



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. S
DENGAN STROKE ISKEMIK DENGAN FAKTOR
PENYULIT BRONKITIS DI RUANG BRASSIA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**DISUSUN OLEH:
ELYSABETH NIKEN INDRASWARI
201701037**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. S
DENGAN STROKE ISKEMIK DENGAN FAKTOR
PENYULIT BRONKITIS DI RUANG BRASSIA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI TIMUR**

**DISUSUN OLEH:
ELYSABETH NIKEN INDRASWARI
201701037**

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

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Elysabeth Niken Indraswari

NIM : 201701037

Intitusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Prodi : Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa Stroke Iskemik Dengan Faktor Penyulit Bronkitis di Ruang Brassia RS Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang dilaksanakan tanggal 30 November 2019 - 2 Desember 2019 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

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

Bekasi, 25 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



(Elysabeth Niken Indraswari)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa Stroke iskemik Dengan Faktor Penyulit Bronkitis di Ruang Brassia RS Mitra Keluarga Bekasi Timur ” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 30 Mei 2020

Pembimbing Makalah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan stroke iskemik di Ruang Brassia RS Mitra Keluarga Bekasi Timur” yang disusun oleh Elysabeth Niken Indraswari (201701037) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 10 Juni 2020

Bekasi, 10 Juni 2020

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama Mahasiswa : Elysabeth Niken Indraswari
NIM : 201701037
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Stroke Iskemik di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur
Halaman : xiii + 80 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Devi Susanti

ABSTRAK

Latar Belakang:

Pola makan yang tidak sehat dengan seringnya mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol, selain banyak mengkonsumsi kolesterol, banyak tingkat mengkonsumsi gula yang berlebihan juga akan menimbulkan kegemukan yang mengakibatkan penumpukan energi dalam tubuh. Hal tersebut dapat memicu gangguan neurologis akibat adanya hambatan suplai darah ke otak yang dapat menyebabkan kematian jaringan. Stroke iskemik adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, yang disebabkan karena adanya thrombus atau embolus. (Oktavianus, 2014).

Menurut data Riskesdas (2018) prevalensi stroke di Indonesia naik dari 7% menjadi 10,9%. Penyakit stroke dapat membunuh seseorang setiap 3 menit 45 detik dan setiap tahunnya sekitar 795.00 orang mengalami stroke baru atau berulang.

Tujuan Umum:

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

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

Hasil:

Hasil dari pengkajian didapatkan empat diagnosa keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, kerusakan mobilitas fisik, resiko infeksi dan defisit perawatan diri. Intervensi pada diagnosa prioritas ketidakefektifan perfusi jaringan serebral observasi TTV, kaji tingkat kesadaran secara kualitatif dan kuantitatif, kaji keluhan nyeri kepala, dan mengatur posisi kepala 30°. Semua tindakan dilakukan sesuai dengan rencana. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai dengan data TD 140/80 mmHg, nadi: 69 x/menit, kesadaran compos mentis dengan nilai GCS E4 M6 V5.

Kesimpulan dan Saran:

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

Keyword: Asuhan Keperawatan, stroke iskemik

Daftar Pustaka: 9 (2010-2019)

Name : Elysabeth Niken Indraswari
Student Number : 201701037
Study Program : Diploma of Nursing
Title : Nursing care on Mrs.S with Ischemic Stroke at Brassia Room in Mitra Keluarga West Bekasi Hospital
Page : xiii + 80 pages + 1 tabel + 1 attachment
Pembimbing : Devi Susanti

ABSTRACT

Background:

An unhealthy diet by consuming high levels of fats and cholesterol. In addition to high cholesterol, excessive levels of sugar will also result in overweight, resulting in a buildup of energy in the body. This can trigger neurological disorders as a result of blood supply obstacles to the brain that can cause system death.

Ischemic stroke is the loss of brain function caused by the stopping of blood supply to the part of the brain, caused by thrombus or embolism (Oktavianus, 2014).

According to riskesdas data (2018) Indonesia's prevalence stroke increased 7% to 10,9%. Stroke disease can kill a person every 3 minutes 45 seconds and annually around 795.000 people experience a new or repeated stroke.

General purpose:

This case report provides a real picture in providing nursing to patients with ischemic stroke through a nursing comprehensive approach.

Methods:

The preparation of this case report is using a descriptive method to reveal every facts according to every obtained datas.

Result:

The results of the study found four nursing diagnoses that is the ineffectiveness of cerebral tissue perfusion, damage to physical mobility, infection risk and self care deficits. Interventions in the diagnosis of priority ineffective perfusion of cerebral tissue TTV observations, assess the level of consciousness qualitatively and quantitatively, assess headache complaints, and adjust head position 30°. All actions are carried out according to plan. After evaluating, it was found that the problem was partially resolved, the goal had not been achieved with data TD 140/80 mmHg, pulse: 69x / minute, awareness of compos mentis with GCS E4 M6 V5 values.

Conclusions and Suggestions:

Nursing care in patient with Non Hemorrhagic Stroke should consider the problem of nursing is ineffectiveness of cerebral tissue perfusion does not occur complication. The advice of nurses can observe hemodynamics and levels consciousness in patient.

Keyword: Asuhan keperawatan, *non hemorrhagic*

Source : 9 (2010-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah tugas akhir dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan Stroke Iskemik Dengan Faktor Penyulit Bronkitis di ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur” sesuai waktu yang ditentukan. Adapun tujuan makalah ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan Program Diploma III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku penguji II, serta dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
2. Dr. Susi Hartati S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga yang selalu memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari tingkat 1 hingga tingkat 3.
3. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep J selaku Pembimbing Akademik yang selalu membimbing, memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari tingkat 1 hingga tingkat 3.
4. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep, selaku penguji I yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk menguji penulis.
5. Seluruh dosen dan staff STIKes Mitra Keluarga, yang telah memberikan semangat dan membantu dalam pembuatan makalah ini.
6. Kepada kedua Orang tua tersayang, Ayahanda tercinta Yulius Rusdiyana dan Ibunda terkasih Ninik Indrayani serta Adikku

tersayang Sесilia Natasya Anggraeni yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan moril maupun materil kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan makalah ini.

7. Kepala Ruangan, CM yang bersedia meluangkan waktu untuk membantu mencari kasus serta membimbing penulis beserta staff perawat ruang, petugas rekam medik Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.
8. Ny.S beserta keluarga yang bersedia menerima penulis dengan senang hati dalam memberikan informasi sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ini.
9. *My support system* Febrianto yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan, serta doa selama perkuliahan sehingga penulis dapat menyusun makalah ini.
10. Sobet Kaya yang terdiri dari Marwati Ayu Astuti, Bunga Aziza, Yulia Ambarwati , Gyshella Hilmanita, Evita Salsya Destia , Suci Rahmayani, Febi Priandini, Dheana Sheila, Sari Zulhikmah, Sabila Ainingrum yang selalu memberikan semangat, dan menjadi *support system* bagi penulis selama tiga tahun perkuliahan di STIKes Mitra Keluarga.
11. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Devi yaitu Bunga, Julianti, Irma, dan Frendi yang telah memberikan motivasi, dukungan serta bantuan dalam pembuatan makalah ini.
12. Temanku Fildzah Farhana, Rizqiani dan Aghis yang selalu memberikan semangat, dukungan, dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
13. Kakak Tingkat yang terdiri dari Annisa Syafira Kosasih, Yovita Nandasari, dan Ananda Rizki yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan dukungan bagi penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.

14. Adik Tingkat yang terdiri dari Lia, Dwi Nadia Utami, Grace Ade Rejeki Samosir yang memberikan semangat bagi penulis untuk penyusunan makalah ilmiah ini.
15. Rekan-rekan mahasiswa/i STIKes Mitra Keluarga angkatan ke VII dan seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan lancar.

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

Bekasi, 10 Maret 2020

Penyusun

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1.Tujuan Umum.....	3
2.Tujuan Khusus	3
C. Ruang Lingkup	3
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Pengertian	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi.....	7
1.Proses perjalanan penyakit.....	7
2.Manifestasi Klinik.....	9
3.Klasifikasi	9
4.Komplikasi.....	10
D. Penatalaksanaan Medis	12
E. Pengkajian Keperawatan.....	14

F. Diagnosa Keperawatan	16
G. Rencana Keperawatan.....	17
H. Pelaksanaan Keperawatan.....	30
I. Evaluasi Keperawatan.....	30
BAB III TINJAUAN KASUS.....	31
A. Pengkajian Keperawatan.....	31
1. Pengkajian Fisik	37
2. Data Tambahan	40
3. Data Penunjang	40
4. Penatalaksanaan	41
B. Diagnosa Keperawatan	47
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	48
BAB IV PEMBAHASAN.....	67
A. Pengkajian	67
B. Diagnosa Keperawatan	70
C. Perencanaan Keperawatan	72
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	74
E. Evaluasi Keperawatan.....	75
BAB V PENUTUP	78
A. Kesimpulan	78
B. Saran	80

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	45-47
-----------------------------	-------

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pola hidup yang tidak sehat seperti makanan yang banyak mengandung natrium dan berlemak, tingkat stress yang tinggi, kebiasaan merokok, dan mengkonsumsi alkohol dapat memicu terjadinya penyakit stroke, gaya hidup sering menjadi penyebab berbagai penyakit stroke. Pola makan yang tidak sehat dengan seringnya mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan kolesterol, selain banyak mengkonsumsi kolesterol, banyak seseorang yang mengkonsumsi gula yang berlebihan, sehingga akan menimbulkan kegemukan yang mengakibatkan penumpukan energi dalam tubuh.

Hal tersebut dapat memicu gangguan neurologis akibat adanya hambatan suplai darah ke otak yang dapat menyebabkan kematian jaringan. Perubahan neurologis yang disebabkan adanya gangguan suplai darah ke bagian otak disebut Stroke (Tarwoto, 2013). Stroke iskemik adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, yang disebabkan karena adanya thrombus atau embolus. (Oktavianus, 2014)

Data WHO (2016) dalam (Parlagutan, M. T, dkk, 2019) menunjukkan bahwa stroke merupakan penyebab kedua kematian dan penyebab dari kecacatan di Negara Indonesia . Setiap tahunnya 15 juta orang di seluruh dunia menderita penyakit stroke, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). Stroke telah menjadi masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama kecacatan pada usia dewasa. Menurut data (Riskesdas, 2018) pravelensi stroke di Indonesia naik dari 7% menjadi 10,9%. Provinsi Jawa Barat memiliki estimasi jumlah penderita terbanyak yaitu sebanyak 238.001 orang. Menurut data Rumah Sakit Swasta di Bekasi dalam satu tahun terakhir didapatkan data yaitu 102 kasus penderita stroke iskemik.

Angka kejadian stroke akan semakin meningkat apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat. Menurut LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G., (2016) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien stroke yaitu mencakup defisit sensori perseptual, perubahan kognitif dan perilaku, gangguan komunikasi, defisit motorik, dan gangguan eliminasi. Hal ini dapat terjadi sementara atau secara permanen, tergantung pada derajat keparahan stroke.

Peran perawat sangat diperlukan sebagai promotor, kuratif, rehabilitatif, dan preventif untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian pada penderita stroke yang dilakukan perawat ialah mencegah terjadinya stroke iskemik dengan cara olah raga teratur, hindari merokok, hidup sehat serta mengurangi makanan cepat saji, terlalu tinggi garam, berlemak dan kolesterol tinggi. Peran perawat sebagai promotif adalah dengan cara memberikan pendidikan kesehatan terkait penyakit stroke iskemik dan cara berperilaku hidup sehat.. Peran perawat dalam penanganan penyakit stroke iskemik yaitu, perawat berperan sebagai promotif dengan memberikan wawasan terkait penyakit stroke iskemik pada pasien, peran perawat sebagai kuratif dengan memberikan asuhan keperawatan secara holistik baik secara psikis maupun fisik pada pasien, rehabilitatif dengan memberikan motivator dan mengajari pasien agar belajar gerak serta merawat diri sendiri, preventif dengan mencegah agar penyakit tidak kembali terulang dengan menjaga pola hidup yang sehat dan menjauhi faktor resiko.

Berdasarkan uraian diatas maka perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan ilmiah adalah penulis mampu memahami konsep penyakit stroke dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

2. Tujuan Khusus

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

C. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Stroke iskemik dengan faktor penyulit Bronkitis di Ruang Brassia Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur selama 3 hari dari tanggal 30 November 2019 sampai dengan tanggal 2 Desember 2019.

D. Metode Penulisan

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

E. Sistematika Penulisan

Penulisan makalah ini penulis membagi bagian makalah yang terdiri dari lima bab yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti definisi, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III berisi tentang tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV berisi tentang pembahasan yang membahas antara kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus kelolaan dengan pendekatan proses keperawatan. Bab V berisi tentang penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

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

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

B. Etiologi

Etiologi terjadinya Stroke iskemik (Black, J.M. & Hawks, J. H, 2014) yaitu:

1. Trombosis

Trombosis terjadi akibat adanya kerusakan pada bagian garis endotelial dari pembuluh darah. Ateroskelosis menjadi penyebab utama. Ateroskelosis menyebabkan zat lemak yang tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah. Plak ini dapat secara terus menerus membesar sehingga menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah yang lancar pada arteri. Darah akan berputar-putar di bagian permukaan yang terdapat plak sehingga rongga pembuluh darah menjadi tersumbat akibat dari penggumpalan darah yang melekat pada plak.

Trombus bisa terjadi di semua bagian sepanjang arteri karotid atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasanya mengalami penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan dari karotid utama ke bagian dalam dan luar arteri karotid

2. Embolisme

Embolus merupakan adanya sumbatan pada arteri serebral yang dapat menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Trombus dapat terlepas dari arteri bagian dalam ke bagian luar plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral. Pompa mekanik jantung bawaan memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang normal dan dapat juga menyebabkan peningkatan resiko terjadinya penggumpalan. Endokarditis yang disebabkan oleh bakteri maupun nonbakteri dapat menjadi sumber terjadinya emboli. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli bisa terjadi pada peningkatan sirkulasi serebral bersamaan dengan penambahan usia.

3. Perdarahan (Hemoragik)

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

4. Penyebab Lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, dapat menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya dapat menyebabkan kerusakan pada otak yang permanen. Kondisi hiperkoagulasi merupakan kondisi yang terjadi akibat pengumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang biasa terjadi pada kondisi kekurangan protein c dan protein s, serta adanya gangguan aliran gumpalan darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke trombotik dan stroke iskemik . Tekanan pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan otak, perlukaan pada otak, atau gangguan lain. Namun, penyebab-penyakit tersebut jarang terjadi pada kejadian stroke.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

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

Pada stroke trombotik, oklusi disebabkan karena adanya penyumbatan lumen pembuluh darah otak karena thrombus yang makin lama makin menebal, sehingga aliran darah menjadi tidak lancar. Penurunan aliran darah ini menyebabkan iskemi yang akan berlanjut menjadi infark. Dalam waktu 72 jam daerah tersebut akan mengalami edema dan lama kelamaan akan terjadi nekrosis. Lokasi yang paling sering pada stroke thrombotik adalah percabangan arteri carotis besar dan arteri vertebral yang berhubungan dengan arteri basilar. Onset stroke trombotik biasanya berjalan lambat.

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

tengah atau *Middle Carotid Artery (MCA)*. Dengan adanya sumbatan oleh emboli akan menyebabkan iskemi.

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

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

2. Manifestasi Klinik

Menurut Tarwoto (2013) manifestasi klinis stroke iskemik yaitu :

1. Terjadinya serangan kelemahan / mati rasa yang cepat pada lengan
Atau tungkai.
2. Afasia : Kesulitan dalam bicara
3. Disartia : Bicara cadel atau pelo
4. Disfagia : Sulit menelan
5. Vertigo : Salah satu bentuk sakit kepala dimana penderita
mengalami gerakan yang tidak semstinya, biasanya
berputar atau melayang.
6. Penurunan kesadaran
7. Gangguan penglihatan
8. Mual dan nyeri kepala

3. Klasifikasi

Menurut Tarwoto (2013), klasifikasi stroke dibedakan menjadi :

1. Klasifikasi stroke berdasarkan keadaan patologis
 - a. Stroke iskemik / Stroke Non Hemoragik
Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis atau embolik ke bagian otak
 - b. Stroke Hemoragik
Stroke Hemoragik disebabkan karena adanya perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.
 - c. Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit
 - a. Transient Iskemik Attack (*TIA*)
Merupakan gangguan neurologi fokal yang timbul secara tiba-tiba dan menghilang dalam beberapa menit samapai beberapa jam. Gejala yang muncul akan hilang secara spontan dalam waktu kurang dari 24 jam. Tanda dan gejalanya yaitu :
Kelemahan mendadak pada wajah, lengan, tangan di satu sisi

- 1) Kehilangan kemampuan bicara, atau bicara yang sulit dimengerti.
 - 2) Gangguan penglihatan pada salah satu mata
 - 3) Pandangan ganda
 - 4) Nyeri kepala dan pusing
 - 5) Kesulitan berjalan, tidak ada koordinasi gerak (sempoyongan) atau pasien dapat jatuh
 - 6) Perubahan kepribadian termasuk kehilangan memori.
- b. Progresif (*Stroke in Evolution*)
- Perkembangan stroke terjadi perlahan-lahan sampai akut, munculnya gejala semakin memburuk. Proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.
- c. Stroke lengkap (*Stroke Complete*)
- Gangguan neurologik yang timbul sudah menetap atau permanen, maksimal sejak awal serangan dan sedikit memperlihatkan perbaikan.

4. Komplikasi

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

- 1) Fase Akut
 - a. Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah pada otak

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

b. Edema Serebri

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

c. Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

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

d. Aspirasi

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

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- a. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowel.
- b. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik Otak.
- c. Nyeri kepala kronis seperti migraine dan nyeri.
- d. Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

D. Penatalaksanaan Medis

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

1. Fase akut

a. Memberikan Terapi Cairan

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

b. Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak.

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

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

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

2. Fase rehabilitasi

a. Pertahankan nutrisi yang adekuat.

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

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

3. Terapi obat-obatan

Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinant tissue-pasminogen*), pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, katropil, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

4. Penatalaksanaan Nutrisi

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

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

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

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges (2012), pengkajian pada pasien yang mengalami stroke meliputi:

1. Aktivitas/Istirahat

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

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

2. Sirkulasi

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

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

3. Integritas Ego

Gejala: perasaan tidak berdaya, putus asa.

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

4. Eliminasi

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

5. Makanan/Cairan

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

Tanda : masalah menelan, mengunyah dan obesitas.

6. Neurosensori

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

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

7. Nyeri/Ketidaknyamanan

Gejala: sakit kepala dengan beragam intensitas.

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

8. Pernapasan

Gejala: merokok (faktor resiko).

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

9. Keamanan

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

10. Interaksi Sosial

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

11. Penyuluhan / Pembelajaran

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

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

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

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges (2012), diagnosa keperawatan pada pasien stroke iskemik yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan embolisme, aneurisma serebral, hipertensi, tumor otak, abnormalitas waktu protrombin/tromboplastisin parsial.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan/kontrol otot; penurunan daya tahan.

3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, perubahan sistem saraf pusat (SSP), kelemahan sistem muskuloskeletal.
4. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan penerimaan, transmisi, integrasi sensori seperti trauma atau defisit neurologis, stres psikologis.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, kelemahan, kerusakan status mobilitas, kerusakan persepsi atau kognitif, nyeri, ketidaknyamanan.
6. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan krisis situasional, ketidakadekuatan tingkat persepsi kontrol, ketidakefektifan tingkat kepercayaan dalam kemampuan untuk melakukan koping.
7. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular: penurunan refleks muntah, paralisis wajah, gangguan perseptual, keterlibatan saraf kranial.
8. Defisiensi pengetahuan mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kekurangan pajanan, tidak familier dengan sumber informasi, keterbatasan kognitif, kesalahan interpretasi informasi, kekurangan daya ingat.

G. Rencana Keperawatan

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

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

Kriteria hasil:

- a. Mempertahankan atau meningkatkan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik serta fungsi sensorik.
- b. Menunjukkan tanda-tanda vital stabil dan tidak ada tanda peningkatan TIK.

- c. Tidak menunjukkan perburukan lebih lanjut atau pengulangan kejadian defisit.

Rencana Tindakan

a. Mandiri

- 1) Tentukan faktor yang berhubungan dengan situasi individual, penyebab koma, penurunan perfusi serebral, dan kemungkinan peningkatan tekanan intrakranial (TIK).

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

- 2) Pantau dan dokumentasikan status neurologis secara sering dan bandingkan dengan keadaan normal.

Rasional: mengetahui keenderungan tingkat kesadaran dan kemungkinan terjadinya peningkatan TIK dan mengetahui lokasi, luas, dan progresi atau perbaikan kerusakan SSP. Dapat juga mengungkapkan terjadinya TIA, yang dapat teratasi tanpa gejala lebih lanjut.

- 3) Pantau dan dokumentasikan tanda-tanda vital seperti :

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

Rasional: variasi mungkin terjadi karena tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi postural dapat menjadi faktor pencetus. Hipotensi dapat terjadi karena syok (kolaps sirkulasi vaskuler). Peningkatan tekanan intrakranial dapat terjadi (karena edema, adanya formasi bekuan darah). Tersumbatnya arteri subklavia

dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekanan pada kedua lengan.

- 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 (seperti stroke setelah infark miokard (IM)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rasional: aktivitas/stimulasi yang kontinu dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan oksigen sesuai indikasi.

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

- 2) Berikan obat sesuai indikasi

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

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

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

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

- c) Antihipertensi

Rasional: hipertensi lama atau kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, sebab penanganan yang berlebihan meningkatkan risiko terjadinya perluasan kerusakan jaringan. Hipertensi

sementara sering kali terjadi selama fase stroke akut dan penanggulangannya seringkali tanpa intervensi terapeutik.

d) Antikolvasan

Rasional: untuk mengendalikan kejang dan kerja sedatif.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan/kontrol otot; penurunan daya tahan. Kriteria hasil:

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

Intervensi:

a. Mandiri

- 1) Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal dengan cara yang teratur.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 7) Letakkan lutut dan pinggul dalam posisi ekstensi

Rasional: mempertahankan posisi fungsional.

b. Kolaborasi

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

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

2) Bantulah dengan stimulasi elektrik, seperti TENS sesuai indikasi. Rasional: dapat membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol otot volunteer.

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

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

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

Kriteria hasil:

- a. Mendapatkan kembali dan mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi perseptual yang biasa.
- b. Mengakui perubahan dalam kemampuan dan adanya keterlibatan residual
- c. Menunjukkan perilaku untuk mengompensasi atau untuk mengatasi defisit.

1. Mandiri

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

Rasional: membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi. Pasien mungkin mempunyai kesulitan memahami kata yang diucapkan (afasia sensorik/kerusakan pada area Wernicke); mengucapkan kata-

kata dengan benar (afasia ekspresif/kerusakan pada area bicara Broca) atau mengalami kerusakan pada kedua daerah tersebut.

- 2) Perhatikan kesalahan dalam komunikasi dan berikan umpan balik.. Rasional: pasien mungkin kehilangan kemampuan untuk memantau ucapan yang keluar dan tidak nyata. Umpan balik membantu pasien

merealisasikan kenapa memberi kesempatan untuk mengklarifikasikan isi/makna yang terkandung dalam ucapannya.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Kolaborasi

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

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

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

Kriteria hasil:

- a. Mendemonstrasikan teknik atau perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.
- b. Melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri

- c. Mengidentifikasi sumber pribadi atau komunitas memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

1. Mandiri

- 1) Bantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan

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

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

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

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

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

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

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

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

Rasional: meningkatkan perasaan makna diri. Meningkatkan kemandirian, dan mendorong pasien untuk berusaha secara kontinue.

2. Kolaborasi

1) Berikan obat supositoria dan pelunak feses.

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

2) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi atau ahli terapi okupasi.

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

5. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular: penurunan refleks muntah, paralisis wajah, gangguan perseptual, keterlibatan saraf kranial.

Kriteria hasil:

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

1. Mandiri

1) Tinjau ulang patologi atau kemampuan menelan pasien secara individual, catat luasnya paralisis parsial, gangguan lidah, kemampuan untuk melindungi jalan nafas. Timbang berat badan secara teratur sesuai kebutuhan.

Rasional: intervensi nutrisi/pilihan rute makan ditentukan oleh faktor-faktor ini.

2) Bantu pasien dengan mengontrol kepala.

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

3) Letakkan pasien pada posisi duduk atau tegak selama dan setelah makan.

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

- 4) Stimulasi bibir untuk menutup dan membuka mulut secara manual dengan menekan ringan diatas bibir/dibawah dagu jika diperlukan.

Rasional: membantu dalam melatih kembali sensori dan meningkatkan kontrol muskuler.

- 5) Letakkan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu. Rasional: memberikan stimulasi sensori (termasuk rasa kecap) yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.

- 6) Sentuh pipi bagian dalam dengan spatel lidah/tempatkan es untuk mengetahui adanya kelemahan lidah.

Rasional: dapat meningkatkan gerakan dan kontrol lidah (penting untuk menelan) dan menghambat jatuhnya lidah.

- 7) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang. Rasional: pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi atau gangguan dari luar.

- 8) Mulai untuk memberikan makanan peroral setengah cair, makanan lunak ketika pasien dapat menelan air. Pilih atau bantu pasien untuk memilih makanan yang kecil atau tidak perlu mengunyah atau menelan. Seperti telur, agar-agar, makanan kecil yang lunak lainnya.

6. Defisiensi pengetahuan mengenai kondisi, prognosis, terapi, perawatan diri, dan kebutuhan pemulangan berhubungan dengan kekurangan pajanan, tidak familier dengan sumber informasi, keterbatasan kognitif,

kesalahan interpretasi informasi, kekurangan daya ingat.

Kriteria Hasil :

- a. Berpartisipasi dalam proses belajar.
- b. Meningkatkan pemahaman tentang kondisi atau prognosis dan aturan terapeutik.
- c. Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan.

1. Mandiri

1) Evaluasi tipe atau derajat dari gangguan persepsi sensori.

Rasional: defisit mempengaruhi pilihan metode pengajaran dan isi atau kompleksitas instruksi.

2) Diskusikan keadaan patologis yang khusus dan kekuatan pada individu.

Rasional: membantu dalam membangun harapan yang realistis dan meningkatkan pemahaman terhadap keadaan dan kebutuhan saat ini.

3) Tinjau ulang keterbatasan saat ini dan diskusikan rencana atau kemungkinan melakukan kembali aktivitas (termasuk hubungan seksual).

Rasional: meningkatkan pemahaman, memberikan harapan pada masa dating dan menimbulkan harapan dari keterbatasan hidup secara “normal”.

4) Tinjau ulang atau pertegas kembali pengobatan yang diberikan. Identifikasikan cara meneruskan program setelah pulang.

Rasional: aktivitas yang dianjurkan, pembatasan, dan kebutuhan obat atau terapi dibuat pada dasar pendekatan interdisiplin terkoordinasi. Mengikuti cara tersebut merupakan suatu hal yang penting pada kemajuan pemulihan atau pencegahan komplikasi.

5) Diskusikan rencana untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri, Rasional: berbagai tingkat bantuan

mungkin diperlukan/perlu direncanakan berdasarkan pada kebutuhan secara individual.

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

Rasional: memberikan penguatan visual dan sumber rujukan setelah sembuh.

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

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

H. Pelaksanaan Keperawatan

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

I. Evaluasi Keperawatan

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

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 November 2019. Pasien masuk pada tanggal 30 November 2019 di Ruang Brassia Kelas III, nomor register 38-38-22 dengan diagnosa medis stroke iskemik.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny.S jenis kelamin perempuan berusia 49 tahun, status pasien sudah menikah, beragama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan yaitu bahasa Indonesia, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Bekasi dan sumber biaya menggunakan perusahaan. Adapun informasi yang didapatkan melalui pasien, keluarga, rekam medis, dan perawat ruangan.

2. Resume

Pasien bernama Ny.S berusia 49 Tahun datang ke IGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur pada tanggal 27 November 2019 pukul 10.00 WIB dengan keluhan badan lemas pada bagian sisi sebelah kiri, lemah kaki dan tangan, bicara pelo, pipi sebelah kanan sedikit besar, mulut mencong ke arah sebelah kiri, sakit kepala sejak 2 hari yang lalu dan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu. Masalah keperawatan yang muncul adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat IGD yaitu perawat mengobservasi tanda-tanda vital (TTV) didapatkan hasil tekanan darah (TD): 210/100mmHg, frekuensi nadi 103x/menit, frekuensi pernafasan 22x/menit, suhu 36,5°C. Kesadaran composmentis, GCS : E:4, V:5, M:6, tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu memberikan obat pranza 40 mg melalui intravena, melakukan pemeriksaan

laboratorium dengan nilai Leukosit 17.850/ul (4000-10.500/ul), pasien dianjurkan CT Scan kepala ke Radiologi.

Pada tanggal 27 November 2019 pukul 13.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang Intermedite dengan indikasi untuk memonitor tingkat kesadaran dan memonitor Hemodinamik pasien seperti Tanda-Tanda Vital (TTV). Pasien di indikasikan pindah ke ruang Intermedite karena hasil CT Scan Endzone Ischemic Infarction di White Matter Posterior Puncak Parietral Lobe Kanan, dengan hasil EKG: Sinus Ritme. Masalah keperawatan muncul adalah ketidakefektifan perfusi jaringanserebral. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital (TTV), memberikan posisi semi fowler 30°. Tindakan kolaborasi yang dilakukan adalah memberikan terapi melalui injeksi yaitu obat dexamethasone 3x5 mg, obat amlodipine 2x5 mg, neulin 2x1 gr.

Pada tanggal 30 November 2019 pukul 05.30 WIB pasien dipindahkan ke ruang perawatan Brassia dengan kondisi pasien cukup stabil, pasien mengeluh badan lemas, tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah dan sulit untuk digerakkan, sakit kepala masih terasa, batuk berdahak, tidak ada mual dan muntah. Masalah keperawatan utama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan yaitu mengkaji tingkat kesadaran dengan hasil composmentis, GCS : E: 4, V: 5, M: 6, Mengobservasi TTV dengan hasil (TD): 150/90mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi pernafasan: 20x/menit, Suhu: 36,3°C. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu memberikan terapi obat amlodipine 2x5 mg, neuroaid 3x3 mg, dexamethason 3x5 mg, pranza 1x40 mg, neulin 2x1 gr, dan terapi cairan RL 500cc/12 jam.

Evaluasi secara umum keseluruhan tanggal 30 November 2019 didapatkan keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis,

GCS (E4M6V5), tekanan darah 150/90 mmHg, pasien mengatakan masih pusing, dan badan masih terasa lemas, kelemahan ekstremitas tangan sebelah kiri 2222 dan kaki sebelah kiri masih dengan kekuatan otot 1111. Gangguan perfusi jaringan serebral masih terjadi.

3. Riwayat Keperawatan

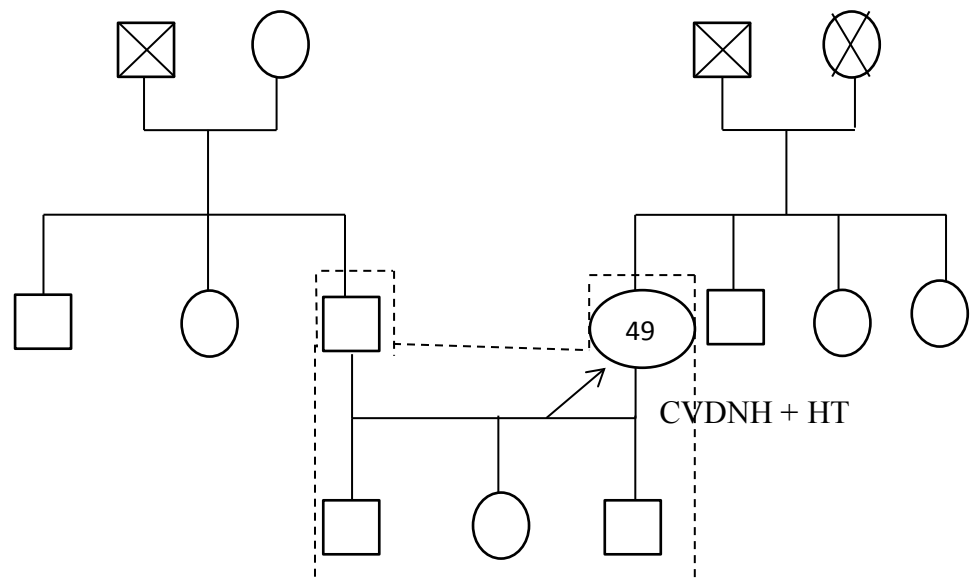
1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan lemas dibagian tubuh sebelah kiri, tangan dan kaki sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan sakit kepala masih berasa tetapi sudah berkurang kalau sudah minum obat, pasien mengatakan batuk berdahak, penyebabnya pasien mengatakan masih sering makan gorengan yang mengandung banyak minyak dan pasien mengatakan masih suka makan yang mengandung banyak lemak. Pasien mengatakan upaya yang dilakukan saat ini adalah minum obat dan istirahat yang cukup.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit sebelumnya yaitu riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu. Pasien tidak mempunyai riwayat alergi. Pasien mempunyai riwayat pemakaian obat yaitu obat amlodipine 2x5 mg yang dikonsumsi sejak 1 tahun.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :

○ = Perempuan

□ = Laki-laki

✕ = Meninggal

↗ = Pasien

— = Menikah

----- = Tinggal Satu Rumah

Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko adalah ayah pasien yang mengalami hipertensi dan ibu pasien meninggal karena penyakit jantung.

4) Riwayat Psikososial dan Spiritual

- a) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah suami dan anak pasien serta keluarga pasien.
- b) Interaksi keluarga adalah pola komunikasinya baik, pembuat keputusan adalah suami dan dilakukan dengan musyawarah, dan pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan.
- c) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah anak-anak, suami, keluarga khawatir dengan pasien.
- d) Masalah yang mempengaruhi adalah pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat pasien menjadi kepikiran
- e) Mekanisme koping terhadap stress yaitu pasien mengatakan nonton tv
- f) Persepsi terhadap penyakitnya

Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah pasien mengatakan kepikiran dengan sekolah anak-anaknya. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan penyakitnya tidak muncul berulang lagi. Perubahan yang

dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan susah untuk berjalan sendiri dan susah untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

g) Sistem nilai kepercayaan

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

h) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan kondisi rumah dekat dengan jalan raya dan kadang banyak debu dan polusi jika keluar rumah.

i) Pola kebiasaan

(1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, makan makanan yang tidak sehat seperti ikan goreng, ayam goreng, gorengan dan makanan yang mengandung banyak lemak.

Saat pengkajian

Pasien mengatakan mengurangi makan makanan yang berlemak dan rendah garam, frekuensi makan selama di rumah sakit hanya setengah porsi tetapi kadang juga satu porsi makan dihabiskan. Pasien mendapatkan diet rendah garam 1200 kkal.

(2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAK : Pasien mengatakan frekuensi 7x/ hari , berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan alat bantu BAK.

BAB : Pasien mengatakan frekuensi 1x/hari waktu tidak menentu, berwarna kecokelatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

Saat pengkajian BAK : Pasien mengatakan frekuensi 7x/hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan alat bantu BAK.

BAB : pasien mengatakan frekuensi 1x/hari waktu tidak menentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

(3) Pola *Personal Hygiene*

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

Saat pengkajian pasien mengatakan belum mandi hanya di lap saja menggunakan waslap dan air . *Oral hygiene* 1 x/hari saat sore hari . Mencuci rambut tidak ada.

(4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak tidur siang karena bekerja, lama tidur malam 4-5 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah nonton televisi.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidur siang selama 1-2 jam, lama tidur malam 6-7 jam, dan kebiasaan sebelum tidur menonton tv dan main hp.

(5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan waktu bekerja pasien mengatakan tidak bekerja hanya mengurus anak saja pagi hari, pasien mengatakan jarang berolahraga dan tidak ada keluhan dalam beraktivitas, hanya saat penyakit kembali terulang pasien merasa lemas.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bekerja, pasien mengatakan tidak ada pada olahraga dan tidak ada keluhan dalam beraktivitas, hanya saat penyakit kembali terulang pasien merasa lemas dan pusing.

(6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan merokok tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan narkoba, psikotropika dan obat terlarang.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak merokok dan tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

I. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pasien mengatakan sebelum sakit berat badan (BB): 72 kg, BB saat ini 72 kg, tinggi badan (TB): 155 cm, indeks massa tubuh (IMT): $23,22 \text{ kg/m}^2$ status gizi : *Overweight* , keadaan umum sakit sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal. konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak baik, tidak ada tanda-tanda radang, menggunakan kaca mata plus 1,5 pasien tidak menggunakan lensa mata, dan reaksi terhadap cahaya normal.

c. Sistem Pendengaran

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

d. Sistem Wicara: Normal tidak ada kelainan.

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas ada sumbatan berupa sekret, pasien tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 20 x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan dan dalam. Pasien mengatakan ada batuk sudah 3 hari dan tenggorokan terasa gatal, ada sputum, palpasi dada tidak teraba ada masa, perkusi dada sonor, suara nafas ronkhi dikedua lapang paru tetapi yang lebih jelas terdengar di paru sebelah kanan atas, tidak ada nyeri saat bernafas, dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi 85 x/menit, irama teratur dan teraba kuat. Tekanan darah 140/90 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler < 3 detik, dan tidak ada edema.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut nadi apikal 85 x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan tidak ada sakit dada

3) Sistem Hematologi

Gangguan hematologi: kulit tidak tampak pucat dan tidak ada perdarahan.

4) Sistem Saraf Pusat

Pasien mengeluh lemas dibagian sisi kiri, tingkat kesadaran composmentis, GCS: E: 4, M: 6, V:5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, namun jika penyakit stroke nya kambuh pasien mengatakan saraf vagus nya terganggu membuat pasien tidak berbicara tidak jelas. reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patologis tidak ada.

5) Sistem Pencernaan

Gigi tidak tampak caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, salivasi normal. Bising usus 10 x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba pembesaran dan abdomen tamak lembek.

6) Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, nafas tidak bau keton, dan tidak ada luka ganggren.

7) Sistem Urogenital

Intake cairan: infus 1000 cc, oral: 1000 cc, *output*: urine 1200 cc, IWL 720 cc *balance* cairan: + 80 cc/24 jam. Tidak ada perubahan pada pola berkemih, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

8) Sistem Integumen

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

9) Sistem Muskuloskeletal

Kesulitan dalam pergerakan tidak ada, namun pada saat stroke kambuh pada sisi kiri terasa lemah berlangsung $\pm$ 5 menit, tidak ada sakit pada tulang, sendi dan kulit, tidak ada fraktur, kelainan bentuk tulang tidak ada, kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas tangan sebelah kiri dengan kekuatan otot 2, dan kaki bawah sebelah kiri adalah 1.

2. Data Tambahan

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu, pasien mengatakan bahwa penyakit stroke adalah penyakit lumpuh, akibatnya anggota badan tidak bisa digerakkan. Pasien mengatakan bahwa stroke ini disebabkan karena banyak melakukan aktivitas yang berat, akibatnya tangan dan kaki menjadi tidak bisa digerakkan. Pasien mengatakan tanda dan gejalanya yang muncul yaitu mati rasa pada anggota badan salah satu yang sedang dialaminya adalah kaki dan tangan sebelah kiri mengalami mati rasa dan kelemahan. Pasien mengatakan jika muncul keluhan tersebut, pasien langsung pergi ke rumah sakit untuk berobat. Pasien mengatakan kebiasaan makan saat di rumah yaitu, sering makan- makanan yang digoreng, seperti ikan goreng dan ayam goreng, pasien juga suka makan gorengan tiap sore hari. Pasien mengatakan kadang jika ingin memasak ikan goreng menggunakan minyak goreng secara berkali-kali.

3. Data Penunjang

1. Radiologi

Pada tanggal 27 November 2019

- CT –Scan Kepala, kesan : *Multiple recent, Thromboembolic endzone Ischemic Infartions* di *while matter posterior puncak parientale lobe* kanan.
- Foto Thorax Ap, kesan : *Susp. Cardiomegaly, elongasi aorta* corakan Bronkitis.

2. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 27 November 2019

Hemoglobin 13.6 g/dl (12.3 – 16.0 g/dl), Leukosit 16.450/ul(4.000 – 10.500/ul), hematokrit 38 Vol % (37 – 47 Vol %), trombosit 310.000/ul (150.000– 450.000/ul), eritrosit 4.58 juta/ul (4.20 – 5.40 juta/ul), MCV 86 fl (78-100 fl), MCH 30 Pg (27 – 31 Pg), MCHC 35 % (32 – 36 %), Glukosa Darah Sewaktu 123 mg/dl (60-140 mg/dl).

4. Penatalaksanaan

Obat-obatan oral, yaitu : neuroaid 3x3 mg (oral), Rebal plus 1x1 mg (oral), Venosmil 3x25 mg (oral), Amlodipine 2x5 mg (oral), Ambroxol 3x3mg (oral)

Pasien mendapatkan obat-obatan injeksi, yaitu : dexamethason 3x5 mg (IV), pranza 1x40mg, neulin 2x1gr (IV), ceftriaxone 1x2gr (IV). Terapi sesuai dengan program medis.

Pasien mendapatkan Infus : Cairan Infus RL 500cc/ 12 jam. Terapi sesuai dengan program medis.

Pasien mendapatkan diit rendah garam 1200 kkal.

1. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, GCS: E: 4 V: 5 M: 6, tanda-tanda vital: Frekuensi nadi 85 x/menit, irama teratur dan teraba kuat TD 140/90 mmHg mmHg, frekuensi nafas: 20 x/menit, suhu: 37,7°C.

1. Kebutuhan Fisiologis : Oksigenasi

Data Subyektif : Pasien mengatakan pusing dan badan sakit kepala , pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul lamanya ±5-10 menit, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 1 tahun yang lalu.

Data Obyektif : GCS E:4, M:6, V:5, Tekanan darah: 140/90mmHg , frekuensi nadi : 85x/menit, tidak tampak ada tanda-tanda penekanan intrakranial (muntah proyektil, papil edema, sakit kepala hebat, hasil CT – Scan Kepala : *Multiple recent, thromboembolic endzone – ischemic infarctions di white matter posterior puncak parientale lobe kanan.* Tidak tampak *bleding neoplasm.*

2. Kebutuhan Fisiologis : Cairan

Data Subyektif : Pasien mengatakan tidak pernah muntah selama sakit.

Data Obyektif : Turgor kulit elastis, temperature kulit hangat, membran mukosa mulut lembab, warna kulit normal/tidak pucat, CRT<3detik, pulsasi nadi kuat, balance cairan/24 jam : Intake : Oral

1000cc, infus 1000cc = 2000 cc, Output Infuse 1200cc, IWL 720cc .
 Hasil Balance Cairan = I-O : 2000-1920 = +80cc.

3. Kebutuhan Fisiologis : Nutrisi

Data Subyektif : Pasien mengatakan nafsu makan seperti biasanya, pasien mengatakan kalau makan kadang sering mual tetapi makan selalu habis, pasien mengatakan masih dapat merasakan makanan seperti biasanya.

Data Obyektif : Pasien tampak menghabiskan makanannya setengah porsi, bising usus:10x/menit, IMT : 23,22 dengan status gizi (*Overweight*).

3. Kebutuhan Fisiologis : Eliminasi BAB dan BAK

Data Subyektif : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan / nyeri saat BAK atau BAB, pasien mengatakan sudah BAB pagi ini 1x, feses normal, bau khas.

Data Obyektif : Bising usus:10x/menit, abdomen lunak, warna BAK kuning jernih.

4. Kebutuhan Fisiologis : Aktivitas/Istirahat

Data Subektif : pasien mengatakan jika sedang terserang stroke tubuh sebelah kiri terasa lemah, pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan jika tangan dan kaki sebelah kiri dipaksa untuk digerakkan pasien menjadi pusing dan sakit kepala

Data Obyektif : Pasien melakukan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tampak mencoba menggerakkan tangan dan kaki sebelah kirinya dan pasien tampak dibantu oleh tangan sebelah kanannya untuk menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri

5555	2222
5555	1111

5. Kebutuhan Rasa Aman

Data Subyektif : Pasien mengatakan batuk berdahak sudah 3 hari, pasien mengatakan tenggorokan terasa gatal

Data Obyektif : Leukosit : 16.450/ul, Suhu : 37,7°C, jalan nafas terdapat sumbatan yaitu sputum, suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas, pasien tampak tidak sesak, hasil Foto Thorax Ap, kesan : susp. *Cardiomegaly, elongasi aorta* corakan bronkitis. CRT < 3 detik.

6. Kebutuhan Rasa Nyaman

Data Subyektif : Pasien mengatakan selama dirumah sakit tidak mandi, hanya di lap saja dengan menggunakan waslap dan air, pasien mengatakan membersihkan tubuhnya hanya di waktu sore hari dan di bantu oleh keluarga, pasien mengatakan merasa gerah jika belum mandi, pasien mengatakan badan terasa gatal jika belum mandi.

Data Obyektif : Kebutuhan perawatan diri seperti berpakaian, mandi dan makan pasien tampak masih di bantu keluarga, aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga.

7. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Data Subyektif : Pasien mengatakan kebiasaan makan saat dirumah yaitu, sering makan- makanan yang digoreng, seperti ikan goreng dan ayam goreng, pasien juga suka makan gorengan tiap sore hari. Pasien mengatakan kadang jika ingin memasak ikan goreng menggunakan minyak goreng secara berkali-kali. Pasien mengatakan bahwa penyakit stroke adalah penyakit lumpuh, akibatnya anggota badan yang tidak bisa digerakkan. Pasien mengatakan bahwa stroke ini disebabkan karena banyak melakukan aktivitas yang berat. Pasien mengatakan tanda dan gejalanya yang muncul yaitu mati rasa pada anggota badan salah satu yang sedang dialaminya adalah kaki dan tangan sebelah kiri mengalami mati rasa dan kelemahan.

Data Obyektif : Pasien tampak mengerti dan percaya diri saat ditanya oleh penulis tentang penyakit stroke dibuktikan dengan pasien tampak menjawab pengertian dari penyakit stroke itu apa, pasien menjawab 2 dari 4 penyebab yang diakibatkan oleh stroke, pasien mampu menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala yang ditimbulkan dari penyakit stroke.

7. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

	Data	Masalah	Etiologi
1	Data Subyektif : - Pasien mengatakan pusing dan badan sakit kepala - Pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul lamanya $\pm 5-10$ menit - Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 1 tahun yang lalu. Data Obyektif : - GCS E:4, M:6, V:5, - Tekanan darah: 140/90mmHg, Nadi: 85x/menit - Tidak ada tampak tanda-tanda penekanan intracranial (muntah proyektil, papiludema, sakit kepala hebat) - Hasil CT – Scn Kepala : <i>Multiple recent, thromboembolic endzone – ischemic infarctions di white matter posterior puncak parientale lobe kanan. Tidak tampak bleeding neoplasm.</i>	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	Thromboembolic
2	Data Subyektif : - Pasien mengatakan jika sedang terserang stroke tubuh sebelah kiri terasa lemah - Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit untuk digerakkan - Pasien mengatakan jika tangan dan	Kerusakan Mobilitas Fisik	Kelemahan

	Data	Masalah	Etiologi				
	kaki sebelah kiri dipaksa untuk digerakkan pasien menjadi pusing dan sakit kepala Data Obyektif : -Pasien melakukan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga -Pasien tampak mencoba menggerakan tangan dan kaki sebelah kirinya -Pasien tampak dibantu oleh tangan sebelah kanannya untuk menggerakan tangan dan kaki sebelah kiri - Kekuatan Otot : <table><tr><td>5555</td><td>2222</td></tr><tr><td>5555</td><td>1111</td></tr></table>	5555	2222	5555	1111		
5555	2222						
5555	1111						
3	Data Subyektif : -Pasien mengatakan batuk berdahak sudah 3 hari -Pasien mengatakan tenggorokan terasa gatal Data Obyektif : - Pasien tampak batuk berdahak -Leukosit : 16.450/ul -Sh : 37,7 °C. -Jalan nafas terdapat sumbatan yaitu sputum, -Suara nafas terdengar ronkhi di kedua	Resiko Perluasan Infeksi	Inflamasi				

	Data	Masalah	Etiologi
	lapang paru tetapi paling jelas terdengar ronkhi di paru sebelah kanan atas, -Rr: 20x/menit, -Pasien tidak tampak sesak. -Hasil foto thorax Ap, kesan : <i>Susp. Cardiomegaly, elongasi aorta</i> corakan Bronkitis.		
4	Data Subyektif : -Pasien mengatakan selama dirumah sakit tidak mandi hanya di lap saja dengan menggunakan waslap dan air Pasien mengatakan membersihkan tubuhnya hanya di waktu sore hari dan di bantu oleh keluarga -Pasien mengatakan merasa gerah jika belum mandi. - Pasien mengatakan badan terasa gatal jika belum mandi Data Obyektif : -Kebutuhan perawatan diri seperti berpakaian, mandi dan makan pasien tampak masih di bantu keluarga. -Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga.	Defisit Perawatan Diri	Kerusakan Status Mobilitas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan thromboembolic
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.
3. Resiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan status mobilitas.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Berhubungan Dengan Thromboembolic

Data Subyektif : Pasien mengatakan pusing dan badan sakit kepala , pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul lamanya $\pm 5-10$ menit, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 1 tahun yang lalu.

Data Obyektif : GCS E:4, M:6, V:5, Tekanan darah: 140/90mmHg , frekuensi nadi : 85x/menit, tidak tampak ada tanda-tanda penekanan intrakranial (muntah proyektil, papil edema, sakit kepala hebat, hasil CT – Scan Kepala : *Multiple recent, thromboembolic endzone – ischemic infarctions di white matter posterior puncak parietale lobe kanan.* Tidak tampak *bleding neoplasm.*

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali adekuat

Kriteria Hasil : TTV dalam batas normal (90-140 mmHg sistole, 60-100-mmHg), Nadi (60-100x/menit), tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (sakit kepala, muntah, mual, penglihatan ganda, dan tekanan darah meningkat), kesadaran tetap compos mentis, GCS E:4 M:6 V:5.

Rencana Tindakan :

1. Kaji tekanan darah dan nadi pasien/shift
2. Kaji tingkat kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif/shift
3. Kaji tanda-tanda peningkatan TIK
4. Atur posisi kepala dalam posisi 30⁰ derajat dan dalam posisi anatomis
5. Berikan terapi obat neuroaid 3x3mg (oral), neulin 2x1 gr (iv), amlodipine 2x5 mg (oral), rebal plus 1x1mg (oral), venosmil 3x25 mg

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019 :

Pada **Pukul 08.30 WIB** perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi pershift dengan hasil tekanan darah 140/88mmHg, Nadi 95x/menit. **Pukul 08.45 WIB** mengkaji tingkat kesadaran secara kuantitatif an kualitatif dengan hasil GCS E:4, M:6, V:5. **Pukul 10.00 WIB** mengkaji keluhan pusing dengan hasil pasien mengatakan pusing di daerah tengkuk leher belakang kepala. **Pukul 10.10 WIB** mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil pasien mengatakan pusing di daerah tengkuk leher belakang kepala. **Pukul 13.00 WIB** memberikan terapi obat neuroaid 3mg (oral), amlodipine 5mg (oral), venosmil 25 mg (oral) dan injeksi neulin 1gr dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 14.00 WIB** mengatur posisi kepala dengan posisi agak ditinggikan 30^o C dan dalam posisi anatomis dengan hasil posisi kepala ditinggikan 30^o C.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi dengan hasil TD 120/60 mmHg, nadi 62 x/menit. **Pukul 16.00 WIB** perawat ruangan mengkaji Mengkaji tingkat kesadaran secara kuantitaif dan kualitatif dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E: 4 M:6 V:5 . **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan terapi obat neuroaid 3mg (oral) dan amlodipine 5mg (oral), venosmil 25 mg (oral) dan neulin 1g melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan, tetesan infus berjalan lancar dan tidak ada tanda-tanda infeksi disekitar infus.

Pukul 21.00 perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi dengan hasil TD 130/70 mmHg dan nadi 65x/menit. **Pukul 21.30 WIB** perawat ruangan mengkaji keluhan nyeri kepala dengan hasil pasien mengatakan sedikit terasa pusing di area tengkuk leher . **Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan mengkaji tingkat

kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E: 4 M:6. V:5

Evaluasi keperawatan tanggal 1 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan merasa sedikit pusing di daerah tengkuk leher belakang kepala.

Obyektif : TD: 130/80 mmHg, Frekuensi nadi : 70x/menit, tingkat kesadaran composmentis dengan hasil GCS E:4 M:6 V:5

Analisa : Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 1 Desember 2019 :

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi neuroaid 3 mg (oral), amlodipine 5 mg (oral), venosmil 25 mg (oral), rebal plus img (oral), amlodipine 5mg (oral), dan neulin 1 g (iv) dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 09.00 WIB** mengobservasi tekanan darah dan nadi pershift dengan hasil tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 75x/menit. **Pukul 10.30 WIB** mengkaji keluhan pusing pasien dengan hasil pasien mengatakan tidak pusing hanya sedikit lemas. **Pukul 10.35 WIB** mengkaji keluhan tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil pasien mengatakan tidak merasa pusing ataupun sakit kepala. **Pukul 11.00 WIB** Mengkaji tingkat kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E: 4 M:6 V:5. **Pukul 14.00 WIB** memberikan terapi obat neuroaid 3mg (oral) dan amlodipine 5mg (oral), venosmil 25 mg (oral) dan neulin 1g melalui intravena dan dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi dengan hasil TD 120/90 mmHg, nadi 69 x/menit. **Pukul 16.00 WIB** perawat ruangan mengkaji mengkaji tingkat

kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E: 4 M:6 V:5 . **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan terapi obat neuroaid 3 mg (oral), amlodipine 5 mg(oral), venosmil 25 mg (oral) dan neulin 1 g melalui intravena melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi dengan hasil TD 130/80 mmHg dan nadi 80x/menit. **Pukul 21.30 WIB** perawat ruangan mengkaji keluhan nyeri kepala dengan hasil pasien mengatakan sedikit terasa pusing dan tidak bisa tidur **Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan mengkaji tingkat kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E: 4 M:6 V:5

Evaluasi keperawatan tanggal 2 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan lemas pada bagian ekstremitas
sedikit terasa pusing dan tidak bisa tidur

Obyektif : TD: 140/70 mmHg, Frekuensi nadi : 70x/menit,
tingkat kesadaran composmentis dengan hasil GCS
E:4 M:6 V:5

Analisa :Masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai

Planning:Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 2 Desember 2019 :

Pukul 07.00 WIB memberikan terapi neuroaid 3 mg (oral), amlodipine 5 mg (oral), venosmil 25 mg (oral), rebal plus img (oral), amlodipine 5mg (oral), dan neulin 1 g (iv) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pada **pukul 08.20 WIB** perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi pershift dengan hasil tekanan darah 130/90mmHg, Nadi 90x/menit. **Pukul 09.30 WIB** mengkaji tingkat kesadaran secara

kuantitatif dan kualitatif dengan hasil GCS E:4, M:6, V:5. **Pukul 10.15 WIB** mengkaji keluhan pusing dengan hasil pasien mengatakan tidak merasakan pusing ataupun sakit kepala. **Pukul 10.30 WIB** mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK dengan hasil pasien mengatakan tidak merasa sakit kepala. **Pukul 13.00 WIB** memberikan terapi obat neuroaid 3mg (oral), amlodipine 5mg (oral), venosmil 25 mg (oral) dan injeksi neulin 1gr dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pukul 14.00 WIB** mengatur posisi kepala dengan posisi agak ditinggikan 30° C dan dalam posisi anatomis dengan hasil posisi kepala ditinggikan 30° C, pasien mengatakan merasa lebih nyaman ketika posisi diubah.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi dengan hasil TD 120/70 mmHg, nadi 88 x/menit. **Pukul 16.00 WIB** perawat ruangan mengkaji mengkaji tingkat kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E: 4 M:6 V:5 . **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan terapi obat neuroaid 3 mg (oral), venosmil 25 mg (oral) dan neulin 1 g melalui intravena melalui intravena dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan nadi dengan hasil TD 137/66 mmHg dan nadi 85 x/menit. **Pukul 21.30 WIB** perawat ruangan mengkaji keluhan nyeri kepala dengan hasil pasien mengatakan sedikit terasa pusing di area tengkuk leher . **Pukul 22.00 WIB** perawat ruangan mengkaji tingkat kesadaran secara kuantitatif dan kualitatif dengan hasil kesadaran pasien composmentis dengan nilai GCS E: 4 M:6. V:5

Evaluasi keperawatan tanggal 3 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : pasien mengatakan tidak merasakan pusing ataupun sakit kepala

Obyektif : TD : 130/80 mmHg, Frekuensi nadi :69 x/menit, tingkat kesadaran composmentis dengan hasil GCS E:4 M:6 V:5

Analisa : Masalah telah teratasi, tujuan telah tercapai

Planning: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

2. Kerusakan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kelemahan

Data Subyektif : Pasien mengatakan jika sedang terserang stroke tubuh sebelah kiri terasa lemah, pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan jika tangan dan kaki sebelah kiri dipaksa untuk digerakkan pasien menjadi pusing dan sakit kepala

Data Obyektif : Pasien melakukan aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tampak mencoba menggerakan tangan dan kaki sebelah kirinya dan pasien tampak dibantu oleh tangan sebelah kanannya untuk menggerakan tangan dan kaki sebelah kiri.

5555	2222
5555	1111

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal.

Kriteria Hasil: Kekuatan otot pada tangan dan kaki sebelah kiri pasien mengalami peningkatan menjadi 5555

Rencana Tindakan:

1. Kaji kekuatan otot/shift.
2. Anjurkan pasien melakukan latihan ROM seperti melebarkan jari-jari dan kaki/shift
3. Bantu pasien mengembangkan keseimbangan dengan meninggikan kepala tempat tidur
4. Letakkan lutut dan pinggul dalam posisi ekstensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019 :

Pukul 08.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas tangan kanan 5555, tangan kiri 2222, ekstremitas bawah kaki kanan 5555, kaki kiri 1111. **Pukul 09.00** menganjurkan pasien untuk melakukan latihan ROM seperti melebarkan jari-jari dan kaki dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kirinya, pasien tampak menggunakan tangan kanannya untuk mengangkat tangan kirinya, tampak berusaha untuk menggerakkan tangan sebelah kiri. **Pukul 10.00 WIB** meletakkan lutut dan pinggul dalam posisi ekstensi dengan hasil pasien tampak rileks dan nyaman saat posisi diubah. **Pukul 11.20 WIB** membantu pasien untuk mengembangkan keseimbangan dengan meninggikan tempat tidur dengan hasil pasien mengatakan nyaman setelah posisi diubah, dengan meninggikan kepala tempat tidur. **Pukul 13.30 WIB** menganjurkan pasien melakukan latihan dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kiri nya. **Pukul 16.00** perawat ruangan membantu pasien untuk meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil, kepala pasien ditinggikan 30°. **Pukul 21.00 WIB** perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 5555, tangan kiri 2222, ekstremitas bawah kaki kanan 5555, ekstremitas bawah kaki kiri 1111.

Evaluasi keperawatan tanggal 1 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan masih terasa lemah di bagian ekstremitas sisi kanan dan sisi kiri, klien mengatakan berusaha mengangkat tangan dan kaki sebelah kirinya

Obyektif : Pasien tampak terlihat lemas, pasien tampak berusaha mengangkat dan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kirinya, aktivitas pasien tampak dibantu dengan perawat dan keluarga. Ekstremitas kaki sebelah kiri 1111 dan tangan sebelah kiri 2222

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 1 Desember 2019 :

Pukul 08.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 5555, tangan kiri 2222, ekstremitas bawah kaki kanan 5555, ekstremitas bawah kaki kiri 1111. **Pukul 10.00 WIB** Anjurkan pasien melakukan latihan seperti melebarkan jari-jari dan kaki/shift dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kirinya, pasien tampak menggunakan tangan kanannya untuk mengangkat tangan kirinya, tampak berusaha untuk menggerakkan tangan sebelah kiri.

Pukul 13.00 WIB menganjurkan pasien melakukan latihan dengan hasil pasien tampak menggerakkan tangan kiri nya. **Pukul 15.00 WIB** perawat ruangan membantu pasien meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil kepala pasien ditinggikan 30°

Pukul 21.00 perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas tangan kanan 5555, tangan kiri 222, ekstremitas bawah kaki kanan 5555, kaki kiri 1111.

Evaluasi keperawatan tanggal 2 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan masih terasa lemah di bagian ekstremitas sisi kanan dan sisi kiri, klien mengatakan berusaha mengangkat tangan dan kaki sebelah kirinya

Obyektif : Pasien tampak terlihat lemas, pasien tampak berusaha mengangkat dan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kirinya, aktivitas pasien tampak dibantu dengan perawat dan keluarga. Kekuatan otot ekstremitas atas kiri 2222 dan ekstremitas bawah kiri 1111

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Hentikan intervensi 4, lanjutkan intervensi 1,2,3

Pelaksanaan keperawatan 2 Desember 2019 :

Pukul 09.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 5555, tangan kiri 2222, ekstremitas bawah kanan 5555, kaki kiri 1111. **Pukul 11.00 WIB** Anjurkan pasien melakukan latihan seperti melebarkan jari-jari dan kaki/shift dengan hasil pasien tampak berusaha menggerakkan tangan kirinya, pasien tampak menggunakan tangan kanannya untuk mengangkat tangan kirinya, tampak berusaha untuk menggerakkan tangan sebelah kiri.

Pukul 13.30 WIB menganjurkan pasien melakukan latihan dengan hasil pasien tampak menggerakkan tangan kiri nya. **Pukul 16.00 WIB** perawat ruangan membantu pasien meninggikan kepala tempat tidur dengan hasil kepala pasien ditinggikan 30°

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji kekuatan otot pasien dengan hasil ekstremitas atas kanan 5555, tangan kiri 2222, ekstremitas bawah kanan 5555, kaki kiri 1111.

Evaluasi keperawatan tanggal 3 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan masih terasa lemah di bagian ekstremitas sisi kanan dan sisi kiri, klien mengatakan berusaha mengangkat tangan dan kaki sebelah kirinya

Obyektif : Pasien tampak terlihat lemas, pasien tampak berusaha mengangkat dan menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri dibantu oleh tangan sebelah kanannya, aktivitas pasien tampak dibantu dengan perawat dan keluarga. Kekuatan ekstremitas tangan sebelah kiri 2222 dan kaki sebelah kiri 1111.

Analisa : Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

3. Resiko Perluasan Infeksi Berhubungan Dengan Inflamasi

Data Subyektif : Pasien mengatakan batuk berdahak sudah 3 hari, pasien mengatakan tenggorokan gatal.

Data Obyektif : Leukosit : 16.450/ul, Sh : 37,7°, jalan nafas terdapat sumbatan yaitu sputum, suara nafas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas, pasien tampak tidak sesak, hasil Foto Thorax Ap, kesan : elongasi aorta corakan bronkitis.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi hilang

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

Rencana Tindakan :

1. Kaji suhu pasien / shift
2. Monitor hasil pemeriksaan leukosit/shift
3. Anjurkan pasien untuk batuk efektif
4. Anjurkan pasien untuk minum air hangat
5. Berikan pasien posisi semi fowler
6. Auskultasi bunyi napas tambahan (ronkhi, wheezing/mengi)
7. Berikan terapi obat Ambroxol 3x3mg (oral), dexamethasone 3x5 mg (iv), pranza 1x40 mg, cefriaxone 1x2 gr (iv)

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019 :

Pukul 07.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), cefriaxone 2gr (iv) , pranza 40mg dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tampak tidak dimuntahkan, tetesan infus berjalan lancar. **Pukul 07.30 WIB** perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil : Suhu : 36,5°C. **Pukul 08.30 WIB** menganjurkan pasien untuk batuk efektif, dengan hasil: pasien tampak mengeluarkan sputum, sputum berwarna putih kental. **Pukul 09.00 WIB** memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil : pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah. **Pukul 10.00 WIB** mengauskultasi suara napas, dengan hasil : suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. **Pukul 11.00 WIB** memonitor hasil Leukosit dengan hasil : 16.450/ul. **Pukul 11.30 WIB** menganjurkan pasien untuk minum air hangat, dengan hasil : pasien mengikuti anjuran yang diberikan oleh perawat. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), pranza 40mg, cefriaxone 2gr (iv), dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tidak di muntahkan dan tetesan infus berjalan lancar.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil : Suhu : 36,2°C. **Pukul 17.30 WIB** perawat ruangan mengauskultasi suara napas, dengan hasil : suara

napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas.

Pukul 19.00 WIB perawat ruangan menganjurkan pasien untuk batuk efektif, dengan hasil: pasien tampak mengeluarkan sputum, sputum berwarna putih kental. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tidak di muntahkan dan tetesan infus berjalan lancar. **Pukul 22.00 WIB** memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil : pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah.

Evaluasi keperawatan tanggal 1 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien megatakan sudah merasa lebih nyaman setelah sputum berhasil dikeluarkan, pasien mengatakan nyaman setelah posisinya diubah menjadi posisi setengah duduk.

Obyektif : Pasien tampak nyaman setelah posisi diubah, suara napas pasien masih terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. hasil Leukosit dengan hasil : 16.450/ul.

Analisa : Masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 1 Desember 2019 :

Pukul 07.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), cefriaxone 2gr (iv) , pranza 40mg dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tampak tidak dimuntahkan, tetesan infus berjalan lancar. **Pukul 08.30 WIB** perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan

hasil : Suhu : 36,2°C. **Pukul 09.20 WIB** memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil : pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah. **Pukul 09.30 WIB** menganjurkan pasien untuk batuk efektif, dengan hasil: pasien tampak mengeluarkan sputum, sputum berwarna putih kental. **Pukul 10.00 WIB** mengauskultasi suara napas, dengan hasil : suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. **Pukul 10.30 WIB** memonitor hasil Leukosit dengan hasil : 14.520/ul. **Pukul 11.30 WIB** menganjurkan pasien untuk minum air hangat, dengan hasil : pasien mengikuti anjuran yang diberikan oleh perawat dan pasien mengatakan telah meminum air putih hangat setiap hari. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), pranza 40mg, cefriaxone 2gr (iv), dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tidak di muntahkan dan tetesan infus berjalan lancar.

Pukul 15.30 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil : Suhu : 36,0°C. **Pukul 17.30 WIB** perawat ruangan mengauskultasi suara napas, dengan hasil : suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. **Pukul 19.20 WIB** perawat ruangan menganjurkan pasien untuk batuk efektif, dengan hasil: pasien tampak mengeluarkan sputum, sputum berwarna putih kental. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tidak di muntahkan dan tetesan infus berjalan lancar. **Pukul 22.00 WIB** memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil : pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah.

Evaluasi keperawatan tanggal 2 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman setelah sputum berhasil dikeluarkan, pasien mengatakan nyaman setelah posisinya diubah menjadi posisi setengah duduk.

Obyektif : Pasien tampak nyaman setelah posisi diubah, suara napas pasien masih terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas, sputum tampak berwarna putih kental, hasil Leukosit dengan hasil : 14.520/ul.

Analisa : Masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 2 Desember 2019 :

Pukul 07.30 WIB perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil : Suhu : 36,2°C. **Pukul 07.30 WIB** perawat ruangan memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), ceftriaxone 2gr (iv) , pranza 40mg dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tampak tidak dimuntahkan, tetesan infus berjalan lancar. **Pukul 09.00 WIB** mengauskultasi suara napas, dengan hasil : suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. **Pukul 09.30 WIB** menganjurkan pasien untuk batuk efektif, dengan hasil: pasien tampak mengeluarkan sputum, sputum berwarna putih kental. **Pukul 10.00 WIB** memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil : pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah. **Pukul 11.10 WIB** memonitor hasil Leukosit dengan hasil : 12.255/ul. **Pukul 11.45 WIB** menganjurkan pasien untuk minum air hangat, dengan hasil : pasien mengikuti anjuran yang diberikan oleh perawat dan pasien mengatakan telah meminum air putih hangat setiap hari. **Pukul 13.00 WIB** memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), pranza 40mg, ceftriaxone 2gr (iv), dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tidak di muntahkan

dan tetesan infus berjalan lancar. **Pukul 15.50 WIB** perawat ruangan mengkaji suhu pasien dengan hasil : Suhu : 36,4°C. **Pukul 17.30 WIB** perawat ruangan mengauskultasi suara napas, dengan hasil : suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas. **Pukul 17.40 WIB** perawat ruangan menganjurkan pasien untuk batuk efektif, dengan hasil: pasien tampak mengeluarkan sputum, sputum berwarna putih kental. **Pukul 20.00 WIB** perawat ruangan memberikan obat ambroxol 3mg (oral), dexamethasone 5mg (iv), dengan hasil : obat berhasil diberikan, obat tidak di muntahkan dan tetesan infus berjalan lancar. **Pukul 22.00 WIB** memberikan pasien posisi semi fowler dengan hasil : pasien mengatakan tampak nyaman setelah posisi diubah.

Evaluasi keperawatan tanggal 3 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien megatakan sudah merasa lebih nyaman setelah sputum berhasil dikeluarkan, pasien mengatakan nyaman setelah posisinya diubah menjadi posisi setengah duduk.

Obyektif : Pasien tampak nyaman setelah posisi diubah, suara napas pasien masih terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas, sputum tampak berwarna putih kental, Leukosit dengan hasil : 11.325/ul.

Analisa :Masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

4. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Kerusakan Status Mobilitas

Data Subyektif : Pasien mengatakan selama dirumah sakit tidak mandi, hanya di lap saja dengan menggunakan waslap dan air dan pasien mengatakan membersihkan tubuhnya hanya di waktu sore hari dan di bantu oleh keluarga, pasien mengatakan merasa gerah jika belum mandi, pasien mengatakan badan terasa gatal jika belum mandi.

Data Obyektif : Kebutuhan perawatan diri seperti berpakaian, mandi dan makan pasien tampak masih di bantu keluarga, aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri

Kriteria Hasil : Pasien tampak nyaman dan bersih

Rencana Tindakan :

1. Bantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan
2. Beri motivasi kepada pasien untuk tetap melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan
3. Berikan umpan positif setiap usaha yang dilakukannya.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 30 November 2019 :

Pukul 09.00 WIB membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan, dengan hasil : pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan segar setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak bersih dan wangi. **Pukul 09.40 WIB** memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan, dengan hasil : pasien tampak mengerti dan akan berusaha akan melakukan apa yang diperintahkan oleh perawat. **Pukul 17.00 WIB** Perawat ruangan membantu melakukan perawatan diri

sesuai dengan kebutuhan, dengan hasil : : pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan segar setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak bersih dan wangi.

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

Evaluasi keperawatan tanggal 1 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan merasa lebih segar setelah di lap menggunakan air dan sabun

Obyektif : Pasien tampak tenang, pasien tampak lebih nyaman dan segar setelah di mandikan, pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan dalam hal personal hygiene dan dalam berpakaian.

Analisa : Masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 1 Desember 2019 :

Pukul 09.00 WIB membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan, dengan hasil : pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan segar setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak bersih dan wangi. **Pukul 10.45 WIB** memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan, dengan hasil : pasien tampak mengerti dan akan berusaha akan melakukan apa yang diperintahkan oleh perawat. **Pukul 16.30 WIB** Perawat ruangan membantu melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan, dengan hasil : : pasien mengatakan

merasa lebih nyaman dan segar setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak bersih dan wangi.

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

Evaluasi keperawatan tanggal 2 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan merasa lebih segar setelah di lap menggunakan air dan sabun

Obyektif : Pasien tampak tenang, pasien tampak lebih nyaman dan segar setelah di mandikan, pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan dalam hal personal hygiene dan dalam berpakaian.

Analisa : Masalah telah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 2 Desember 2019 :

Pukul 09.15 WIB membantu pasien dalam melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan, dengan hasil : pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan segar setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak bersih dan wangi. **Pukul 11.25 WIB** memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan, dengan hasil : pasien tampak mengerti dan akan berusaha akan melakukan apa yang diperintahkan oleh perawat. **Pukul 16.30 WIB** Perawat ruangan membantu melakukan perawatan diri sesuai dengan kebutuhan, dengan hasil : pasien mengatakan

merasa lebih nyaman dan segar setelah di lap dengan menggunakan air dan sabun, pasien tampak bersih dan wangi.

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

Evaluasi keperawatan tanggal 3 Desember 2019 pukul 06.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan merasa lebih segar setelah di lap menggunakan air dan sabun

Obyektif : Pasien tampak tenang, pasien tampak lebih nyaman dan segar setelah di mandikan, pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan dalam hal personal hygiene dan dalam berpakaian.

Analisa : Masalah telah teratasi, tujuan tercapai

Planning : Hentikan Intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Menurut Doenges (2012), tanda dan gejala yang muncul pada pada pasien dengan stroke iskemik, tergantung pada bagian pembuluh darah mana yang mengalami sumbatan di otak. Pada kasus hasil CT Scan menunjukkan kesan : *Multiple recent, thromboembolic endzone – ischemic infarctions di white matter posterior puncak parientale lobe* kanan. Hal ini menunjukkan pada kasus pasien mengalami sumbatan di lobus parietal, dimana lobus ini mempunyai peranan penting dalam proses input sensori, mengendalikan gerakan tubuh, dan perabaan. Pada kasus gangguan sensori penglihatan tidak terjadi. Hal ini dibuktikan pada saat pengkajian lapang pandang pasien masih dalam batas normal, pasien dapat melihat lapang pandang sejauh 180°.

Menurut Doenges (2012), tanda dan gejala perasaan tidak berdaya dan merasa putus asa, kondisi ini bisa dirasakan pada pasien dengan penyakit stroke iskemik dengan gejala labilitas emosional, respons berlebihan atau kemarahan, kesedihan, dan kesulitan mengekspresikan diri sendiri, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami gejala labilitas emosional karena pasien mendapatkan *support system* dari keluarganya terutama dukungan dari suami dan individu mampu memahami apa yang sedang dirinya rasakan dan dapat mengekspresikannya secara tepat. Hal ini dibuktikan saat pengkajian sudah rencana Tuhan dan pasien hanya berharap bisa pulih dan mengurus suami serta anak-anaknya kembali di rumah.

Menurut Doenges (2012), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami masalah sensori perabaan. Kondisi ini terjadi karena adanya penyumbatan atau kerusakan saraf pada lobus parietal yang dimana salah satunya berfungsi sebagai perabaan. Hal ini tidak terjadi pada kasus, dibuktikan dengan ketika pengkajian perawat memberikan rangsangan pada tangan dan kaki pasien menggunakan hammers, dan pasien masih bisa merasakannya.

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

Menurut Doenges (2012), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami masalah gangguan bahasa. Kondisi ini terjadi karena adanya penyumbatan atau kerusakan saraf pada lobus parietal yang dimana salah satunya berfungsi sebagai pengaturan bahasa. Hal ini tidak terjadi pada kasus, dibuktikan dengan pada saat pengkajian pasien dapat berbicara dengan jelas dan pasien dapat menjawab pertanyaan perawat dengan baik.

Menurut Tarwoto (2013), pada pasien dengan stroke iskemik tidak akan mengalami kenaikan Leukositnya, sedangkan pada kasus terjadi. Hal ini dikarenakan adanya inflamasi/peradangan pada tubuh pasien. Leukosit yang tinggi bisa mengakibatkan infeksi siskemik, lalu bisa terjadi atelektasis, dimana paru-paru kolaps gagal untuk kembang kempis, dan bisa mengakibatkan peredaran darah yang akan diedarkan ke jantung berkurang, pasokan oksigen untuk ke pembuluh darah yang

diedarkan melalui aorta ke seluruh tubuh terutama menuju otak juga berkurang, maka dari itu terjadilah infark dan iskemik. Hal ini dibuktikan saat pengkajian saat dilihat hasil labnya Leukosit pasien tampak mengalami kenaikan dengan hasil : Foto Thorax Ap, kesan : Susp. Cardiomegaly, elongasi aorta corakan Bronkitis.

Menurut Tarwoto (2013), pasien dengan stroke iskemik akan mengalami komplikasi berupa edema. Adanya penyumbatan di pembuluh darah otak akan mengakibatkan otak tidak mendapat suplai darah yang mengandung oksigen. Akibatnya jaringan otak akan mengalami hipoksia dan kematian pada jaringan. Karena itu tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler yang dapat menyebabkan terjadinya edema jaringan otak. Hal ini tidak terjadi pada kasus, yang dibuktikan oleh hasil CT Scan kepala kesan : *Multiple recent, thromboembolic endzone – ischemic infarctions di white matter posterior puncak parientale lobe kanan*.

Menurut Doenges (2012), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan stroke iskemik adalah CT Scan, MRI, EEG, Ultrasonografi, Sinar X/ foto Rontgen, Angiografi Serebral, Pungsi Lumbal. Namun pada kasus hanya dilakukan CT Scan Kepala, kesan : menunjukkan *Multiple recent, thromboembolic endzone – ischemic infarctions di white matter posterior puncak parientale lobe kanan* dan Foto Thorax Ap, kesan : *Susp. Cardiomegaly, elongasi aorta corakan Bronkitis*, dan EKG dengan hasil sinus ritme.

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

Faktor penghambat dalam pengkajian keperawatan yaitu, penulis kesulitan membaca beberapa tulisan dokter, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya dalam mendokumentasikan hasil tindakannya.

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, perubahan sistem saraf pusat (SSP), kelemahan sistem muskuloskeletal. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan ada lobus frontal yang mengatur fungsi intelektual dan pusat bahasa, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Hal ini dikarenakan pasien tidak memiliki hambatan untuk berkomunikasi. Hal ini dibuktikan dengan pasien mampu berkomunikasi dengan baik serta tidak ditemukan kekacauan dalam berbicara.
2. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan penerimaan, transmisi, integrasi sensori seperti trauma atau defisit neurologis, stres psikologis. Kondisi ini terjadi akibat adanya kerusakan lobus parietal yang berfungsi sebagai proses input sensori, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami perubahan pada persepsi sensori pasien seperti penurunan lapang pandang dan gangguan penglihatan. Hal ini dibuktikan pasien dapat melihat dengan jelas dan tidak mengalami gangguan penglihatan.
3. Ketidakefektifan koping berhubungan dengan krisis situasional, ketidakadekuatan tingkat persepsi kontrol, ketidakefektifan tingkat kepercayaan dalam kemampuan untuk melakukan koping, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami ketidakefektifan koping individu dalam keluarga. Hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak terlalu memikirkan penyakitnya

dan jika sedang ada pikiran pasien mengatakan memilih menonton tv untuk menghilangkan stress.

4. Risiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular: penurunan refleks muntah, paralisis wajah, gangguan perseptual, keterlibatan saraf kranial. Kondisi ini terjadi akibat lemahnya saraf vagus yang berfungsi untuk fonasi/berbicara dan menelan, sedangkan pada kasus tidak terjadi. Hal ini dikarenakan pasien mampu berbicara dan menelan dengan baik. Hal ini dibuktikan saat pengkajian pasien mengatakan sebelum dan sesudah masuk rumah sakit pasien tidak memiliki keluhan tersedak saat makan, makan selalu habis 1 porsi, pasien mampu menelan obat oral yang diberikan.

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

1. Resiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi. Kondisi ini terjadi akibat peradangan pada suatu organ tertentu di dalam tubuh akibat dari berbagai hal, sedangkan pada kasus terjadi. Hal ini dikarenakan pasien mengalami peradangan. Hal ini pada saat pengkajian pasien mengatakan batuk berdahak sudah 3 hari, jalan nafas terdapat sumbatan yaitu sputum, suara napas terdengar ronkhi di lapang paru sebelah kanan atas, pasien tampak tidak sesak, hasil Foto Thorax Ap, kesan : elongasi aorta corakan bronkitis, Leukosit 16.450/ul, Suhu 37,7°C.

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

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

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan thromboembolic berdasarkan hasil data penunjang dari CT Scan Kepala, kesan : menunjukkan *Multiple recent, thromboembolic endzone – ischemic infarctions* di *white matter posterior puncak parientale lobe* kanan. Maka penulis menetapkan diagnosa keperawatan ini sebagai prioritas utama pada kasus. Karena jika ada sumbatan di dalam pembuluh darah akan mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang sehingga otak tidak mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi sehingga akan menyebabkan kematian jaringan.

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

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan thromboembolic.
 - a. Catat perubahan dalam penglihatan, rencana ini tidak direncanakan oleh penulis karena pada saat pengkajian pasien tidak ditemukan kebutaan atau gangguan lapang pandang
 - b. Kaji fungsi bicara, rencana ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien tidak mengalami perubahan pada fungsi bicaranya
 - c. Berikan oksigen sesuai dengan indikasi, tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien tidak mengalami sesak napas dengan pernapasan 20x/menit.

2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan.
 - a. Ubahlah posisi minimal 2 jam (setengah duduk), rencana ini direncanakan oleh penulis karena pasien imobilisasi dalam pergerakan dan juga mengalami masalah pada pernapasan yaitu jalan napas, terdapat sumbatan akibat adanya sputum. Tindakan ini dilakukan untuk mengurangi komplikasi akibat immobilisasi dan meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru.
 - b. Gunakan papan kaki secara berganti jika memungkinkan, rencana ini tidak direncanakan oleh penulis karena keterbatasan alat dan pasien sudah dilatih rentang gerak aktif dan pasif
 - c. Gunakan penyangga lengan ketika pasien berada dalam posisi tegak, sesuai dengan indikasi, rencana ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien selalu menyangga lengan dan kakinya dengan menggunakan bantal.
 - d. Observasi daerah yang terkena termasuk warna, edema, atau tanda lain dari gangguan sirkulasi. Hal ini tidak direncanakan karena tidak terdapat edema pada pasien.
 - e. Berikan obat relaksasi otot, antispasmodik untuk menghilangkan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu. Tindakan ini tidak direncanakan karena pasien tidak mendapatkan obat untuk relaksasi otot.
3. Resiko Tinggi Infeksi berhubungan dengan Inflamasi
 - a. Batasi pengunjung bila perlu
 - b. Gunakan kateter IV perifer dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
 - c. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas dan drainase

4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kerusakan Status Mobilitas
 - a. Berikan obat supositoria dan pelunak feses, tindakan ini tidak direncanakan oleh penulis karena pasien tidak mengalami konstipasi

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

Faktor penghambat yang ditemukan penulis selama proses implementasi keperawatan adalah adanya keterbatasan waktu sehingga pelaksanaan tidak dapat dilakukan seluruhnya dengan maksimal. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor penghambat adalah dengan melakukan monitor perkembangan pasien melalui tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat. Pelaksanaan keperawatan pada pasien Ny.S dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 30 November 2019 sampai dengan 2 Desember 2019. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik dikarenakan adanya sifat kooperatif dari pasien yang membantu untuk melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan yang dibuat, hal ini karena pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya.

Pelaksanaan keperawatan pada Ny.S selama 3 hari mengalami perubahan dengan di berhentikannya hasil pemeriksaan leukosit, pasien tidak diperiksa hasil lab lagi karena leukosit pasien sudah mengalami penurunan. Hal ini dibuktikan bahwa pasien Ny.S mendapatkan obat anti peradangan.

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

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

E. Evaluasi Keperawatan

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

1. Perubahan Perfusi Jaringan Serebral berhubungan dengan thromboembolic.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan : pasien mengatakan pusing tidak ada , tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 69 x/menit, kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4M6V5), pupil isokor +2/+2. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Hal ini dibuktikan dengan pasien tidak tampak mengalami peningkatan tekanan intrakranial seperti nyeri hebat di kepala, muntah.

2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai ditandai dengan :

kekuatan otot tangan kanan 5555, kaki kanan 5555, kaki kiri 1111 tangan kiri 2222, pasien mengatakan masih sulit untuk menggerakkan tangan kirinya tetapi sudah sedikit bisa mengangkat kaki kirinya walaupun hanya sebentar. Hal ini dibuktikan pada saat pasien ingin menggerakkan tangan sebelah kirinya, pasien tampak berusaha menggunakan tangan kanannya untuk mengangkat tangan kirinya. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

3. Resiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan : batuk sudah mulai berkurang dibanding hari sebelumnya, tenggorokan sudah tidak gatal, Leukosit mengalami penurunan 16.450/ul menjadi 11.325/ul (4000-10.500)/ul, suhu 36,3°C. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Hal ini dibuktikan dengan pasien sudah bisa mengeluarkan sputum, batuk sudah mulai berkurang, dan hasil leukosit mengalami penurunan, hal tersebut dikarenakan pasien meminum obatnya rutin dan terjadwal.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kerusakan status mobilitas.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik kembali normal. Selama pasien dirawat 3 hari masalah telah teratasi tujuan tercapai ditandai dengan : pasien mengatakan terasa lebih nyaman setelah dibantu untuk perawatan, pasien tampak bersih, pasien tampak wangi. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Hal ini dibuktikan dengan pasien mampu pasien tampak lebih nyaman dan segar setelah di mandikan, pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan dalam hal personal hygiene dan dalam berpakaian.

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

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

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan dalam pembuluh darah seperti trombus atau emboli. Trombus yaitu gumpalan darah yang menempel didinding pembuluh darah otak yang menyebabkan aliran darah tidak dapat dialirkan ke seluruh tubuh terutama otak sedangkan emboli mengalir atau menempel dipembuluh darah sehingga menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah. Pasien tidak tampak mengalami peningkatan tekanan intrakranial seperti nyeri hebat di kepala, muntah. Data yang dapat ditemukan pada pasien stroke iskemik saat pengkajian adalah terjadinya kelemahan pada ekstremitas baik ekstremitas atas maupun ekstremitas bawah, ekstremitas kiri maupun kanan.

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan stroke non hemoragik ada beberapa diagnosa diantaranya adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan thromboembolic, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak, resiko gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dan defisiensi perawatan diri berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, dan memungkinkan adanya tambahan diagnosa keperawatan di luar yang seharusnya. Namun diagnosa yang menjadi prioritas pada penyakit stroke yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dikarenakan pasien mengalami penyumbatan pada pembuluh darah yang dapat menyebabkan

terganggunya aliran darah menuju otak sehingga aliran darah ke otak berkurang dan otak tidak akan mendapatkan oksigen serta nutrisi sehingga sel-sel pada area otak akan mati.

Rencana yang perlu diperhatikan pada pasien dengan Stroke iskemik yaitu, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi) kaji tingkat kesadaran secara kualitatif dan kuantitatif, kaji adanya tanda-tanda peningkatan TIK, dan atur posisi kepala pasien 30° untuk meningkatkan aliran darah dan mencegah terjadinya aspirasi jika terjadi peningkatan TIK seperti mual dan muntah.

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

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

B. Saran

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

1. Bagi petugas kesehatan

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

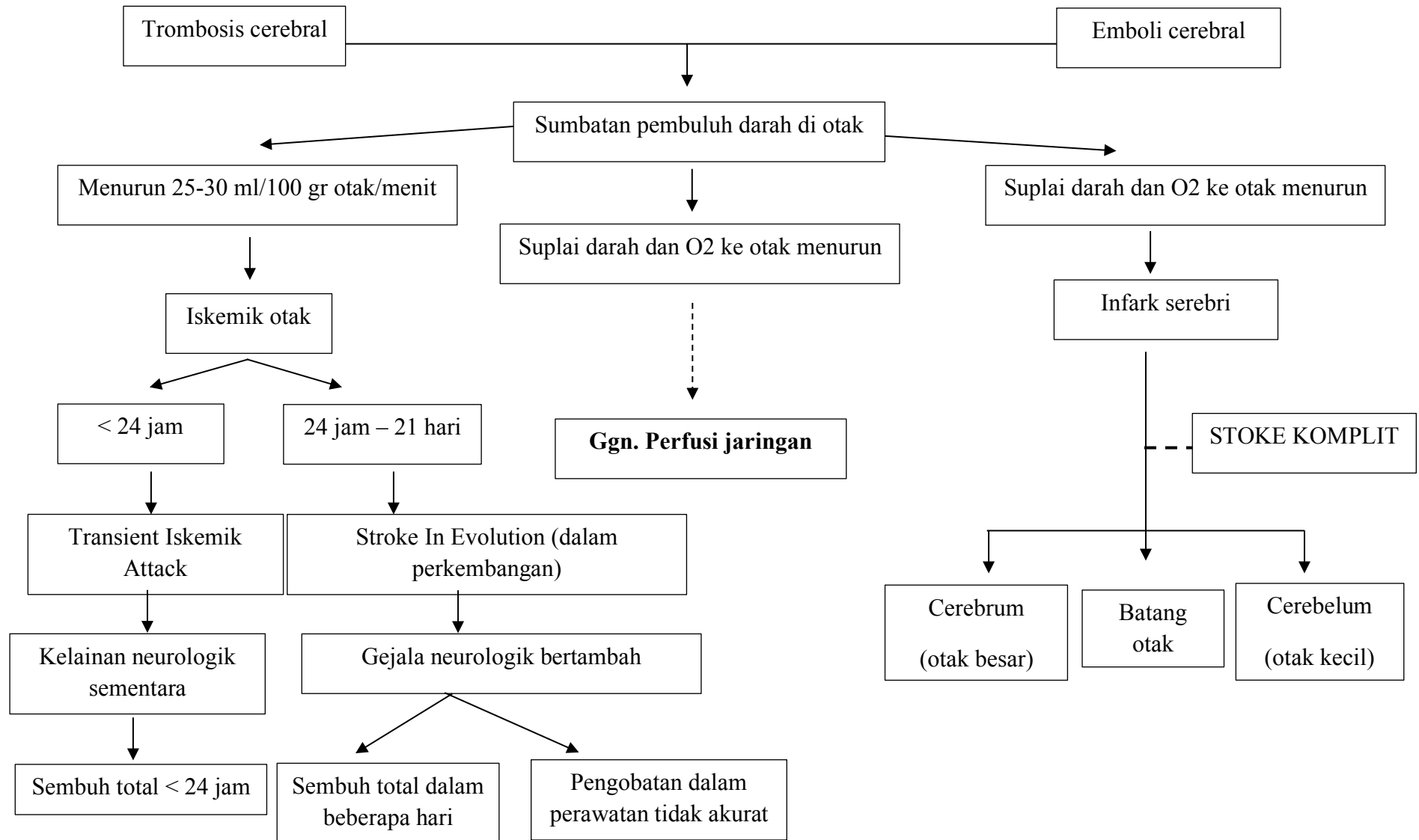
2. Bagi mahasiswa

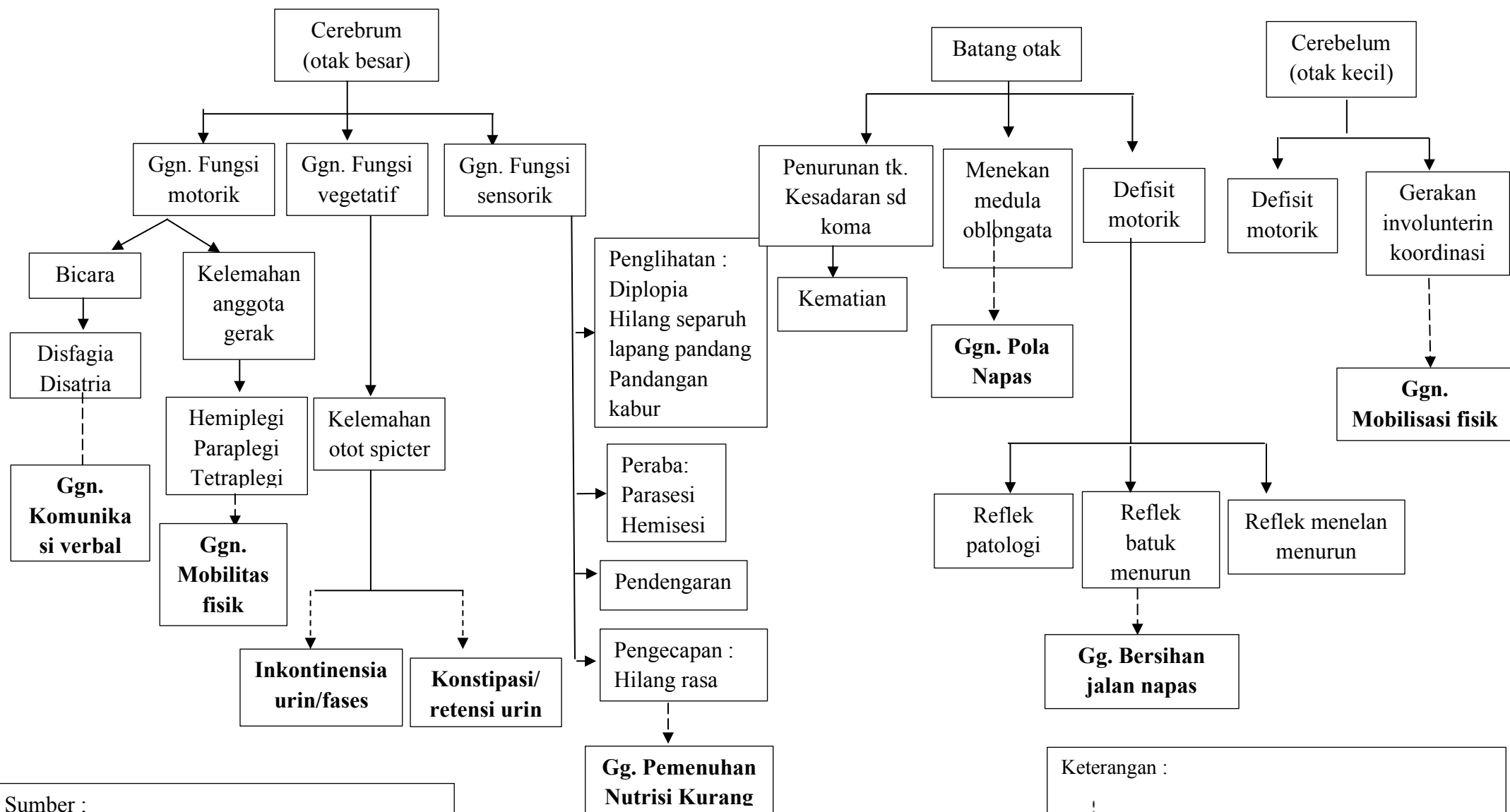
Diharapkan bagi mahasiswa dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik dengan lebih baik lagi dan hal yang harus diperhatikan pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik adalah dengan memperhatikan tingkat kesadaran pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, J.M. & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Buku 3*. Singapore: Elseiver.
- Doenges, M.E & Moorhouse, M.F & Geissler, A.C. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman asuhan pasien anak-dewasa (Devi Y, dkk. penerjemah)*. Jakarta: EGC.
- Kozier, Barbara. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik (pamilih Eko, dkk penerjemah)* . Jakarta: EGC.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Neurobehavior*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Parlagutan, M. T, dkk. (2019). *Studi Kasus Pemenuhan Kebutuhan Perfusi Jaringan Serebral Pasien Stroke Non Haemoragik di Rumah Sakit TK II Putri Hijau Medan Tahun 2018*. Medan: 37-51.
- Riskesdas. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, <https://doi.org/10.2196/2013> Desember 2013.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Wahyuningsih, Retno. (2013). *Penatalaksanaan Diet Pada Pasien*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

LAMPIRAN





Sumber :

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

Keterangan :

↓ : Masalah keperawatan

↓ : Perjalanan penyakit

