebutuhan dasar pasien (holistik) baik secara fisik maupun psikologis. Dan peran perawat secara rehabilitatif dengan mencegah agar penyakit tidak kembali terulang, memberikan motivator dan mengajarkan belajar gerak serta merawat diri sendiri sesuai kemampuannya.

Berdasarkan uraian yang penulis paparkan peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan pada pasien stroke non hemoragik maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah adalah penulis mampu memahami konsep penyakit stroke dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah stroke non hemoragik.
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah stroke non hemoragik.
- c. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan yang akan diberikan pada pasien dengan masalah stroke non hemoragik.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan ada pasien dengan masalah stroke non hemoragik.
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah stroke non hemoragik.
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus kelolaan.
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi hambatan dalam penulisan serta mencari solusi untuk pemecahan masalah.
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah stroke non hemoragik.

C. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada Tn. T dengan stroke non hemoragik dengan faktor penyulit bronkitis di ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur selama 3 hari dari tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Penulis menggunakan metode penulisan model deskriptif naratif yaitu dengan memberikan gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah ini, seperti studi kasus, studi literatur, dan menggunakan media dokumentasi yang diperoleh melalui *medical record* pasien.

E. Sistematika Penulisan

Penulis membagi bagian makalah ilmiah dalam lima bab yang secara sistematika sebagai berikut: Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti definisi, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III berisi tentang tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV berisi tentang pembahasan yang membahas antara kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus kelolaan dengan pendekatan proses keperawatan (pengkajian-evaluasi). Bab V berisi tentang penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Definisi Stroke menurut Junaidi (2011) adalah suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian.

Menurut Anugroho (2014) stroke iskemik merupakan gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran ataupun penurunan fungsi neurologi lainnya, yang terjadi lebih dari 24 jam dimana penyebabnya adalah gangguan sirkulasi aliran darah ke otak.

Menurut Munir (2015) stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan oleh karena adanya oklusi yang terjadi akibat pembentukan trombus. Resiko diatas 55 tahun wanita lebih tinggi dibanding laki-laki.

B. Etiologi

Menurut Tarwoto (2013), stroke dibedakan sebagai berikut:

1. Klasifikasi stroke berdasarkan keadaan patologis

- a. Stroke iskemik/ Stroke Non Hemoragik

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

b. Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik disebabkan karena adanya perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subarakhnoid. Menurut Black, et al (2014) perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan adanya ruptur arteriosklerosis dan hipertensi pembuluh darah, yang dapat menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya terjadi setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisma. Aneurisma merupakan pembengkakan pada pembuluh darah. Walaupun aneurisma serebral biasanya kecil (diameternya 2-6 mm), hal ini menyebabkan ruptur. Sekitar 6% dari seluruh stroke disebabkan oleh ruptur aneurisma. Stroke hemoragik sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik.

c. Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit

1) *Transient Iskemik Attack (TIA)*

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

- a) Kelemahan mendadak pada wajah, lengan, tangan di satu sisi
- b) Kehilangan kemampuan bicara, atau bicara yang sulit dimengerti.
- c) Gangguan penglihatan pada salah satu mata
- d) Pandangan ganda
- e) Nyeri kepala dan pusing
- f) Kesulitan berjalan, tidak ada koordinasi gerak (sempoyongan) atau pasien dapat jatuh
- g) Perubahan kepribadian termasuk kehilangan memori.

2) Stroke Progresif (*Stroke in Evolution*)

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

3) Stroke lengkap (*Stroke Complete*)

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

C. Patofisiologi

1. Perjalanan penyakit

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

Stroke emboli terjadi karena adanya emboli yang lepas dari bagian tubuh lain sampai ke arteri carotis, emboli tersebut terjebak di pembuluh darah otak yang lebih kecil dan biasanya pada daerah percabangan lumen yang menyempit, yaitu arteri carotis di bagian tengah atau *middle carotid artery* (MCA). Sumbatan yang terjadi akibat emboli dapat menyebabkan iskemi.

Menurut Black, *et al* (2014) trombosis terjadi akibat adanya kerusakan pada bagian garis endotelial dari pembuluh darah. Ateroskelosis menjadi penyebab utama. Ateroskelosis menyebabkan zat lemak yang tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini dapat secara terus menerus membesar sehingga menyebabkan penyempitan (stenosis)

pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah yang lancar pada arteri. Darah akan berputar-putar di bagian permukaan yang terdapat plak sehingga rongga pembuluh darah menjadi tersumbat akibat dari penggumpalan darah yang melekat pada plak. Trombus bisa terjadi di semua bagian sepanjang arteri karotid atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasanya mengalami penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan dari karotid utama ke bagian dalam dan luar arteri karotid. Embolus merupakan adanya sumbatan pada arteri serebral yang dapat 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. Trombus dapat terlepas dari arteri bagian dalam ke bagian luka plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral. Pompa mekanik jantung bawaan memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang normal dan dapat juga menyebabkan peningkatan resiko terjadinya penggumpalan. Endokarditis yang disebabkan oleh bakteri maupun nonbakteri dapat menjadi sumber terjadinya emboli. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli bisa terjadi pada peningkatan sirkulasi serebral bersamaan dengan penambahan usia.

Ramadany, dkk (2013) dalam penelitiannya menyebutkan kondisi Diabetes Melitus merupakan faktor resiko stroke iskemik, hal tersebut dapat terjadi karena diabetes akan meningkatkan resiko untuk terjadinya hipertensi. Diabetes adalah kondisi dimana terjadi peningkatan insulin dalam darah pada DM tipe II, kondisi tersebut meningkatkan penyerapan jumlah natrium di dalam tubuh. Penyerapan natrium akan meningkatkan kadar kalium dalam darah akan menyebabkan terstimulasikan sistem saraf simpatik. Hal ini diduga menyebabkan kelainan struktur dalam darah yang mempengaruhi fungsi jantung dan tekanan darah.

Masalah vaskular yang timbul dikarenakan diabetes dan diperparah dengan hipertensi, pola makan yang tidak baik serta kurangnya aktivitas fisik. Kadar glukosa darah yang berlebih akan mengganggu elastisitas pembuluh darah dan proses aterosklerosis mendominasi untuk terjadinya suatu emboli yang akan menyumbat dan menjadi stroke iskemik bila terkenanya di pembuluh darah otak.

2. Manifestasi klinik

Menurut Smeltzer (2001) dalam Ariani (2012) manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut:

- a. Defisit lapang penglihatan
 - 1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan)
Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan, penglihatan mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.
 - 2) Kehilangan penglihatan perifer Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek
 - 3) Diplopia Penglihatan ganda.
- b. Defisit motorik
 - 1) Hemiparesis : Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan).
 - 2) Ataksia : Berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.
 - 3) Disartria : Kesulitan dalam membentuk kata.
 - 4) Disfagia : Kesulitan dalam menelan.
- c. Defisit verbal
 - 1) Afasia ekspresif Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.
 - 2) Afasia reseptif Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu berbicara tetapi tidak masuk akal.
 - 3) Afasia global Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif.
- d. Defisit kognitif

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

3. Komplikasi

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

a. Fase Akut

1) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah pada otak

Pada area otak yang mengalami infark atau terjadi kerusakan karena adanya perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Ketidakadekuatan aliran darah dan oksigen menyebabkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung, atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah, sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

2) Edema Serebri

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

3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai

dengan adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, dan gangguan kesadaran.

4) Aspirasi

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

b. Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atrofi, inkontinensia urine dan bowel.

2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik Otak.

3) Nyeri kepala kronis seperti migraine dan nyeri.

4) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

4. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Oktavianus (2014) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus stroke non-hemoragik, yaitu:

a. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) adalah pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.

b. *Electro Encephalografi* (EEG) adalah pemeriksaan untuk memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

c. Ultrasonografi Dopler untuk mengidentifikasi penyakit atriovena

d. Sinar X/ foto rontgen untuk menggambarkan perubahan lempeng pineal

e. CT Scan untuk memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark

f. Angiografi serebral untuk membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

- g. Pemeriksaan pungsi lumbal untuk menunjukkan adanya tekanan normal, perdarahan dapat diidentifikasi jika tekanan meningkat dan cairan mengandung darah.

D. Penatalaksanaan medis

1. Penatalaksanaan umum

Menurut Oktavianus (2014) penatalaksanaan umum pada pasien dengan stroke non-hemoragik menggunakan pedoman 5B, yaitu:

- a. *Breathing*: harus dijaga agar jalan nafas bebas dan bahwa fungsi paru-paru cukup baik. Pengobatan dengan oksigen perlu bila kadar oksigen berkurang.
- b. *Brain*: cegah dan segera atasi edema otak dan kejang-kejang. Edema otak dapat dilihat dari keadaan penderita yang mengantuk, adanya bradikardi atau dengan pemeriksaan funduskopi, dapat diberikan manitol. Kejang-kejang yang timbul dapat diatasi dengan memberikan diphenylhydantoin atau carbamazepin.
- c. *Blood*: selama pengobatan hipertensi fase akut dapat mengurangi tekanan perfusi yang justru akan menambah kondisi iskemik. Kadar HB dan glukosa harus dijaga cukup baik untuk metabolisme otak. Perhatikan dan cegah pemberian infus glukosa karena akan menambah terjadinya asidosis di daerah infark yang akan mempermudah terjadinya edema. Keseimbangan elektrolit harus dijaga.
- d. *Bowel*: defekasi dan nutrisi harus diperhatikan, hindari terjadinya obstipasi yang dapat membuat pasien gelisah. Nutrisi harus cukup, bila perlu pasang *nasogastric tube*.
- e. *Bladder*: miksi dan balance cairan harus diperhatikan, jangan sampai terjadi retensi urin. Pemasangan kateter dapat dilakukan jika terjadi inkontinensia.

2. Pembedahan

Penatalaksanaan stroke menurut Muttaqin (2012) yaitu:

- a. Pengobatan pembedahan:

- 1) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- 2) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA.
- 3) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut.
- 4) Ugasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma.

3. Terapi obat

Menurut Oktavianus (2014) farmakoterapi yang dapat diberikan adalah :

- a. Diuretika : golongan obat yang berfungsi untuk mengeluarkan cairan dari dalam tubuh. Pada kasus stroke pemberian diuretik bertujuan untuk menurunkan edema pada serebral.
- b. Anti Koagulan : obat untuk mencegah pembekuan darah. Pembekuan darah dapat berupa trombus dan emboli. Pemberian obat antikoagulan dalam kasus stroke bertujuan untuk mencegah memberatnya trombosis dan embolisasi.
- c. Kortikosteroid : obat yang berperan dalam pencegahan proses inflamasi. Pemberian kortikosteroid dalam kasus stroke bertujuan untuk mengurangi pembengkakan dan peningkatan tekanan dalam otak.

E. Asuhan Keperawatan Stroke non-hemoragik

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges (2012) data yang dikumpulkan akan bergantung pada letak, keparahan, dan durasi patologi.

- a. Aktivitas dan istirahat

Gejala : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot (flaksid, spastis), paralitik (hemiplagia), dan terjadi keemahan umum, gangguan penglihatan, dan gangguan tingkat kesadaran.

- b. Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung (MI, reumatik/penyakit jantung vaskuler, GJK, endokarditis bakterial, polisitemia, riwayat hipotensi postural.

Tanda : hipertensi arterial (dapat ditemukan /terjadi pada CSV) sehubungan dengan adanya embolisme/malformasi vaskuler.

c. Integritas Ego

Gejala : Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa.

Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira, kesulitan untuk mengapresiasi diri.

d. Eliminasi

Gejala : Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus paralitik).

e. Makanan/cairan

Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

f. Neurosensori

Gejala : Sinkope/pusing (sebelum serangan CSV/selama TIA), sakit kepala, kelemahan/kesemutan, kebas, sisi yang terkena terlihat seperti “lumpuh”, penglihatan menurun, seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (diplopia) atau gangguan yang lain, sentuhan terjadi hilang rangsang sensorik kontralateral (pada sisi tubuh yang berlawanan) pada ekstremitas dan kadang-kadang pada ipsilateral (yang satu sisi) pada wajah, gangguan rasa pengecap dan penciuman.

Tanda : Status mental/tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragis, biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya adalah trombosis yang bersifat alami, gangguan tingkah laku (letargi, apatis dan menyerang), gangguan fungsi kognitif (penurunan memori, pemecahan masalah), kelemahan/paralisis pada ekstremitas

(kontralateral pada semua jenis stroke), genggaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral, terjadi paralisis atau parese (ipsilateral) pada wajah, gangguan atau kehilangan fungsi bahasa (afasia), reseptif (afasia motorik yaitu kesulitan memahami kata-kata, afasia global gabungan dari afasia dan reseptif, kehilangan kemampuan untuk mengenali/menghayati, masuknya rangsang visual, pendengaran taktil (agnosia), seperti gangguan kesadaran terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelalaian terhadap bagian tubuh yang terkena, gangguan persepsi, kehilangan kemampuan menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkannya (apraksia), ukuran/reaksi pupil tidak sama, dilatasi/miosis pupil ipsilateral (perdarahan/herniasi), kelakuan nukal (biasanya karena perdarahan), kejang (karena ada pemcetus perdarahan).

g. Nyeri/Kenyamanan

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena)

Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/fasia.

h. Pernafasan

Gejala : merokok (faktor risiko)

Tanda : ketidakmampuan menelan/bentuk/hambatan jalan nafas, timbulnya pernafasan sulit dan/atau tak teratur, suara nafas terdengar/ronki (aspirasi sekresi).

i. Keamanan

Tanda : motorik/sensorik : masalah dengan penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (stroke kanan), kesulitan untuk melihat objek dari sisi kiri (pada stroke kanan), hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit, tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik, gangguan berespons terhadap panas dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh, kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri), gangguan dalam memutuskan, perhatian

sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri (stroke kanan).

j. Sosial

Tanda : masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

k. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : adanya riwayat hipertensi pada keluarga, stroke (faktor resiko), pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alkohol (faktor risiko).

2. Diagnosa Keperawatan

Doenges, *et al* (2012) menyebutkan beberapa masalah yang mungkin ada pada pasien dengan cedera serebrovr/stroke :

a. Perubahan perfusi jaringan serebral

Dapat dihubungkan dengan : Interupsi aliran darah, gangguan oklusi, hemoragik, vasospasme serebral, edema serebral.

Kemungkinan dibuktikan oleh : Perubahan tingkat kesadaran, kehilangan memori, perubahan dalam respon motorik/sensorik, gelisah, defisit sensori, bahasa, intelektual, dan emosi.

b. Kerusakan mobilitas fisik

Dapat dihubungkan dengan: keterlibatan neuromuskuler, kelemahan, prestesia, flaksid/paralisis hipotonik (awal), paralisis spastis, kerusakan persertual/kognitif.

Kemungkinan dibuktikan oleh: ketidakmampuan bergerak dengan tujuan dalam lingkungan fisik, kerusakan koordinasi, keterbatasan rentang gerak, penurunan kekuatan/kontrol otot.

c. Kerusakan komunikasi verbal dan/atau tertulis

Dapat dihubungkan dengan: kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskuler, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral, kelemahan/kelelahan umum.

Kemungkinan dibuktikan oleh: kerusakan artikulasi, tidak/tidak dapat bicara (disartia), ketidakmampuan untuk bicara, menemukan dan menyebutkan kata-kata, mengidentifikasi obyek, ketidakmampuan

memahami bahasa tertulis/ucapan, ketidakmampuan menghasilkan komunikasi tertulis.

d. Perubahan persepsi sensori

Dapat dihubungkan dengan: perubahan resepsi sensori, transmisi integrasi (trauma neurologis atau defisit), stress psikologis (penyempitan lapang berseptual yang disebabkan oleh ansietas).

Kemungkinan dibuktikan oleh: disorientasi (terhadap waktu, tempat dan orang), perubahan dalam pola perilaku/tespon, biasanya terhadap rangsang respons emosional berlebihan, konsentrasi buruk, perubahan proses pikir/berpikir kacau, perubahan dalam ketajaman sensori dilaporkan/diukur hipoparestesia, perubahan rasa kecap/penghidu. Ketidakmampuan untuk menyebutkan posisi bagian tubuh (proprioepsi), ketidakmampuan mengenal/mendekati makna terhadap objek (agnosia visual), perubahan pola komunikasi, inkoordinasi motorik.

e. Kurang perawatan diri

Dapat dihubungkan dengan: kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan, ketahanan, dan kehilangan kontrol/koordinasi otot, kerusakan perseptual/kognitif, nyeri/ketidaknyamanan, depresi.

Kemungkinan dibuktikan oleh: kerusakan kemampuan melakukan AKS, misalnya; ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut; ketidakmampuan memandikan bagian tubuh, mengatur suhu air, kerusakan kemampuan untuk memasang/melepaskan pakaian, kesulitan menyelesaikan tugas toileting.

f. Gangguan harga diri

Dapat dihubungkan dengan: perubahan biofisik psikososial, perseptual kognitif.

Kemungkinan dibuktikan oleh: perubahan aktual dalam struktur dan/atau fungsi, perubahan dalam pola biasanya dan tanggung jawab/kapasitas fisik untuk melaksanakan peran, respons verbal/non verbal terhadap perubahan aktual atau dirasakan, perasaan negatif tentang tubuh, perasaan putus asa/tak berdaya, berfokus pada kekuatan,

fungsi, atau penampilan masa lalu. Preokupasi dengan perubahan atau kehilangan, tidak menyentuh/melihat pada bagian tubuh yang sakit.

g. Resiko tinggi terhadap kerusakan menelan

Dapat dihubungkan dengan: kerusakan neuromuskuler/perseptual.

Kemungkinan dibuktikan oleh: tidak dapat diterapkan adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual.

h. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar, mengenal kondisi dan pengetahuan)

Dapat dihubungkan dengan: kurang pemajanan, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi (informasi kurang mendukung), tidak mengenal sumber-sumber informasi.

Kemungkinan dibuktikan oleh: meminta informasi, pernyataan kesalahan informasi, ketidakakuratan mengikuti instruksi, terjadinya komplikasi yang dapat dicegah.

3. Perencanaan keperawatan

Menurut Doenges, *et al* (2012), rencana keperawatan pada pasien stroke iskemik yaitu:

a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan embolisme, aneurisma serebral, hipertensi, tumor otak, abnormalitas waktu protrombin/tromboplastisin parsial.

Kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan atau meningkatkan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik serta fungsi sensorik.
- 2) Menunjukkan tanda-tanda vital stabil dan tidak ada tanda peningkatan TIK.
- 3) Tidak menunjukkan perburukan lebih lanjut atau pengulangan kejadian defisit.

Rencana Tindakan

- 1) Mandiri

- a) Tentukan faktor yang berhubungan dengan situasi individual, penyebab koma, penurunan perfusi serebral, dan kemungkinan peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
- b) Rasional: mempengaruhi pilihan intervensi. 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 terapi spesifik yang ditujukan untuk mempertahankan TIK dalam kisaran yang ditetapkan.
- c) Pantau dan dokumentasikan status neurologis secara sering dan bandingkan dengan keadaan normal. Rasional: mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan kemungkinan terjadinya peningkatan TIK dan mengetahui lokasi, luas, dan progresi atau perbaikan kerusakan SSP. Dapat juga mengungkapkan terjadinya TIA, yang dapat teratasi tanpa gejala lebih lanjut.
- d) Pantau dan dokumentasikan tanda-tanda vital seperti:
 - (1) adanya hipertensi/hipotensi, bandingkan tekanan darah yang terbaca pada kedua lengan.

Rasional: variasi mungkin terjadi karena tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi postural dapat menjadi faktor pencetus. Hipotensi dapat terjadi karna syok (kolaps sirkulasi vaskuler). Peningkatan tekanan intrakranial dapat terjadi (karena edema, adanya formasi bekuan darah). Tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekanan pada kedua lengan.
 - (2) Frekuensi dan irama jantung; auskultasi adanya mur-mur.

Rasional: perubahan terutama adanya bradikardi dapat terjadi sebagai akibat adanya kerusakan otak. Disritmia dan mur-mur mungkin mencerminkan adanya penyakit jantung

yang mungkin telah menjadi pencetus (seperti stroke setelah infark miokard (IM))

- e) Evaluasi pupil, catat ukuran, bentuk, kesamaan, dan reaksinya terhadap cahaya.

Rasional: reaksi pupil diatur oleh saraf kranial okulomotor (III) dan berguna dalam menentukan apakah batang otak tersebut masih baik. Ukuran dan kesamaan pupil ditentukan oleh keseimbangan antara saraf simpatis dan parasimpatis. Respons terhadap refleks cahaya mengkombinasikan fungsi dari saraf kranial optikus (II) dan saraf okulomotor (III).

- f) Dokumentasikan perubahan dalam penglihatan, seperti adanya kebutaan, gangguan lapang pandang/kedalaman persepsi.

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

- g) Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara jika pasien sadar.

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

- h) Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan posisi anatomis (netral).

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

- i) Pertahankan keadaan tirah baring; ciptakan lingkungan yang tenang; batasi pengunjung/aktivitas pasien sesuai indikasi. Berikan istirahat secara periodik antara aktivitas perawatan, batasi lamanya setiap prosedur.

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

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

2) Kolaborasi

a) Berikan oksigen sesuai indikasi.

Rasional: menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.

b) Berikan obat sesuai indikasi

(1) Antikoagulasi, seperti natrium warfarin (Coumadin); heparin, antitrombosit (ASA); dipridamol (persantine).

Rasional: dapat digunakan untuk meningkatkan/memperbaiki aliran darah serebral dan selanjutnya dapat mencegah pembekuan saat embolus/thrombus merupakan faktor masalahnya. Merupakan kontraindikasi pada pasien dengan hipertensi sebagai akibat dari peningkatan resiko perdarahan.

(2) Agens antitrombosit, seperti aspirin (ASA), aspirin dengan dipridamol lepas panjang (Aggrenox), tiklodipin (Ticlid), dan kloidogrel (Plavix).

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

(3) Antihipertensi

Rasional: hipertensi lama atau kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, sebab penanganan yang berlebihan meningkatkan resiko terjadinya perluasan kerusakan jaringan. Hipertensi sementara sering kali terjadi selama fase stroke akut dan penanggulangannya seringkali tanpa intervensi terapeutik.

(4) Antikolvusan

Rasional: untuk mengendalikan kejang dan kerja sedatif.

- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan/kontrol otot; penurunan daya tahan.

Kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terhanggu atau terpengaruh.
- 2) Mempertahankan posisi fungsi yang optimal sebagaimana dibuktikan dengan tidak terjadi kontraktur.
- 3) Mendemonstrasikan teknik dan perilaku yang memungkinkan pelaksanaan kembali aktivitas.

Rencana Tindakan

- 1) Mandiri
 - a) Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal dengan cara yang teratur.
Rasional: mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. Bantu dalam pemilihan terhadap intervensi, sebab teknik yang berbeda digunakan untuk paralisis spastik dengan flaksid.
 - b) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dan jika kemungkinan bias lebih sering jika diletakkan dalam posisi bagian yang terganggu.
Rasional: menurunkan resiko terjadinya trauma/iskemia jaringan. Daerah yang terkena mengalami perburukan/sirkulasi yang lebih jelek, menurunkan sensasi, dan menimbulkan lebih besar pada kulit/dekubitus.
 - c) Letakkan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat menoleransikannya.
Rasional: membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional; tetapi akan meningkatkan ansietas terutama mengenai kemampuan pasien untuk bernapas.
 - d) Observasi daerah yang terkena termasuk warna, edema, atau tanda lain dari gangguan sirkulasi.

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

- e) Mulailah melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas saat masuk. Anjurkan melakukan latihan seperti:

latihan quadrisep/gluteal, meremas bola karet, melebarkan jari-jari dan kaki/telapak.

Rasional: meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur. Menurunkan resiko terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis jika masalah utamanya adalah perdarahan. Catatan: stimulasi yang berlebihan dapat menjadi pencetus adanya perdarahan.

- f) Bantu pasien mengembangkan keseimbangan saat duduk (seperti meninggikan kepala tempat tidur, membantu untuk duduk di tepi tempat tidur, minta pasien untuk menggunakan lengan yang kuat untuk menopang berat badan dan tungkai bawah yang kuat untuk menggerakkan tungkai yang terganggu.

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

- g) Letakkan lutut dan pinggul dalam posisi ekstensi

Rasional: mempertahankan posisi fungsional.

2) Kolaborasi

- a) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif, dan ambulansi pasien.

Rasional: program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, koordinasi, dan kekuatan.

- b) Bantulah dengan stimulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi.

Rasional: dapat membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol otot volunter.

c) Berikan obat relaksasi otot, antispasmodik sesuai indikasi, seperti baklofen, dantrolen.

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

c. Kerusakan komunikasi verbal dan/atau tertulis berhubungan dengan: kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskuler, kehilangan tonus/kontrol otot fasial/oral, kelemahan/kelelahan umum.

Kriteria hasil:

- 1) Mengindikasikan pemahaman tentang masalah komunikasi.
- 2) Membuat metode komunikasi dimana kebutuhan dapat di ekspresikan.
- 3) Menggunakan sumber-sumber dengan tepat.

Rencana Tindakan

1) Mandiri

a) Kaji tipe/derajat disfungsi, seperti pasien tidak tampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri.

Rasional: membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi. Pasien mungkin mempunyai kesulitan memahami kata yang diucapkan (afasia sensorik/kerusakan pada area Wernick); mengucapkan kata-kata dengan benar (afasia ekspresi/ kerusakan pada area bicara Broca) atau mengalami kerusakan pada kedua daerah tersebut.

b) Minta pasien untuk menulis nama dan/atau kalimat yang pendek. Jika tidak dapat menulis, mintalah pasien untuk membaca kalimat yang pendek.

Rasional: menilai kemampuan menulis (agrafia) dan kekurangan dalam membaca yang benar (aleksia) yang juga merupakan bagian dari afasia sensorik dan afasia motorik.

- c) Tempatkan tanda pemberitahuan pada ruang perawat dan ruangan pasien tentang adanya gangguan bicara. Berikan bel khusus bila perlu.

Rasional: menghilangkan ansietas pasien sehubungan dengan ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dan perasaan takut bahwa kebutuhan pasien tidak akan terpenuhi dengan segera.

- d) Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis di papan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan, demonstrasi).

Rasional: memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan/defisit yang mendasarinya.

- e) Antisipasi dan penuhi kebutuhan pasien.

- f) Katakan secara langsung dengan pasien, bicara perlahan, dan dengan tenang. Gunakan pertanyaan terbuka dengan jawaban “ya/tidak”, selanjutnya kembangkan pada pertanyaan yang lebih kompleks sesuai dengan respons pasien.

Rasional: menurunkan kebingungan/ansietas selama proses komunikasi dan berespons pada informasi yang lebih banyak pada satu waktu tertentu.

- g) Bicaralah dengan nada normal dan hindari percakapan yang cepat. Berikan pasien jarak waktu untuk berespons. Bicaralah tanpa tekanan terhadap sebuah respons.

Rasional: Pasien tidak perlu merusak pendengaran, dan meninggikan suara dapat menimbulkan marah pasien/menyebabkan kepedihan.

- h) Anjurkan pengunjung/orang terdekat mempertahankan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga.

Rasional: mengurangi isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

- i) Diskusikan mengenai hal-hal yang dikenal pasien, seperti pekerjaan, keluarga, dan hobi (kesenangan).

Rasional: meningkatkan percakapan yang bermakna dan memberikan kesempatan untuk keterampilan praktis.

- j) Hargai kemampuan pasien sebelum terjadi penyakit; hindari “pembicaraan yang merendahkan” pada pasien atau membuat hal-hal yang menentang kebanggaan pasien.

Rasional: kemampuan pasien untuk merasakan harga diri, sebab kemampuan intelektual pasien seringkali tetap baik.

2) Kolaborasi

- a) Konsultasikan dengan/rujuk kepada ahli terapi wicara.

Rasional: pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motorik dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan/kebutuhan terapi.

- d. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan penerimaan, transmisi, integrasi sensori seperti trauma atau defisit neurologis, stres psikologis.

Kriteria hasil:

- 1) Mendapatkan kembali dan mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi perseptual yang biasa.
- 2) Mengakui perubahan dalam kemampuan dan adanya keterlibatan residual.
- 3) Menunjukkan perilaku untuk mengompensasi atau untuk mengatasi defisit.

Rencana Tindakan

1) Mandiri

- a) Kaji tipe dan derajat disfungsi, seperti pasien tidak tampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri.

Rasional: membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi. Pasien mungkin mempunyai kesulitan memahami kata yang diucapkan (afasia

sensorik/kerusakan pada area Wernicke); mengucapkan kata-kata dengan benar (afasia ekspresif/kerusakan pada area bicara Broca) atau mengalami kerusakan pada kedua daerah tersebut.

- b) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik.

Rasional: pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk memantau ucapan yang keluar dan tidak nyata. Umpan balik membantu pasien merealisasikan kenapa memberi kesempatan untuk mengklarifikasikan isi/makna yang terkandung dalam ucapannya.

- c) Mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana (seperti “buka mata”, “tunjuk ke pintu”) ulangi dengan kata/kalimat yang sederhana.

Rasional: melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik).

- d) Tunjukkan objek dan minta pasien untuk menyebutkan nama benda tersebut.

Rasional: melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan motorik (afasia motorik), seperti pasien mungkin mengenalinya tetapi tidak dapat menyebutkannya.

- e) Mintalah pasien untuk mengucapkan suara sederhana seperti “Sh” atau “Pus”

Rasional: mengidentifikasi adanya disartia sesuai komponen motorik dari bicara (seperti lidah, gerakan bibir, kontrol nafas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin juga tidak disertai afasia motorik.

- f) Minta pasien untuk menulis nama dan/atau kalimat yang pendek. Jika tidak dapat menulis, mintalah pasien untuk membaca kalimat yang pendek.

Rasional: menilai kemampuan menulis (agrafia) dan kekurangan dalam membaca yang benar (aleksia) yang juga merupakan bagian dari afasia sensorik dan afasia motorik.

g) Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis di papan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan, demonstrasikan).

Rasional: memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan/defisit yang mendasarinya.

h) Bicaralah dengan nada normal dan hindari percakapan yang cepat. Berikan pasien jarak waktu untuk berespons. Bicaralah tanpa tekanan terhadap sebuah respons.

Rasional: pasien tidak perlu merusak pendegaran, dan meninggikan suara dapat menimbulkan marah pasien/menyebabkan kepedihan, memfokuskan respons dapat mengakibatkan frustrasi dan mungkin menyebabkan pasien terpaksa untuk bicara “otomatis”, seperti memutarbalikkan kata, berbicara kasar/kotor.

i) Diskusikan mengenai hal-hal yang dikenal pasien, seperti pekerjaan, keluarga, dan hobi (kesenangan)

j) Rasional: meningkatkan percakapan yang bermakna dan memberikan kesempatan untuk keterampilan praktis.

2) Kolaborasi

a) Konsultasikan dengan/rujuk kepada ahli terapi wicara.

Rasional: pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motorik, dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan/kebutuhan terapi.

e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, kelemahan, kerusakan status mobilitas, kerusakan persepsi atau kognitif, nyeri, ketidaknyamanan.

Kriteria hasil:

1) Mendemonstrasikan teknik atau perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.

2) Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.

- 3) Mengidentifikasi sumber pribadi atau komunitas memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rencana Tindakan

- 1) Mandiri

- a) Bantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan.

Rasional: membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.

- b) Beri motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan.

Rasional: pasien ini mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung dan meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, adalah penting bagi pasien untuk melakukan sebanyak mungkin untuk diri sendiri untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.

- c) Sadari perilaku atau aktivitas impulsive karena gangguan dalam mengambil keputusan.

Rasional: dapat menunjukkan kebutuhan intervensi dan pengawasan tambahan untuk meningkatkan keamanan pasien.

- d) Pertahankan dukungan, sikap yang tegas. Beri pasien waktu yang cukup untuk mengerjakan tugasnya.

Rasional: pasien akan memerlukan empati tetapi perlu untuk mengetahui pemberi asuhan yang akan membantu pasien secara konsisten.

- e) Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan atau keberhasilannya.

- f) Rasional: meningkatkan perasaan makna diri. Meningkatkan kemandirian, dan mendorong pasien untuk berusaha secara *continue*.

- 1) Kolaborasi

- a) Berikan obat supositoria dan pelunak feses.

Rasional: mungkin dibutuhkan pada awal untuk membantu dan menciptakan atau merangsang fungsi defekasi teratur.

- b) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi atau ahli terapi okupasi.

Rasional: memberikan bantuan yang mantap untuk mengembangkan rencana terapi dan mengidentifikasi kebutuhan alat penyokong khusus.

- f. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik psikososial, perseptual kognitif.

Kriteria hasil:

- 1) Bicara/berkomunikasi dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang telah terjadi.
- 2) Mengungkapkan penerimaan pada diri sendiri dalam situasi.
- 3) Mengenali dan menggabungkan perubahan dalam konsep diri dalam cara yang akurat tanpa menimbulkan harga diri negatif.

Rencana Tindakan

- 1) Mandiri

- a) Kaji luasnya gangguan persepsi dan hubungkan dengan derajat ketidakmampuannya.

Rasional: penentuan faktor-faktor secara individu membantu dalam mengembangkan perencanaan asuhan/pilihan intervensi.

- b) Identifikasi arti dari kehilangan/disfungsi/perubahan pada pasien.

Rasional: kadang-kadang pasien menerima dan mengatasi gangguan fungsi secara efektif dengan sedikit penanganan, dilain pihak ada juga orang yang mengalami kesulitan dalam menerima dan mengatasi kekurangannya.

- c) Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaan termasuk rasa bermusuhan dan perasaan marah.

Rasional: mendemonstrasikan penerimaan/membantu pasien untuk mengenal dan mulai memahami perasaan ini.

- d) Catat apakah pasien menunjuk daerah yang sakit atautkah pasien mengingkari daerah tersebut dan mengatakan hal tersebut “telah mati”.

Rasional: menunjukkan penolakan terhadap bagian tubuh tertentu/perasaan negatif terhadap citra tubuh dan kemampuan, menandakan perlunya intervensi dan dukungan emosional.

- e) Akui pernyataan perasaan tentang pengingkaran terhadap tubuh; tetap pada kenyataan yang ada tentang realita bahwa pasien masih dapat menggunakan bagian tubuhnya yang sakit. Gunakan kata-kata (seperti lemah, sakit, kanan-kiri) yang tidak mengasumsikan bahwa bagian tersebut sebagai bagian dari seluruh tubuh.

Rasional: membantu pasien untuk melihat bahwa perawat menerima kedua bagian tubuh tersebut merupakan suatu bagian yang utuh dari seseorang.

- f) Tekankan keberhasilan yang kecil sekali pun baik mengenai penyembuhan fungsi tubuh ataupun kemandirian pasien.

Rasional: mengkonsolidasikan keberhasilan membantu menurunkan perasaan marag dan ketidakberdayaan dan menimbulkan perasaan adanya perkembangan.

- g) Bantu dan dorong kebiasaan berpakaian dan berdandan yang baik.

Rasional: membantu peningkatan rasa harga diri dan kontrol atas salah satu bagian kehidupan.

- h) Dorong orang terdekat agar memberi kesempatan pada melakukan sebanyak mungkin untuk dirinya sendiri.

Rasional: membangun kembali rasa kemamdirian dan menerima kebanggaan diri dan meningkatkan proses rehabilitasi.

- i) Berikan dukungan terhadap perilaku/usaha seperti peningkatan minat/partisipasi pasien dalam kegiatan rehabilitasi.

Rasional: mengisyaratkan kemungkinan adaptasi untuk mengubah dan memahami tentang peran diri sendiri dalam kehidupan selanjutnya.

- j) Berikan penguatan terhadap penggunaan alat-alat adaptif, seperti tongkat untuk berjalan, kancing/ritsluiting, saku di paha untuk kateter, dan sebagainya.

Rasional: Meningkatkan kemandirian, menurunkan ketergantungan terhadap orang lain untuk memenuhi kebutuhan fisik dan pasien dapat bersosialisasi lebih aktif lagi.

- k) Pantau gangguan tidur, meningkatnya kesulitan untuk berkonsentrasi, pernyataan ketidakmampuan untuk mengatasi sesuatu, letargi, dan menari diri.

Rasional: mungkin, merupakan indikasi serangan depresi (umumnya setelah adanya pengaruh stroke) yang mungkin memerlukan evaluasi dan intervensi lanjut.

2) Kolaborasi

- a) Rujuk pada evaluasi neuropsikologis dan/atau konseling sesuai kebutuhan.

Rasional: dapat memudahkan adaptasi terhadap perubahan peran yang perlu untuk perasaan/merasa menjadi orang yang produktif.

- g. Resiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular: penurunan refleks muntah, paralisis wajah, gangguan perseptual, keterlibatan saraf kranial.

Kriteria hasil:

- 1) Mendemonstrasikan metode makan tepat untuk situasi individual dengan mencegah aspirasi.
- 2) Mempertahankan berat badan yang diinginkan.

Rencana Tindakan

- 1) Mandiri

- a) Tinjau ulang patologi atau kemampuan menelan pasien secara individual, catat luasnya paralisis parsial, gangguan lidah, kemampuan untuk melindungi jalan nafas. Timbang berat badan secara teratur sesuai kebutuhan.
Rasional: intervensi nutrisi/pilihan rute makan ditentukan oleh faktor-faktor ini.
- b) Bantu pasien dengan mengontrol kepala.
Rasional: menetralkan hiperekstensi, membantu mencegah aspirasi dan meningkatkan kemampuan untuk menelan.
- c) Letakkan pasien pada posisi duduk atau tegak selama dan setelah makan.
Rasional: menggunakan gravitasi untuk memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi.
- d) Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan diatas bibir/dibawah dagu jika diperlukan.
Rasional: membantu dalam melatih kembali sensori dan meningkatkan kontrol muskuler.
- e) Letakkan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu.
Rasional: memberikan stimulasi sensori (termasuk rasa kecap) yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.
- f) Sentuh pipi bagian dalam dengan spatel lidah/tempatkan es untuk mengetahui adanya kelemahan lidah.
Rasional: dapat meningkatkan gerakan dan kontrol lidah (penting untuk menelan) dan menghambat jatuhnya lidah.
- g) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang.
Rasional: pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi atau gangguan dari luar.

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

Kriteria hasil:

- 1) Berpartisipasi dalam proses belajar.
- 2) Meningkatkan pemahaman tentang kondisi atau prognosis dan aturan terapeutik.
- 3) Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan.

Rencana Tindakan

- 1) Mandiri
 - a) Evaluasi tipe atau derajat dari gangguan persepsi sensori.
Rasional: defisit mempengaruhi pilihan metode pengajaran dan isi atau kompleksitas instruksi.
 - b) Diskusikan keadaan patologis yang khusus dan kekuatan pada individu.
Rasional: membantu dalam membangun harapan yang realistis dan meningkatkan pemahaman terhadap keadaan dan kebutuhan saat ini.
 - c) Tinjau ulang keterbatasan saat ini dan diskusikan rencana atau kemungkinan melakukan kembali aktivitas (termasuk hubungan seksual).
Rasional: meningkatkan pemahaman, memberikan harapan pada masa dating dan menimbulkan harapan dari keterbatasan hidup secara "normal".
 - d) Tinjau ulang atau pertegas kembali pengobatan yang diberikan. Identifikasikan cara meneruskan program setelah pulang.
Rasional: aktivitas yang dianjurkan, pembatasan, dan kebutuhan obat atau terapi dibuat pada dasar pendekatan interdisiplin terkoordinasi. Mengikuti cara tersebut merupakan suatu hal yang penting pada kemajuan pemulihan atau pencegahan komplikasi.
 - e) Diskusikan rencana untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.

Rasional: berbagai tingkat bantuan mungkin diperlukan/perlu direncanakan berdasarkan pada kebutuhan secara individual.

- f) Berikan instruksi dan jadwal tertulis mengenai aktivitas, pengobatan dan faktor-faktor penting lainnya.

Rasional: memberikan penguatan visual dan sumber rujukan setelah sembuh.

- g) Anjurkan pasien untuk merujuk pada daftar/komunikasi tertulis atau catatan yang ada dari pada hanya bergantung pada apa yang di ingat.

Rasional: memberikan bantuan untuk menyokong ingatan dan meningkatkan perbaikan dalam keterampilan daya pikir.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut Barbara (2010) implementasi yaitu fase ketika perawat melakukan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Barbara (2010) evaluasi merupakan fase kelima dan fase terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi ini adalah bentuk aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketidak menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien Tn. T usia 47 tahun, status perkawinan menikah, agama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan terakhir SMA, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan wiraswasta, alamat perumahan Metland Cibitung, Bekasi. Sumber biaya adalah pribadi. Sumber informasi adalah dari pasien, keluarga pasien, perawat ruangan, tim medis lain dan rekam medis. pasien dirawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur di Ruang Brassia sejak tanggal 7 Februari 2020 dengan diagnosa medis *Cerebro Vaskular Diseases Non-Hemoragic*.

2. Resume

Tn. T diantar oleh keluarganya ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur melalui UGD pada tanggal 18 Januari 2020 pukul 11.10 WIB dengan diagnosa medis *Cerebro Vaskular Diseases Non-Hemoragic* dengan penyulit Bronkitis. Pasien datang terpasang *tracheostomy*, riwayat CVD NH 4 bulan yang lalu, kelemahan ekstremitas bagian sebelah kanan, pasien cenderung tidur, keluarga mengatakan keluar banyak lendir berwarna hitam dari *tracheostomy*-nya, keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat Diabetes Melitus dan Hipertensi sejak 2014. Keadaan umum sakit berat, kesadaran somnolent. Masalah keperawatan yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif dan perubahan perfusi jaringan serebral, tindakan yang telah di lakukan mengobservasi TTV, memantau ketat kesadaran pasien, memberikan obat Brainact 500mg melalui NGT, melakukan pemasangan kateter urine, memberikan tube O₂ 6 lpm, memasang infus NaCl 0,9% 500cc di tangan kiri pasien, melakukan tindakan kolaborasi pemeriksaan CT *Thoraks* dan pemeriksaan darah lengkap. Evaluasi secara umum pasien kesadaran compos mentis, keadaan umum sakit berat, pasien tampak cenderung menutup matanya, ekstremitas kanan lemas, tanda-tanda

vital yaitu tekanan darah 126/99mmHg, nadi 71x/menit, pernafasan 30x/menit, suhu 37,9°C, hasil CT *Thoraks* kesan corakan bronkitis, posisi ujung *tracheostomy tube* 4 cm diatas carina, hasil laboratorium darah abnormal leukosit 20,880/ul.

Pasien pindah ke ruang Crysant pada tanggal 18 Januari 2020 dan dilakukan perawatan selama 12 hari, pada tanggal 30 Januari 2020 Tn. T di anjurkan untuk pindah ke ruangan ICU untuk dilakukan pemantauan lebih ketat karna nilai laboratorium procalcitonin-nya mencapai 410,94 hg/ml dari nilai normal 0,00-0,09 hg/ml, tanggal 3 Februari 2020 Tn. T di pindahkan ke ruangan IMC dengan hasil nilai laboratorium procalcitonin-nya 18,91 hg/ml, tanggal 7 Februari 2020 Tn. T di anjurkan untuk dipindahkan ke ruang isolasi di ruangan Brassia dengan hasil lab procalcitonin 2,54 hg/ml.

Evaluasi keseluruhan pada saat tanggal 10 Februari 2020 di dapatkan data keadaan umum sakit sedang, kesadaran pasien compos mentis, ekstremitas bagian sebelah kanan pasien lemas, bicara tidak jelas, hasil CT *Thoraks* kesan corakan bronkitis, hasil pemeriksaan laboratorium kimia diabetes GDS 125 mg/dl, pemeriksaan laboratorium darah lengkap abnormal leukosit 13,560/ul. Pasien terpasang *tracheostomy* dengan tube O₂ 6 lpm, kateter urine, NGT, dan Infus NaCl 0,9% 500cc di kaki kiri.

3. Riwayat keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

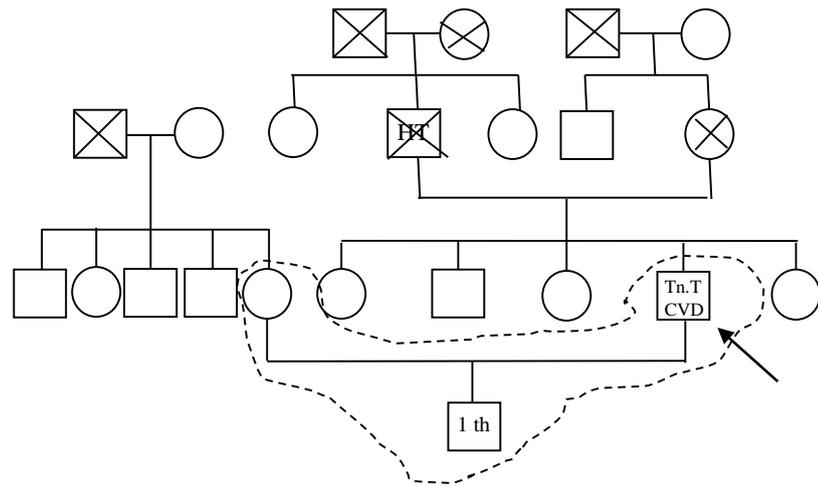
Tn. T terpasang *tracheostomy*, riwayat CVD NH 4 bulan yang lalu, kelemahan pada ekstremitas bagian sebelah kanan, lemas, bicara tidak jelas. Upaya yang dilakukan adalah membawa pasien berobat ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga mengatakan pasien pernah melakukan operasi batu ginjal pada tahun 2014. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat Diabetes

Melitus dan Hipertensi sejak tahun 2014. Keluarga pasien mengatakan pasien mengonsumsi obat Hipertensi yang diberikan kantornya secara teratur dan juga mengonsumsi obat herbal.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ↗ = Pasien
- = Tinggal serumah
- = Garis perkawinan
- ┌└ = Garis keturunan

Pasien tinggal dengan istri dan satu orang anaknya, istri pasien mengatakan ayah dan ibu pasien sudah meninggal, istri pasien mengatakan ayah dari suaminya mempunyai riwayat Hipertensi. Sedangkan ayah dari istri pasien sudah meninggal, namun ibu masih hidup, istri pasien mengatakan pasien pernah riwayat operasi batu ginjal tahun 2014.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

Istri pasien mengatakan pasien paling dekat dengan istrinya karena kedua orang tuanya sudah tidak ada. Pola komunikasi yang digunakan oleh keluarga Tn. T adalah pola komunikasi yang terbuka, setiap anggota keluarga selalu membicarakan masalahnya dengan anggota keluarga lainnya. Istri pasien mengatakan setiap pengambilan keputusan di keluarga Tn. T ada di pasien. Istri Tn. T mengatakan sebelum sakit Tn. T mengikuti kerja bakti dan ke Masjid untuk beribadah. Istri pasien mengatakan dampak dari penyakit pasien membuatnya tidak dapat bekerja namun biaya untuk berobat terus dikeluarkan untuk kesembuhan suaminya. Masalah yang mempengaruhi pasien tidak ada karena istri pasien mengatakan hanya pasrah kepada Allah serta berdoa dan berusaha mengikuti pengobatan yang dianjurnya dokter.

Istri pasien mengatakan mekanisme koping terhadap stress adalah jika mendapat masalah pasien mengatakan segera menyelesaikan masalahnya terlalu serius. Keluarga Tn. T berharap setelah perawatan dapat cepat sembuh. Istri Tn. T mengatakan ada perubahan pada pasien setelah sakit yaitu perubahan pasien bicara menjadi tidak ada suara namun kadang seperti suara robot jika marah namun masih nyambung jika diajak bicara, aktivitas pasien juga dibantu total. Sistem nilai kepercayaan, istri Tn. T mengatakan tidak ada yang bertentangan tentang kesehatan. Keluarga Tn. T setiap sakit langsung dibawa ke rumah sakit ataupun ke dokter. Istri pasien mengatakan lingkungan rumah baik-baik saja, jauh dari polusi dan bersih.

e. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Istri pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, pasien dapat menghabiskan 4-7 sendok bubur sumsum dan juga susu 3 kali sehari, pasien dahulunya suka makanan yang berlemak namun tidak suka yang asin. Setelah di

rumah sakit nafsu makan pasien tetap baik, pasien terpasang NGT, frekuensi makan 6 kali perhari, makanan yang dikonsumsi adalah makanan diit cair melalui NGT 1700 kalori yaitu 6 kali perhari susu Diabetasol (200cc), 3 kali perhari VIB Albumin (100cc) dan juga melalui oral 1 kali perhari 6-8 sendok (agar-agar/bubur sumsum). Reflek menelan pasien sedang dalam proses fisioterapi, pasien minum obat oral dihancurkan dan masih melalui NGT.

2) Pola Eliminasi

- a) Istri pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAK pasien 6-7x/hari menggunakan diapers, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan selama BAK. Setelah di rumah sakit pola BAK menggunakan kateter urine, warna urine kuning jernih, keluarga pasien mengatakan pasien riwayat operasi batu ginjal tahun 2014.
- b) Istri pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1 kali perhari, pasien BAB tidak menentu, tidak ada keluhan saat BAB. Pasien tidak menggunakan obat pencahar. Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit BAB pasien tidak menentu, hanya setitik saja di diapersnya atau terkadang cair, berwarna kuning.

3) Pola personal hygiene

Istri pasien mengatakan sebelum sakit pasien dimandikan 2 kali perhari, waktu mandi setiap pagi dan sore, pasien di oral hygiene 2 kali perhari setiap pagi dan sore, dan dicuci rambutnya setiap pagi hari. Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien mandi 1 kali perhari di pagi hari dan hanya di seka dengan waslap oleh keluarga terkadang juga perawat, oral hygiene dilakukan setiap pagi. Selama di rumah sakit pasien belum pernah di cuci rambutnya, rambut pasien sepanjang 1cm dan kondisinya lembab.

4) Pola istirahat dan tidur

Istri pasien mengatakan pasien tidur siang tapi tidak setiap hari, dan setiap malam pasien tidur 6 jam dari jam 22.00-04.00 WIB dan ada terbangun 2-3 kali. Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien tidur siang tidak tentu, pasien cenderung suka tidur serta sering mengantuk. Pasien tidur pada malam hari 8-10 jam tetapi pasien sering terbangun, tidak ada kebiasaan sebelum pasien tidur, hanya berdoa.

5) Pola aktivitas dan latihan

Istri pasien mengatakan pasien dulunya bekerja tergantung *shift*, pasien berolahraga setiap minggu, jenis olahraga yang dilakukan pasien adalah jogging. Pasien aktif dalam kegiatan di lingkungan rumahnya namun setelah terkena stroke 4 bulan yang lalu pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian sebelah kanan, pasien cuti bekerja 1 tahun, istri pasien mengatakan kegiatan olahraga yang dilakukan melatih pasien mengangkat dan menggerakkan ekstremitasnya. Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien hanya tidur, terkadang diposisikan duduk, setiap beraktivitas pasien dibantu perawat dan keluarga.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Istri pasien mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi rokok, pasien suka mengonsumsi kopi setiap paginya dan juga dikantor jika *shift* malam. pasien tidak mengonsumsi alkohol dan NAPZA begitupun saat di rumah sakit.

4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

BB Tn. T 1 bulan yang lalu sebelum sakit 80 kg dan berat badan pasien tidak bisa di timbang karena tirah baring, BB dan IMT tidak terkaji. Keadaan umum pasien sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata pasien normal, pergerakan mata pasien juga normal, konjungtiva pasien merah muda. Sklera pasien anikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan pasien masih baik, tanda-tanda radang terdapat pada bagian bokong (kemerahan), pasien tidak menggunakan alat bantu kacamata dan reaksi terhadap cahaya +2/+2 ada rangsangan terhadap cahaya dengan baik, ukuran kedua pupil sama.

c. Sistem pendengaran

Saat dikaji daun telinga pasien normal tidak ada kelainan pada telinga kanan dan kiri, karakteristik serumen tidak ada. Kondisi telinga tengah korban pasien normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga pasien, fungsi pendengaran masih normal. Tidak ada gangguan keseimbangan. Pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Pasien tampak tidak jelas saat berbicara/tidak lancar, pasien tampak tidak jelas intonasinya saat bicara, pasien tampak sulit memulai pembicaraan, istri pasien juga mengatakan suaminya kurang nyambung saat diajak bicara semenjak sakit.

e. Sistem Pernafasan

Pasien tampak sesak, frekuensi 28x/menit dengan irama yang teratur. Kedalaman nafas pasien dangkal, pasien tidak batuk. Suara nafas pasien terdengar ronkhi di kedua paru bagian atas. Pasien menggunakan alat bantu pernafasan *tracheostomy* dengan tube O₂ 6lpm.

f. Sistem kardiovaskulas

Sirkulasi Perifer: nadi radius pasien yaitu 83/menit, iramanya teratur, nadi apical 89x/menit, denyut nadinya kuat. Tekanan darah 99/72 mmHg, MAP pasien 81 mmHg, tidak teraba distensi vena jugularis di

sebelah kanan maupun kiri, temperatur kulit teraba hangat dengan suhu 36,1°C, warna kulit terlihat kemerahan, pengisian kapiler kurang dari 3 detik, tidak ada edema pada bagian semua ekstremitas pasien.

g. Sistem hematologi

Pasien tidak pucat. Pada hasil MRI terdapat multiple end zone ischemic infractions tersebar pada medula oblongata sisi kiri, cerebellar kiri 8-10 foci. Pada corone radiate fronpasietales lobes kiri-kanan, 5-6 foci adalah cronic endzone ischemic lesions ringan. Tidak tampak bleeding/neoplasm/AVM/aneurysm, petentia kecil sinus maxillaris kanan.

h. Sistem syaraf pusat

Tingkat kesadaran pasien composmentis, GCS adalah 14 E 3, V 5, M 6. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK seperti muntah proyektil, nyeri kepala dan papil edema. Ekstremitas bagian sebelah kanan pasien masih lemah. Refleks patologis pasien tidak ada, refleks fisiologis pasien normal.

i. Sistem pencernaan

Gigi pasien tampak tidak terlubang, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatis pada mulut pasien, lidah terlihat tidak kotor, pengeluaran saliva normal, tidak ada muntah, pasien tidak mengalami diare, warna feces adalah kuning, tidak mengalami kelainan pada konsistensi feces, bising usus pasien yaitu 6 kali/menit, pasien mengalami konstipasi, hepar pasien teraba, abdomen pasien terasa lembek.

j. Sistem endokrin

Pasien saat di palpasi tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak tercium bau keton, dan tidak terdapat luka ganggren pada ekstremitas atas ataupun bawah.

k. Sistem urogenital

Balance cairan pasien dalam 24 jam adalah -250 cc, intake 2800 cc, output cc yang terdiri dari urine 2350 cc + 700 IWL cc, warna urine coklat kemerahan, terpasang folley kateter, dibuang 5x dalam sehari, kandung kemih tidak distensi, pasien memiliki riwayat penyakit batu ginjal.

l. Sistem integumenn

Turgor kulit pasien teraba elastis, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit tampak kemerahan, terdapat lesi di punggung sekitar 3cm dan bokong (kemerahan) dan tidak terdapat luka operasi maupun luka dekubitus. Kondisi kulit di tempat pemasangan infus baik, tidak ada plebitis atau tanda-tanda infeksi, keadaan rambut tekstur baik namun kebersihan kurang (rambut pasien tampak berminyak).

m. Sistem muskuloskeletal

Pasien mengalami kesulitan dalam bergerak, namun pasien masih harus bed rest sesuai program medis, tidak mengalami adanya fraktur pada ekstremitas pasien, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, tidak ada kelainan tulang belakang, keadaan tonus otot pasien hipotoni, kekuatan otot pasien bagus.

A – B

2222		4444
2222		4444

C – D

Keterangan :

A= tangan kanan

B= tangan kiri

C= kaki kanan

D= kaki kiri

n. Data tambahan (pemahaman tentang penyakit)

Istri pasien mengatakan menurutnya pasien mulai terkena stroke 4 bulan yang lalu. Istri pasien mengatakan tau penyebab pasien stroke. Istri pasien juga mengatakan tau apa itu stroke, penyebabnya, tanda dan gejalanya, akibat lanjut dari stroke dan juga cara perawatan pasien dengan stroke. Istri pasien juga mengatakan menurutnya pasien mulai terkena stroke 4 bulan yang lalu. Istri pasien tahu bahwa suaminya punya riwayat penyakit gula sejak 2014 tahun yang lalu dan tekanan darah tinggi karena rutin memeriksa tekanan darah dikantornya, pasien minum obat teratur dari kantornya. namun sebelum sakit pasien sering mengeluh pusing, pasien suka minum kopi 1x sehari di pagi hari, suka makanan yang berlemak seperti daging.

5. Data penunjang

Hasil lab tanggal 10 Februari 2020

Hematologi

Hemoglobin	10,3*	(13,5-18,0 g/dl)
Leukosit	13,560*	(4,000-10,500/ul)
Hematoksit	31*	(42-52 vol %)
Trombosit	587,000*	(150,000-450,000 /ul)
Eritrosit	7,97*	(4,70-6,00 juta/ul)

Nilai Eritrosit

Rata-rata

MCV	79	78-100
MCH	27	27-31
MCHC	33	32-26

Kimia

Diabetes

Glukosa sewaktu

GDS	125	60-140 mg/dl
-----	-----	--------------

Hasil pemeriksaan CT Thorax tanggal 18 Januari 2020

Kesan: bercak bronkitis

Hasil pemeriksaan MRI tanggal 10 Oktober 2019

Kesan: Multiple end zone ischemic infractions tersebar pada meduna oblongata sisi kiri, cerebellar kiri 8-10foci.

Pada corone radiate fronpasietale lobes kiri-kanan, 5-6 foci adalah cronic endzone ischemic lestone ringan

Tidak tampak bleeding/neoplasm/AVM/aneurysm, petentia kecil sinus maxillaris kanan.

6. Penatalaksanaan Medis

a. Terapi cairan: NaCl 0,9% 500 cc/12 jam

b. Terapi obat:

Paracetamol 4 x 500 mg per-oral, CPG 1 x75 mg per-oral, fomeuro 1 x1 tab per-oral, brainact 2 x 500 mg per-oral, januva 1 x 100 mg per-oral, vitor 1 x 2 mg per-oral, VIB altumin 3 x 100 gr per-oral, ferofort 1 x 1 tab per-oral, beta one 1 x 2,5 mg per-oral, farbiven 6 x 2,55 cc nebulizer, budesma 6 x 0,25 mg nebulizer, NaCl 0,9% 6 x 2 cc nebulizer, QV Cream 2x/hari topical, punggung, *cream* racikan 2x/hari topical, kulit lecet, noroid 2x/hari topical, bokong merah, cernevit 1x/hari per-IV drip, paracetamol 1 gr k/p per-IV drip, ecalta 1 x 100 mg per-IV drip, tripenem 3 x 2 gr per-IV drip, esozid 1 x 40 mg per-IV drip, resfar 3 x 1/3 amp per-IV drip

c. Diit: Diabetasol 6 x 200cc

d. Bedrest total

7. Data fokus

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, tekanan darah 99/72mmHg, MAP 81mmHg, Nadi 83x/menit, pernafasan 28x/menit, suhu 36,0°C.

a. Oksigenasi

Data subjektif: -

Data Objektif: pasien tampak sesak, pasien batuk tampak tidak bisa mengularkan slem, RR pasien 28x/menit, ronchi (+) terdengar di ke2 lapang paru bagian atas, CT thoraks: corakan bronkitis

b. Sirkulasi

Data subjektif: -

Data Objektif: pasien tampak lemas, tidak ada cyanosis, kapiler refill 2 detik, tekanan darah 99/72mmHg, MAP 81mmHg, Nadi 83x/menit, hasil MRI tanggal 10 Oktober 2019 terdapat multiple end zone ischemic infractions tersebar pada meduna oblongata sisi kiri, cerebellar kiri 8-10 foci. Pada corone radiate fronpasietale lobes kiri-kanan, 5-6 foci adalah cronic endzone ischemic lestone ringan. Tidak tampak bleeding/neoplasm/AVM/aneurysm, petentia kecil sinus maxillaris kanan.

c. Nutrisi

Data subjektif: Istri pasien mengatakan pasien minum diabetasol 6x/hari melalui selang makannya.

Data Objektif: makanan yang di konsumsi adalah makanan diit cair dengan 1700 kalori. Pasien juga terpasang NGT, pasien sedang mendapatkan fisioterapi untuk reflek bicaranya dan saat fisioterapi pasien sudah mampu makan 6-8 sendok (agar-agar/bubur sumsum) per oral setiap harinya. BB dan IMT tidak terkaji.

d. Eliminasi

1) Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien pernah riwayat operasi batu ginjal tahun 2014

Data obyektif: pola BAK menggunakan kateter urine, warna urine pasien kuning jernih, jumlah urine per 24 jam 2350 cc

2) Data subyektif: Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit BAB tidak menentu hanya setitik saja di diapersnya atau terkadang cair, berwarna kuning, dan selama di rumah sakit pasien belum di berikan obat pencahar.

Data obyektif: bising usus pasien yaitu 6 kali/menit, pasien tidak konstipasi dan abdomen teraba lunak.

e. Aktivitas

Data subjektif: penjaga pasien mengatakan pasien lemah dibagian ekstremitas kanan, Istri pasien mengatakan pasien tetap diajak melakukan pergerakan-pergerakan sederhana seperti mengangkat tangan atau mengepal dan membuka telapak tangannya, setiap beraktivitas pasien di bantu oleh perawat dan keluarga.

Data objektif: pasien tampak lemas, kebutuhannya masih dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien masih harus bed rest sesuai program medis, tekanan darah 99/72mmHg, MAP 81mmHg, Nadi 83x/menit, kekuatan otot

2222		4444
2222		4444

f. Rasa aman

Data subjektif: Istri pasien mengatakan pada saat latihan fisioterapi dengan terapis pasien sudah dapat makan 7 sendok bubur sumsum. Istri pasien mengatakan pasien menelan dan tidak tersedak.

Data objektif: leukosit: 13,560/ul, suhu: 36,0°C, terdapat sputum, suara napas terdengar ronchi di kedua lapang paru, hasil foto thorax: bercak bronkitis, CRT < 3 detik, terpasang *tracheostomy* dan juga NGT.

g. Komunikasi

Data subjektif: penjaga pasien mengatakan pasien mau bangun dan berbicara, perawat pasien mengatakan suara pasien seperti robot, istri

pasien mengatakan sejak sakit suaminya sering kurang nyambung jika di ajak bicara.

Data objektif: pasien tampak tidak jelas saat berbicara, pasien tampak tidak jelas intonasinya saat bicara, GCS nilai Verbal tidak dapat dikaji pasien tampak sulit memulai pembicaraan.

h. Pengetahuan

Data subjektif: Istri pasien mengatakan tau penyebab pasien stroke. Istri pasien juga mengatakan tau apa itu stroke, penyebabnya, tanda dan gejalanya, akibat lanjut dari stroke dan juga cara perawatan pasien dengan stroke. Istri pasien juga mengatakan menurutnya pasien mulai terkena stroke 4 bulan yang lalu. Istri pasien tahu bahwa suaminya punya riwayat penyakit gula sejak 2014 tahun yang lalu dan tekanan darah tinggi karena rutin memeriksa tekanan darah dikantornya, pasien minum obat teratur dari kantornya. namun sebelum sakit pasien sering mengeluh pusing, pasien suka minum kopi 1x sehari di pagi hari, suka makanan yang berlemak seperti daging.

Data objektif: Istri pasien tampak menjawab dengan tepat ketika diberikan pertanyaan tentang kondisi suaminya.

8. Analisa data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subyektif: - Data obyektif: Suara nafas ronchi di kedua paru bagian atas, RR: 28x/mnt, sputum positif warna putih, pasien terpasang <i>tracheostomy</i> dengan tube 6 lpm, kondisi klinis	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Sekresi yang tertahan

No	Data	Masalah	Etiologi
	terkait: stroke, hasil foto thorax : bercak bronkitis		
2.	<p>Data subyektif:</p> <p>Penjaga pasien mengatakan ekstremitas pasien bagian sebelah kanan lemah.</p> <p>Penjaga pasien mengatakan pasien mau bangun dan berbicara, suara seperti robot.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Kesadaran composmentis, kekuatan genggam tangan tidak sama, afasia motorik, hasil MRI terdapat multiple end zone ischemic infarctions tersebar pada medulla oblongata sisi kiri, cerebellar kiri 8-10 foci.</p>	Perubahan perfusi jaringan serebral	Interupsi aliran darah
3.	<p>Data subyektif:</p> <p>Penjaga pasien mengatakan pasien lemah dibagian ekstremitas kanan.</p> <p>Istri pasien mengatakan pasien lebih kuat menggerakkan ekstremitasnya jika</p>	Kerusakan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan/ketahanan

No	Data	Masalah	Etiologi				
	<p>sedang marah/ moodnya tidak bagus.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Ekstremitas kanan pasien lemah, paraplegia spastic, keadaan tonus otot hipotonia, kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="485 725 655 815"> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>4444</td> </tr> </table>	2222	4444	2222	4444		
2222	4444						
2222	4444						
4.	<p>Data subjektif: -</p> <p>Data objektif : leukosit : 13,560/ul , suhu : 36,0°C, jalan nafas terdapat sumbatan yaitu sputum, suara napas terdengar ronchi di kedua lapang paru, hasil foto thorax : bercak bronkitis, CRT < 3 detik, resisten terhadap semua antibiotik.</p>	Resiko penyebaran infeksi	Pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat				
5.	<p>Data subyektif:</p> <p>Istri pasien mengatakan pasien makan 7 sendok bubur sumsum.</p> <p>Istri pasien mengatakan pasien menelan dan tidak tersedak saat makan bubur sumsum melalui oral.</p>	Resiko aspirasi	Penurunan kemampuan menelan				

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p>Data obyektif:</p> <p>Pasien terpasang <i>tracheostomy</i>, NGT, nafsu makan positif, kesulitan menelan positif, IMT = 21,25.</p>		
6.	<p>Data subyektif:</p> <p>Penjaga pasien mengatakan ekstremitas pasien bagian sebelah kanan lemah.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Pasien terpasang kateter, pasien tampak dibantu total dalam beraktivitas, pasien tidak dapat menyelesaikan tugas toileting secara mandiri, pasien tidak mampu memakai/membuka pakaian sendiri.</p>	<p>Kurang perawatan diri</p>	<p>Penurunan kekuatan/ketahanan</p>
7.	<p>Data subyektif:</p> <p>Penjaga pasien mengatakan pasien mau bangun dan berbicara. Penjaga pasien mengatakan suara pasien seperti robot.</p> <p>Data obyektif:</p> <p>Pasien tampak ingin bicara namun tidak dapat</p>	<p>Kerusakan komunikasi verbal</p>	<p>Kerusakan sirkulasi serebral</p>

No	Data	Masalah	Etiologi
	mengungkapkan, afasia motorik.		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
3. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat.
4. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan/ketahanan.
5. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral.
6. Kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan/ketahanan.
7. Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kemampuan menelan.

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah.

Data subjektif: penjaga pasien mengatakan pasien lemah dibagian ekstremitas kanan, perawat pasien mengatakan pasien bangun dan mau diajak bicara, penjaga pasien mengatakan suara pasien terdengar seperti robot.

Data objektif: kesadaran: CM, genggaman sama, afasia motorik postif, hasil MRI: ischemic infarctions tersebar pada medula oblongata sisi kiri, cerebelly kiri 8-10 foci.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran dan motorik/sensorik.

Kriteria hasil: TTV stabil, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, tidak ada kekambuhan.

Rencana tindakan:

- a. Tentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan keadaan penurunan perfusi serebral.
- b. Pantau/ catat status neurologis sesering mungkin dan bandingkan dengan keadaan normalnya.
- c. Pantau tanda-tanda vital (catat dan pola irama dari pernafasan).
- d. Evaluasi pupil coklat, ukuran, bentuk, kesamaan, reaksi terhadap cahaya.
- e. Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara.
- f. Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral).
- g. Pertahankan keadaan tirah berbaring.
- h. Beri oksigen tube 6 lpm sesuai program medik.
- i. Berikan obat sesuai indikasi Brainact 2x500 mg, Forneuro 1x1tab.

Pelaksanaan Keperawatan Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 15.30 WIB perawat mengobservasi TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD: 100/78mmHg, Nadi: 89x/menit, pada pukul 16.30 WIB perawat ruangan mengkaji ulang tingkat kesadaran dengan hasil kualitatif dan kuantitatif (GCS): tingkat kesadaran compos mentis, GCS: 14 E:3, M:6, V:5. Pada pukul 17.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan nyaman, pada pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat resfar 200mg/drip dengan hasil obat obat berhasil dimasukkan melalui drip. Pada pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV pasien (TD, nadi) dengan hasil TD: 109/80mmHg, Nadi 83x/menit.

Pada pukul 22.00 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan nyaman. Pada pukul 05.30 perawat ruangan mengobservasi TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD: 112/85 mmHg, Nadi: 88x/menit.

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD: 101/78mmHg. Nadi: 93x/menit. Pukul 09.00 WIB memberikan terapi obat brain act 500 mg/NGT, forneuro 1x1tab/NGT dengan hasil obat tidak muntahkan. Pada pukul 10.00 WIB mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien masih tampak lemas. Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan nyaman dengan posisi ini. Pukul 12.00 WIB memberikan terapi obat beta one 2,5mg/NGT dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 13.30 WIB mengevaluasi pupil dengan hasil pupil coklat, ukuran isokor +2/+2, bentuk simetris, dan bereaksi terhadap cahaya. Pukul 13.45 WIB mengobservasi TTV pasien (TD, Nadi) dengan hasil TD: 94/74mmHg. Nadi 85 x/menit. Pada pukul 14.00 WIB. Menganjurkan pasien untuk tirah baring dengan hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat dan untuk beristirahat

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif : -
Data obyektif : pasien tampak lemas, ingin bicara namun tidak tersampaikan, TD: 94/74mmHg, Nadi 85 x/menit, kesadaran pasien composmentis, pasien masih harus bedrest sesuai program medis, tidak terjadi tanda-tanda peningkatan intracranial.
Analisa : masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai.
Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 15.30 WIB perawat mengobservasi TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD: 104/80mmHg, Nadi: 86x/menit, pada pukul 16.30 WIB perawat ruangan mengkaji ulang tingkat kesadaran dengan hasil kualitatif dan kuantitatif (GCS): tingkat kesadaran compos mentis, GCS:14 E:3, M:6, V:5. Pada pukul 17.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil

pasien tampak tenang dan nyaman, pada pukul 19.00 WIB memberikan terapi obat resfar 200mg/drip dengan hasil obat berhasil dimasukkan melalui drip.

Pada pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV pasien (TD, Nadi) dengan hasil TD: 103/85mmHg, Nadi 88x/menit. Pada pukul 22.00 WIB perawat ruangan memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan nyaman. Pada pukul 05.30 perawat ruangan mengobservasi TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD: 114/89 mmHg, Nadi: 92x/menit.

Pada pukul 07.30 WIB mengobservasi TTV (TD, Nadi) dengan hasil TD: 112/79 mmHg. Nadi: 89x/menit. Pukul 09.00 WIB memberikan terapi obat brain act 500 mg/NGT, forneuro 1x1tab/NGT dengan hasil obat tidak muntahkan. Pada pukul 10.00 WIB mengkaji keluhan pasien dengan hasil pasien masih tampak lemas. Pukul 11.00 WIB memberikan posisi semi fowler dengan hasil pasien tampak tenang dan nyaman dengan posisi ini. Pukul 12.00 WIB memberikan terapi obat beta one 2,5mg/NGT dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan, obat berhasil dimasukkan melalui intravena. Pukul 13.30 WIB mengevaluasi pupil dengan hasil pupil coklat, ukuran isokor +2/+2, bentuk simetris, dan bereaksi terhadap cahaya. Pukul 13.45 WIB mengobservasi TTV pasien (TD, Nadi) dengan hasil TD: 112/87mmHg. Nadi 88 x/menit. Pada pukul 14.00 WIB. Menganjurkan pasien untuk tirah baring dengan hasil pasien mau mengikuti anjuran perawat dan untuk beristirahat

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif : -

Data obyektif :pasien tampak lemas, ingin bicara namun tidak tersampaikan, TD: 112/87mmHg, Nadi: 88x/menit, kesadaran pasien composmentis, pasien masih harus bedrest sesuai program medis, tidak terjadi tanda-tanda peningkatan intracranial.

Analisa : masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai
Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Data subjektif: -

Data objektif: suara nafas pasien ronchi di kedua paru bagian atas, RR: 28x/menit, sputum positif warna putih, pasien terpasang *tracheostomy* dengan tube 6 lpm, kondisi klinis terkait: stroke, hasil foto thorax: bercak bronkitis.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan jalan nafas kembali efektif.

Kriteria hasil: sputum tidak berlebih, ronchi negatif, tidak ada obstruksi jalan nafas, tidak gelisah, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas 16-20x/mnt, pola nafas teratur.

Rencana tindakan:

- a. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas).
- b. Monitor bunyi nafas tambahan.
- c. Monitor sputum (jumlah, warna, ukuran).
- d. Posisikan semi fowler.
- e. Lakukan fisioterapi dada.
- f. Lakukan penghisapan lendir < 15 dtk.
- g. Lakukan penghisapan tracheostomi, sesuai indikasi.
- h. Lakukan perawatan tracheostomi 1x/hr.
- i. Berikan oksigen 6lpm sesuai program medik.
- j. Berikan obat sesuai indikasi: Farbiven 6x2,5 cc, Budesma 6x0,25 mg dan NaCL 0,9% 6x2 cc.

Pelaksanaan Keperawatan Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 16.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pada pukul 17.00 WIB perawat ruangan melakukan perawatan

tracheostomy, dengan hasil slime putih, dibersihkan memakai kasa dan nacl 0,9%. Pada pukul 19.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction.

Pada pukul 22.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pada pukul 00.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pada pukul 04.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction dengan frekuensi nafas 26x/menit.

Pada pukul 09.00 WIB mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil ronchi di kedua lapang paru. Pukul 09.05 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pukul 13.00 melakukan penghisapan lendir dengan hasil slime keluar sekitar 4cc. Pada pukul 13.05 memonitor jumlah dengan hasil sputum jumlah 4cc, warna kuning pucat. Pada pukul 13.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif : -
Data obyektif : suara nafas ronchi di kedua lapang paru, RR: 26x/menit, terpasang *tracheostomy* dengan *tube* 5lpm.
Analisa : masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai
Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Selasa, 12 Februari 2020

Pada pukul 16.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pada pukul 17.00 WIB perawat ruangan melakukan perawatan *tracheostomy*, dengan hasil slime putih, dibersihkan memakai kasa dan nacl 0,9%. Pada pukul 19.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction.

Pada pukul 22.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pada pukul 00.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pada pukul 04.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction dengan frekuensi nafas 24x/menit.

Pada pukul 09.00 WIB mengauskultasi bunyi nafas dengan hasil ronchi di kedua lapang paru. Pukul 09.05 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction. Pukul 13.00 melakukan penghisapan lendir dengan hasil slime keluar sekitar 4cc. Pada pukul 13.05 memonitor jumlah dengan hasil sputum jumlah 4cc, warna kuning pucat. Pada pukul 13.10 memberikan obat fartolin 2,5cc, budesma 0,25mg, dan NaCl 0,9% 2cc dengan hasil slime dikeluarkan setelah dua jam dengan suction.

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif : -
Data obyektif : suara nafas ronchi di kedua lapang paru, RR: 24x/menit, terpasang *tracheostomy* dengan *tube* 5lpm.
Analisa : masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai
Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

3. Resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan penurunan pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat.

Data subjektif: -

Data objektif: leukosit: 13,560/ul, suhu: 36,0°C, jalan nafas terdapat sumbatan yaitu sputum, suara napas terdengar ronchi di kedua lapang paru, hasil foto thorax: bercak bronkitis, CRT < 3 detik, resisten terhadap semua antibiotik.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan infeksi tidak meluas.

Kriteria hasil: leukosit dalam batas normal (4.000-10.500)/ul, suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C), jalan napas bersih, sputum tidak ada, suara napas vesikuler.

Rencana tindakan:

- a. Kaji suhu pasien/shift.
- b. Monitor hasil pemeriksaan leukosit/hari.
- c. Anjurkan pasien untuk batuk efektif.
- d. Anjurkan pasien untuk minum air hangat.
- e. Berikan pasien posisi semi fowler.
- f. Auskultasi bunyi napas tambahan (ronkhi, wheezing/mengi).
- g. Berikan terapi obat Paracetamol 1gr k/p, Esozid 40mg/hr.

Pelaksanaan keperawatan Selasa, 11 Februari 2020:

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil: Suhu: 36,4°C. Pukul 17.30 WIB perawat ruangan mengauskultasi suara napas, dengan hasil: suara napas terdengar ronkhi di kedua lapang paru.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil: pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah. Pukul 04.20 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil: Suhu: 36,2°C.

Pukul 07.00 WIB perawat ruangan memberikan obat Esozid 40mg (IV) dengan hasil tetesan infus berjalan lancar. Pukul 07.30 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil: suhu: 36,5°C. Pukul 09.00 WIB memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil: pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah. Pukul 10.00 WIB mengauskultasi suara napas, dengan hasil: suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. Pukul 11.00 WIB memonitor hasil Leukosit dengan hasil: 12.750/ul.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subyektif : pasien mengatakan nyaman setelah posisinya diubah menjadi posisi setengah duduk.

Obyektif : pasien tampak nyaman setelah posisi diubah, suara napas pasien masih terdengar ronkhi di kedua lapang paru. hasil leukosit dengan hasil : 12.750/ul, Suhu : 36,5°C.

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan Rabu, 12 Februari 2020:

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil: suhu: 36,8°C. Pukul 17.30 WIB perawat ruangan mengauskultasi suara napas, dengan hasil: suara napas terdengar ronkhi di kedua lapang paru.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil: pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah. Pukul 04.20 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil: suhu: 36,5°C.

Pukul 07.00 WIB perawat ruangan memberikan obat Esozid 40mg (IV) dengan hasil tetesan infus berjalan lancar. Pukul 07.30 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil: suhu: 36,2°C. Pukul 09.00 WIB memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil: pasien

mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah. Pukul 10.00 WIB mengauskultasi suara napas, dengan hasil: suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. Pukul 11.00 WIB memonitor hasil Leukosit dengan hasil: 13.050/ul.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subyektif : pasien mengatakan nyaman setelah posisinya diubah menjadi posisi setengah duduk.

Obyektif : pasien tampak nyaman setelah posisi diubah, suara napas pasien masih terdengar ronkhi di kedua lapang paru. hasil leukosit dengan hasil: 13.050/ul, suhu: 36,2°C.

Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : lanjutkan semua intervensi

4. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan/ketahanan.

Data subjektif: penjaga pasien mengatakan pasien lemah dibagikan ekstremitas kanan, istri pasien mengatakan lebih kuat menggerakkan jika sedang tidak bagus moodnya (marah).

Data objektif: ekstremitas kanan pasien lemah, paraplegia spastik, kekuatan otot, keadaan tonus otot hipertoni.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan posisi fungsional optimal yang ditunjukkan oleh tidak terdapatnya kontraktur.

Kriteria hasil: tidak ada kontraktur, peningkatan kekuatan otot.

Rencana tindakan:

- a. Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal.
- b. Ubah posisi minimal setiap 2 jam.
- c. Lakukan ROM aktif dan pasif pada ekstremitas.
- d. Gunakan penyangga lengan ketika pasien berada dalam posisi tegak.
- e. Tinggikan tangan dan kepala.
- f. Posisikan lutut dan panggul dalam posisi eksternal.

- g. Pertahankan kaki dalam posisi netral dengan gulungan/bantal.
- h. Infeksi kulit terkena pada daerah-daerah yang menempel secara teratur.

Pelaksanaan Keperawatan Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 15.30 WIB perawat ruangan membantu pasien meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil kepala pasien ditinggikan 30°. Pada pukul 19.00 WIB melakukan mika-miki dengan hasil pasien diposisikan miring ke arah kanan.

Pada pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 3333, kiri 5555.

Pada pukul 08.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 3333, kiri 5555. Pada pukul 10.00 WIB menganjurkan pasien melakukan latihan melebarkan jari-jari dan kaki dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kanannya. Pada Pukul 12.00 melakukan mika-miki dengan hasil pasien diposisikan miring ke arah kiri. Pukul 14.00 WIB menganjurkan pasien kembali melakukan latihan dengan hasil pasien dapat mengangkat tangan kanannya perlahan namun tidak lama.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

- Data subjektif : -
- Data obyektif : pasien masih tampak terlihat lemas, pasien tampak berusaha mengangkat dan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanannya.
- Analisa : masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai
- Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 15.30 WIB perawat ruangan membantu pasien meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil kepala pasien ditinggikan 30°. Pada pukul

19.00 WIB melakukan mika-miki dengan hasil pasien diposisikan miring ke arah kanan.

Pada pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 3333, kiri 5555.

Pada pukul 08.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 3333, kiri 5555. Pada pukul 10.00 WIB menganjurkan pasien melakukan latihan melebarkan jari-jari dan kaki dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kanannya. Pada Pukul 12.00 melakukan mika-miki dengan hasil pasien diposisikan miring ke arah kiri. Pukul 14.00 WIB menganjurkan pasien kembali melakukan latihan dengan hasil pasien dapat mengangkat tangan kanannya perlahan namun tidak lama.

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif : -
Data obyektif : pasien masih tampak terlihat lemas, pasien tampak berusaha mengangkat dan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanannya.
Analisa : masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai.
Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

5. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral.

Data subjektif: penjaga pasien mengatakan pasien bangun dan mau ngobrol, penjaga pasien mengatakan suara seperti robot.

Data objektif: pasien tampak ingin bicara namun tidak dapat mengungkapkan, afasia motorik.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, diharapkan pasien dapat mengekspresikan kebutuhannya.

Kriteria hasil: pasien dapat mengekspresikan kebutuhannya, pasien dapat menggunakan metode (menulis) untuk mengekspresikan kebutuhannya.

Rencana tindakan:

- a. Kaji tipe/derajat disfungsi (bedakan afasia dengan disatria).
- b. Minta pasien untuk mengikuti perintah sederhana.
- c. Tunjukkan subyek dan minta pasien untuk menyebutkan.
- d. Minta pasien mengucapkan suara sederhana.
- e. Berikan metode komunikasi alternatif.
- f. Katakan pada pasien bicara perlahan dan dengan tenang.
- g. Bicara dengan nada normal dan hindari percakapan yang cepat.
- h. Anjurkan pengunjung terdekat mempertahankan usaha untuk berkomunikasi.
- i. Hindari “pembicaraan yang merendahkan”.

Pelaksanaan keperawatan Selasa, 11 Februari 2020:

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan menganjurkan pengunjung terdekat mempertahankan usaha untuk berkomunikasi dengan hasil keluarga mengerti dan tetap berkomunikasi dengan pasien. Pukul 04.20 WIB perawat ruangan mengkaji tipe/derajat disfungsi dengan hasil afasia.

Pukul 07.00 WIB perawat ruangan katakan pada pasien bicara perlahan dan dengan tenang dengan hasil pasien mengerti dengan perintah perawat. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien bicara dengan nada normal dan hindari percakapan yang cepat dengan hasil pasien memberikan kode untuk mengganti diapersnya karena BAB.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subyektif : pasien mengatakan ingin mengganti diapersnya.

Obyektif : pasien tampak menggunakan komunikasi alternatif yang lain, pengunjung tampak tetap berkomunikasi dengan pasien, disfungsi komunikasi: afasia.
Analisa : masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.
Planning : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan Rabu, 12 Februari 2020:

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan menganjurkan pengunjung terdekat mempertahankan usaha untuk berkomunikasi dengan hasil keluarga mengerti dan tetap berkomunikasi dengan pasien. Pukul 04.20 WIB perawat ruangan mengkaji tipe/derajat disfungsi dengan hasil afasia.

Pukul 07.00 WIB perawat ruangan katakan pada pasien bicara perlahan dan dengan tenang dengan hasil pasien mengerti dengan perintah perawat. Pukul 11.30 WIB menganjurkan pasien bicara dengan nada normal dan hindari percakapan yang cepat dengan hasil pasien memberikan kode untuk mengganti diapersnya karena BAB.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Subyektif : pasien mengatakan ingin mengganti diapersnya.
Obyektif : pasien tampak menggunakan komunikasi alternatif yang lain, pengunjung tampak tetap berkomunikasi dengan pasien, disfungsi komunikasi: afasia.
Analisa : masalah teratasi dan tujuan tercapai.
Perencanaan : hentikan intervensi.

6. Kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan/ketahanan.

Data subjektif: penjaga pasien mengatakan pasien lemah dibagian ekstremitas kanan.

Data objektif: pasien terpasang kateter, pasien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri, pasien tidak mampu menyelesaikan tugas toileting, pasien tidak mampu memakai/menggunakan pakaian.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, diharapkan pasien dapat melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri.

Kriteria hasil: dapat mengekspresikan keinginan toileting, dapat mengekspresikan keinginan membersihkan diri.

Rencana tindakan:

- a. Kaji kemampuan dan tingkat kemurungan (dengan menggunakan skala 0-4).
- b. Berikan bantuan sesuai kebutuhan.
- c. Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dapat dilakukan.
- d. Kaji kemampuan pasien untuk berkomunikasi tentang kebutuhannya.

Pelaksanaan Keperawatan Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 17.00 WIB perawat ruangan memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan dengan hasil pasien tampak mengerti.

Pada Pukul 20.00 perawat ruangan memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan dengan hasil pasien tampak mengerti dan akan berusaha melakukan apa yang diperintahkan perawat.

Pada pukul 09.00 WIB membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan dengan hasil pasien tampak lebih nyaman dan bersih setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak wangi.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif	: Pasien mengatakan lebih nyaman dan merasa lebih segar.
Data obyektif	: pasien tampak tenang, pasien tampak lebih nyaman dan segar setelah dimandikan, pasien tampak wangi, pasien tampak dibantu oleh perawat dan keluarga dalam hal personal hygiene dan berpakaian.
Analisa	: masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai
Perencanaan	: lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 17.00 WIB perawat ruangan memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kemampuan dengan hasil pasien tampak mengerti.

Pada Pukul 20.00 perawat ruangan memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan dengan hasil pasien tampak mengerti dan akan berusaha melakukan apa yang diperintahkan perawat.

Pada pukul 09.00 WIB membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan dengan hasil pasien tampak lebih nyaman dan bersih setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak wangi.

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif	: pasien mengatakan lebih nyaman dan merasa lebih segar.
Data obyektif	: pasien tampak tenang, pasien tampak lebih nyaman dan segar setelah dimandikan, pasien tampak wangi, pasien tampak dibantu oleh perawat dan keluarga dalam hal personal hygiene dan berpakaian.
Analisa	: masalah teratasi dan tujuan tercapai.
Perencanaan	: hentikan intervensi.

7. Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kemampuan menelan.

Data subjektif: istri pasien mengatakan pasien makan 7 sendok bubur sumsum, istri pasien mengatakan pasien menelan dan tidak tersedak dengan pelan-pelan.

Data objektif: pasien terpasang *tracheostomy*, NGT, nafsu makan positif, kesulitan menelan positif, IMT = 21,25.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tidak terjadi aspirasi pada pasien.

Kriteria hasil: Pasien mampu menelan tanpa terjadi aspirasi, jalan nafas paten dan suara nafas bersih.

Rencana tindakan:

- a. Monitor tingkat kesadaran, reflek batuk, dan reflek menelan.
- b. Lakukan suction jika diperlukan.
- c. Cek nasogastrik sebelum makan.
- d. Hindari makan jika residu masih banyak.
- e. Potong makanan kecil.
- f. Haluskan obat sebelum pemberian.
- g. Naikkan kepala 30-45° setelah makan.

Pelaksanaan Keperawatan Selasa, 11 Februari 2020

Pada pukul 16.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc.

Pada pukul 22.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc. Pada pukul 00.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc. Pada pukul 04.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien

semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc.

Pada pukul 09.15 WIB mengecek posisi selang NGT pasien dengan hasil terdengar suara blup di lambung. Pukul 09.20 memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc. Pada pukul 13.20 memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif : -
Data obyektif : tidak ada muntah saat diberikan diabetasol 600mg, saat fisioterapi pasien tampak memakan agar-agar 7 sendok.
Analisa : masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai
Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, 12 Februari 2020

Pada pukul 16.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc.

Pada pukul 22.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc. Pada pukul 00.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc. Pada pukul 04.20 perawat ruangan memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc

Pada pukul 09.15 WIB mengecek posisi selang NGT pasien dengan hasil terdengar suara blup di lambung. Pukul 09.20 memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc. Pada pukul 13.20 memberikan diabetasol 600mg dengan hasil posisi pasien semi fowler, pasien tidak memuntahkan, selang dibilas dengan air mineral 50cc.

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 14.00 WIB

Data subjektif : -

Data obyektif : tidak ada muntah saat diberikan diabetasol 600mg, saat fisioterapi pasien tampak memakan agar-agar 7 sendok.

Analisa : masalah teratasi dan tujuan tercapai.

Perencanaan : hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Ramadany, dkk (2013) dalam penelitiannya kondisi Diabetes Melitus merupakan faktor resiko stroke iskemik, hal tersebut dapat terjadi karena diabetes akan meningkatkan resiko untuk terjadinya hipertensi. Kondisi ini sudah tidak terjadi lagi pada pasien saat pengkajian karena sudah diberikan obat sesuai dengan gejala tersebut, namun pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus maupun hipertensi sejak 2014. Dibuktikan dengan kadar gula darah pasien yang normal dan tekanan darah yang normal, didukung dengan data terapi hipertensi seperti januvia 1 x 100 mg per-oral, VIB altumin 3 x 100 gr per-oral, dan beta one 1 x 2,5 mg per-oral sesuai program medis.

Menurut Doenges, *et al* (2012), pasien dengan stroke non hemoragik dapat mengalami penurunan lapang pandang dan vertigo. Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan peredaran darah otak bagian anterior maupun posterior yang mengatur fungsi lapang pandang.

Hasil MRI : Multiple end zone ischemic infractions tersebar pada medula oblongata sisi kiri, cerebellar kiri 8-10 foci. Pada corone radiate fronpasietale lobes kiri-kanan, 5-6 foci adalah cronic endzone ischemic lestone ringan yang mempunyai peranan penting dalam mengendalikan gerakan ekstremitas atas. Hal ini dibuktikan saat pengkajian pasien tidak terjadi penurunan lapang pandang dan vertigo sehingga pasien tidak mengalami penurunan fungsi penglihatan.

Menurut Doenges, *et al* (2012), tanda dan gejala perasaan tidak berdaya dan merasa putus asa, kondisi ini bisa dirasakan pada pasien dengan penyakit stroke non-hemoragik dengan gejala labilitas emosional, respons berlebihan atau kemarahan, kesedihan, dan kesulitan mengekspresikan diri sendiri. Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan pasien tidak mengalami gejala labilitas emosional karena pasien mendapatkan *support system* dari keluarganya

terutama dukungan dari istri dan individu mampu memahami apa yang sedang dirinya rasakan dan dapat mengekspresikannya secara tepat. Hal ini dibuktikan saat pengkajian keluarga hanya mengatakan menerima dan hanya bisa berusaha memberikan yang terbaik semampunya, selain itu istri pasien tidak selalu memberikan motivasi dan mendampingi pasien.

Menurut Doenges, *et al* (2012), pada pengkajian pola eliminasi BAK, pada pasien stroke pasien akan mengalami perubahan pola berkemih, penurunan suara bising usus, dan adanya distensi kandung kemih. Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan pasien tidak mengalami kelemahan tonus perut akibat adanya gangguan mobilisasi. Hal ini dibuktikan saat pengkajian bising usus pasien terdengar 6x/menit dan pola berkemih yaitu 5x /hari, terpasang kateter dan warna tidak keruh.

Menurut Doenges, *et al* (2012), pasien dengan stroke akan mengalami kehilangan sensori karena terdapat penyumbatan di jalur sensori dari lobus parietal yang disuplai oleh arteri serebral anterior. Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan pasien tidak mengalami penyumbatan atau kerusakan pada salah satu saraf di lobus parietal yang dimana salah satunya berfungsi sebagai sensasi raba. Hal ini dibuktikan saat pengkajian perawat melakukan test perabaan dengan menyentuh area tangan pasien dengan pulpen pasien dapat merasakan sensasi.

Menurut Doenges, *et al* (2012), pasien dengan stroke akan mengalami ketidakmampuan mengenali objek, warna, kata-kata, wajah yang familier. Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan pasien tidak mengalami kerusakan pada lobus oksipital (belakang) yang berfungsi sebagai mengendalikan fungsi penglihatan. Hal ini dibuktikan saat pengkajian pasien dapat mengenali objek, warna, kata-kata, dan wajah istri serta anaknya dibuktikan saat perawat melakukan pengkajian pasien dapat mengenali objek yang ada disekitar pasien.

Menurut Tarwoto (2013), pada pasien dengan stroke iskemik leukositnya tidak akan meningkat. Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan leukosit pasien yang tinggi bisa mengakibatkan infeksi sistemik, lalu bisa terjadi atelektasis, dimana paru-paru kolaps gagal untuk kembang kempis, dan bisa mengakibatkan peredaran darah yang akan diedarkan ke jantung berkurang, pasokan oksigen untuk ke pembuluh darah yang diedarkan melalui aorta ke seluruh tubuh terutama menuju otak juga berkurang, maka dari itu terjadilah infark dan iskemik. Hal ini dibuktikan saat pengkajian saat dilihat hasil laboratorium (leukosit) pasien tampak mengalami kenaikan dengan hasil: Foto Thorax Ap, kesan: Corakan Bronkitis.

Menurut Doenges, *et al* (2012), pasien dengan stroke iskemik mengalami masalah dalam berbicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi, dan perilaku tidak tepat. Kerusakan pada lobus frontal mengakibatkan fungsi yang mengatur motorik dan bahasa mengalami gangguan sehingga pasien akan mengalami ketidakmampuan dalam berbicara, berkomunikasi, dan sulit mengungkapkan pikiran. Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan pasien tidak mengalami kerusakan pada lobus frontal. Hal ini dibuktikan dengan pasien mampu berkomunikasi secara baik walaupun keadaan mulut mencong ke arah kiri tetapi pasien masih bisa kooperatif saat perawat melakukan pengkajian.

Menurut Tarwoto (2013), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami komplikasi berupa edema. Adanya penyumbatan di pembuluh darah otak mengakibatkan otak tidak mendapatkan darah yang mengandung oksigen, Kondisi ini tidak terjadi pada kasus dikarenakan saat dilakukan pitting edema hasil negatif, keadaan area yang dilakukan pemeriksaan kembali lagi dan tidak ada kesan adanya edema pada otak. Hal ini dibuktikan saat dilakukan MRI, kesan: multiple end zone ischemic infarctions tersebar pada medula oblongata sisi kiri, cerebellar kiri 8-10foci. Pada corone radiate fronsipietale lobes kiri-kanan, 5-6 foci adalah cronic endzone ischemic lesions ringan.

Pengkajian keperawatan sangat didukung oleh sifat kooperatif dari pasien dan keluarga yang sangat terbuka terkait penyakitnya, data rekam medis dan perawat ruangan juga sangat membantu penulis dalam mengumpulkan data, sehingga penulis dapat memperoleh data untuk melakukan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat dalam pengkajian keperawatan yaitu, rekam medis yang tidak mencantumkan MRT kepala terbaru, sehingga penulis menggunakan hasil MRT kepala 4 bulan yang lalu, namun informasi yang diberikan keluarga sesuai dengan kondisi yang sedang dialami oleh pasien, sehingga perawat tidak terlalu mengalami banyak hambatan dalam melakukan pengkajian kepada pasien.

B. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada Doenges, *et al* (2012), tetapi tidak ada pada kasus antara lain:

- 1. Gangguan persepsi sensori** berhubungan dengan perubahan penerimaan, transmisi, integrasi sensori seperti trauma atau defisit neurologis, stres psikologis. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan lobus pariental yang berfungsi sebagai proses input sensori, namun kondisi ini tidak terjadi pada kasus yang diambil oleh penulis. Hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami perubahan pada persepsi sensori seperti trauma atau defisit neurologis (penurunan lapang pandang dan gangguan penglihatan), stres psikologis. Hal ini dibuktikan dengan data pasien dapat melihat jelas dan tidak mengalami gangguan penglihatan.
- 2. Gangguan harga diri** berhubungan dengan perubahan biofisik psikososial, perseptual kognitif. Kondisi ini terjadi akibat adanya perasaan negatif tentang tubuh maupun perasaan putus asa, namun kondisi ini tidak terjadi pada kasus yang diambil oleh penulis. Hal ini dikarenakan pasien tidak memiliki perasaan negatif tentang tubuh maupun perasaan putus asa/tak berdaya. Hal ini dapat dibuktikan dengan data keluarga pasien mengatakan dia dan suaminya sudah menerima keadaan suaminya dan berusaha melakukan apapun semampunya saja.

3. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular: penurunan refleks muntah, paralisis wajah, gangguan perseptual, keterlibatan saraf kranial. Kondisi ini terjadi akibat lemahnya saraf vagus yang berfungsi untuk fonasi/berbicara dan menelan, namun kondisi ini tidak terjadi pada kasus yang diambil oleh penulis. Hal ini dikarenakan pasien sedang dalam tahap terapi menelan namun diagnosa ini digantikan dengan diagnosa tambahan resiko aspirasi untuk mengantisipasi. Hal ini dibuktikan data saat pengkajian pasien mendapat terapi menelan dan sudah dapat menelan 7 sendok agar-agar saat terapi dilakukan oleh terapis, pasien masih menggunakan NGT.

4. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar, mengenal kondisi dan pengetahuan) berhubungan dengan kurang pemaparan, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi (informasi kurang mendukung), tidak mengenal sumber-sumber informasi. Kondisi ini terjadi jika pasien atau keluarga meminta informasi, pernyataan kesalahan informasi, ketidakakuratan mengikuti instruksi, terjadinya komplikasi yang dapat dicegah, namun kondisi ini tidak terjadi pada kasus yang diambil oleh penulis. Hal ini dikarenakan keluarga pasien tidak memberikan pernyataan yang salah mengenai stroke. Hal ini dibuktikan data saat pengkajian keluarga pasien mengatakan tau penyebab, tahu bahwa suaminya punya riwayat penyakit gula sejak 4 tahun yang lalu dan tekanan darah tinggi.

Diagnosa keperawatan yang tidak ada pada Doenges, *et al* (2012), tetapi ada pada kasus antara lain:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Kondisi ini terjadi pada kasus karena adanya penurunan reflek batuk, reflek menelan sehingga terjadi penumpukan sputum di saluran pernafasan. Pernyataan ini dapat dibuktikan dengan data pada saat pengkajian yaitu suara nafas ronchi di kedua paru bagian atas, RR: 28x/menit, pasien terpasang *tracheostomy* dengan tube 6 lpm yang menyebabkan produksi sputum berwarna putih menumpuk karena hal

tersebut merupakan respon tubuh yang terhadap benda asing, serta kondisi klinis terkait: stroke.

2. **Resiko penyebaran infeksi** berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat. Kondisi ini terjadi pada kasus karena adanya peradangan pada suatu organ tertentu di dalam tubuh akibat dari berbagai hal. Pernyataan ini dapat dibuktikan dengan data pada saat pengkajian yaitu sputum positif warna putih, jalan nafas terdapat sumbatan yaitu sputum, suara napas terdengar ronkhi di kedua paru bagian atas, RR: 28x/menit, terpasang *tracheostomy* dengan tube 6 lpm, hasil Foto Thorax Ap, kesan: bercak bronchitis, leukosit 13,560/ul, suhu 36,0°C, pasien juga mengalami resisten dengan berbagai antibiotik.
3. **Resiko aspirasi** berhubungan dengan penurunan kemampuan menelan. Kondisi ini terjadi pada kasus untuk mencegah aspirasi akibat kondisi reflek menelan pasien yang masih dalam proses penyembuhan/terapi. Pernyataan ini dapat dibuktikan dengan data pasien sudah dapat menelan 7 sendok agar-agar, namun masih menggunakan NGT untuk minum obat dan diitnya.

Tidak ditemukan faktor penghambat dalam penyusunan diagnosa keperawatan, penegakkan diagnosa keperawatan didukung dengan sumber pustaka sebagai pedoman dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan ditegakkan sesuai dengan kondisi pasien dan didukung referensi yang diperoleh penulis.

C. Perencanaan keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas yang ditetapkan oleh penulis yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah berdasarkan hasil data penunjang dari MRT, kesan: *ischemic infarctions* tersebar pada rudula ablongata sisi kiri, *cerebelly* kiri 8-10 foci sehingga penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini sebagai prioritas utama pada kasus.

Sumbatan di dalam pembuluh darah akan mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang dan otak dapat kehilangan asupan oksigen serta 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 (3x24 jam).

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah.
 - a. Catat perubahan dalam penglihatan tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak ditemukan kebutaan atau gangguan lapang pandang.
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.
 - a. Letakkan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat menoleransikannya tidak direncanakan oleh penulis karena pasien terpasang *tracheostomy* dan tidak memungkinkan untuk posisi telungkup.
 - b. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif, dan ambulansi pasien tidak direncanakan oleh penulis karena pasien sudah mendapat jadwal fisioterapi.
 - c. Bantulah dengan stimulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi tidak direncanakan oleh penulis karena biaya yang harus dikeluarkan akan lebih banyak lagi jika menggunakan alat tambahan seperti TENS.
 - d. Berikan obat relaksasi otot, antispasmodik untuk menghilangkan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak mendapatkan obat untuk relaksasi otot.

3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kerusakan Status Mobilitas
 - a. Sadari perilaku atau aktivitas impulsive karena gangguan dalam mengambil keputusan tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami gangguan dalam pengambilan keputusan pada setiap tindakan yang dilakukan perawat.
 - b. Pertahankan dukungan, sikap yang tegas. Beri pasien waktu yang cukup untuk mengerjakan tugasnya tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarganya.
 - c. Berikan obat supositoria dan pelunak feses, tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien tidak mengalami konstipasi.
 - d. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi atau ahli terapi okupasi tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien sudah mendapat terapi dari terapisnya.

Referensi/sumber yang ada menjadi faktor pendukung dalam menyusun intervensi, referensi mempermudah penulis untuk menyusun intervensi sehingga dapat dilakukan dengan baik.

D. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan keperawatan pada pasien Tn. T dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik dikarenakan pasien dan keluarga sangat kooperatif dan membantu penulis untuk melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan yang dibuat, hal ini dikarenakan kondisi kesehatan pasien yang mengalami perkembangan.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis selama proses implementasi keperawatan adalah adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat melaksanakan rencana yang disusun selama 24 jam dikarenakan penulis bekerja secara shift sehingga untuk shift lainnya penulis melihat catatan keperawatan dan pelaksanaan tidak dapat dilakukan seluruhnya dengan

maksimal. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor penghambat adalah monitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan sesuai dengan intervensi yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

E. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan Tn. T 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. **Perubahan perfusi jaringan serebral** berhubungan dengan interupsi aliran darah.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran dan motorik/sensorik. Selama pasien dirawat 3 hari **masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai**, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Faktor penghambat belum tercapainya tujuan yaitu kondisi pasien tidak bisa langsung pulih seperti semula dikarenakan sel otak berbeda dengan sel organ lain dan kondisi strokenya.

2. **Bersihan jalan nafas tidak efektif** berhubungan dengan sekresi yang tertahan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan jalan nafas pasien kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari **masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai**, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Faktor penghambat belum tercapainya tujuan yaitu kondisi pasien yang masih menggunakan *tracheostomy*, sehingga tubuh masih akan tetap memberikan respon pada benda asing seperti pada evaluasi hari terakhir penulis.

3. **Kerusakan mobilitas fisik** berhubungan dengan penurunan kekuatan/ketahanan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan posisi fungsional optimal yang ditunjukkan oleh tidak terdapatnya kontraktur. Selama pasien dirawat 3 hari **masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai**, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Faktor penghambat belum tercapainya tujuan yaitu kondisi stroke yang butuh waktu yang cukup lama untuk pulih seperti semula, dengan bantuan fisioterapi oleh ahli maupun, latihan-latihan gerak yang lainnya.

4. **Risiko penyebaran infeksi** berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan infeksi tidak meluas. Selama pasien dirawat 3 hari **masalah teratasi sebagian dan tujuan belum tercapai**, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Faktor penghambat belum tercapainya tujuan yaitu kondisi pertahanan tubuh pasien yang tidak adekuat dibuktikan dengan nilai leukosit diatas batas normal, serta mengalami resisten terhadap berbagai antibiotik sehingga pertahanan tubuh hanya didapat dari tubuhnya sendiri.

5. **Kerusakan komunikasi verbal** berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, diharapkan pasien dapat mengekspresikan kebutuhannya. Selama pasien dirawat 3 hari **masalah teratasi dan tujuan tercapai**, intervensi dihentikan.

Faktor pendukung tercapainya tujuan adalah istri pasien yang tidak pernah berhenti mengajak pasien mengobrol dan juga memberikan motivasi kepada pasien dengan sedikit memberi humor di sela-sela obrolannya, pasien juga mempunyai sikap semangat yang tinggi untuk memakai alat komunikasi alternatif yaitu dengan cara menulis, dan istri pasien juga memberikan pertanyaan dengan jawaban “ya” atau “tidak” sehingga pasien dapat mengutarakan pendapatnya.

6. **Kurang perawatan diri** berhubungan dengan penurunan kekuatan/ketahanan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam, diharapkan pasien dapat melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri. Selama pasien dirawat 3 hari **masalah teratasi dan tujuan tercapai**, intervensi dihentikan.

Faktor pendukung tercapainya tujuan adalah terjadinya kelemahan pada pasien karna iskemik yang dialami, dan seperti yang diketahui sel otak berbeda dengan sel organ lain, kondisi strokenya.

7. **Resiko aspirasi** berhubungan dengan penurunan kemampuan menelan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tidak terjadi aspirasi pada pasien. Selama pasien dirawat 3 hari **masalah teratasi dan tujuan tercapai**, intervensi dihentikan.

Faktor pendukung tercapainya tujuan adalah pasien mempunyai semangat tinggi untuk sembuh, sehingga selalu kooperatif saat di berikan fisioterapi oleh terapisnya, dan juga masih di antisipasi dengan pemberian obat dan diit yang didapat melalui NGT.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien stroke non-hemoragik disebabkan oleh adanya penyumbatan di pembuluh darah otak, penyumbatan tersebut diperoleh dari emboli dan trombus yang mengalir bahkan menempel di sekitar pembuluh darah otak, kondisi seperti ini dapat mengurangi aliran darah ke otak sehingga menyebabkan suatu iskemia pada jaringan otak dan bahkan dapat mencapai kematian jaringan otak (infark). Data yang dapat ditemukan pada pasien stroke non-hemoragik saat pengkajian adalah terjadinya kelemahan pada ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah bagian kanan akibat melemahnya fungsi neurologis karena adanya sumbatan atau iskemia di jaringan otak bagian kiri yang didukung oleh gaya hidup pasien yang tidak sehat, seperti mengonsumsi makanan yang berlemak; daging berlebihan.

Penulis menetapkan diagnosa prioritas pada penyakit stroke yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dikarenakan pasien mengalami penyumbatan pada pembuluh darah, terganggunya aliran darah menuju otak menyebabkan aliran darah ke otak berkurang sehingga akhirnya otak tidak akan mendapatkan oksigen serta nutrisi dan sel-sel pada area otak akan mati.

Rencana prioritas yang perlu diperhatikan pada pasien stroke non-hemoragik adalah; pantau dan dokumentasikan status neurologis secara sering dan bandingkan dengan keadaan normal, pantau tanda-tanda vital, dan atur posisi kepala pasien 30° supaya aliran darah ke otak meningkat, selain itu dapat mencegah terjadinya aspirasi ketika ada peningkatan TIK seperti mual dan muntah proyektil.

Saat pelaksanaan perlu keterampilan dalam mengobservasi tanda-tanda peningkatan TIK pada pasien karena kesalahan dalam mengobservasi akan membuat gangguan pada jaringan otak yang tidak terobservasi dengan cepat,

karena kemampuan bertahan yang utama pada jaringan otak bergantung pada lama kerusakannya

Evaluasi keperawatan dilakukan pada akhir asuhan keperawatan yang didapat dari perbandingan antara kriteria hasil perencanaan dan hasil dari implementasi (tindakan) keperawatan. Pada kasus stroke non hemoragik perlu ditekankan pada evaluasi bahwa sirkulasi serebral harus tetap adekuat dengan ciri-ciri seperti tidak terjadi penurunan kesadaran, tidak terjadi peningkatan TIK seperti sakit kepala yang berlebihan dan muntah proyektil.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang ditulis oleh penulis, ada beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Penulis

Penulis dapat meningkatkan kemampuan praktik dalam mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat tercapainya asuhan keperawatan yang baik untuk pasien dengan stroke non hemoragik dari mulai pengkajian pemeriksaan fisik, penentuan diagnosa berdasarkan sumber/referensi yang terbaru serta melakukan tindakan mandiri keperawatan dengan benar. Sikap peduli yang tinggi juga perlu agar mudah dalam membina hubungan saling percaya dengan pasien sehingga mendapatkan pengkajian yang mendalam.

2. Bagi perawat pelaksana

Perawat diharapkan dapat mengkaji secara fokus pada pasien dengan stroke non hemoragik. Perawat pelaksana dapat bekerja sama dengan semua tenaga kesehatan yang ada di RS dalam memberikan hasil asuhan yang maksimal kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (ANA). (2020, Mei 28). Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update. Retrieved from American Heart Association "Professional Heart Daily":
https://professional.heart.org/professional/ScienceNews/UCM_503383_Heart-Disease-and-Stroke-Statistics---2019-Update.jsp
- Anugroho, D. (2014). *45 Penyakit dan Gangguan Saraf Deteksi Dini & Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Saraf*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Ariani, T. A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika.
- Aulya Farra Ramadany, L. A. (2013). Hubungan Diabetes Melitus dengan kejadian Stroke Iskemik di RSUD DR. Moewardi Surakarta Tahun 2010. *Biomedika*, Vol 5(2), 14-15.
- Black, J.M. & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Buku 3*. Singapore: Elseiver.
- Dewanto, G., Wita, J. S., R, B., & T, Y. (2009). *PANDUAN PRAKTIS DIAGNOSIS & TATALAKSANA PENYAKIT SARAF*. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E. (2012). *RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN (Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan pasien)*. Jakarta: EGC.
- Junaidi, I. (2011). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: ANDI.
- Kemendes RI. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI - Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kozier, B. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik (pamilih Eko, dkk penerjemah)*. Jakarta: EGC.
- Munir, B. (2015). *NEUROLOGI DASAR*. Jakarta: Sagung Seto.
- Muttaqin, A. (2012). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Neorobehavior*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Parlagutan, M. T, dkk. (2019). *Studi Kasus Pemenuhan Kebutuhan Perfusi Jaringan Serebral Pasien Stroke Non Haemoragik di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan Tahun 2018*. Medan: 37-51.

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: CV Sagung Seto.

WHO. (2019). Retrieved from

<https://www.who.int/southeastasia/news/speeches/detail/world-stroke-day-2019>

LAMPIRAN

Patoflowdiagram Stroke Non Hemoragik (Oktavianus, 2014)

