



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L DENGAN  
STROKE ISKEMIK DI RUANG DAFFODIL  
R.S SWASTA KOTA BEKASI  
MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:**

**DIANA LESTARI**

**201801013**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**MITRA KELUARGA**

**BEKASI**

**2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. L DENGAN  
STROKE ISKEMIK DI RUANG DAFFODIL  
R.S SWASTA KOTA BEKASI  
MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:**

**DIANA LESTARI  
201801013**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**MITRA KELUARGA**

**BEKASI**

**2021**

## **LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Diana Lestari

NIM : 201801013

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi : DIII Keperawatan

Menyatakan dengan ini bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Stroke Iskemik di Ruang Daffodil R.S Swasta Kota Bekasi Masa Pandemi COVID-19” yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei sampai 05 Mei 2021 merupakan hasil karya diri sendiri dan untuk semua sumber yang saya kutip maupun yang dirujuk saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini saya buat tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

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

Bekasi, 17 Juni 2021

Yang membuat pernyataan,



(Diana Lestari/201801013)

## LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Stroke Iskemik di Ruang Daffodil R.S Swasta Kota Bekasi Masa Pandemi COVID-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,  
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti., S.Kep., M.Kep., Sp.KepMB

## LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Stroke Iskemik di Ruang Daffodil R.S Swasta Kota Bekasi Masa Pandemi COVID-19” yang disusun oleh Diana Lestari (201801013) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 23 Juni 2021

Bekasi, 23 Juni 2021

Penguji I



Ns. Devi Susanti., S.Kep., M.Kep., Sp.KepMB

Penguji II



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

**Nama Mahasiswa** : Diana Lestari  
**NIM** : 201801013  
**Program Studi** : DIII Keperawatan  
**Judul Karya Tulis** : Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Strok Iskemik  
di Ruang Daffodil R.S Swasta Kota Bekasi Masa Pandemi  
COVID-19  
**Halaman** : xiv + 82 halaman + 1 tabel + 1 lampiran  
**Pembimbing** : R. Yeni Mauliawati

## ABSTRAK

### Latar belakang:

Pola hidup masyarakat sekarang kebanyakan memiliki pola hidup yang kurang sehat diantaranya yaitu mengkonsumsi makanan cepat saji, mengandung banyak lemak, bervariasi rasa seperti manis, pedas dan asin. Dari makanan tersebut ditambah dengan aktivitas yang kurang akan menyebabkan kegemukan (obesitas). Ditunjang dengan data RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar) bahwa obesitas termasuk kedalam salah satu faktor pemicu terjadinya stroke (Riskesdas, 2018). Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non-vaskuler seperti perdarahan subarachnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019). Stroke dapat menyebabkan kerusakan otak yang berkepanjangan, kecacatan jangka Panjang atau bahkan kematian (CDC, 2021).

Menurut data (Riskesdas, 2018) di Jawa Barat angka kejadian stroke sebanyak 131.846 orang dan Data stroke di Rumah Sakit Swasta kota Bekasi terdapat sebanyak 26 orang yang mengalami stroke dalam satu tahun terakhir.

### Tujuan Umum:

Laporan kasus ditujukan untuk memperoleh gambaran nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

**Metode penulisan:** Penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data yang didapat.

### Hasil:

Hasil dari pengkajian didapatkan empat diagnose keperawatan yaitu Perubahan perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, konstipasi dan defisit perawatan diri. Intervensi pada diagnosa utama perubahan perfusi jaringan serebral diantaranya yaitu identifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), dan berikan posisi fowler. Semua tindakan dilakukan sesuai dengan rencana. Setelah dilakukan

implementasi didapatkan evaluasi dengan hasil bahwa masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai dengan data TD: 143/90 mmHg, nadi: 83x/menit, kesadaran Composmentis dengan nilai GCS E4M6V5.

**Kesimpulan dan Saran:**

Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan saat memberikan asuhan keperawatan diantaranya yaitu, tingkat kesadaran pasien, kebutuhan dasar pasien, tingkat keamanan dan perasaan yang dirasakan oleh pasien.

**Kata kunci:** Asuhan keperawatan, stroke iskemik, COVID-19

**Daftar Pustaka:** 22 (2012-2021)

**Name** : Diana Lestari  
**Student Number** : 201801013  
**Study Program** : DIII Keperawatan  
**Title** : Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Stroke Iskemik  
di Ruang Daffodil R.S Swasta Kota Bekasi Masa Pandemi  
COVID-19  
**Page** : xiv + 82 pages + 1 table + 1 attachment  
**Lecturer** : R. Yeni Mauliawati

## **ABSTRACT**

### **Background:**

Most people's lifestyle now has an unhealthy lifestyle, among them are consuming fast food, containing a lot of fat, have a variable taste like sweet, spicy and salty. From that food coupled with less activity will cause obesity. Supported by data from Riskesdas (Basic Health Research) it's explain that obesity is included as one of the triggering factors for stroke (Riskesdas, 2018). Stroke is a functional disorder of the brain that occurs suddenly with focal or global clinical signs lasting for more than 24 hours without signs of non-vascular causes such as subarachnoid hemorrhage, intracerebral hemorrhage, ischemia, or cerebral infarction (Mutiarasari, 2019). Stroke can cause prolonged brain damage, long-term disability, or even death (CDC, 2021).

According data (Riskesdas, 2018) in West Java the incidence of stroke is 131.846 people and stroke data at the Bekasi City Private Hospital are available as many as 26 people who had a stroke in the past year.

### **General Overview:**

The case report is intended to obtain a real picture in carrying out nursing care for patients with Ischemic Stroke through a comprehensive nursing process approach.

### **Methods:**

This case report using descriptive method that is with reveal the facts according to the data obtained

### **Result:**

Result from this the assessment obtained four nursing diagnoses, including changes in cerebral tissue perfusion, impaired physical mobility, constipation and self-care deficits. Interventions in the primary diagnosis of changes in cerebral tissue perfusion including, identify sign and symptoms of increased ICP (Intracranial Pressure), monitor vital signs (blood pressure and pulse), and provide Fowler's position. All actions are carried out according to plan. After the implementation, an evaluation was obtained with the result that the problem was partially resolved, the objectives had

not been achieved with the sata BP: 143/90 mmHg, pulse: 83x/minute, consciousness Composmentis with GCS value E4M6V5.

**Conclussions and Suggestions:**

There are several things that must be considered when providing nursing care for patients with ischemic stroke, including the level of patient awareness, basic patient needs, level of security and feelings felt by the patient.

**Keyword:** Nursing care, ischemic stroke, COVID-19

**Source:** 22 (2012-2021)

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, karena atas ridho dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan makalah tugas akhir dengan baik yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Stroke Iskemik di Ruang Daffodil R.S Swasta Kota Bekasi Masa Pandemi COVID-19” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Maksud dan tujuan dalam penulisan makalah ini yaitu memenuhi persyaratan untuk mengakhiri masa pendidikan selama berkuliah di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.

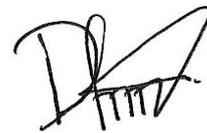
Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis mendapatkan banyak pengarahan, bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu R. Yeni Mauliawati, S.Kp., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penulisan makalah ilmiah ini yang telah sabar membimbing, mengarahkan, memberikan masukan dan meluangkan waktunya untuk penulis dalam menyusun makalah ilmiah ini
2. Dr. Susi Sri Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
4. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep., Ns. Anung Ahadi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom, Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Jiwa selaku dosen pembimbing akademik yang telah mengedukasi, memotivasi, memberikan yang terbaik untuk penulis dalam melaksanakan perkuliahan selama tiga tahun
5. Ibu Ns. Istiqomah selaku Clinical Mentor di ruang Daffodil yang telah membimbing dan mengarahkan penulis selama mengambil kasus di Rumah Sakit
6. Seluruh staff akademik dan non-akademik sekolah tinggi ilmu kesehatan mitra keluarga yang telah menyediakan sarana dan prasarana demi kelancaran penulis dalam membuat karya tulis ilmiah ini

7. Pasien Ny. L dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu dan berbagi pengalaman kepada penulis untuk memberikan asuhan keperawatan dihari kelima hingga pulang
8. Orangtua Ibunda Nengsih serta nenek dan keluarga penulis yang selalu mendoakan dan memberi dukungan berupa moral maupun material kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan makalah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dapat memperbaiki makalah ini. Semoga karya tulis ini bermanfaat bagi pembaca khususnya mahasiswa dan mahasiswi program studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan Mahasiswa/I kesehatan lainnya serta menjadi ladang pahala bagi penulis.

Bekasi, 30 April 2021



(Diana Lestari)

## DAFTAR ISI

### Contents

<b>COVER DALAM</b> .....	i
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	ii
<b>KARYA TULIS ILMIAH</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>ABSTRAK</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xi
<b>BAB I</b> .....	1
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Ruang Lingkup.....	3
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan.....	4
<b>BAB II</b> .....	5
<b>TINJAUAN TEORI</b> .....	5
A. Pengertian.....	5
B. Etiologi.....	5
C. Patofisiologi.....	6
D. Penatalaksanaan Medis.....	16
E. Pemeriksaan penunjang.....	17
F. Penanganan Stroke iskemik akut di masa pandemi COVID-19.....	18
G. Pengkajian Keperawatan.....	20
H. Diagnosa Keperawatan.....	25
I. Perencanaan Keperawatan.....	26
J. Pelaksanaan Keperawatan.....	34
K. Evaluasi Keperawatan.....	34
<b>BAB III</b> .....	35

<b>TINJAUAN KASUS</b> .....	35
A. Pengkajian Keperawatan.....	35
B. Diagnosa Keperawatan .....	50
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan .....	50
<b>BAB IV</b> .....	65
<b>PEMBAHASAN</b> .....	65
A. Pengkajian Keperawatan.....	65
B. Diagnosa Keperawatan .....	67
C. Perencanaan Keperawatan .....	69
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	72
E. Evaluasi Keperawatan.....	72
<b>BAB V</b> .....	75
<b>PENUTUP</b> .....	75
A. Kesimpulan .....	75
B. Saran .....	76
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	78
<b>Lampiran</b> .....	80-881

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1 Analisa Data.....</b>	<b>46-49</b>
------------------------------------	--------------

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: patoflowdiagram.....	80-82
----------------------------------	-------

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Pola hidup masyarakat sekarang kebanyakan memiliki pola hidup yang kurang sehat diantaranya yaitu mengkonsumsi makanan cepat saji, mengandung banyak lemak, bervariasi rasa seperti manis, pedas dan asin. Dari makanan tersebut ditambah dengan aktivitas yang kurang akan menyebabkan kegemukan (obesitas). Ditunjang dengan data RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar) bahwa obesitas termasuk kedalam salah satu faktor pemicu terjadinya stroke (Riskesdas, 2018). Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non-vaskuler seperti perdarahan subarachnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019). Stroke juga menjadi penyebab utama kedua kematian dan penyebab utama ketiga disabilitas, stroke merupakan kondisi dimana terjadinya kematian mendadak di beberapa sel otak dikarenakan kekurangan oksigen ketika aliran darah ke otak hilang (Johnson et al., 2016). Stroke dapat menyebabkan kerusakan otak yang berkepanjangan, kecacatan jangka Panjang atau bahkan kematian (CDC, 2021).

Dari data penelitian yang dilakukan oleh (Mutiarasari, 2019) bahwa faktor resiko yang paling penting adalah hipertensi, diabetes mellitus, obesitas dan penyakit jantung. Data tersebut cocok dengan apa yang ada dalam RISKESDAS dan selain itu kolesterol yang melebihi dari batas normal (*hiperkolesterol*) juga termasuk kedalam salah satu faktor resiko terjadinya stroke. Menurut data (WHO, 2020) stroke merupakan penyakit kedua yang menyebabkan kematian didunia setelah penyakit jantung. Di Indonesia sendiri yaitu mencapai 10,9 permil. Di tingkat provinsi tepatnya di Jawa Barat angka kejadian stroke sebanyak 131.846 orang (Riskesdas, 2018). Data stroke di Rumah Sakit Swasta kota Bekasi terdapat sebanyak 26 orang dalam satu tahun

terakhir. Dari data tersebut ditemukan bahwa kejadian stroke selalu ada dalam setiap harinya

Dalam hal itu peran perawat sangat penting dalam mengatasi pasien dengan stroke. Dijelaskan dari beberapa sumber jurnal ditemukan bahwa peran perawat dalam menangani pasien dengan stroke iskemik yaitu sebagai *care giver* yang mana *care giver* sendiri adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan yang berfokus pada pelayanan dari segi kebutuhan fisiologis maupun psikologis. Selain itu perawat juga berperan penting dalam rehabilitative pasien seperti memberikan motivasi, memfasilitasi perawatan diri dan kemandirian pasien, membantu pasien menyesuaikan dengan kondisinya. Selain rehabilitative perawat juga berperan dalam kuratifnya yaitu melakukan terapi trombolitik (rTPA), Rtpa sendiri adalah penatalaksanaan khusus untuk mengatasi stroke iskemik bertujuan mencegah kerusakan jaringan pada otak karena kurangnya pasokan oksigen (Ma et al., 2021). Menurut penelitian (Djawa et al., 2017) peran perawat sebagai *educator* sangat penting terhadap kecemasan yang dirasakan oleh keluarga pasien. Peran *educator* adalah peran yang dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan, penyakit dan juga tindakan yang diberikan, sehingga pasien dan keluarga mampu merubah perilakunya setelah dilakukan penyuluhan kesehatan. juga sangat penting terhadap kecemasan yang dirasakan oleh keluarga pasien (Aziz, 2013; dalam Djawa et al., 2017). Peran perawat sebagai konselor juga sangat penting untuk pasien, dikarenakan pada posisi itu perawat melakukan konseling keperawatan sebagai usaha untuk memecahkan masalah secara efektif. Dengan cara memberi dukungan, meyakinkan pasien, menolong pasien untuk mengidentifikasi masalah dan factor-faktor terkait, memandu pasien menggali permasalahan dan memilih memecahkan masalah yang dikerjakan (Jumariah & Mulyadi, 2017).

Berdasarkan penjelasan diatas maka peran perawat sangat penting untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien yang

mengalami stroke iskemik. Oleh itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny. L dengan diagnosa medis stroke iskemik.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis mampu memahami konsep penyakit dan dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik serta penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik
- b. Mahasiswa mampu menentukan diagnose keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik
- c. Mahasiswa mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien dengan stroke iskemik
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan dengan kasus stroke iskemik
- g. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah stroke iskemik

## **C. Ruang Lingkup**

Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Stroke Iskemik di Ruang D Rumah Sakit Swasta Kota Bekasi dari tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan 05 Mei 2021

#### **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan model deskriptif naratif yaitu dengan memberikan gambaran dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan beberapa cara seperti studi literature, studi kasus dan penulis juga menggunakan media dokumentasi yang didapatkan melalui medical record pasien.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Penulisan karya tulis ilmiah ini terbagi menjadi lima bab yang disusun secara sistematika, diantaranya yaitu: BAB I Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Teori berisi tentang pengertian penyakit, etiologic, patofisiologi, komplikasi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB III Tinjauan Kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keprawatan. BAB IV Pembahasan berisi tentang kesenjangan antara teori dan kasus kelolaan dengan pendekatan keperawatan. BAB V Penutup terdiri dari kesimpulan dan saran serta terdapat daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Pengertian**

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan tanda klinis fokal ataupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada tindakan dari pembedahan atau kematian) tanpa tanda-tanda penyebab non-vaskuler, termasuk didalamnya yaitu seperti perdarahan subarachnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

Stroke iskemik atau stroke non-hemoragik terjadi ketika arteri tersumbat dengan gumpalan darah atau plak dan menahan darah mengalir ke otak. Hal ini dapat menyebabkan kecacatan serius atau bahkan sampai kematian. Penyumbatan yang terjadi hanya dalam waktu singkat menyebabkan TIA yang menyebabkan cedera otak permanen (Assosiation, 2021)

#### **B. Etiologi**

Penyebab perdarahan otak yang paling lazim diantaranya sebagai berikut:

1. *Aneurisma fusiformis dari atherosclerosis*, Atherosclerosis adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah menjadi keras serta berkurangnya kelenturan dinding pembuluh darah. Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma yang kemudian robek dan menimbulkan perdarahan.
2. *Rupture arteriol serebral*, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah (Susilo, 2019).
3. *Trombosis*

Penggumpalan (*thrombus*) mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis endothelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan zat lemak tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah, sehingga aterosklerosis disebut dengan penyebab utama dalam terjadinya *thrombus*. Plak akan bertambah besar kemudian darah akan berputar-putar dipermukaan yang terdapat plak kemudian

rongga pembuluh darah menjadi tersumbat. *Thrombus* bisa terjadi di sepanjang arteri karotis atau pada cabang-cabangnya. Stroke karena thrombosis adalah tipe yang paling sering terjadi pada orang dengan diabetes mellitus.

#### 4. Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus yang dapat menyebabkan stroke embolik. Emboli terbentuk di luar otak, emboli terlepas dan mengalir kedalam sirkulasi serebral sampai emboli tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat pada arteri. *Thrombus* terlepas dari arteri karotis bagian dalam kemudian bergerak kedalam sirkulasi serebral. Sumber penyebab emboli lainnya yaitu tumor, lemak, bakteri dan udara. Emboli bisa juga terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral akan meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia.

#### 5. Perdarahan (*hemoragik*)

Perdarahan intraserebral terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya diderita setelah usia 50 tahun. Stroke yang disebabkan oleh perdarahan seringkali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang beres di luar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Stroke hemoragik biasanya penyebab terjadinya kehilangan fungsi yang banyak dan penyembuhannya paling lambat dibandingkan dengan tipe stroke yang lain. Keseluruhan angka kematian stroke hemoragik berkisar antara 25% sampai 60%. Oleh sebab itu, tidak mengherankan bahwa perdarahan pada otak merupakan penyebab yang paling fatal dari semua jenis stroke.

### C. Patofisiologi

#### 1. Proses perjalanan penyakit

Otak manusia sangat peka terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain misalnya otot, otak tidak

bisa menggunakan metabolisme anaerobic jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Iskemik jangka pendek dapat mengarah ke terjadinya penurunan system neurologis sementara atau TIA. Jika aliran darah tidak cepat diperbaiki, maka akan terjadi kerusakan pada jaringan otak atau infark dalam setiap menit. Luasnya kematian jaringan otak bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke area yang disuplai.

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

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh adanya sumbatan di arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi akan mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang tidak mendapatkan suplai oksigen. Sel-sel dibagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan mati dengan segera setelah kejadian stroke terjadi. Hal ini dikenal dengan istilah cedera sel-sel saraf primer (*primary neuroal injury*). Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi di sekitar bagian utama yang mati (*penumbra*). Ukuran dari bagian ini bergantung pada jumlah sirkulasi kolateral yang ada. Sirkulasi kolateral merupakan gambaran pembuluh darah yang memperbesar sirkulasi pembuluh darah utama dari otak. Perbedaan dalam ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral dapat menjelaskan berbagai macam tingkat

keparahan manifestasi stroke yang dialami oleh penderita di daerah anatomis yang sama.

Beberapa proses reaksi biokimia akan terjadi dalam hitungan menit pada kondisi iskemik serebral. Reaksi-reaksi tersebut seperti neurotoksin, oksigen radikal bebas (*oxygen free radicals*), nitro oksida (*nitric oxide*), dan glutamate (*glutamate*) akan dilepaskan. Asidosis local akan terbentuk, depolarisasi membrane akan terjadi. Sebagai hasilnya akan terjadi edema sitotoksik dan kematian sel. Hal ini dikenal dengan perlukaan sel-sel saraf sekunder. Bagian neuron penumbra yang paling dicurigai terjadi sebagai akibat dari iskemik serebral. Bagian yang membengkak setelah iskemik bisa mengarah ke penurunan fungsi saraf sementara. Edema bisa berkurang dalam beberapa jam atau hari dan klien bisa mendapatkan kembali beberapa fungsi-fungsinya.

## 2. Manifestasi klinik

Menurut (Kusuma, 2015) manifestasi klinik yang terjadi pada penderita stroke yaitu penderita tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada setengah badan, tiba-tiba hilang rasa peka pada setengah badan, bicara cadel atau pelo (*Disartia*), gangguan bicara dan bahasa (*Afasia*), gangguan penglihatan, merasakan yeri kepala hebat dan juga vertigo.

Menurut (Black, 2014) Manifestasi klinis pada penderita stroke sebagai berikut:

### a. Peringatan dini/awal

Setiap jenis stroke mempunyai tanda-tanda peringatan dini yang dikenal dengan sebutan serangan iskemik jangkan pendek atau disebut juga dengan TIA (*Transient Ischemic Attack*). Manifestasi dari iskemik stroke yang akan terjadi termasuk hemiparesis *transient* (tidak permanen), akan mengakibatkan penderita mengalami kehilangan kemampuan bicara dan kehilangan sensori setengah. Kumpulan tanda dan gejala dari stroke karena thrombosis berkembang dalam hitungan menit ke hitungan jam sampai dengan

sehari. Serangan yang lambat terjadi karena ukuran *thrombus* meningkat. Awalnya terjadi sumbatan disebagian pembuluh darah yang terkena kemudian menjadi total. Manifestasi gangguan harus ada lebih dari 24 jam untuk bisa di diagnosis sebagai stroke. TIA adalah gangguan neurologis yang utama berlangsung kurang dari 24 jam.

b. Temuan secara umum

Kebanyakan penderita tiba diruang gawat darurat dengan kondisi hipertensi. Temuan secara umum dari stroke yang tidak berhubungan dengan bagian pembuluh darah yang khusus termasuk sakit kepala, muntah, kejang, perubahan status mental, demam dan perubahan pada status elektrokardiogram (EKG). Perubahan pada EKG mungkin termasuk kondisi atrial fibrilas, yang membantu mengindikasikan penyebab dari stroke. Infark miokard yang baru terjadi dapat dilihat dari adanya perubahan pada gelombang-T, pemendekan interval PR, perpanjangan interval QT, kontaksi ventrikel yang premature, bradikardi pada bagian sinin dan takikardi pada bagian ventrikel dan supraventrikel.

c. Gangguan khusus setelah stroke

Arteri serebral bagian tengah adalah bagian yang paling sering terjadi stroke iskemik. Gangguan yang terjadi pada penderita juga berbagai macam, tergantung pada apakah bagian otak yang terkena adalah bagian yang dominan atau non-dominan. Tingkatan penurunan fungsi juga dapat bervariasi dari hanya gangguan yang kecil sampai dengan kehilangan fungsi tubuh yang serius. Gangguan khusus setelah stroke menurut (Black, 2014) diantaranya yaitu:

1) *Hemiparesis* (kelemahan) dan *hemiplegia* (paralisis)

Penurunan kemampuan ini biasanya disebabkan oleh stroke arteri serebral anterior atau media sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan (saraf motoric) dari korteks bagian depan. Stroke yang menyebabkan

hemiparesis atau hemiplegia biasanya mempengaruhi bagian kortikal lain selain pada saraf motoric. Sebagai akibatnya, hemiparesis atau hemiplegia biasanya sering disertai oleh manifestasi-manifestasi stroke lainnya, seperti kehilangan sensori sebagian, kebutaan sebagian, tidak bisa melakukan gerakan tertentu (apraksia), tidak bisa merasakan atau mengenali sesuatu (agnosia), dan gangguan komunikasi (afasia). Otot-otot pada dada dan perut biasanya tidak terpengaruh karena otot tersebut diatur oleh kedua bagian dari serebral.

Dengan berjalannya waktu, ketika control otot sadar hilang, otot fleksor yang kuat akan melampaui otot ekstensor. Ketidakseimbangan ini dapat menyebabkan kontraktur serius. Contohnya, lengan penderita yang terkena hemiplegia cenderung akan berputar ke dalam dan bergerak ke arah bagian tubuh (adduksi) karena otot adduksi lebih kuat daripada otot abduksi. Bagian siku, pergelangan tangan, dan jari-jari juga cenderung untuk fleksi. Tungkai yang terkena cenderung untuk berotasi keluar pada bagian lutut dan pada bagian bawah kaki dan supinasi ruas tumit.

## 2) Afasia

Adalah penurunan kemampuan berkomunikasi. Afasia bisa melibatkan beberapa aspek dari komunikasi atau bahkan seluruhnya, diantaranya yaitu berbicara, membaca, menulis dan memahami pembicaraan. Pusat primer bahasa biasanya terletak dibagian kiri belahan otak dan dipengaruhi oleh stroke bagian kiri tengah arteri serebral.

## 3) Disartia

Disartia merupakan kondisi dimana artikulasi yang diucapkan tidak sempurna sehingga menyebabkan kesulitan dalam berbicara. Penderita yang mengalami hal ini paham dengan bahasa yang diucapkan seseorang tetapi mengalami kesulitan

dalam melafalkan kata dan pengucapannya tidak jelas. Disartia disebabkan oleh terganggunya fungsi saraf kranial karena stroke pada arteri vertebrobasilar atau cabangnya.

4) Disfagia

Menelan merupakan proses yang kompleks karena membutuhkan beberapa fungsi dari saraf kranial. Selama aktivitas menelan, lidah menggerakkan gumpalan makanan ke arah orofaring. Faring akan terangkat dan glottis menutup. Gerakkan otot faringeal akan mengirim makanan dari faring ke esofagus. Kemudian dengan gerakan peristaltis mendorong makanan ke dalam perut, stroke terjadi disaerah vertebrobasilar mengakibatkan terjadinya disfagia. Sehingga pada penderita stroke akan mengalami gangguan pada saat menelan.

5) Apraksia

Penderita yang mengalai apraksia tidak bisa melakukan beberapa keterampilan seperti berpakaian walaupun mereka tidak lumpuh, tidak bisa merasakan atau mengkonseptualisasikan isi pesan yang dikirim ke otot. Apraksia memiliki rentang dari gangguan yang sangat sederhana sampai dengan yang kompleks. Sebagai contohnya, penderita mungkin memiliki tingkat kesulitan menulis yang lebih rendah dibandingkan berbicara ataupun sebaliknya.

6) Perubahan penglihatan

Stroke pada lobus parietal atau temporal bisa mengganggu jaringan penglihatan dari saluran optic ke korteks oksipital dan mengganggu ketajaman penglihatan. Persepsi kedalaman dan penglihatan pada garis horizontal dan vertical bisa juga terganggu. Pada penderita dengan hemiplegia, dapat menyebabkan masalah pada penampilan motoric dalam cara berjalan dan berdiri.

### 3. Klasifikasi

Menurut (Lingga, 2013) klasifikasi stroke terbagi menjadi dua macam, diantaranya yaitu:

#### a. Stroke iskemik

Stroke iskemik disebabkan karena adanya oenggumpalan yang bersirkulasi didalam pembuluh darah arteri. Ketika lemak terutama kolesterol, sel-sel arteri yang rusak, kalsium serta materi lain bersatu dan membentuk plak, maka plak tersebut akan menempel dibagian dalam dinding arteri terutama dibagian percabangan arteri. Pada saat yang bersamaan, sel-el yang menyusun arteri memproduksi zat kimia tertentu yang menyebabkan plak tersebut menbal dan akhirnya lubang arteri menyempit.

Stroke iskemik umumnya menyerang pada pagi hingga siang hari karena secara alami tekanan darah akan mengalami peningkatan sehingga menyebabkan peningkatan perdarahan pada plak pembuluh darah (*infraplak hemoragik*). Berdasarkan tempat gumpalan darahnya, stroke iskemik dibagi menjadi dua yaitu:

##### 1) Stroke iskemik trombolitik

Hampir setengah penderita strok iskemik mengalami hal ini, stroke iskemik trombolitik ditandai dengan gumpalan darah pada pembuluh darah yang melaju ke otak. Proses thrombosis dapat terjadi di dua lokasi yang berbeda yaitu pembuluh darah besar dan pembuluh darah kecil. Thrombosis pada pembuluh darah besar berkaitan dengan terjadinya aterosklerosis, sedangkan pembuluh darah kecil biasanya dialami oleh penderita hipertensi. Hiperkolesterolemia terjadi pada sebagian besar penderita stroke iskemik, perlu diperhatikan bahwa tingginya kadar LDL (*Low Density Lipoprotein*) teroksidasi merupakan factor penting yang mengawali aterosklerosis yang berimbas pada thrombosis di pembuluh besar.

## 2) Stroke iskemik embolitik

Merupakan salah satu jenis stroke iskemik yang mana gumpalan darah tidak terjadi pada pembuluh darah otak melainkan pada pembuluh darah yang lainnya. Stroke iskemik embolitik sering dipicu oleh penurunan tekanan darah yang berlangsung secara drastis, misalnya ketika seseorang melakukan aktivitas berat sehingga mengalami kelelahan fisik yang luar biasa. Stroke ini terjadi tanpa didahului oleh tanda-tanda yang dirasakan sebelumnya dan terjadi seolah-olah sebagai suatu kejutan bagi penderita dan orang-orang yang ada disekitarnya. Stroke iskemik embolitik biasanya terjadi pada waktu tertentu seperti, seseorang sedang berpidato tiba-tiba jatuh dan tidak sadarkan diri, pengemudi yang jarak jauh juga pernah mengalami kejadian stroke.

## b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat pembuluh darah yang menuju ke otak mengalami perdarahan. Perdarahan terjadi karena adanya tekanan darah yang tiba-tiba meningkat ke otak sehingga pembuluh darah yang tersumbat tidak dapat menahan tekanan, akhirnya pecah dan mengakibatkan perdarahan. Lokasi perdarahan biasanya terjadi pada batang otak (*brain stem*), selaput otak (*korteks*), dan serebelum. Ketika suplai darah ke otak terhenti otomatis suplai oksigen dan nutrisi yang diperlukan tidak sampai sehingga otak akan mengalami kematian. Hipertensi merupakan factor yang paling utama terjadinya stroke hemoragik. Selain itu, trauma fisik yang terjadi dikepala atau leher serta tumor dikepala juga dapat mendorong perdarahan otak. Berdasarkan lokasi perdarahannya stroke hemoragik dibagi menjadi dua yaitu, stroke hemoragik *intracerebral* dan stroke hemoragik *subarachnoid*.

1) Stroke hemoragik intraserebral

Pada stroke ini perdarahan terjadi di dalam otak, biasanya pada ganglia, batang otak, otak kecil dan otak besar. Inilah stroke yang menimbulkan dampak paling fatal. Sebagian besar penderita yang mendapat serangan stroke jenis ini tidak dapat tertolong jiwanya karena untuk mengatasinya memerlukan tindakan operasi yang harus dilakukan sesegera mungkin. Tetapi tindakan operasi ini berisiko cukup besar, tingkat keberhasilannya relative rendah terutama jika luasan otak yang mengalami perdarahan sudah parah. Jika penderita dapat diselamatkan, sebagian besar umunya akan mengalami kelumpuhan.

2) Stroke hemoragik *subarachnoid*

Stroke hemoragik subarachnoid ditandai dengan perdarahan yang terjadi diluar otak, yaitu dipembuluh darah yang berada dibawah otak atau diselaput otak. Perdarahan tersebut menekan otak sehingga suplai darah ke otak terhenti. Ketika darah yang berasal dari pembuluh darah yang bocor bercampur dengan cairan yang ada dibatang dan selaput otak, maka darah tersebut akan menghalangi aliran cairan otak lalu menimbulkan tekanan. Insiden stroke hemoragik *subarachnoid* paling sering terjadi pada penderita hidrosefalus. Stroke hemoragik subarachnoid juga dapat disebabkan adanya tumor di kepala atau nama lainnya yaitu cavernous angioma. Desakan yang terjadi akibat perkembangan tumor menyebabkan pembuluh darah pecah sehingga suplai darah ke otak tidak dapat mencukupi kebutuhan otak. Jika kondisi ini terus dibiarkan, maka tekanan yang ditimbulkan oleh tumor menyebabkan dinding pembuluh darah terjepit dan terjadi perdarahan di otak. Sehingga sebagian besar penderita tumor otak akan mengalami stroke.

#### 4. Komplikasi

Penderita yang mengalami gejala berat, misalnya imobilisasi dengan hemiplegia berat, rentan akan terkena komplikasi yang dapat menyebabkan kematian awal yaitu:

a. Edema serebri

Suatu respon fisiologis terhadap adanya trauma pada jaringan. Edema akan terjadi ketika ada area yang mengalami hipoksia atau iskemik, sehingga tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara melebarkan pembuluh darah dan meningkatkan tekanan kemudian cairan interstisial berpindah ke ekstraseluler yang dapat mengakibatkan edema pada jaringan otak

b. Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan adanya deficit neurologi, seperti gangguan sensorik dan motoric, nyeri kepala atau bahkan gangguan penurunan kesadaran (Tarwoto, 2013).

c. Pneumonia

Merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas setelah stroke. Pneumonia pasca stroke lebih tinggi terjadi pada penderita dengan usia lanjut >65 tahun dengan gangguan bicara, tingkat keparahan kecacatan pasca stroke, gangguan kognitif dan disfagia. Biasanya organisme yang resisten terhadap antibiotic standar dan penilaian kesehatan mulut sangat penting untuk mencegah pneumonia (Mutiarasari, 2019).

d. Gagal jantung, kardiomiopati stress *neurogenic*, kardiomiopati takotsubo

Disfungsi jantung dimanifestasikan selama fase akut setelah terjadinya cedera otak, biasanya akan sembuh setelah penurunan beberapa minggu bersamaan dengan perbaikan fungsi neurologis. Kardiomiopati takotsubo disebabkan oleh stress psikologis tanpa

adanya kerusakan fisik pada otak dan disebabkan karena melemahnya sel yang ada di otot jantung (Chen et al., 2017)

e. Herniasi otak

Herniasi otak terjadi karena adanya kondisi pembuluh darah yang kaku kemudian jaringan otak melakukan kompresi sehingga mengakibatkan cairan dan jaringan otak menjadi bergeser (Kusuma, 2015).

#### **D. Penatalaksanaan Medis**

Tujuan dari penatalaksanaan ini yaitu untuk memulihkan perfusi ke jaringan otak yang sudah mengalami infark dan mencegah terjadinya stroke berulang. Penatalaksanaan stroke menurut (Mutiarasari, 2019) antara lain yaitu:

1. *Intravenous recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA)*

rt-PA harus diberikan jika pasien memenuhi kriteria untuk perawatan. Keberhasilan pemberian terapi rt-PA sangat bergantung dengan waktu pemberian terapi. Menurut hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pemberian terapi rt-PA dalam waktu 0-90 menit dapat mengurangi komplikasi sebesar 9,6%, dalam waktu 91-180 menit sebesar 10,5%, dan pemberian terapi rt-PA dalam waktu 181-270 menit sebesar 11,7%. Pemberian trombolitik sebaiknya diberikan dalam 4,5 jam pertama setelah terjadinya serangan stroke, sehingga dapat mengurangi komplikasi yang terjadi setelah stroke

2. Terapi antiplatelet

Pada penderita stroke iskemik penggunaan terapi antiplatelet dilakukan saat 48 jam sejak terjadinya serangan sehingga dapat menurunkan risiko kematian dan memperbaiki luaran pasien stroke dengan cara mengurangi kerusakan otak yang diakibatkan iskemik dan mengurangi terjadinya stroke iskemik berulang sebesar 25%.

3. Terapi koagulan

Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk pencegahan sekunder jangka Panjang pada penderita dengan fibrilasi atrium dan stroke

kardioemboli. Terapi koagulan untuk kardioemboli dengan pemberian heparin yang disesuaikan dengan berat badan dan wafari (coumadin) mulai dengan 5-10 mg/hari. Terapi antikoagulan untuk stroke iskemik akut tidak pernah terbukti efektif.

#### 4. Prosedur endovascular

Adalah suatu prosedur invasive yang dapat dilakukan pada stroke hemoragik tertentu. Dokter akan memasukkan tabung panjang melalui arteri brachialis dan femoralis kemudian mengarahkan tabung ke tempat pecahnya pembuluh darah. Kemudian tabung tersebut digunakan untuk memasang klip logam untuk memperbaiki kerusakan atau mencegah perdarahan. Namun jika perdarahan disebabkan oleh aneurisma, maka klip logam dapat dipasang untuk menghentikan perdarahan (CDC, 2021).

Penatalaksanaan stroke yang terstruktur dan melibatkan tim multidisiplin dapat menurunkan angka komplikasi serta pengawasan petugas yang lebih ketat terhadap kemungkinan terjadinya komplikasi sangat mempengaruhi pencapaian luaran pasien stroke menjadi lebih baik.

### **E. Pemeriksaan penunjang**

#### 1. CT-Scan

Merupakan pemeriksaan baku untuk membedakan infark dengan perdarahan

#### 2. Scan Resonansi Magnetic (MRI)

Pemeriksaan ini lebih sensitive dari CT-Scan dalam mendeteksi infark serebri dini dan batang otak

#### 3. Ekokardiografi (EKG)

Untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih detail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitive untuk mendeteksi thrombus mural atau vegetasi katup.

4. Ultrasonografi Doppler Karotis

Pemeriksaan ini diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simptomatis serta lebih dari 70% yang termasuk dalam indikasi untuk enarterektomi karotis.

5. Ultrasonografi Doppler Transcranial

Pada pemeriksaan ini dapat dipakai untuk mendiagnosis oklusi atau stenosis arteri intracranial besar. Gelombang intracranial yang abnormal dan pola aliran koleteral dapat juga dipakai untuk menentukan apakah suatu stenosis pada leher menimbulkan gangguan hemodinamik yang bermakna

6. *Angiografi Resonansi Magnetic (MRA)*

Pada angiografi resonansi magnetic ini dapat dipakai untuk mendiagnosis stenosis atau oklusi arteri ekstrakranial maupun intracranial

7. Pemantauan Holler

Dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermiten (Susilo, 2019).

**F. Penanganan Stroke iskemik akut di masa pandemi COVID-19**

Menurut (Lengkong et al., 2021) dalam penelitiannya yang berjudul Penanganan Stroke Iskemik Akut di Masa Pandemic COVID-19 diantaranya sebagai berikut:

- a. Menghubungi petugas medis gawat darurat ketika terjadi serangan stroke, melakukan skrining COVID-19 dan penapisan keparahan stroke. Melaksanakan pemantauan akut yakni observasi masalah neurologis, pengukuran tekanan darah, pembuatan grafik input-output, investigasi dan masalah khusus setelah perawatan reperfusi hiperakut. Kemudian mengidentifikasi dan menangani segera komplikasi stroke seperti tromboemboli vena, disfagia termasuk pneumonia aspirasi, imobilitas dan masalah nutrisi

- b. Menerapkan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dan melakukan skrining COVID-19  
Pelaksanaan prosedur skrining COVID-19, pembagian pasien *Brain Attack* (BAT) atau bukan BAT, pembagian masker, prosedur IV rTPA, prosedur trombektomi endovascular, layanan bedah saraf untuk kasus perdarahan
- c. Mengarahkan bahwa jumlah minimal tenaga medis profesional hadir dan tenaga medis yang berisiko tinggi terinfeksi tidak ikut melakukan evaluasi  
Mengidentifikasi pasien yang akan menjalani trombektomi mekanis
- d. Menerapkan penggunaan APD, prosedur triase dan pranotifikasi stroke ke rumah sakit  
Pengaturan di *emergency room, CT room, angiography suite, stroke unit.*
- e. Menerapkan proses triase, skrining COVID-19 *online*, pra-notifikasi rumah sakit dan stroke  
Mengonfirmasi kembali status COVID-19 pada petugas gawat darurat yang membawakan pasien. Jika pasien terkonfirmasi positif COVID-19 maka monitoring dari saturasi oksigen, tekanan darah, laju nadi dan laju pernapasan.
- f. Mengedukasi masyarakat tentang penanganan stroke akut dimasa pandemi COVID-19 dan penggunaan APD yang memadai  
Melakukan pemeriksaan neuroimaging, melakukan prosedur *intravenous thrombolysis* (IVT) dengan Alteplase (bagi yang memenuhi syarat), prosedur trombektomi endovascular.
- g. Penerapan prosedur skrining COVID-19 dan *Protected Code Stroke* (PCS)

## G. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Purwanto, 2016) pengkajian pada penderita yang mengalami stroke meliputi:

### 1. Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal Masuk RS, nomor register dan diagnosa medis.

### 2. Keluhan utama

Paling sering pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah tubuh, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

### 3. Data riwayat kesehatan

#### a. Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke berlangsung sangat mendadak, pada saat klien melakukan aktivitas ataupun sedang istirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai dengan tidak sadarkan diri, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

#### b. Riwayat penyakit dahulu

memiliki riwayat hipertensi dan penyakit lainnya seperti pernah mengalami stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan.

#### c. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang mengalami hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu

### 4. Riwayat Psikososial

Peranan klien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi social terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga tidak harmonis, status dalam pekerjaan dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah.

## 5. Aktivitas sehari-hari

### a. Nutrisi

Apakah makanan klien sehari-hari banyak mengandung lemak, makanan apa yang sering dikonsumsi oleh klien, misalnya: masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus dan bagaimana napsu makan klien

### b. Minum

Apakah ada ketergantungan mengkonsumsi obat, narkoba, minuman yang mengandung alcohol

### c. Eliminasi

Gejala: perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria.

Tanda: distensi abdomen, bising usus negatif

### d. Aktivitas/istirahat

Gejala: merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena terdapat kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat.

Tanda: gangguan tonus otot, hemiplegia dan terjadi kelemahan umum. Gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran.

### e. Sirkulasi

Gejala: adanya penyakit jantung (Miokard Infark, Penyakit Jantung Vaskuler, Gagal Jantung Kronik, Endocarditis Bacterial), polisitemia, riwayat hipertensi postural.

Tanda: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme/malformasi vaskuler. Terjadi disritmia dan perubahan hasil EKG, terdapat desiran pada karotis, femoralis dan arteri iliaka/aorta yang abnormal.

### f. Integritas ego

Gejala: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa

Tanda: emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira. Kesulitan untuk mengekspresikan diri

g. Neurosensori

Gejala: sinkope/pusing (selama TIA), sakit kepala (akan sangat berat dengan adanya perdarahan intraserebral atau subarachnoid), kelemahan/kesemutan/kebas (biasanya terjadi selama serangan TIA, yang ditemukan dalam berbagai derajat pada stroke jenis yang lain), sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”. Penglihatan menurun, seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda atau gangguan yang lain. Hilangnya rangsangan sensorik pada sisi tubuh yang berlawanan pada ekstremitas dan kadang-kadang pada satu sisi wajah.

Tanda: status mental/tingkat kesadaran: biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragis, ketidaksadaran biasanya akan tetap sadar jika penyebabnya adalah thrombosis yang bersifat alami, terjadi gangguan tingkah laku seperti letargi, apatis dan menyerang. Terjadi gangguan fungsi kognitif seperti penurunan memori dan pemecahan masalah. Pada ekstremitas pasien akan mengalami kelemahan/paralisis, genggaman tidak sama, reflex tendon melemah secara kontralateral. Pada wajah terjadi paralisis atau parase.

Afasia: gangguan atau kehilangan fungsi bahasa mungkin afasia motoric (kesulitan untuk mengungkapkan kata), reseptif (afasia sensorik), yaitu kesulitan untuk memahai kata-kata secara bermakna atau afasia global yaitu gabungan dari kedua hal diatas. Pasien stroke akan mengalami kehilangan kemampuan untuk mengenali/menghayati masuknya rangsangan visual, pendengaran, taktitil (*agnosia*), seperti gangguan terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelalaian terhadap bagian tubuh yang terkena dan gangguan persepsi. Kehilangan kemampuan untuk menggunakan motoric saat pasien ingin menggerakkannya. Ukuran atau reaksi pupil tidak sama, terjadi dilatasi atau miosis pupil ipsilateral (perdarahan/herniasi). Kekakuan nukal biasanya karena perdarahan. Kejang karena adanya pencetus perdarahan.

h. Nyeri/kenyamanan

Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

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

i. Pernapasan

Gejala: merokok

Tanda: ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas

j. Keamanan

Tanda: motoric/sensorik terjadi masalah pada system penglihatan.

Perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (stroke kanan).

Kesulitan melihat objek dari sisi kiri. Hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit. Tidak mampu mengenali objek, warna, kata dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik. Gangguan berespon terhadap panas dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh, kesulitan menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi secara mandiri. Terjadi gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabra/kurang kesadaran diri (stroke kanan).

k. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala: adanya riwayat hipertensi pada keluarga, stroke, pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alcohol (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012)

6. Pemeriksaan fisik

Menurut (Purwanto, 2016) pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada pasien stroke adalah sebagai berikut:

a. Kepala

Klien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi.

b. Mata

Penglihatan adanya keaburan akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus III), gangguan dalam mengangkat bola mata

(Nervus IV), dan gangguan dalam menggerakkan bola mata kalateral (nervus VI).

c. Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I)

d. Mulut

terjadi gangguan pada lidah akibat kerusakan nervus vagus, adanya kesulitan dalam menelan.

e. Dada

- 1) Inspeksi : bentuk simetris
- 2) Palpasi : tidak ada massa dan benjolan
- 3) Perkusi : nyeri tidak ada bunyi jantung lub-dup
- 4) Auskultasi : nafas cepat dan dalam, adanya ronchi, suara jantung I dan II murmur atau galop

f. Abdomen

- 1) Inspeksi : bentuk simetris, pembesaran tidak ada
- 2) Auskultasi : bising usus sedikit lemah
- 3) Perkusi : nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

g. Ekstremitas

Pada klien dengan stroke hemoragik biasanya ditemukan hemiplegi paralisis atau hemiparase, mengalami kelemahan otot dan perlu juga dilakukan pengukuran kekuatan otot, dimana kekuatan otot itu normalnya lima

Pengukuran kekuatan otot menurut (Arif Mutaqqin, 2008; dalam Purwanto, 2016) di Modul Keperawatan Medical Bedah-2 Komprehensif, yaitu:

- 1) Nilai 0: bila tidak terlihat kontraksi sama sekali
- 2) Nilai 1: bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi
- 3) Nilai 2: terdapat gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi

- 4) Nilai 3: dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan
- 5) Nilai 4: bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang
- 6) Nilai 5: bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh

## **H. Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012) diagnose keperawatan pada penderita stroke diantaranya yaitu:

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusif, hemorragi, vasospasme serebral, edema serebral
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neuromuscular, kelemahan, parestesia, falksid/paralisis hipotonik (awal), paralisis spastis
3. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus/control otot fasial/oral, kelemahan/kelelahan umum
4. Perubahan persepsi-sensori berhubungan dengan perubahan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis atau deficit), stress psikologi
5. Kurang perawatan diri: mandi berhubungan dengan kerusakan neuro muscular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan control/kordinasi otot.
6. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif
7. Risiko tinggi terhadap kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular/perseptual

## I. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012) rencana keperawatan pada klien dengan stroke iskemik yaitu:

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusif, hemorragi, vasospasme serebral, edema serebral

### **Kriteria hasil:**

- a. Mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif dan motoric/sensori
- b. Menunjukkan tanda-tanda vital yang stabil dan tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK
- c. Tidak menunjukkan komplikasi lebih lanjut/kekambuhan deficit

### **Rencana tindakan:**

#### **a. Mandiri**

- 1) Tentukan factor-faktor yang berhubungan dengan keadaan atau penyebab khusus selama koma/penurunan perfusi serebral dan potensial terjadinya peningkatan TIK

**Rasional:** mempengaruhi pemilihan intervensi. Kerusakan atau kemunduran tanda dan gejala neurologis atau kegagalan memperbaikinya setelah fase awal memerlukan tindakan pembedahan atau pasien harus dipindahkan ke ruang ICU untuk melakukan pemantauan terhadap peningkatan TIK

- 2) Pantau/catat status neurologis sesering mungkin dan bandingkan dengan keadaan saat sadar

**Rasional:** mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK serta mengetahui lokasi, luas dan kemajuan kerusakan pada SSP. Dapat menunjukkan TIA yang merupakan tanda terjadinya thrombosis CVS baru.

- 3) Pantau dan catat tanda-tanda vital, seperti:

- a) Adanya hipertensi/hipotensi, bandingkan dengan tekanan darah yang terbaca pada kedua lengan

**Rasional:** variasi mungkin terjadi oleh karena tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi/hipotensi postural dapat menjadi factor pencetus. Hipotensi dapat terjadi karena syok. Peningkatan TIK dapat terjadi karena edema dan adanya massa bekuan darah. Tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekanan pada kedua lengan.

b) Frekuensi dan irama jantung, auskultasi adanya mur-mur

**Rasional:** perubahan terutama adanya bradikardia dapat terjadi sebagai akibat adanya kerusakan otak. Disritmia dan mur-mur mungkin mencerminkan adanya penyakit jantung yang mungkin telah menjadi pencetus CSV.

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

**Rasional:** perubahan dalam isi kognitif dan bicara merupakan indicator dari lokasi/derajat gangguan serebral dan mungkin mengindikasikan penurunan/peningkatan TIK

5) Letakkan kepala dengan posisi agak tinggi dan dalam posisi anatomis

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

6) Cegah terjadinya mencejan saat defekasi dan menggunakan pernapasan yang memaksa

**Rasional:** manuver valsalva dapat meningkatkan TIK dan memperbesar risiko terjadinya perdarahan

## b. Kolaborasi

1) Berikan obat sesuai indikasi

a) Obat antikoagulasi, seperti natrium warfarin, heparin, antitrombosit (ASA), dipiridamol (Persantine)

Rasional: dapat digunakan untuk memperbaiki aliran darah serebral dan selanjutnya dapat mencegah pembekuan saat embolus/thrombus merupakan factor masalahnya.

Merupakan kontraindikasi pada pasien dengan hipertensi sebagai akibat dari peningkatan resiko perdarahan.

b) Obat antihipertensi

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

c) Obat fenitoin (Dilantin), fenobarbital

Rasional: dapat digunakan untuk mengontrol kejang atau untuk aktivitas sedative. Fenobarbital memperkuat kinerja dari sntiepilepsi

d) Pelunak feses

Rasional: mencegah proses mengejan selama defekasi dan berhubungan dengan peningkatan TIK

2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neuromuscular, kelemahan, parestesia, falksid/paralisis hipotonik (awal), paralisis spastis

**Kriteria hasil:**

- a. Mempertahankan posisi optimal dan dibuktikan dengan tidak adanya kontraktur
- b. Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena atau terkompensasi
- c. Menunjukkan perilaku yang memungkinkan melakukan aktivitas
- d. Mempertahankan integritas kulit

**Rencana tindakan:**

**a. Mandiri**

- 1) Ubah posisi minimal setiap 2 jam dan sebagainya. Jika memungkinkan bisa lebih sering diletakkan dalam posisi yang terganggu.

**Rasional:** menurunkan risiko terjadinya trauma/iskemia jaringan. Daerah yang terkena mengalami perburukan sirkulasi yang lebih jelek dan menurunkan sensasi serta lebih besar menimbulkan kerusakan pada kulit

- 2) Mulailah melakukan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas pada saat masuk. Anjurkan melakukan latihan seperti latihan gluteal/quadrisept, meremas bola karet, melebarkan jari-jari dan kaki/telapak

**Rasional:** meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur. Menurunkan risiko terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis jika masalah utamanya perdarahan.

- 3) Tempatkan bantal dibawah aksila untuk melakukan abduksipada tangan

**Rasional:** mencegah adduksi bahu dan fleksi siku

- 4) Tinggikan tangan dan kepala

**Rasional:** meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema

- 5) Posisikan lutut dan panggul dalam posisi ekstensi

**Rasional:** mempertahankan posisi fungsional

- 6) Susun tujuan dengan pasien atau orang terdekat pasien untuk berpartisipasi dalam aktivitas/latihan mengubah posisi

**Rasional:** meningkatkan harapan terhadap perkembangan/peningkatan dan memberikan perasaan control/kemandirian

- 7) Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong/menggerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.

**Rasional:** dapat berespon dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan serta

latihan aktif untuk “menyatukan kembali” sebagai bagian dari tubuhnya sendiri

**b. Kolaborasi**

- 1) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien

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

- 2) Bantulah dengan simulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi

**Rasional:** dapat membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control otot volunter

- 3) Berikan obat relaksan otot, antipasmodik seperti baclofen, dantrolene

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

3. Kurang perawatan diri: mandi berhubungan dengan kerusakan neuro muscular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan control/kordinasi otot.

**Kriteria hasil:**

- a. Menunjukkan perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri
- b. Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri
- c. Mengidentifikasi sumber pribadi/komunitas memberikan bantuan sesuai kebutuhan

**Rencana tindakan:**

**a. Mandiri**

- 1) Hindari melakukan sesuatu yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan

**Rasional:** pasien mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung, meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam

mencegah frustrasi penting bagi pasien untuk melakukan sebanyak mungkin untuk diri sendiri, untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan

- 2) Pertahankan dukungan, sikap yang tegas.

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

- 3) Identifikasi kebiasaan defekasi sebelumnya dan kembalikan pada kebiasaan pola normal tersebut. Kadar makanan yang berserat, anjurkan untuk minum banyak
- 4) **Rasional:** mengkaji perkembangan program latihan mandiri dalam pencegahan konstipasi dan sembelit

#### **b. Kolaborasi**

- 1) Berikan obat suppositoria dan pelunak feses

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

- 2) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi/ahli terapi okupasi

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

4. Risiko tinggi terhadap kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular/perseptual

#### **Kriteria hasil:**

- a. Menunjukkan metode makan yang tepat untuk situasi individu dengan mencegah aspirasi
- b. Mempertahankan berat badan yang diinginkan

#### **Rencana tindakan:**

##### **a. Mandiri**

- 1) Tingkatkan upaya untuk dapat melakukan proses menelan yang efektif, seperti:
  - a) Bantu pasien dengan mengontrol kepala

**Rasional:** menetralkan hiperekstensi, membantu mencegah aspirasi dan meningkatkan kemampuan untuk menelan

- b) Letakkan pasien dalam posisi duduk atau tegak selama dan setelah makan

**Rasional:** menggunakan gravitasi untuk memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi

- c) Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan sedikit diatas bibi/dibawah dagu, jika dibutuhkan

**Rasional:** membantu dalam melatih kembali sensori dan meningkatkan control muskuler

- d) Letakkan makanan pada mulut yang tidak terganggu

**Rasional:** memberikan stimulasi sensori yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan

- e) Beri makan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang

**Rasional:** pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya gangguan dari luar

- f) Mulai untuk memberikan makanan peroral setengah cair, makanan lunak ketika pasien dapat menelan air. Pilih/bantu pasien untuk memilih makanan yang kecil atau tidak perlu mengunyah dan mudah ditelan, seperti telur, agar-agar, makanan kecil yang lunak lainnya.

**Rasional:** makanan lunak/cairan kental lebih mudah untuk mengendalikannya didalam mulut, menurunkan terjadinya aspirasi

- g) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk minum

**Rasional:** menguatkan otot fasial dan otot menelan, serta menurunkan resiko terjadinya tersedak

- 2) Anjurkan untuk berpartisipasi dalam program pelatihan

**Rasional:** dapat meningkatkan pelepasan endorphin dalam otak yang meningkatkan perasaan senang dan meningkatkan nafsu makan

**b. Kolaborasi**

- 1) Berikan cairan melalui intravena/makanan melalui selang

**Rasional:** mungkin diperlukan untuk memberikan cairan pengganti dan juga makanan jika pasien tidak mampu untuk memasukkan segala sesuatu melalui mulut.

5. Konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan ketidakaturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, kelemahan otot abdomen, ketidakadekuatan toileting, perubahan lingkungan, penyalahgunaan laksatif, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan cairan, konfusi, depresi.

**Kriteria hasil:**

Keluhan defekasi lama dan sulit tidak terjadi, nyeri pada abdomen berkurang sampai dengan hilang, kram pada abdomen berkurang sampai dengan hilang, pasien mampu BAB, Peristaltik usus tetap dalam batas normal (5-35x/menit).

**Rencana tindakan**

**Observasi**

1. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
2. Monitor buang air besar (warna, konsistensi, frekuensi)
3. Monitor tanda dan gejala konstipasi
4. Identifikasi kebiasaan BAB sesuai usia

**Terapeutik**

1. Berikan air hangat setelah makan
2. Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien
3. Jaga privasi selama BAB
4. Ganti pakaian pasien setelah BAB
5. Berikan enema atau irigasi

6. Lakukan massase abdomen

### **Edukasi**

1. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik
2. Anjurkan mengkonsumsi makanan yang disediakan rumah sakit
3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

### **Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian obat supositoria anal

## **J. Pelaksanaan Keperawatan**

Implementasi merupakan komponen proses keperawatan dimana tindakan yang diperlukan mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan arahan perawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan berkelanjutan dari pasien (Hidayat, 2021).

## **K. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi pencapaian tingkat hasil secara terus-menerus. Setelah stroke akan ada beberapa hasil, seperti perfusi serebral akan dicapai paling awal. Dan untuk yang lainnya seperti penurunan perawatan diri, mungkin membutuhkan rehabilitasi jangka Panjang. Pantau kemajuan yang mengarah pada hasil, lakukan kerja sama baik dengan klien maupun keluarga (Black, 2014).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2021. Pasien masuk tanggal 29 Mei 2021 pukul 13.50 WIB di IGD Rumah Sakit Swasta Kota Bekasi, kemudian pukul 19.30 WIB pasien dipindahkan di ruang D kelas III, nomor register 43-06-14 dengan diagnose medis Stroke Iskemik.

##### **1. Identitas pasien**

Pasien bernama Ny. L jenis kelamin perempuan berusia 67 tahun, status perkawinan sudah menikah, beragama buddha, Suku bangsa Tionghoa, Pendidikan tidak sekolah, bahasa yang digunakan Indonesia, pekerjaan Ibu Rumah Tangga (IRT), alamat Bekasi, sumber biaya dari pribadi yaitu anaknya. Untuk sumber informasi yang didapatkan yaitu dari pasien, suami, rekam medis dan perawat ruangan.

##### **2. Resume**

Pasien bernama Ny. L berusia 67 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 29 April 2021 pukul 13.50 WIB dengan keluhan waktu dirumah pasien muntah 1 kali yang dikeluarkan yaitu makanan terakhir (melon), bicara pelo, ada kesemutan, lemah anggota gerak tangan dan kaki sebelah kanan sejak pukul 08.00 WIB. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan aktivitas. Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan di IGD yaitu perawat mengobservasi Tanda-tanda Vital (TTV) dengan hasil: Tekanan Darah (TD): 161/91 mmHg, Nadi (N): 85x/menit, Pernapasan/RR: 22x/menit, Suhu (S): 36,6°C, saturasi Oksigen 98%, GCS: E:4, V:5, M:6, tindakan kolaborasi yang diberikan yaitu terapi Asering 500cc, Pantoprazole 40mg (Intravena), Ondansentron 4mg (Intravena). Hasil evaluasi secara umum adalah masalah belum teratasi tujuan belum tercapai. Pasien sudah dilakukan pemeriksaan rontgen thorax dengan kesan cardiomegaly, elongasi-kalsifikasi aorta dan

coracian bronchitis, CT-Scan kepala non kontras dengan kesan tidak tampak *bleeding/neoplasm, endzone ischemic lesion* di *white matter parietale lobe* kanan, perekaman EKG hasil Sinus Rhythm (SR), Prolonged QT, Abnormal ECG. pasien sedang dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil LED 27 mm/jam\* (0-15mm/jam), leukosit 12.150/ul\* (4000-10.500/ul), segmen 75%\* (50-70%), limfosit 16%\* (25-40%), asam urat 6,9%\* (2,4-5,7 mg/dl). Pasien sudah diresepkan obat Atorvastatin 1x20 mg, Amlodipine 1x10 mg, Forres 1x50 mg, Folic acid 1x1 mg, Pregabalin (PGB) 1x75 mg, Allopurinol 2x100 mg, Curcuma force 1x1 mg, Aspilets chen 1x80 mg, Meconeuro 2x500 mcg, Citicoline 250 mg 2x250 mg, Candesartan 1x16 mg.

Ny. L pada tanggal 29 April 2021 pukul 19.30 WIB dipindahkan di ruang Daffodil pasien tampak sakit sedang, kesadaran Compos Mentis (CM), terpasang infus di tangan sebelah kiri vena metacarpal, tidak tampak tanda-tanda infeksi didaerah penusukan infus. Hasil observasi diruangan yaitu TD: 160/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit. Masalah keperawatan yang ditemukan dari tanggal 29 April sampai 02 Mei yaitu Gangguan perfusi serebral. Evaluasi secara umum Gangguan perfusi serebral belum teratasi.

### **3. Riwayat Keperawatan**

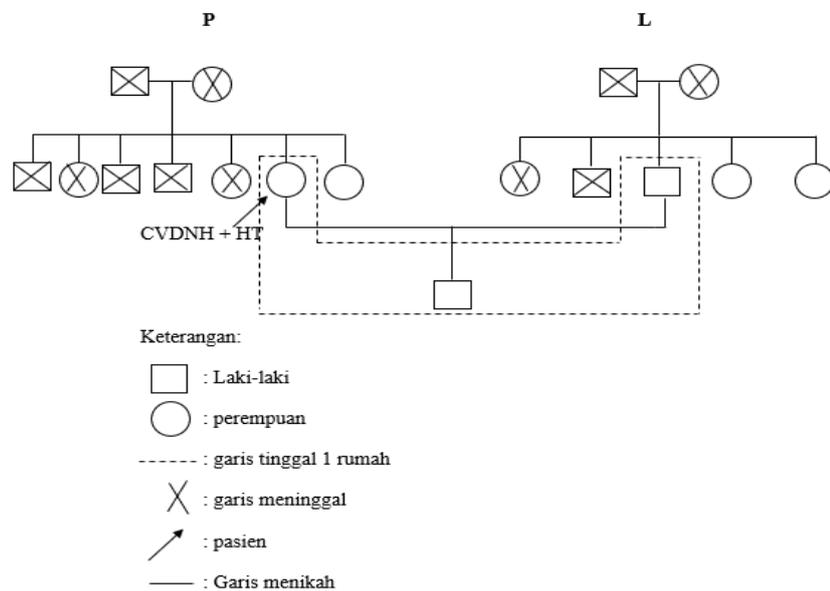
#### **a. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pasien mengatakan pusing, belum BAB selama di RS, ada rasa kesemutan, kebas ditangan dan kaki sebelah kanan, ada rasa berat dibagian kaki dan tangan sebelah kanan, pasien mengatakan saat bergerak terasa nyeri di bagian paha. Penyebabnya pasien mengatakan selama dirumah jarang makan sayuran karena tidak suka, sering makan daging, makan-makanan yang asin. Pasien mengatakan upaya untuk mengatasinya dengan cara tidur sebentar.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat Darah Tinggi dari orangtua dan kakaknya tetapi pasien lupa dari kapan beliau mengalami darah tinggi karena jarang mengecek kesehatannya. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat ataupun makanan. Untuk riwayat pemakaian obat pasien hanya mengatakan jika beliau pusing pasien mengkonsumsi obat bodrex saja.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



Keterangan: pasien tinggal bersama suami, anak, menantu dan cucunya. Orangtua dan kakak pasien meninggal karena penyakit hipertensi.

d. Penyakit Yang Pernah Diderita Oleh Anggota Keluarga Yang Menjadi Factor Resiko

Pasien mengatakan ibu dan kakaknya mengalami penyakit Darah Tinggi tetapi tidak sampai stroke, ada juga kakanya yang mengalami penyakit gagal jantung sampai dengan meninggal.

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan orang terdekatnya yaitu cucu dan suaminya, Ny. L hampir 24 jam Bersama dengan cucu, mengasuh sampai dengan menidurkan cucunya karena anaknya sibuk mencari nafkah. Yang membuat keputusan dikeluarga Ny. L yaitu anaknya, untuk kegiatan masyarakat pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan apa-apa.

Masalah yang mempengaruhi pasien adalah tidak bisa beraktivitas seperti semula, seperti mengasuh cucunya. Ketika Ny. L pusing atau stress cara mengatasinya dengan minum obat bodrex. Ny. L mengatakan saat ini sedang memikirkan biaya perawatan selama di rumah sakit dan kasihan sama anaknya. Harapan Ny. L saat ini ingin cepat sembuh supaya bisa bertemu dengan cucunya. Perubahan yang dirasakan setelah sakit pasien mengatakan susah menggerakkan tangannya dan terasa berat, belum BAB, dan sakit dibagian tangan dan kaki kanan. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, Ny. L mengatakan ibadahnya dirumah karena tidak ada teman yang seagama dengannya. Untuk kondisi lingkungan rumah, Ny. L mengatakan rumahnya didekat jalan raya, rumah dan toko besinya jadi satu depan belakang, penerangan rumah cukup, tempat tidur aman, lantai tidak licin dan rumahnya bersih.

f. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik, porsi makan yang dihabiskan 1 porsi, makanan yang disukai adalah daging, goreng-gorengan dan makan asin, makanan yang tidak disukai yaitu sayuran, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan diet, tidak ada obat-obatan yang dikonsumsi sebelum makan dan tidak menggunakan alat bantu untuk makan.

Saat di rumah sakit pasien mengatakan frekuensi makan tetap 3x/hari, nafsu makan berkurang, porsi makan yang dihabiskan  $\frac{1}{2}$  porsi, makanan yang tidak disukai yaitu sayuran, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, makanan diet lunak rendah lemak dan tidak menggunakan alat bantu untuk makan.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit dan saat di rumah sakit pasien mengatakan BAK kurang lebih 3x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu BAK.

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 3x/hari pagi, siang dan sore hari, berwarna kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan obat pencahar.

Saat di rumah sakit pasien mengatakan belum BAB dari awal masuk rumah sakit selama lima hari

3) Pola Personal *Hygiene*

Pasien mengatakan sebelum sakit mandinya 3x/hari pagi, siang dan sore. Oral hygiene pasien mengatakan 2x/hari pagi dan sore, mencuci rambut 1x/minggu.

Saat di rumah sakit pasien mengatakan mandinya hanya 2x/hari yaitu pagi dan sore menggunakan kain lap dibantu oleh suaminya.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidur siang hanya 1 jam itupun karena menidurkan cucunya, lama tidur malam sekitar 7-8 jam, kebiasaan sebelum tidur pasien menonton youtube.

Saat di rumah sakit lamanya tidur siang tidak tahu karena tidurnya suka kebangun, lamanya tidur malam sekitar 5-6 jam itu pun tidak nyenyak.

#### 5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan mengasuh cucunya dari pagi sampai sore dikarenakan anak dan menantunya bekerja, jarang berolahraga dan tidak ada keluhan dalam beraktivitas.

Saat di rumah sakit pasien mengatakan tidak bisa mengasuh dan bermain dengan cucunya, tidak berolahraga, keluhan dalam beraktivitas yaitu saat tubuhnya bergerak dan mengenakan pakaian

#### 6) Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak mengonsumsi obat-obatan yang terlarang

### 4. Pengkajian Fisik

#### a. Pemeriksaan Fisik Umum

Pasien mengatakan tidak mengetahui berat badan sebelum sakit karena jarang menimbang berat badannya, berat badan saat ini 60 kg, tinggi badan 155 cm, Index Massa Tubuh (IMT) = 24,9. Keadaan umum pasien tampak sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

#### b. Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata normal. Konjungtiva ananemis, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, otot-otot mata tidak ada kelainan, fungsi penglihatan sedikit kabur, tidak ada tanda-tanda radang pada mata. Pasien tampak tidak menggunakan kacamata, tampak tidak menggunakan lensa kontak dan reaksi terhadap cahaya baik.

#### c. Sistem Pendengaran

Daun telinga pasien normal kanan dan kiri tampak simetris, tidak tampak adanya serumen, tidak ada cairan ditelinga, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh ditelinga, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem Wicara

Bicara pasien terdengar sedikit pelo

e. Sistem Pernapasan

Jalan napas pasien tampak bersih, tidak ada sesak, tidak menggunakan otot bantu napas, frekuensi pernapasan 20x/menit, iramanya teratur, jenis pernapasan spontan, perkusi dada sonor, suara napas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas dan tidak ada alat bantu napas.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Nadi pasien teraba 82x/menit, irama teratur, berdenyut kuat. Tekanan darah 166/95 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kanan dan kiri, temperature kulit normal, warna kulit putih sedikit pucat, pengisian kapiler < 3 detik dan tidak ada edema.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut nadi apical 82x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung dan pasien mengatakan tidak ada nyeri dada

g. Sistem Hematologi

Pasien terlihat tidak pucat dan tidak ada perdarahan

h. Sistem Saraf Pusat

Pasien mengatakan pusing, tingkat kesadaran Composmentis, Glasglow Coma Scale (GCS) E: 4, M: 6, V: 5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial, pasien terdengar suaranya sedikit pelo, pasien mengatakan kesemutan dan terasa berat di tangan dan kaki sebelah kanan dan tidak ada reflek patologis.

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, menggunakan gigi palsu, tidak ada karies, tidak ada sariawan (*stomatitis*), lidah tampak berwarna sedikit merah muda, tidak ada muntah. Terdapat nyeri perut dengan skala 2 lokasinya di perut setempat, karakteristik nyeri seperti diperas, bising usus 18x/menit, tidak ada diare, pasien mengatakan ada rasa

penuh diperutnya, pasien mengalami konstipasi, hepar teraba dan abdomen teraba lembek.

j. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak berbau keton dan tidak tampak luka gangrene.

k. Sistem Urogenital

*Intake* cairan Infus tidak ada, minum 1200cc/24 jam, output: urine 500cc/24 jam, IWL 10 x 60cc = 600cc, *balance* cairan: *intake* – *output* = 1200cc – 1100cc = (+) 100cc. tidak ada perubahan saat berkemih, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

l. Sistem Integument

Turgor kulit pasien elastis, temperature kulit hangat warna kulit sedikit pucat, keadaan kulit baik tetapi terdapat banyak tanda lahir, tidak ada kelainan pada kulit, kondisi kulit yang terpasang vemplon baik tidak ada tanda-tanda infeksi, keadaan rambut tekstur baik, kebersihan baik dan rambut berwarna pirang.

m. Sistem Musculoskeletal

Pasien sulit dalam bergerak, sakit pada paha kanan, tidak ada fraktur, keadaan tonus otot mengalami hipotoni, kelainan bentuk tulang belakang tidak ada, dan kekuatan otot tangan kanan 2, kaki kanan 2 karena ketika kaki pasien dinaikkan masih dibantu dengan kaki sebelah kiri

**Data Tambahan**

Tidak ada data tambahan

**5. Data Penunjang**

a. Pemeriksaan MSCT kepala non-kontras

Pada tanggal 29 April 2021 dengan kesan tidak tampak *bleeding/neoplasm*, *endzone ischemic lesion* di *white matter parietale lobe* kanan.

- b. Pemeriksaan rontgen thorax AP/PA  
 Pada tanggal 29 April 2021 dengan kesan *cardiomegaly*, *elongasi* – kalsifikasi aorta, corakan bronchitis.
- c. Pemeriksaan EKG (Elektrokardiogram)  
 Pada tanggal 29 April 2021 dengan hasil Sinus Rhythm (SR), Prolonged QT, Abnormal ECG.
- d. Pemeriksaan laboratorium  
 Pada tanggal 29 April 2021  
 Haemoglobin 12.7 (12.5-16.0 g/dl), **LED (27 (0-15 mm/jam))**, **leukosit 12.150 (4000-10.500/ul)**, hematokrit 38 (37-47 vol%), trombosit 345.000 (150.000-450.000 /ul), eritrosit 4.16 (4.20-5.40 juta/ul), basophil 0 (0-1 %), eosinophil 0 (2-4 %), batang 3 (3-5 %), **segmen 75 (50-70 %)**, **limfosit 16 (25-40 %)**, monosit 6 (2-8 %), MCV 91 (78-200 fl), MCH 31 (27-31pg), MCHC 33 (32-36 %), NLR 4.87 (-), Ureum 34.0 (16,6-48,5 mg/dl), creatinine 0,64 (0,51-0,95 mg/dl), GDS 99 (60-140 mg/dl), natrium 141 (135-145 mmol/L), kalium 3,82 (3,50-5,00 mmol/L), chloride 105 (98-108 mmol/L), kalsium total 9,4 (8,8-10,2 mg/dl), magnesium 1,9 (1,6-2,4 mg/dl), CRP Kuantitatif 4,4 (<6 mg/L), Antigen SARS-Cov negative (negative).  
 Pada tanggal 30 April 2021  
 SGOT 22 (0-22 u/l), SGPT 18 (0-33 u/l), asam urat **6,9 (2,4-5,7 mg/dl)**, GDS 95 (65-100 mg/dl), HBA1C 4,6 %, kolesterol total 186 mg/dl, LDL 148 mg/dl, HDL 36 mg/dl, trigliserida 109 mg/dl.

## 6. Penatalaksanaan

- a. Terapi Farmakologis
- 1) Terapi cairan Intravena: Pasien hanya menggunakan vemplon saja
  - 2) Obat oral: Atorvastatin 1x20 mg, amlodipine 1x10 mg, Forres 1x50 mg, Folic acid 1x1 mg, pregabalin (PGB) 1x75 mg, Allopurinol 2x100 mg, curcuma force 1x1 mg, Aspilets chen

1x80 mg, Meconeuro 2x500 mcg, Citicoline 250 mg 2x250 mg, Candesartan 1x16 mg, Dulcolactol sirup 1x10cc.

3) Obat Intravena: Mecobalamin 500 mg 2x1 ampul

b. Diit

Pasien mendapatkan diit lunak rendah lemak

## 7. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran Composmentis, GCS: E: 4

V: 5 M: 6, tanda-tanda vital: TD: 166/95 mmHg, Nadi 82x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,2°C.

a. Kebutuhan Fisiologis: Oksigenasi

**Data Subyektif:** pasien mengatakan tidak ada sesak, pasien mengatakan pusing, pasien mengatakan ada riwayat hipertensi dari orangtua dan kakaknya

**Data Obyektif:** pasien tampak tidak menggunakan otot bantu napas, frekuensi pernapasan 20x/menit, iramanya teratur, saat dilakukan perkusi dada terdengar bunyi sonor dan suara napas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernapas serta tidak ada alat bantu napas.

b. Kebutuhan Fisiologis: Cairan

**Data Subyektif:** pasien mengatakan ada muntah saat dirumah tetapi yang keluar makanan terakhir yang dimakan yaitu melon

**Data Obyektif:** turgor kulit elastis, temperature kulit hangat, warna kulit sedikit pucat, keadaan kulit baik tetapi terdapat banyak tanda lahir, CRT <3 detik, *balance* cairan/24 jam: *intake*: minum 1200cc/24 jam, *output* urine 500cc/24 jam, IWL 10x60 cc, *balance* cairan:  $intake - output = 1200cc - 1100cc = (+) 100cc$ .

c. Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

**Data Subyektif:** pasien mengatakan nafsu makannya berkurang, pasien mendapatkan diet rendah lemak dan tidak menggunakan alat bantu makan

**Data Obyektif:** pasien tampak menghabiskan makanan  $\frac{1}{2}$  porsi, bising usus 18x/menit, IMT 24,9 dengan status gizi normal (KEMENKES, 2019)

d. Kebutuhan Fisiologis: Eliminasi BAB dan BAK

**Data Subyektif:** pasien tidak ada keluhan saat BAK, tetapi saat ini pasien belum BAB selama lima hari dari awal masuk ke rumah sakit tanggal 29 April 2021 sampai dengan tanggal 03 Mei 2021.

**Data Obyektif:** bising usus 18x/menit, abdomen teraba lunak, pasien tampak mengkonsumsi obat pencahar dari dokter

e. Kebutuhan Fisiologis: Aktivitas/Istirahat

**Data Subyektif:** pasien mengatakan tidak tahu tidur siangnya berapa lama karena suka kebangun, tidur malam sekitar 5-6 jam, klien mengatakan saat ini tangan kanan dan kaki kanannya terasa sulit untuk digerakkan dan sulit untuk mengenakan pakaian

**Data Obyektif:** pasien tampak terkadang tidur disiang hari, pasien tampak tidurnya cukup, pasien tampak menarik kaki kanannya ke atas dibantu dengan kaki kiri, pasien tidak bisa menggenggam tangan perawat. Kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 2222 sedangkan tangan kiri dan kaki kiri 5555.

f. Kebutuhan Rasa Aman

**Data Subyektif:** klien mengatakan tidak ada batuk berdahak, dan hanya terasa pusing saja,

**Data Obyektif:** tekanan darah pasien 166/95 mmHg.

## g. Kebutuhan Rasa Nyaman

**Data Subyektif:** pasien mengatakan mandinya dibantu oleh suaminya dan suami pasien mengatakan mandinya hanya menggunakan kain waslap dan air saja sebanyak dua kali pada saat pagi dan sore hari.

**Data Obyektif:** seluruh aktivitas pasien dari makan, minum dan mandi tampak dibantu oleh suami dan terkadang dibantu oleh anaknya jika bergantian jaga.

## h. Kebutuhan Aktualisasi Diri

**Data Subyektif:** pasien mengatakan nafsu makan waktu dirumah baik, pasien mengatakan kebiasaan makan dirumah selalu mengkonsumsi daging, makanan yang digoreng dan jarang mengkonsumsi sayur karena pasien tidak suka dengan sayur. Pasien mengatakan tensi darahnya tinggi karena turunan dari orangtua dan kakaknya, pasien juga mengatakan penyakit stroke adalah penyakit yang diakibatkan karena terlalu kecapean dan kurang istirahat. Pasien mengatakan orang yang terkena stroke anggota badannya sulit untuk digerakkan, ada rasa kebas dan terasa berat.

**Data Obyektif:** pasien tampak menjawab pertanyaan perawat dengan baik

## 8. Analisa Data

*Tabel 3.1 Analisa Data*

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p><b>Data Subyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pusing</li> <li>- Pasien mengatakan orangtua dan kakanya mengalami hipertensi</li> </ul>	<p>Perubahan perfusi jaringan serebral</p>	<p>Interupsi aliran darah</p>

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan lupa kapan mengalami darah tinggi karena jarang mengecek kesehatannya</li> <li>- Pasien mengatakan suka mengonsumsi daging dan makanan asin</li> </ul> <p><b>Data Obyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 166/95 mmHg</li> <li>- GCS E: 4, M:6, V:5</li> <li>- Hasil pemeriksaan MSCT Kepala non-kontras dengan kesan tidak tampak <i>bleeding/neoplasm, endzone ischemic lesion di white matter parietale lobe kanan</i></li> </ul>		
2.	<p><b>Data Subyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan susah dan terasa akit menggerakkan tangan sebelah kanan nya</li> </ul>	Kerusakan mobilitas fisik	Kelemahan

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sakit dibagian kaki kanan</li> <li>- Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh suaminya</li> </ul> <p><b>Data Obyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak mendorong kaki kanannya lurus dibantu oleh kaki kirinya</li> <li>- Kekuatan otot pasien tangan kanan dan kaki kanannya 2222</li> <li>- Kebutuhan pasien tampak dibantu oleh suaminya</li> </ul>		
3.	<p><b>Data Subyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan belum BAB selama di rumah sakit</li> <li>- Pasien mengatakan tidak nyaman jika BAB selain dirumahnya</li> <li>- Pasien mengatakan sakit pada perut</li> </ul>	Konstipasi	Perubahan lingkungan

No.	Data	Masalah	Etiologi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan ada rasa penuh diperutnya</li> </ul> <p><b>Data Obyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perut pasien teraba lembek</li> <li>- Bising usus pasien 18x/menit</li> </ul>		
4.	<p><b>Data Subyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mandinya dibantu oleh suaminya</li> <li>- Suami pasien mengatakan mandinya menggunakan kain waslap dan air saja sebanyak dua kali pada saat pagi dan sore hari.</li> </ul> <p><b>Data Obyektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- makan, berpakaian, mandi pasien tampak dibantu oleh suaminya</li> <li>- Aktivitas pasien tampak dibantu oleh suaminya</li> </ul>	Kurang perawatan diri: mandi	Kerusakan neuro muscular

## **B. Diagnosa Keperawatan**

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan
3. Konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan
4. Kurang perawatan diri: mandi berhubungan dengan kerusakan neuro muscular

## **C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan**

- 1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah ditandai dengan**

### **Data Subjektif:**

Pasien mengatakan pusing, pasien mengatakan orangtua dan kakanya mengalami hipertensi, pasien mengatakan lupa kapan mengalami darah tinggi karena jarang mengecek kesehatannya, pasien mengatakan suka mengkonsumsi daging dan makanan asin

### **Data Objektif:**

Tekanan darah 166/95 mmHg, GCS E: 4, M:6, V:5, Hasil pemeriksaan MSCT Kepala non-kontras dengan kesan tidak tampak *bleeding/neoplasm, endzone ischemic lesion* di *white matter parietale lobe* kanan

### **Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral kembali efektif

### **Kriteria Hasil :**

TTV kembali normal (TD: sistole 90-140 mmHg, diastole 60-100 mmHg), tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, fungsi motoric kembali normal, tingkat kesadaran tetap baik (Composmentis), fungsi kognitif tetap membaik,

**Rencana Tindakan:**

- a. Identifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK
- b. Monitor Tanda-tanda vital pasien/shift
- c. Monitor tingkat kesadaran/shift
- d. Berikan posisi *semi-fowler*
- e. Berikan obat amlodipine 1x10 mg (oral), pregabalin 1x75 mg (oral), meconeuro 2x500 mg (oral), citicoline 2x250 mg (oral), candesartan 1x16 mg (oral), folic acid 1x1 mg (oral), mecobalamin 500 mg 2x1 ampul (intravena) sesuai program medis

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021:**

**Pukul 09.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 166/95 mmHg, nadi: 82x/menit, suhu: 36,2°C, RR: 20x/menit. **Pukul 10.00 WIB** mengidentifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil pasien mengatakan pusing dan tengkuk terasa berat, suara masih terdengar pelo. **Pukul 10.15** memberikan posisi semi-fowler dengan hasil pasien lebih nyaman. **Pukul 13.00** monitor kesadaran dengan hasil kesadaran pasien Composmentis nilai GCS E:4, M:6, V:5. **Pukul 14.00 WIB** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 150/85 mmHg, nadi: 80x/menit, suhu 36°C, RR: 22x/menit.

**Pukul 17.00 WIB** perawat ruangan memberikan posisi semi-fowler dengan hasil pasien relax. **Pukul 18.00 WIB** perawat ruangan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien mengerti. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat amlodipine 10 mg, pregabalin 75 mg, meconeuro 500 mg, citicoline 250 mg, candesartan 16 mg, folic acid 1x1 mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan mengecek kondisi pasien dengan hasil pasien tampak sedang istirahat. **Pukul 05.00 WIB** perawat ruangan

memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 154/92 mmHg, nadi: 82x/menit, suhu: 36°C, RR: 20x/menit.

**Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subjektif** : pasien mengatakan pusing dan tengkuk terasa berat

**Objektif** : TD: 154/92 mmHg, nadi: 82x/menit, suhu: 36°C, RR: 20x/menit, kesadaran composmentis dengan GCS E:4, M:6, V:5, suara masih terdengar pelo

**Analisa** : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** lanjutkan semua intervensi

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021:**

**Pukul 08.00** memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 157/83 mmHg, nadi: 87x/menit, suhu: 36°C, RR: 20x/menit. **Pukul 08.30 WIB** memberikan posisi semi-fowler dengan hasil pasien mengatakan nyaman. **Pukul 09.00 WIB** mengidentifikasi kesadaran pasien dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan GCS E:4, M:6, V:5. **Pukul 13.00** mengidentifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil pasien mengatakan masih pusing seperti kemarin tetapi sekarang sudah lebih mendingan, suara pelo pasien sedikit berkurang.

**Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan mengukur tanda-tanda vital dengan hasil 135/80 mmHg, nadi 92x/menit, suhu: 36,6°C, RR: 18x/menit.

**Pukul 19.00** perawat ruangan mengobservasi makanan pasien dengan hasil pasien menghabiskan 1 porsi makan. **Pukul 20.00** perawat ruangan meobservasi kondisi pasien dengan hasil pasien tampak istirahat.

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat amlodipine 10 mg, pregabalin 75 mg, meconeuro 500 mg, citicoline 250 mg, candesartan 16

mg, folic acid 1x1 mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. **Pukul 05.00** perawat ruangan mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD: 156/95 mmHg, nadi: 85x/menit, suhu 36,5°C, RR: 20x/menit.

**Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subyektif** : pasien mengatakan masih pusing seperti kemarin tetapi sekarang udah lebih mendingan

**Obyektif** : TD: 156/95 mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36,5°C, RR: 20x/menit, kesadaran composmentis dengan GCS E:4 M:6 V:5, suara pasien terdengar pelo tapi sudah berkurang

**Analisa** : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** lanjutkan semua intervensi

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021**

**Pukul 08.00 WIB** memberikan obat meconeuro 500 mg, citicoline 250 mg dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan. **Pukul 09.00 WIB** mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD: 141/90 mmHg, nadi 86x/menit, suhu 36,5°C, RR: 20x/menit. **Pukul 10.00 WIB** mengidentifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil pasien mengatakan masih ada pusing tapi sedikit. **Pukul 10.15 WIB** mengidentifikasi kesadaran pasien dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan GCS E:4 M:6 V:5. **Pukul 10.20 WIB** memberikan posisi semi-fowler dengan hasil pasien suka dengan posisi ini dan lebih relax. Pukul 13.50 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil TD: 143/90 mmHg, nadi 83x/menit, suhu: 36,6°C, RR: 20x/menit.

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat amlodipine 10 mg, pregabalin 75 mg, meconeuro 500 mg, citicoline 250 mg, candesartan 16

mg, folic acid 1x1 mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

**Evaluasi keperawatan pada tanggal 06 Mei 2021 Pukul 06.00 WIB:**

**Subyektif** : pasien mengatakan masih ada pusing tapi sedikit

**Obyektif** : TD: 143/90 mmHg, nadi: 83x/menit, suhu:36,6°C,  
RR: 20x/menit, kesadaran composmentis dengan GCS  
E:4 M:6 V:5

**Analisa** : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** hentikan semua intervensi dikarenakan pasien pulang

**2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan**

**Data Subyektif:**

Pasien mengatakan susah dan terasa sakit menggerakkan tangan sebelah kanan nya, pasien mengatakan sakit dibagian kaki kanan, pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh suaminya.

**Data Objektif:**

Pasien tampak mendorong kaki kanannya lurus dibantu oleh kaki kirinya, kekuatan otot pasien tangan kanan dan kaki kanannya 2222, kebutuhan pasien tampak dibantu oleh suaminya

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien kembali normal

**Kriteria Hasil:**

Tidak terjadi kontraktur, kekuatan otot pada tangan dan kaki kanan kembali normal dengan hasil 5555

**Rencana Tindakan:**

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Kaji kekuatan otot/shift
- c. Lakukan rentang gerak ROM
- d. Anjurkan pasien untuk melakukan latihan ROM
- e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- f. Berikan obat forres 1x50 mg sesuai program medis

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021:**

Pada **pukul 09.30 WIB** melakukan pergerakan ROM dengan hasil pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanannya masih merasakan lemas dan sakit, pasien tampak mendorong kaki kanannya dengan kaki kiri untuk meluruskan kakinya kembali. **Pukul 09.50 WIB** menganjurkan pasien untuk berlatih melakukan ROM dengan hasil pasien mengatakan akan berlatih ROM dibantu oleh suaminya. **Pukul 10.20 WIB** mengkaji kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan masih sama yaitu 2222. **Pukul 11.00 WIB** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan ada nyeri di daerah paha ketika menarik kaki kanannya keatas. **Pukul 13.15** melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil suami pasien membantu pasien latihan ROM.

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat forres 50 mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan

**Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subjektif** : pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanannya masih merasakan lemas dan sakit

**Objektif** : pasien tampak mendorong kaki kanannya dengan kaki kiri untuk meluruskan kakinya, kekuatan otot tangan kanan dan tangan kiri 2222

**Analisa** : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** lanjutkan intervensi nomor 1,2 dan 3

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021**

**Pada pukul 10.10** mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pahanya masih merasakan sakit ketika kakinya ditarik keatas. **Pukul 11.10** mengkaji kekuatan otot dengan hasil tangan kanan 2222 dan kaki kanan 3333. **Pukul 13.15** melakukan pergerakan ROM dengan hasil pasien mengatakan tangannya masih lemas dan berat saat digerakkan, pasien mampu menggerakkan sendi pergelangan kaki ke kanan dan ke kiri, pasien mampu menaikkan kaki nya keatas dan didorong ke posisi semula, pasien mampu menarik kakinya mendekat ke paha dan mendorongnya ke posisi semula meskipun masih dibantu oleh kaki kirinya, pasien mampu menggeser kaki kananya ke samping.

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat forres 50 mg dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan

**Pukul 21.15 WIB** perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil tangan kanan 3333 dan kaki kanan 3333

**Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00**

**Subyektif :** pasien mengatakan pahanya masih sakit saat ditarik ke atas, pasien mengatakan tangannya masih terasa lemas dan berat saat digerakkan.

**Obyektif :** pasien mampu menggerakkan sendi pergelangan kakinya ke kanan dan ke kiri, pasien mampu menaikkan kakinya ke atas dan didorong ke posisi semula, pasien mampu menarik kakinya mendekat ke paha dan mendorong kakinya ke posisi semula tetapi tampak dibantu oleh kaki sebelah kiri, pasien mampu menggeser kakinya ke samping. Kekuatan otot tangan kanan pasien 3333 dan kaki kiri 3333

**Analisa :** masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

**Perencanaan :** lanjutkan intervensi nomor 1, 2 dan 3

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021:**

Pada **pukul 08.45 WIB** mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi didaerah pahanya. **Pukul 09.15 WIB** melakukan pergerakan ROM dengan hasil pasien mampu menggerakkan kaki kanannya kearah atas, kanan dan kiri, pasien mampu mengangkat dan mendorong kakinya ketempat semula, pasien mengatakan tangannya masih terasa berat sedikit, mampu mengangkat tangannya keatas, mampu menggeser tangannya kesamping tetapi masih setengah-setengah, pasien mampu menggenggam tangan perawat sedikit. **Pukul 13.30 WIB** mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil kaki kanan masih sama 3333 tangan kanan ada peningkatan 3333

**Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subyektif:** pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri didaerah pahanya, pasien mengatakan tangannya masih terasa berat sedikit

**Obyektif :** pasien mampu menggerakkan kaki kanannya kearah atas, kanan dan kiri, pasien mampu mengangkat dan mendorong kakinya ketempat semula, mampu mengangkat tangannya keatas, mampu menggeser tangannya kesamping tetapi masih setengah-setengah, pasien mampu menggenggam tangan perawat sedikit, kekuatan otot tangan kanan 3333 kaki kanan 3333

**Analisa :** masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** hentikan semua intervensi, dikarenakan pasien pulang

**3. Konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan ditandai dengan**

**Data Subjektif:**

Pasien mengatakan belum BAB selama di rumah sakit, Pasien mengatakan tidak nyaman jika BAB selain dirumahnya, pasien mengatakan sakit pada perut, pasien mengatakan ada rasa penuh diperutnya

**Data Obyektif:**

Perut pasien teraba lembek, bising usus pasien 18x/menit

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik

**Kriteria Hasil:**

Sakit pada perut berkurang, pasien mampu BAB minimal 1 hari sekali, tidak terjadi kram pada perut

**Rencana Tindakan:**

- a. Periksa tanda dan gejala konstipasi
- b. Monitor buang air besar
- c. Anjurkan pasien untuk diet tinggi serat
- d. Anjurkan pasien untuk menghabiskan porsi makan makanan yang dari rumah sakit
- e. Berikan obat dulcolactol sirup 1x10 cc sesuai program medis

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021**

**Pada pukul 08.30** memeriksa tanda dan gejala konstipasi dengan hasil pasien mengatakan belum BAB dari awal masuk rumah sakit, pasien mengatakan ada rasa penuh diperut, pasien mengatakan sakit dibagian perut, perut pasien teraba lembek, bising usus pasien 18x/menit. **Pukul 10.30 WIB** memonitor buang air besar pasien dengan hasil pasien belum BAB. **Pukul 10.45 WIB** menganjurkan pasien untuk diet tinggi serat seperti buah pisang dan apel dengan hasil pasien akan mencoba mengkonsumsi buah tersebut.

**Evaluasi keperawatan pada tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subyektif:** pasien mengatakan belum BAB dari awal masuk rumah sakit, pasien mengatakan sakit pada perut, pasien mengatakan ada rasa penuh diperut

**Obyektif :** bising usus pasien 18x/menit, ketika dipalpasi perut pasien teraba lembek

**Analisa :** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** lanjutkan intervensi nomor 1, 2 dan 4

**Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 04 Mei 2021:**

**Pukul 09:50 WIB** memeriksa tanda dan gejala konstipasi dengan hasil pasien megatakan masih terasa penuh diperutnya, pasien mengatakan

sudah tidak sakit perut lagi, bising usus 17x/menit, perut teraba lembek.

**Pukul 10.40 WIB** memonitor buang air besar dengan hasil pasien mengatakan belum BAB. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat dulcolactol sirup 10 cc sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan.

**Pukul 05.00 WIB** perawat ruangan memonitor BAB pasien dengan hasil pasien belum BAB.

### **Evaluasi keperawatan pada tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00**

**Subyektif :** pasien mengatakan belum BAB, pasien mengatakan masih ada rasa penuh diperutnya, pasien mengatakan sudah tidak sakit perut lagi.

**Obyektif :** bising usus 17x/menit, perut teraba lembek

**Analisa :** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** lanjutkan intervensi nomor 1, 2 dan 4

### **Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021:**

**Pada pukul 10.20 WIB** memeriksa tanda dan gejala konstipasi dengan hasil pasien mengatakan masih ada rasa penuh diperut, bising usus 18x/menit, perut masih teraba lembek. **Pukul 11.30 WIB** memonitor buang air besar dengan hasil pasien mengatakan belum BAB. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat dulcolactol sirup 10 cc dengan hasil obat berhasil diminum dan tidak dimuntahkan.

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memonitor BAB pasien dengan hasil pasien mengatakan belum BAB

**Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subyektif:** Pasien mengatakan belum BAB, pasien mengatakan masih ada rasa penuh di perut

**Obyektif :** bising usus 18x/menit, perut masih teraba lembek

**Analisa :** masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** hentikan semua intervensi karena pasien pulang

**4. Kurang perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan neuromuscular**

**Data Subjektif:**

Pasien mengatakan mandinya dibantu oleh suaminya, suami pasien mengatakan mandinya menggunakan kain waslap dan air saja sebanyak dua kali pada saat pagi dan sore hari

**Data Objektif :**

Makan, berpakaian, mandi pasien tampak dibantu oleh suaminya, aktivitas pasien tampak dibantu oleh suaminya

**Tujuan:**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri pasien dapat meningkat

**Kriteria Hasil:**

Pasien mampu mandi, pasien mampu mengenakan pakaian, pasien mampu makan sendiri, pasien mampu mempertahankan kebersihan diri

**Rencana Tindakan:**

- a. Monitor kebersihan tubuh
- b. Monitor integritas kulit
- c. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- d. Fasilitasi mandi pasien
- e. Bantu pasien untuk mandi
- f. Ajarkan pada keluarga cara memandikan pasien

**Pelaksanaan keperawatan pada tanggal 03 Mei 2021:**

**Pada pukul 09.30 WIB** memonitor kebersihan tubuh pasien dengan hasil tubuh pasien tampak bersih. **Pukul 09.40 WIB** memonitor integritas kulit dengan hasil kulit pasien tidak ada luka yang ada hanya tanda lahir yang berwarna coklat. **Pukul 13.15 WIB** mengajarkan pada keluarga cara memandikan pasien dengan hasil suami pasien dapat memahami dan mengetahui bagian mana yang harus dibersihkan.

**Pukul 17.00 WIB** perawat ruangan membantu melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan dengan hasil pasien mengatakan lebih nyaman karena mandinya menggunakan sabun, pasien tampak bersih dan wangi. **Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan memberikan motivasi kepada pasien untuk tetap melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan dengan hasil pasien tampak mengerti dan akan mengikuti semua anjuran perawat.

**Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subyektif:** pasien mengatakan lebih nyaman karena mandinya menggunakan sabun, pasien mengatakan akan melakukan perawatan diri dengan baik meskipun dibantu oleh suaminya.

**Obyektif :** pasien tampak bersih dan wangi pasien tampak dibantu oleh suaminya

**Analisa :** masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** lanjutkan semua intervensi

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021:**

Pada **pukul 08.30 WIB** memonitor kebersihan tubuh pasien dengan hasil tubuh pasien tampak bersih dan wangi. **Pukul 08.45 WIB** memonitor integritas kulit dengan hasil kulit pasien tampak utuh tidak ada luka dikulit.

**Pukul 17.00 WIB** perawat ruangan memberikan motivasi kepada pasien dan suami untuk melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan dengan hasil suami pasien mengatakan akan tetap memandikan pasien setiap pagi dan sore

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan mengobservasi kondisi pasien dengan hasil pasien tampak beristirahat.

**Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subjektif** : suami pasien mengatakan akan tetap memandikan pasien setiap pagi dan sore hari

**Objektif** : kulit pasien tampak bersih dan wangi, kulit pasien utuh dan tidak ada luka dikulit.

**Analisa** : masalah teratasi sebagian tujuan tercapai

**Perencanaan:** lanjutkan semua intervensi

**Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021**

Pada **pukul 09.15 WIB** memonitor kebersihan tubuh dengan hasil tubuh pasien terlihat bersih dan wangi. **Pukul 10.15 WIB** memonitor integritas kulit dengan hasil kulit pasien tampak utuh, tidak ada luka dan hanya terdapat tanda lahir yang berwarna coklat ditangannya. **Pukul 13.50 WIB** membantu pasien untuk mandi dengan hasil pasien mengatakan mandinya hanya mau dibantu oleh suaminya, karena pasien tidak mau merepotkan perawat.

**Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan mengobservasi kondisi pasien dengan hasil pasien tampak beristirahat.

**Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021 pukul 06.00 WIB:**

**Subyektif:** pasien mengatakan mandinya hanya mau dibantu oleh suaminya, karena pasien tidak mau merepotkan perawat

**Obyektif :** pasien tampak bersemangat, kulit pasien tampak bersih, utuh dan terdapat tanda lahir berwarna coklat ditangannya.

**Analisa** : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

**Perencanaan:** hentikan semua intervensi dikarenakan pasien pulang

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pada bagian pengkajian keperawatan penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus. Pada bagian ini juga penulis hanya ingin menguraikan data-data terpenting pada pengkajian pasien dengan stroke iskemik.

Menurut (Purwanto, 2016) jika dilihat dari kebutuhan nutrisinya pasien stroke selalu mengkonsumsi makanan yang berlemak seperti, santan, goreng-gorengan, hati, usus, dan suka makanan yang mengandung banyak garam. Pada kasus ditemukan bahwa pasien sering mengkonsumsi daging-dagingan, gorengan dan suka mengkonsumsi makanan asin. Hal ini dibuktikan dari hasil laboratorium kolesterol total 186mg/dl, LDL 148 mg/dl, HDL 36 mg/dl, trigliserida 109 mg/dl dan dibuktikan juga dari pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 166/95 mmHg.

Menurut (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012) pola eliminasi pada pasien stroke biasanya terjadi perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria. Pada kasus pasien tidak mengalami perubahan pada pola berkemih, tetapi terjadi perubahan pola defekasi. Dibuktikan dengan saat pengkajian pasien mengatakan belum BAB selama 5 hari, Pasien mengatakan tidak nyaman jika BAB selain dirumahnya dan ada rasa penuh diperutnya

Menurut (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012) tanda dan gejala aktivitas/istirahat pada pasien dengan stroke iskemik akan mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis, merasa mudah lelah dan susah untuk beristirahat, adanya penurunan tonus otot, gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran. Pada kasus pasien mengalami kelemahan ekstremitas sebelah kanan dengan kekuatan otot kaki kanan 2/2 dan

tangan kanan 2222, kesadaran pasien baik (*composmentis*) tidak terjadi penurunan kesadaran, pasien mengalami kehilangan sensasi ketika disentuh di tangan kanannya. Dibuktikan dengan saat dilakukan pengkajian pasien meluruskan kaki kanannya dibantu dengan kaki sebelah kiri, tidak ada respon ketika tangan kanannya disentuh.

Menurut (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012) tanda dan gejala pada pasien dengan stroke iskemik ditemukan pusing selama masa TIA (*Transient Ischemic Attack*), mengalami kebas/kesemutan, terdapat sisi yang lumpuh, penglihatan menurun, kehilangan daya lihat sebagian, hilangnya rangsangan sensorik pada sisi tubuh yang berlawanan pada ekstremitas dan kadang-kadang pada satu sisi wajah. Kehilangan kemampuan untuk menggunakan motorik saat pasien ingin menggerakkannya. Pada kasus pasien mengalami pusing dikepala, kebas di ekstremitas kanan, mulut pasien masih terlihat normal tetapi bicara pasien sedikit pelo dan pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan. Dibuktikan dengan saat dilakukan pengkajian ketika disentuh tangannya pasien mengatakan tidak terasa apa-apa dan pasien juga tidak bisa menggenggam tangan penulis, ketika senyum bibir pasien tampak simetris, ketika meluruskan kaki kanannya dibantu dengan kaki sebelah kiri.

Menurut (Susilo, 2019) pemeriksaan penunjang pada pasien dengan stroke iskemik diantaranya yaitu CT-Scan, MRI, MRA, EKG, USG Doppler Karotis, USG Doppler Transcranial dan Pemantauan Holler. Pada kasus, pasien dilakukan CT-Scan kepala non-kontras dengan kesan: tidak tampak *bledding/neoplasm, endzone ischemic lesion* di *white matter parietale lobe* kanan. Selain CT-Scan kepala non-kontras pasien juga dilakukan pemeriksaan Foto Thorax AP/PA dengan kesan: *Cardiomegaly, elongasi-kalsifikasi aorta*, corakan Bronkitis. Serta dilakukan pemeriksaan EKG dengan hasil: Sinun Rhythm (SR), Prolonged QT, Abnormal EKG.

Factor pendukung dalam proses pengkajian keperawatan ialah pasien dan suaminya sangat kooperatif terkait penyakit pasien, data rekam medis

lengkap dan perawat ruangan sangat membantu penulis dalam melakukan proses keperawatan ini.

Faktor penghambat dalam proses pengkajian keperawatan adalah penulis mengalami kesulitan dalam membaca beberapa tulisan dokter, selain itu penulis juga kesulitan dalam melihat dokumentasi perawat ruangan karena tidak semua tindakannya didokumentasikan serta kesulitan dalam melihat dokumentasi hasil dari tenaga kesehatan lainnya.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan menurut (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012) tetapi tidak ada pada kasus diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuscular, kehilangan tonus/control otot fasial/oral, kelemahan/kelelahan umum. Kondisi ini terjadi karena adanya gangguan pada wernicke memiliki fungsi sebagai pusat pemahaman bahasa dan broca berfungsi untuk fungsi motoric bicara, sehingga akan mengakibatkan kerusakan pada komunikasi, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Hal ini dikarenakan pasien masih mampu berbicara meskipun sedikit pelo. Dapat dibuktikan saat pengkajian pasien masih mampu bercakap-cakap dengan perawat (Marya, 2013).
2. Perubahan persepsi-sensori berhubungan dengan perubahan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis atau defisit), stress psikologi. Kondisi ini terjadi karena stroke pada jalur sensoris dari lobus parietal yang disuplai oleh arteri serebral anterior bagian tengah. Sedangkan pada kasus tidak terjadi perubahan sensori, dikarenakan pasien pasien mengalami gangguan pada lobus parietal kanan. Hal ini dibuktikan saat pengkajian didapatkan hasil CT-Scan Kepala dengan kesan: tidak tampak *bledding/neoplasm, endzone ischemic lesion* di *white matter parietale lobe* kanan.

3. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikosial, perseptual kognitif. Kondisi ini terjadi karena adanya infark pada lobus frontal pada arteri serebral anterior atau media sehingga dapat mengakibatkan gangguan dalam ingatan, penilaian, pemikiran abstrak, pemahaman, kemampuan menahan diri dan emosi. Pada kasus tidak terjadi karena pasien tampak bersemangat untuk sembuh dan cepat-cepat ingin bertemu dengan cucunya dirumah. Hal ini dibuktikan saat dilakukan pengkajian volume suara pasien tetap normal tidak terlalu kecil dan menatap mata lawan bicaranya (Black, 2014).
4. Risiko tinggi terhadap kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular/perseptual. Kondisi ini terjadi karena adanya gangguan pada saraf kranial V (Trigeminus), VII (fasialis) dan IX (Glossofaringeus) yang mana saraf-saraf tersebut memiliki peranan saat aktivitas menelan. Pada kasus tidak terjadi karena bibir pasien masih bisa tersenyum dengan posisi simetris dan pasien juga mampu mengkonsumsi makanan. Hal ini dibuktikan saat dilakukan pengkajian pasien tampak tidak menggunakan alat bantu makan dan pasien mampu mengkonsumsi makanannya (Black, 2014).

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus tetapi tidak ada pada (Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, 2012) adalah sebagai berikut:

1. Konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan. Kondisi ini terjadi akibat perubahan lingkungan dan cara defekasi yang berbeda karena pasien dianjurkan untuk bedrest. Hal ini terbukti saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan belum BAB selama 5 hari dan ada rasa penuh diperutnya, bising usus 18x/menit, perut teraba lembek.

Faktor pendukung dalam menentukan diagnosa keperawatan yaitu adanya sumber pustaka. Sehingga penulis dapat menggunakannya sebagai referensi dalam menentukan diagnosa keperawatan.

Faktor penghambat dalam menyusun diagnosa yaitu disumber rujukan tidak terdapat masalah keperawatan tentang konstipasi sehingga penulis menggunakan dua referensi dalam menyusun diagnosa keperawatan.

### **C. Perencanaan Keperawatan**

Pada rencana keperawatan yang terdapat dalam teori tetapi tidak terdapat pada kasus adalah sebagai berikut:

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah
  - a. Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara ketika sadar, penulis tidak mengambil intervensi ini karena ketika bercakap-cakap pasien hanya menunjukkan suara pelonya sedikit.
  - b. Cegah terjadinya mengejan saat defekasi dan menggunakan pernapasan yang memaksa, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan saat menyusun rencana keperawatan penulis kurang fokus dalam menentukan intervensi.
  
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan
  - a. Ubah posisi minimal setiap 2 jam dan sebagainya. Jika memungkinkan bisa lebih sering diletakkan dlam posisi yang terganggu, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien merasa sakit saat miring ke sebelah kanan dan terkadang pasien duduk ketika tensi darahnya mencapai batas yang telah ditentukan
  - b. Tempatkan bantal dibawah aksila untuk melakukan abduksi pada tangan, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien sudah melakukan itu sendiri untuk menahan tangan kanannya
  - c. Tinggikan tangan dan kepala, penulis tidak mengambil ini karena saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah pasien masih tinggi dan tidak dianjurkan untuk memposisikan kepalanya dalam keadaan tinggi.

- d. Posisikan lutut dan panggul dalam posisi ekstensi, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien masih merasakan sakit pada kaki kanannya.
  - e. Bantulah dengan simulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi, penulis tidak memasukkan intervensi ini dikarenakan tekanan darah pasien masih diatas batas yang ditentukan oleh rumah sakit sehingga pasien hanya dilakukan ROM saja oleh fisioterapis.
3. Kurang perawatan diri: berhubungan dengan kerusakan neuro muscular
    - a. Hindari melakukan sesuatu yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan, penulis tidak mengambil intervensi tersebut dikarenakan semua kebutuhan pasien sudah dibantu oleh suaminya.
    - b. Identifikasi kebiasaan defekasi sebelumnya dan kembalikan pada kebiasaan pola normal tersebut, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien mengalami konstipasi
    - c. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi/ahli terapi okupasi, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien sudah dilakukan kolaborasi dengan fisioterapis
  4. Konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan ketidakaturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, kelemahan otot abdomen, ketidakadekuatan toileting, perubahan lingkungan, penyalahgunaan laksatif, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan cairan, konfusi, depresi.
    - a. Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien tidak mengkonsumsi obat pencahar
    - b. Identifikasi kebiasaan BAB sesuai usia, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan belum BAB

- c. Berikan air hangat setelah makan, penulis tidak mengambil intervensi tersebut karena pasien sudah melakukannya
- d. Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien, penulis tidak mengambil karena disetiap evaluasi pasien mengatakan belum BAB
- e. Jaga privasi selama BAB, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien belum bisa BAB
- f. Ganti pakaian pasien setelah BAB, penulis tidak mengambil intervensi ini dikarenakan pasien selalu mengganti pakaiannya setiap hari dan pasien juga tidak melakukan defekasi
- g. Berikan enema atau irigasi, penulis tidak mengambil intervensi tersebut dikarenakan pasien sudah mendapatkan obat pencahar sesuai program medis
- h. Lakukan massase abdomen, penulis tidak melakukan massase abdomen dikarenakan perut pasien teraba lembek dan pasien mengatakan sakit didaeraah perutnya
- i. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, tidak mengambil dikarenakan pasien mengalami keterbatasan gerak
- j. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, penulis tidak mengambil dikarenakan minum pasien cukup baik

Faktor pendukung dalam menyusun perencanaan keperawatan ini adalah adanya sumber rujukan dari buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dapat membantu penulis dalam merencanakan tindakannya untuk mengatasi masalah pada stroke iskemik

Faktor penghambat yang ditemukan adalah adanya beberapa perencanaan yang berbeda antara sumber rujukan teori asuhan keperawatan dengan sumber rujukan yang digunakan untuk perencanaan kasus.

#### **D. Pelaksanaan Keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang sudah dibuat. Pelaksanaan pada pasien Ny. L dilakukan selama 3x24 jam yaitu pada tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan 05 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan dapat berjalan dengan baik karena pasien dapat bersikap kooperatif dalam melakukan perencanaan yang telah dibuat.

Pelaksanaan keperawatan pada Ny. L selama 3x24 jam mengalami perubahan yang cukup baik dengan hasil kekuatan otot pasien dapat bertambah menjadi 3333 dan dapat turun dari tempat tidur meskipun dibantu.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan ini yaitu adanya bantuan dari suami pasien, perawat ruangan dan petugas kesehatan lainnya sehingga penulis dapat merealisasikan intervensi dengan baik dan sesuai harapan. Sikap pasien yang kooperatif juga dapat mendukung penulis dalam memberikan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu karena adanya keterbatasan waktu dinas sehingga penulis tidak dapat melakukan rencana keperawatan selama 24 jam sehingga untuk pelaksanaan yang lainnya penulis melihat catatan keperawatan dari perawat ruangan.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan pada Ny. L penulis melihat pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditentukan. Evaluasi yang dilakukan dengan mengikutsertakan pasien, suami, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan dilakukan sama dengan pelaksanaan yaitu 3x24 jam yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang ditentukan.

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

Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral kembali efektif. Setelah pasien dirawat selama tiga hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan: pasien mengatakan pusing masih ada tapi sedikit, tekanan darah 143/90 mmHg, nadi 83x/menit, kesadaran Composmentis dengan nilai GCS E:4 M:6 V:5. Semua intervensi dihentikan karena pasien pulang. Pendukung teratasinya masalah pada diagnose pertama ini atas adanya semangat dan sikap kooperatif dari pihak pasien dan suaminya sehingga pasien mengalami perbaikan pada kondisinya.

2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien kembali normal. Selama pasien dirawat tiga hari masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai ditandai dengan: pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri didaerah pahanya, pasien mengatakan tangannya masih tersasa berat sedikit, pasien tampak mampu menggerakkan kaki kanannya kearah atas, kanan dan kiri. Pasien mampu mengangkat dan mendorong kaki kananya ketempat semula, mampu mengangkat tangannya keatas, pasien tampak mampu menggeser tangannya kesamping tetapi masih setengah-setengah, pasien mampu menggenggam tangan perawat sedikit, kekuatan otot tangan kanan 3333 kaki kanan 3333. Semua intervensi dihentikan karena pasien pulang. Faktor pendukung teratasinya masalah pada diagnose kedua adalah adanya dorongan semangat dari diri pasien untuk sembuh sehingga pasien mampu mengikuti anjuran perawat.

3. Konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik. Selama pasien dirawat tiga hari masalah belum teratasi tujuan belum tercapai ditandai dengan: pasien

mengatakan belum BAB, pasien mengatakan masih ada rasa penuh diperut, bising usus pasien 18x/menit, perut masih teraba lembek. Semua intervensi dihentikan karena pasien pulang. Faktor pendukung tidak teratasinya diagnose ketiga yaitu karena adanya perubahan lingkungan sehingga pasien tidak terbiasa dan tidak nyaman melakukan defekasi selain dirumahnya

4. Kurang perawatan diri: mandi berhubungan dengan kerusakan neuro muscular

Setelah dilakukan tindakan keperawatam selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri pasien dapat meningkat. Selama dilakukan perawatan tiga hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan: pasien mengatakan mandinya hanya mau dibantu oleh suaminya, karena pasien tidak mau merepotkan perawat, pasien tampak bersemangat, kulit pasien tampak bersih, utuh dan terdapat tanda lahir berwarna coklat ditangannya. Semua intervensi dihentikan karena pasien pulang. Faktor pendukung teratasinya masalah ini ialah adanya sikap yang kooperatif dan semangat dari pasien maupun suaminya.

Dari keempat diagnosa diatas terdapat faktor penghambat dalam melakukan evaluasi keperawatan yaitu tiga masalah keperawatan masih masih teratasi sebagian dan tujuannya belum tercapai. Selain itu terdapat satu diagnosa yang masalahnya tidak teratasi tujuannya tidak tercapai dikarenakan pasien merasa kurang nyaman jika melakukan defekasi selain dirumahnya.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Pasien dengan stroke iskemik disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak yang disebabkan oleh thrombus maupun embolus. Thrombus terjadi karena adanya lemak yang tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan aliran darah terganggu dan mengakibatkan hantaran nutrisi serta oksigen tidak sampai pada sel otak. Sedangkan embolus penumpukan plak yang terjadi diluar pembuluh darah otak kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi sampai ke pembuluh darah otak. Pasien tampak tidak mengalami peningkatan intracranial seperti muntah dan nyeri hebat dikepala. Data yang didapatkan pada saat pengkajian dengan kondisi stroke iskemik adalah adanya gangguan anggota gerak pada ekstremitas baik ekstremitas atas, bawah, kanan maupun kiri. Selain itu pasien dengan stroke iskemik juga akan ditemukan kelainan pada suaranya yang terdengar cadel maupun pelo.

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan stroke iskemik diantaranya yaitu Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusif, hemorragi, vasospasme serebral, edema serebral, Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan keterlibatan neuromuscular, kelemahan, parestesia, falksid/paralisis hipotonik (awal), paralisis spastis, Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus/control otot fasial/oral, kelemahan/kelelahan umum, Perubahan persepsi-sensori berhubungan dengan perubahan resepsi sensori, transmisi, integrasi (trauma neurologis atau deficit), stress psikologi, Kurang perawatan diri: mandi berhubungan dengan kerusakan neuro muscular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan control/kordinasi otot, Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif, Risiko tinggi

terhadap kerusakan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuscular/perseptual. Namun diagnosa utama pada stroke iskemik adalah Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusif, hemorragi, vasospasme serebral, edema serebral. Kemudian terdapat diagnosa tambahan yang terjadi pada pasien adalah konstipasi berhubungan dengan perubahan lingkungan dikarenakan pasien mengalami ketidaknyamanan jika tidak defekasi di rumah sendiri.

Rencana keperawatan yang perlu diperhatikan pada pasien dengan kondisi stroke iskemik yaitu, identifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), dan berikan posisi fowler untuk mencegah terjadinya aspirasi.

Pelaksanaan keperawatan yang perlu ditekankan pada pasien dengan stroke iskemik adalah mengatasi masalah utamanya yaitu Perubahan perfusi jaringan serebral. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu mengkaji tingkat kesadaran, mengobservasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi), mengkaji adanya tanda-tanda peningkatan TIK, dan berikan posisi fowler

Evaluasi keperawatan dilakukan pada akhir proses implementasi. Didalam evaluasi didapatkan perbandingan antara kriteria hasil dengan hasil yang didapatkan dari implementasi. Evaluasi yang perlu ditekankan yaitu pada diagnosa keperawatan perfusi jaringan serebral agar tetap adekuat.

## **B. Saran**

Berdasarkan adanya beberapa faktor penghambat, maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

### **1. Bagi petugas kesehatan**

Diharapkan bagi petugas kesehatan agar dapat mendokumentasikan hasil tindakannya di catatan keperawatan supaya dapat dipahami dan

dimengerti oleh sejawat yang lainnya dan juga mengurangi adanya kesalahpahaman antara satu orang dengan yang lainnya.

## **2. Bagi umum**

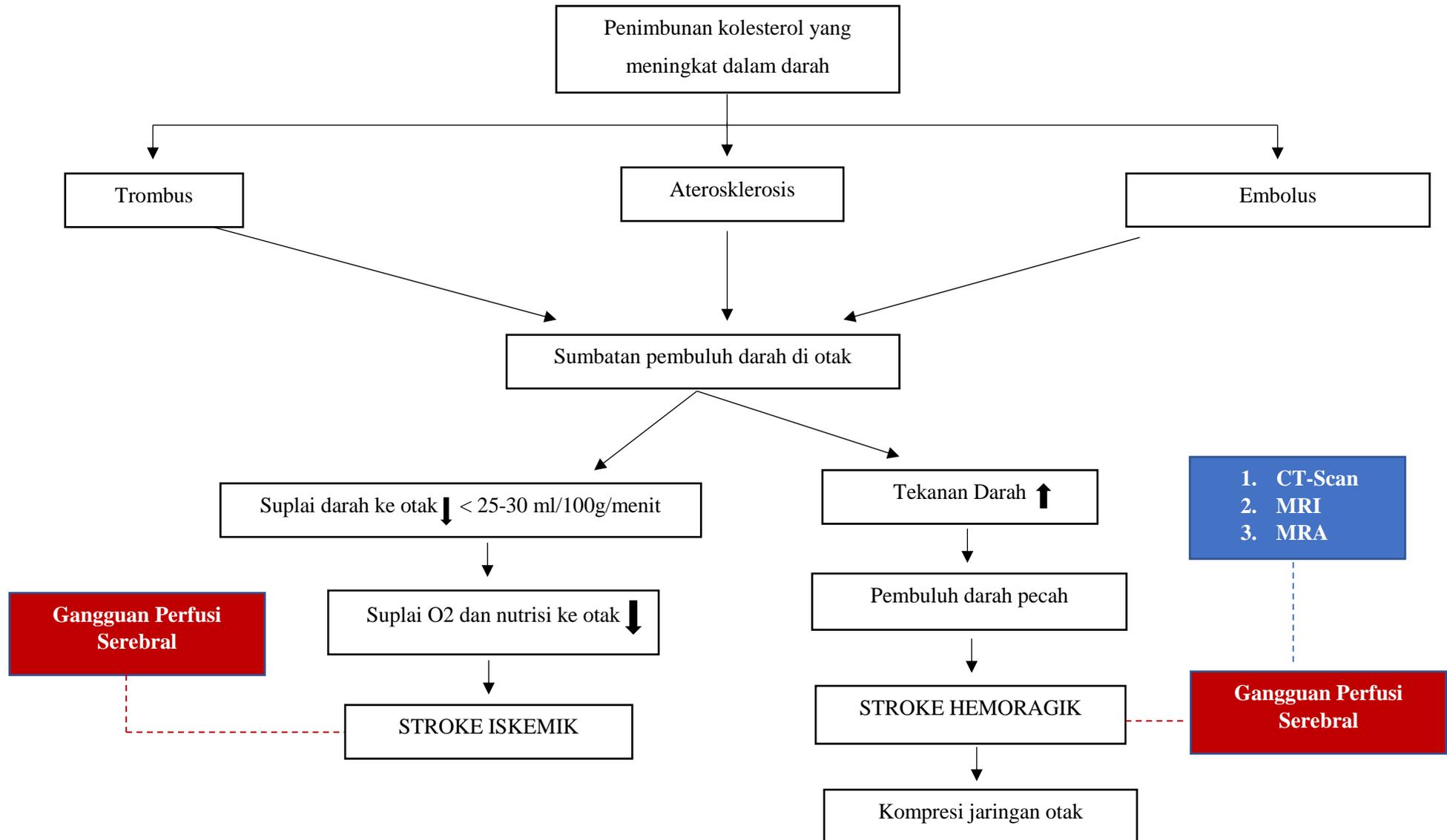
Diharapkan bagi mahasiswa keperawatan yang nanti akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik agar dapat melakukannya dengan lebih baik lagi dan ada beberapa hal yang harus diperhatikan saat memberikan asuhan keperawatan diantaranya yaitu, tingkat kesadaran pasien, kebutuhan dasar pasien, tingkat keamanan dan perasaan yang dirasakan oleh pasien.

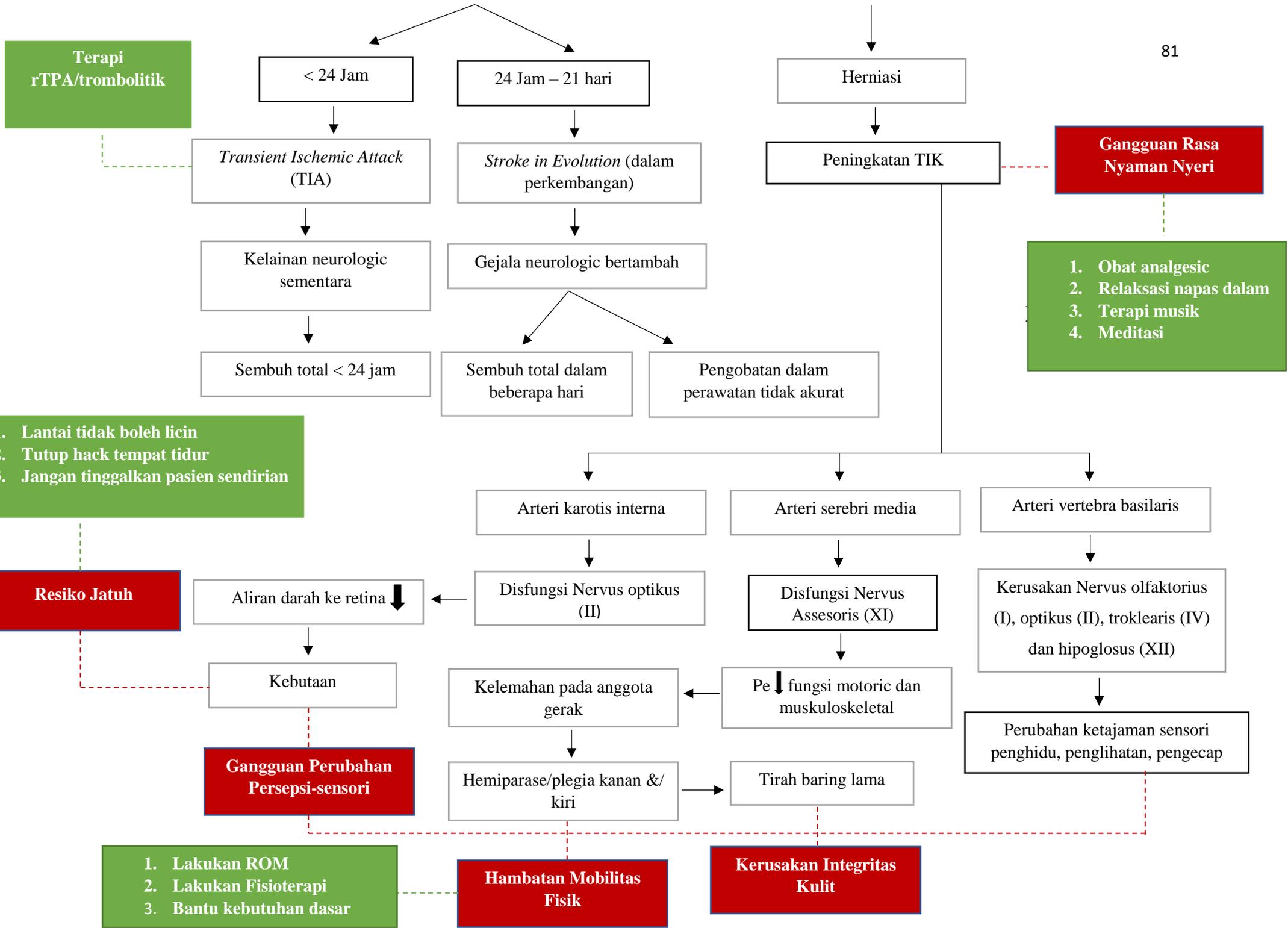
## DAFTAR PUSTAKA

- Assosiation, A. H. (2021). *Quickly finding – and treating – the cause of a stroke may prevent more*. <https://www.heart.org/en/news/2021/05/24/quickly-finding-and-treating-the-cause-of-a-stroke-may-prevent-more>
- Black, J. M. dan J. H. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah:Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan* (R. W. A. . Akliia Susila, Faqihani Ganiajri, Peni Puji Lestari (ed.); 8 ed.). Elsevier Inc.
- CDC. (2021). *Stroke Treatment*. <https://www.cdc.gov/stroke/treatments.htm>
- Chen, Z., Venkat, P., Seyfried, D., Chopp, M., Yan, T., & Chen, J. (2017). Brain-Heart Interaction: Cardiac Complications after Stroke. *Circulation Research*, 121(4), 451–468. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.117.311170>
- Djawa, Y. D., Hariyanto, T., & Ardiyani, V. M. (2017). PENGARUH PERAN PERAWAT SEBAGAI EDUKATOR TERHADAP KECEMASAN KELUARGA PASIEN STROKE DI UNIT STROKE RUMAH SAKIT PANTI WALUYA MALANG. *Nursing News*, 2(3), 21–33. <https://publikasi.unitri.ac.id/index.php/fikes/article/view/450/368>
- Hidayat, A. A. (2021). *Proses Keperawatan: Pendekatan NANDA, NIC, NOC dan SDKI*. Health Books Publishing. [https://www.google.co.id/books/edition/Proses\\_Keperawatan\\_Pendekatan\\_NANDA\\_NIC/h3scEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=implementasi+keperawatan+hidayat&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Proses_Keperawatan_Pendekatan_NANDA_NIC/h3scEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=implementasi+keperawatan+hidayat&printsec=frontcover)
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Stroke: A global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 634A–635A. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636>
- Jumariah, T., & Mulyadi, B. (2017). Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(1), 182–188.
- KEMENKES. (2019). *Tabel Batas Imbang Index Mass Tubuh*. <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/tabel-batas-ambang-indeks-massa-tubuh-imt>
- Kusuma, A. H. N. dan H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic Noc*. Mediaction.
- Lengkong, E., Warouw, F., & Kembuan, M. A. H. N. (2021). Penanganan Stroke Iskemik Akut di Masa Pandemi COVID-19. *e-CliniC*, 9(1), 224–230. <https://doi.org/10.35790/ecl.9.1.2021.32421>
- Lingga, L. (2013). *All About Stroke*. PT Elex Media Komputindo. [https://www.google.co.id/books/edition/All\\_About\\_Stroke/RxdQDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=kekuatan+otot&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/All_About_Stroke/RxdQDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=kekuatan+otot&printsec=frontcover)
- Ma, A., Kase, C. S., Shoamanesh, A., Abdalkader, M., Pikula, A., Sathya, A.,

- Catanese, L., Ellis, A. T., & Nguyen, T. N. (2021). Stroke and Thromboprophylaxis in the Era of COVID-19. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(1), 105392. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105392>
- Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, A. C. G. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan* (M. E. dan Y. Asih (ed.); 3 ed.). Buku Kedokteran EGC.
- Marya, R. . (2013). *Buku Ajar Patofisiologi* (E. R. Megawati (ed.)). BINA RUPA AKSARA Publisher.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Medika Tadulako, Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(2), 36–44.
- Purwanto, H. (2016). KMB-2 Komprehensif. In *Modul Keperawatan Medikal Bedah 2*. KEMENKES.
- Riskesdas. (2018). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. In *Kementerian Kesehatan RI*.
- Susilo, C. B. (2019). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH: PERSARAFAN*. PT. PUSTAKA BARU.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah: Gangguan Sistem Persarafan (II)*. CV Sagung Seto.
- WHO. (2020). *The Top 10 Causes of Death*. The top 10 causes of death (who.int)

## Patoflow diagram Stroke





**Keterangan:**

 : Pemeriksaan penunjang

 : Masalah Keperawatan

 : Penatalaksanaan

 : Perjalanan penyakit

**Sumber:**

Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Neurobehaviour*. Graha Ilmu.

Kusuma, A. H. N. dan H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic Noc*. Mediaction.