



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. C DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT
SWASTA DI BEKASI BARAT PADA MASA PANDEMI
COVID-19**

**Disusun oleh:
FRICILIA HADI SUSENA
201801024**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. C DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT
SWASTA DI BEKASI BARAT PADA MASA PANDEMI
COVID-19**

**Disusun oleh:
FRICILIA HADI SUSENA
201801024**

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

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fricilia Hadi Susena

NIM : 201801024

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan keperawatan pada Tn. C dengan stroke non hemoragik di ruang Dahlia rumah sakit swasta di Bekasi Barat pada masa pandemi COVID-19” yang dilaksanakan pada tanggal 3 Mei 2021 sampai dengan 5 Mei 2021 adalah sepenuhnya hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah dinyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

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

Bekasi, 18 Mei 2021

Yang membuat pernyataan



Fricilia Hadi Susena

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada Tn. C dengan stroke non hemoragik di ruang Dahlia rumah sakit swasta di Bekasi Barat pada masa pandemi COVID-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan tim penguji.

Bekasi, 18 Mei 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



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

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada Tn. C dengan stroke non hemoragik di ruang Dahlia rumah sakit swasta di Bekasi Barat pada masa pandemi COVID-19” yang disusun oleh Fricilia Hadi Susena (201801024) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan tim penguji pada tanggal 23 Juni 2021.

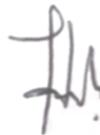
Bekasi, 23 Juni 2021

Penguji I



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

Penguji II



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

Nama Mahasiswa : Fricilia Hadi Susena
NIM : 201801024
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Makalah ilmiah : Asuhan keperawatan pada Tn. C dengan stroke non hemoragik di ruang Dahlia rumah sakit swasta di Bekasi Barat pada masa pandemi COVID-19
Halaman : xiii + 59 halaman + 2 lampiran
Pembimbing : Devi Susanti

ABSTRAK

Latar Belakang: stroke adalah gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang timbul secara mendadak dan akut dalam beberapa detik atau secara tepat dalam beberapa jam yang berlangsung lebih dari 24 jam (Irfan, 2012). Stroke yang tidak ditangani dapat mengakibatkan komplikasi, khususnya pada pasien stroke yang telah lama melakukan tirah baring, dapat menyebabkan masalah fisik dan emosional diantaranya adalah terbentuknya bekuan darah (trombosis), dekubitus, pneumonia, atrofi dan kekakuan sendi (Pudiastuti, 2011). Di Indonesia terdapat 713.783 kasus stroke pada rentang tahun 2013-2018 pada penduduk usia ≥ 15 tahun (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Tujuan: untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: hasil dari pengkajian didapatkan 4 diagnosa keperawatan yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, risiko cedera berhubungan dengan hipoksia jaringan, defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi prioritas pada diagnosa pertama adalah monitor tanda dan gejala peningkatan TIK dan lakukan pemeriksaan CT Scan, pada diagnosa kedua adalah lakukan latihan ROM aktif dan pasif, pada diagnosa ketiga adalah mencegah terjadinya cedera, dan pada diagnosa keempat adalah dengan melakukan pendidikan kesehatan mengenai stroke.

Kesimpulan dan Saran: Masalah keperawatan prioritas yang dapat diangkat pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah perfusi serebral tidak efektif dengan intervensi prioritas untuk dilakukannya monitor tanda dan gejala peningkatan TIK dan dilakukan pemeriksaan CT Scan. Tenaga kesehatan khususnya perawat di ruangan diharapkan dalam melakukan asuhan keperawatan

pada masa pandemic COVID-19 untuk menerapkan pemakaian APD sesuai dengan protokol kesehatan yang telah ditetapkan.

Keyword: asuhan keperawatan, stroke non hemoragik

Daftar pustaka: 23 (2010-2021)

Student Name : Fricilia Hadi Susena

Student Number: 201801024

Study Program : Nursing of Diploma 3

Title : Nursing care for Mr. C with Stroke non hemorrhagic in Dahlia room of hospital on West Bekasi

Pages : xiii + 59 pages + 2 attachments

Supervisor : Devi Susanti

ABSTRACT

Background: Stroke is a neurological function disorder caused by disruption of blood flow in the brain that occurs suddenly and acutely within a few seconds or precisely within a few hours that lasts more than 24 hours (Irfan, 2012). Untreated stroke can lead to complications, especially in stroke patients who have been on bed rest for a long time, can cause physical and emotional problems including the formation of blood clots (thrombosis), decubitus, pneumonia, atrophy and joint stiffness (Pudiasuti, 2011). In Indonesia, there are 713,783 stroke cases in the range of 2013-2018 in the population aged ≥ 15 years (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Aim: The purpose of this scientific writing is to obtain a real picture of nursing care for patients with non-hemorrhagic stroke through a comprehensive nursing process.

Writing Methods: this case report is using descriptive method as writing method, which revealing the facts in accordance with the data obtained.

Results: the result of the study found that there are 4 nursing diagnoses which are ineffective cerebral perfusion related to embolism, impaired physical mobility associated with decreased muscle strength, risk of injury related to tissue hypoxia, deficit in knowledge about stroke related to lack of exposure to information. The priority intervention in the first diagnosis is to monitor the signs and symptoms of increased ICP and perform CT scan, the second diagnosis is to do active and passive ROM exercises, the third diagnosis is to prevent injury, and the fourth diagnosis is to conduct health education about stroke.

Conclusions and Suggestions: The priority nursing problem that can be formulated in patients with non-hemorrhagic stroke is ineffective cerebral perfusion with priority intervention to monitor signs and symptoms of increased ICP and perform a CT scan. Health workers, especially nurses in the room, are expected to carry out nursing care during the COVID-19 pandemic to apply the use of PPE in accordance with established health protocols.

Keywords: nursing care, non-hemorrhagic stroke

References: 23 (2010-2021)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan perlindungannya sehingga penulis bisa menyelesaikan makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. C dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Dahlia rumah sakit swasta di Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 03 sampai dengan 05 Mei 2021. Adapun tujuan penulisan makalah ilmiah ini adalah sebagai persyaratan kelulusan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Dalam penulisan makalah ilmiah ini penulis mendapat pengarahan, bimbingan, bantuan dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. MB selaku pembimbing penulisan makalah ilmiah ini dan sebagai penguji yang telah sabar untuk meluangkan waktu dan pikiran dalam membimbing, memberi pengarahan dan masukan kepada penulis.
2. Dr. Susi Hartati, S. Kp., M. Kep., Sp. Kep. An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.
3. Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. MB selaku pembimbing akademik yang telah membimbing dalam melaksanakan perkuliahan.
4. Ibu Sr. Tuti Nurhayati, S. Kep selaku clinical mentor di ruang Dahlia yang telah membimbing dan mengarahkan penulis selama mengambil kasus di rumah sakit.
5. Pasien Tn. C dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu bagi penulis untuk memberikan asuhan keperawatan, mulai hari pertama hingga terakhir pengambilan kasus.
6. Seluruh staff akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran pembuatan makalah ilmiah ini.
7. Orang tua saya bapak Bebeng Hadi Suseno dan ibu Boanah, adik saya Michelle Hadi Susena dan seluruh keluarga besar yang saya cintai, yang telah memberikan doa, dukungan, semangat dan kesabarannya dalam mendengar keluh kesah penulis selama menulis makalah ilmiah ini.

8. Sahabat-sahabat saya dimasa perkuliahan yang telah saya anggap sebagai keluarga Atikah Putri Purwanti, Aulia Yoli Saputri, Syafira Rahmadania, Agnes Nita Adhi Suyahni, dan Ilham Wahyu Saputro yang telah memberikan motivasi belajar kepada saya selama 3 tahun menjalani perkuliahan dikala senang maupun susah, serta memberikan semangat kepada saya dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
9. Sahabat-sahabat yang telah saya anggap sebagai keluarga saya dimasa sekolah Tantryani Setiawan, Sheila Happy Nathania, Grace Yosephine Silaban, Yesika, Leny Priani, Kimberly Cung, Annisa Salsabila Djoko, Felicia Veronica, Cindy Ismantara, dan Cathy Ismantara yang selalu memberikan semangat, mendukung, dan menemani saya dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
10. Teman-teman kelompok keperawatan medikal bedah Ayu Lestari, Christine Rodo, dan Fitriah Dwi Arimbi yang saling memberikan motivasi dan semangat dalam mengerjakan makalah ilmiah ini.
11. Seluruh mahasiswa DIII Keperawatan angkatan VIII keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang sudah berjuang bersama dalam menyelesaikan makalah ilmiah.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan makalah ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk memperbaiki makalah ilmiah ini dan semoga dapat bermanfaat dan berguna bagi pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Bekasi, Maret 2021

Penulis

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang masalah.....	1
B. Tujuan penulisan	2
C. Ruang lingkup	3
D. Metode penulisan	3
E. Sistematika penulisan.....	3
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Pengertian.....	5
B. Etiologi.....	5
C. Patofisiologi	6
1. Proses perjalanan penyakit	6
2. Manifestasi klinik	7
3. Klasifikasi.....	7
4. Komplikasi	8
D. Penatalaksanaan medis.....	8
E. Pemeriksaan diagnostik.....	9
F. Pengkajian keperawatan.....	10
G. Diagnosa keperawatan.....	12
H. Perencanaan keperawatan.....	13
I. Pelaksanaan keperawatan.....	17
J. Evaluasi keperawatan.....	17
BAB III TINJAUAN KASUS.....	18
A. Pengkajian keperawatan.....	18
B. Diagnosa Keperawatan.....	34

C. Perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.....	34
BAB IV PEMBAHASAN.....	51
A. Pengkajian keperawatan.....	51
B. Diagnosa keperawatan	53
C. Perencanaan keperawatan	54
D. Pelaksanaan keperawatan.....	55
E. Evaluasi keperawatan.....	56
BAB V PENUTUP.....	58
A. Kesimpulan	58
B. Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA	60

DAFTAR TABEL

Tabel 1. analisa data.....	30
----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Patoflow	62
Lampiran 2. Materi pendidikan kesehatan	63
Lampiran 3. Booklet Stroke	65
Lampiran 4. SAP Stroke	68

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Penyakit yang menyerang pada bagian sistem saraf disebut juga dengan gangguan neurologis. Salah satu gangguan neurologis adalah stroke. Stroke merupakan gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang timbul secara mendadak dan akut dalam beberapa detik atau secara tepat dalam beberapa jam yang berlangsung lebih dari 24 jam dengan gejala atau tanda tanda sesuai daerah yang terganggu (Irfan, 2012).

Menurut Simon et al (2018), stroke merupakan penyebab utama ke lima di Amerika Serikat (setelah penyakit jantung, kanker, penyakit paru-pau kronis, dan cedera dan kecelakan) dan yang paling umum pada gangguan neurologi. Sekitar 800.000 kasus stroke baru terjadi dan sekitar 130.000 orang meninggal setiap tahunnya di Amerika Serikat karena stroke (Simon et al., 2018). Di Indonesia sendiri terdapat 713.783 kasus stroke pada rentang tahun 2013-2018 pada penduduk usia ≥ 15 tahun (Riskesdas, 2018). Pada salah satu rumah sakit swasta di Bekasi Barat, terdapat 101 pasien Stroke Non Hemoragik pertahun dari total 47.000 pasien di rumah sakit tersebut atau setara dengan 0,2% kasus Stroke Non Hemoragik.

Stroke yang tidak ditangani dapat mengakibatkan komplikasi, khususnya pada pasien stroke yang telah lama melakukan tirah baring, dapat menyebabkan masalah fisik dan emosional diantaranya adalah terbentuknya bekuan darah (trombosis), dekubitus, pneumonia, atrofi dan kekakuan sendi yang terjadi akibat dari kurang gerak dan imobilisasi, dan juga dapat menyebabkan kecemasan ataupun depresi diakibatkan oleh kejadian yang tidak diinginkan karena adanya perubahan dan kehilangan fungsi tubuh (Pudiastuti, 2011).

Berdasarkan komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan stroke, perawat memiliki peran penting sebagai pemberi asuhan keperawatan

terutama dimasa pandemi COVID-19. Perawat berperan sebagai care giver dimana perawat melakukan asuhan keperawatan kepada pasien secara lebih dikarenakan budaya *family empowerment* saat keluarga dirawat dirumah sakit tidak bisa diterapkan pada masa pandemi COVID-19. Hal ini untuk dilakukannya pembatasan agar mencegah transmisi (Utama & Dianty, 2020). Perawat sebagai care giver juga harus memperhatikan penggunaan APD yang rasional, benar dan konsisten untuk membantu mengurangi penyebaran COVID-19, perawat juga berperan dalam melakukan skrining dengan melakukan pemeriksaan antigen SARS-CoV-2 di IGD (WHO, 2020). Perawat sebagai edukator berperan dalam upaya pencegahan dan pemutusan rantai penyebaran infeksi COVID-19. Perawat memberikan edukasi mengenai mencuci tangan setelah menyentuh fasilitas yang ada di rumah sakit, penggunaan masker di rumah sakit, dan untuk menerapkan *social distancing*, bukan hanya dengan menjaga jarak dan menghindari kontak langsung tetapi juga dengan melakukan pembatasan pengunjung untuk pasien yang dirawat di rumah sakit (Nisa, 2020).

Melihat dari pentingnya peran perawat dalam penanganan pasien dengan Stroke, maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- b. Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- c. Penulis mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik

- d. Penulis mampu melaksanakan pelaksanaan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik
- f. Penulis mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik
- g. Penulis mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi pemecahan masalah
- h. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik

C. Ruang lingkup

Asuhan keperawatan pada pasien Tn. C dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Dahlia Rumah Sakit swasta di Bekasi Barat dari tanggal 03 Mei sampai dengan 05 Mei tahun 2021.

D. Metode penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif. Dalam metode naratif deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus menggunakan asuhan keperawatan langsung kepada Tn. C dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Dahlia rumah sakit swasta di Bekasi Barat.

E. Sistematika penulisan

Penulis menulis makalah ilmiah ini kedalam lima bab besar yang terdiri atas: Bab I pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV

pembahasan yang terdiri dari pembahasan akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Stroke adalah gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak yang timbul secara mendadak dan akut dalam beberapa detik atau secara tepat dalam beberapa jam yang berlangsung lebih dari 24 jam dengan gejala atau tanda tanda sesuai daerah yang terganggu (Irfan, 2012). Stroke adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai darah ke bagian otak dimana dampaknya adalah gangguan suplai darah ke otak yang menyebabkan hilangnya pergerakan, daya pikir, memori, kemampuan berbicara, atau sensasi untuk sementara waktu atau permanen (Brunner & Suddarth, 2016).

B. Etiologi

Menurut Black & Hawks (2014), ada beberapa cara menurunnya aliran darah ke otak. Iskemia terjadi ketika suplai darah ke bagian otak terganggu atau tersumbat total. Stroke pada pembuluh darah besar disebabkan oleh adanya sumbatan pada arteri serebral utama sedangkan stroke pada pembuluh darah kecil terjadi pada pembuluh darah kecil yang merupakan cabang dari pembuluh darah besar yang menuju ke otak.

1. Trombosis

Trombus atau penggumpalan biasanya disebabkan oleh aterosklerosis dimana aterosklerosis menyebabkan zat lemak tertumpuk dan membentuk plak pada dinding pembuluh darah yang akan terus membesar dan menyebabkan penyempitan pada arteri. Penyumbatan juga dapat terjadi karena adanya inflamasi pada arteri atau disebut dengan *arteritis* namun hal ini jarang terjadi.

2. Embolisme

Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral hingga embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri.

3. Penyebab lain

Penyebab lain dari stroke dapat terjadi karena adanya spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Stroke juga dapat terjadi karena adanya hiperkoagulasi dimana terjadi penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Black & Hawks (2014) menjelaskan bahwa hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena jaringan otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerob jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Iskemik jangka pendek dapat mengarah pada penurunan sistem neurologis sementara atau *Transient Ischemic Attack (TIA)*. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark dalam hitungan menit. Luasnya infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke area yang disuplai.

Iskemia dapat dengan cepat mengganggu metabolisme dimana kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Tingkat oksigen dasar dan kemampuan mengkompensasi menentukan seberapa cepat terjadinya perubahan yang tidak bisa diperbaiki. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal. Tekanan perfusi serebral dapat turun dua pertiga dibawah nilai normal sebelum otak akhirnya tidak menerima aliran darah yang tidak adekuat. Dalam waktu yang singkat, akan muncul manifestasi dari gangguan neurologis.

Sumbatan pada arteri serebral dapat menyebabkan penurunan perfusi serebral. Sumbatan yang terjadi dapat menyebabkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel dibagian tengah atau sel utama pada lokasi stroke akan mati dengan segera setelah stroke terjadi (cedera sel-sel saraf primer/*primary neuronal injury*). Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi di sekitar bagian utama yang mati (*penumbra*). Perbedaan ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral menjadi faktor yang mempengaruhi tingkat keparahan manifestasi stroke.

2. Manifestasi klinik

DiGiulio et al (2014) menyebutkan beberapa tanda dan gejala dari seseorang yang mengalami stroke, antara lain:

- a. Ketidakseimbangan mental
- b. Disorientasi, bingung
- c. Perubahan emosional, perubahan kepribadian
- d. Afasia (kesulitan bicara)
- e. Kata-kata tidak jelas
- f. Perubahan sensori (paresthesia, perubahan visual, perubahan pendengaran)
- g. Kekebasan unilateral atau kelemahan pada wajah dan kaki-tangan
- h. Sakit kepala parah karena naiknya tekanan intrakranial atau perdarahan
- i. Gejala-gejala *Transient Ischemic Attack* serupa, namun durasinya singkat

3. Klasifikasi

Stroke iskemik (stroke non-hemoragik) adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik dibagi menjadi 3 jenis, yaitu: (Nurarif & Kusuma, 2015)

- a. Stroke trombotik: proses terbentuknya trombus yang membuat penggumpalan.

- b. Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- c. Hipoperfusi sistemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

4. Komplikasi

Pada pasien stroke yang berbaring lama, dapat terjadi beberapa masalah baik emosional maupun fisik yang diantaranya adalah (Pudiastuti, 2011):

- a. Bekuan darah (trombosis)

Trombosis mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh yang mengakibatkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema), selain itu trombosis juga dapat mengakibatkan embolisme paru atau bekuan darah yang terbentuk dalam arteri yang mengalirkan darah ke paru.

- b. Dekubitus

Pada pasien stroke yang berbaring lama, dapat mengakibatkan memar pada bagian pinggul, bokong, sendi kaki, dan tumit yang mana bila tidak dirawat dengan baik maka akan menyebabkan dekubitus.

- c. Pneumonia

Sputum yang terkumpul di paru-paru pada pasien stroke dapat menyebabkan pneumonia karena pada pasien stroke, tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna.

- d. Atrofi dan kekakuan sendi

Atrofi dan kekakuan sendi pada pasien dengan stroke dapat disebabkan karena kurangnya mobilisasi.

- e. Depresi dan kecemasan

Pasien stroke dapat mengalami gangguan depresi dan kecemasan yang diakibatkan oleh terjadinya perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

D. Penatalaksanaan medis

Menurut (Brunner & Suddarth, 2016), penatalaksanaan medis untuk pasien dengan stroke non-hemoragik adalah sebagai berikut:

1. Rekombinan aktivator plasminogen jaringan (t-PA), kecuali dikontraindikasikan

2. Terapi antikoagulasi
3. Penatalaksanaan peningkatan tekanan intracranial (TIK): diuretic osmotik, pertahankan PaCO₂ pada 30 sampai 35 mmHg, posisi untuk mencegah hipoksia (tinggikan kepala tempat tidur untuk meningkatkan drainase vena dan menurunkan TIK yang meningkat)
4. Kemungkinan hemikraniektomi untuk mengatasi peningkatan TIK akibat edema otak pada stroke yang sangat luas
5. Intubasi dengan slang endotrakeal untuk menetapkan kepatenan jalan napas, jika perlu
6. Pantau hemodinamika secara kontinu
7. Pengkajian neurologis untuk menentukan apakah stroke berkembang dan apakah terdapat komplikasi akut lain yang sedang terjadi

E. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Doenges et al., 2012), pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan untuk penderita stroke adalah:

1. Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti perdarahan atau obstruksi arteri, ada tidaknya titik oklusi atau rupture.
2. CT Scan. Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark dengan catatan mungkin tidak segera menunjukkan semua perubahan tersebut.
3. Lumbal pungsi. Menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada trombosis, emboli serebral, dan TIA. Tekanan yang meninglat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subarachnoid atau perdarahan intrakranial. Kadar protein yang meningkat pada kasus trombosis sehubungan dengan adanya proses inflamasi.
4. MRI. Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena (MAV).
5. Doppler ultrasonografi. Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah aliran darah atau munculnya plak pada arteri karotis).

6. EEG. Mengidentifikasi didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
7. Sinar X. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang melalui klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid.

F. Pengkajian keperawatan

Menurut (Susilo, 2019), pengkajian keperawatan pada pasien dengan stroke adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien
2. Riwayat kesehatan
 - a. Riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, kegemukan/obesitas.
 - b. Riwayat penyakit keluarga
 - c. Keluhan utama: sakit kepala, mual, muntah, kejang hingga tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak.
3. Pemeriksaan fisik
 - a. Rambut: kebersihan rambut dan kulit kepala
 - b. Mata: kebutaan atau kehilangan daya penglihatan
 - c. Hidung: kesimetrisan
 - d. Ekstremitas: kelemahan dan kelumpuhan
4. Pemeriksaan fisik sistem neurologis (Doenges et al., 2014)
 - a. Tingkat kesadaran
 - 1) Kualitatif
 - a) Compos mentis: pasien sadar akan dirinya dan orientasi penuh
 - b) Apatitis: pasien sadar namun tampak lesu dan mengantuk
 - c) Latargi: kesadaran menurun, pasien tampak lesu dan mengantuk
 - d) Delirium: penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormalitas aktivitas psikomotor seperti gelisah

- e) Somnolen: enurunan kesadaran disertai peningkatan abnormalitas aktivitas psikomotor seperti gelisah
- f) Koma: kesadaran hilang sama sekali

2) Kuantitatif

Dilakukan dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS):

a) Mata (E = *eye*):

- (1) Spontan = 4
- (2) Dengan perintah = 3
- (3) Dengan nyeri = 2
- (4) Tidak merespon = 1

b) Verbal (V = *verbal*)

- (1) Berorientasi penuh = 5
- (2) Bicara membingungkan = 4
- (3) Kata-kata tidak tepat = 3
- (4) Tidak dapat dimengerti = 2
- (5) Tidak ada respon = 1

c) Motorik (M = *motoric*)

- (1) Dengan perintah = 6
- (2) Melokalisasi nyeri = 5
- (3) Menarik area yang nyeri = 4
- (4) Fleksi abnormal = 3
- (5) Ekstensi abnormal = 2
- (6) Tidak ada respon = 1

b. Kekuatan otot

Kekuatan otot dinyatakan dengan menggunakan angka dari 0-5

- 1) 0 = Tidak terdapat kontraksi otot, lumpuh total
- 2) 1 = Terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi
- 3) 2 = Ada gerakan sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi
- 4) 3 = Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa

- 5) 4 = Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
- 6) 5 = Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal

c. Pemeriksaan refleks

Dilakukan dalam posisi duduk atau tidur jika duduk tidak meyakinkan.

Evaluasi respon klien dengan menggunakan skala 0-4

- 1) 0 = tidak ada respon
- 2) 1 = berkurang (+)
- 3) 2 = normal (++)
- 4) 3 = lebih dari normal (+++)
- 5) 4 = hiperaktif (++++)

Terdapat 2 jenis refleks yaitu refleks fisiologis dan refleks patologis.

Ada 5 refleks fisiologis yaitu refleks patella, refleks bisep, refleks trisep, refleks achilles, dan refleks superfisial. Sedangkan pada refleks patologis terdapat refleks babinski.

G. Diagnosa keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018a), diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan stroke yaitu sebagai berikut:

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark miokard akut, hiperkolestrolemia, embolisme, koagulasi intravaskuler diseminata, aneurisma serebri, tumor otak.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot, penurunan masa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan neuromuskuler.
3. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranialis, paralisis serebral.
4. Defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, ketidaktahuan menemukan sumber informasi, kurang terpapar informasi.

H. Perencanaan keperawatan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018b) dan Doenges (2012) menjelaskan mengenai perencanaan keperawatan pada pasien dengan stroke, yaitu:

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark miokard akut, hiperkolestolemia, embolisme, koagulasi intravaskuler diseminata, aneurisma serebri, tumor otak

Kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, gelisah menurun, tekanan darah membaik

Perencanaan keperawatan:

Observasi:

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK

Rasional: mempengaruhi penetapan intervensi. Kerusakan/kemunduran tanda/gejala neurologis atau kegagalan memperbaikinya setelah fase awal memerlukan tindakan pembedahan dan atau pasien harus dipindahkan ke ruang perawatan kritis (ICU) untuk melakukan pemantauan terhadap peningkatan TIK.
- b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK

Rasional: mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan mengetahui lokasi, luas, dan kemajuan/resolusi kerusakan SSP. Dapat menunjukkan TIA yang merupakan tanda thrombosis baru.
- c. Monitor *Mean Arterial Pressure* (MAP)

Rasional: variasi mungkin terjadi oleh karena tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi dapat menjadi faktor pencetus. Hipotensi dapat terjadi karena syok. Tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekanan darah pada kedua tangan.
- d. Monitor status pernapasan

Rasional: ketidakteraturan pernapasan dapat memberikan gambaran lokasi kerusakan serebral/peningkatan TIK dan kebutuhan untuk

intervensi selanjutnya termasuk kemungkinan perlunya dukungan terhadap pernapasan.

- e. Monitor intake dan output cairan

Rasional: mengetahui adanya edema pada otak.

Terapeutik:

- a. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional: aktivitas/stimulasi yang kontinu dapat meningkatkan TIK.

- b. Berikan posisi semi fowler

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

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot, penurunan masa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan neuromuskuler

Kriteria hasil: pergerakan esktremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun

Perencanaan keperawatan:

Observasi:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: untuk mengetahui batasan dan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.

- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: untuk mengetahui batasan dan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.

- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum dan setelah mobilisasi

Rasional: untuk mengetahui adanya peningkatan TIK setelah mobilisasi.

- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional: mempengaruhi intervensi untuk segera dihentikan bila kondisi pasien selama melakukan mobilisasi tidak stabil.

Terapeutik:

- a. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu

Rasional:

- b. Fasilitasi melakukan pergerakan

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

- c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: sebagai *support system* bagi pasien.

Edukasi:

- a. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

Rasional: dapat berespons dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan serta latihan aktif untuk “menyatukan kembali” sebagai bagian dari tubuhnya sendiri.

- b. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur).

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

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

Kriteria hasil: reflek menelan meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, batuk menurun, gelisah menurun, muntah menurun, penerimaan makanan membaik

Perencanaan keperawatan:

Observasi:

- a. Identifikasi diet yang dianjurkan

Rasional: memilih makanan dan cairan dengan konsistensi yang tepat. Makanan dengan konsistensi cair lebih sulit dikontrol dan lebih mudah menyebabkan aspirasi karena dapat mengalir langsung. Makanan yang lebih kental lebih aman karena kemungkinan untuk masuk pintu laring lebih kecil. Bolus yang lebih kental meningkatkan pergerakan lidah dan membantu mempercepat terjadinya inisiasi fase faringeal.

b. Monitor kemampuan menelan

Rasional: intervensi nutrisi/pilihan rute makanan ditentukan oleh kemampuan menelan pada pasien.

Terapeutik:

a. Atur posisi nyaman untuk makan/minum

Rasional: posisikan tubuh tegak untuk mencegah aspirasi.

b. Lakukan *oral hygiene* sebelum makan

Rasional: melakukan *oral hygiene* yang baik untuk mengatasi rasa tidak menyenangkan serta mempertahankan kenyamanan.

c. Sediakan sedotan untuk minum

Rasional: menguatkan otot fasial dan otot menelan dan menurunkan risiko terjadinya aspirasi.

d. Berikan bantuan makan/minum sesuai tingkat kemandirian

Rasional: meningkatkan kemandirian.

4. Defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, ketidaktahuan menemukan sumber informasi, kurang terpapar informasi

Kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang di hadapi menurun

Perencanaan keperawatan:

Observasi:

a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional: untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi.

Terapeutik:

a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional: memberikan waktu untuk mempersiapkan diri menerima informasi.

- c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional: memberi kesempatan untuk mengetahui mengenai penyakitnya.

Edukasi:

- a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: untuk mendorong kepatuhan terhadap program terapeutik dan meningkatkan pengetahuan.

I. Pelaksanaan keperawatan

(Potter & Perry, 2010) mengatakan implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan dimana dalam implementasi terdapat 5 kegiatan persiapan yaitu:

1. Pengkajian ulang terhadap pasien
2. Meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada
3. Mengorganisasi sumber daya dan pemberian asuhan
4. Mengantisipasi dan mencegah komplikasi
5. Mengimplementasikan intervensi keperawatan

J. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses *continue* yang terjadi pada saat perawat melakukan kontak dengan pasien (Potter & Perry, 2010). Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada pasien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya (Dinarti & Mulyanti, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian keperawatan

1. Identitas pasien

Pasien Tn. C usia 57 tahun berjenis kelamin laki-laki. Tn. C berstatus sudah menikah, beragama Islam dengan suku bangsa Betawi. Pendidikan terakhir adalah SLTA, Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pekerjaan wiraswasta dan alamat rumat di Babelan. Sumber informasi yang didapatkan dari rekam medis, pasien, keluarga, dan perawat ruangan.

2. Resume

Pasien Tn. C (57 tahun) masuk ke Instalasi Gawat Darurat rumah sakit swasta di Bekasi Barat pada tanggal 01 Mei 2021 pukul 21.05 WIB dengan keluhan pasien terjatuh di kamar mandi pada pukul 18.00 WIB, muntah, setelah jatuh tidak bisa jalan dan lemas pada bagian sisi kanan tubuhnya. Keadaan umum sakit berat, kesadaran apatis, GCS = 13. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil TD = 148/86mmHg, N = 69x/menit, dilakukan pemeriksaan EKG dengan hasil interpretasi normal sinus *rhythm*. Telah dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala dengan kesan MSCT *parenchym* otak normal, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/Hematoma/Infark, dan CT Scan thorax dengan kesan CT Scan thorax normal, tidak menunjukkan tanda-tanda viral pneumonia/mass, diberikan posisi semi fowler, dan diberikan obat Brainact 1000mg.

Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap Dahlia pada tanggal 02 Mei 2021 pukul 01.00 WIB dan dilakukan pengkajian oleh perawat ruangan dengan hasil keluhan masih sama seperti saat di IGD, kesadaran compos mentis, GCS = 14, keadaan umum sakit sedang, TD = 152/86mmHg, N = 75x/menit. Masalah keperawatan yang muncul adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Pasien telah diberikan posisi nyaman. Telah diberikan terapi CPG 1x75mg, Candesartan 1x8mg, neuroaid 3x1 kapsul, atorvastatin 1x20mg,

largactil 3x12,5mg, neulin 2x1gr, dan dexamethasone 3x5mg. Evaluasi secara umum kesadaran compos mentis dengan GCS 14, TD = 144/78mmHg, N = 72x/menit, pasien masih lemas pada ekstremitas atas dan bawah dextra.

Pada tanggal 03 Mei 2021 istri pasien mengatakan masih lemas pada ekstremitas atas dan bawah dextra, pasien pelo dan mulut mencong, TD = 157/76mmHg, N = 78x/menit, kesadaran compos mentis dengan GCS 15. Masalah keperawatan yang telah ditemukan adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Pasien telah diberikan posisi semi fowler. Pasien telah diberikan CPG 75mg, candesartan 8mg, neuroaid 1 kapsul, largactil 12,5mg, atorvastatin 1x20mg, dexamethasone 5mg, dan neulin 1gr. Evaluasi secara umum pasien mengatakan masih lemas di sisi kanan tubuh, pasien pelo dan mulut mencong, TD = 140/90mmHg, N = 80x/menit.

3. Riwayat keperawatan

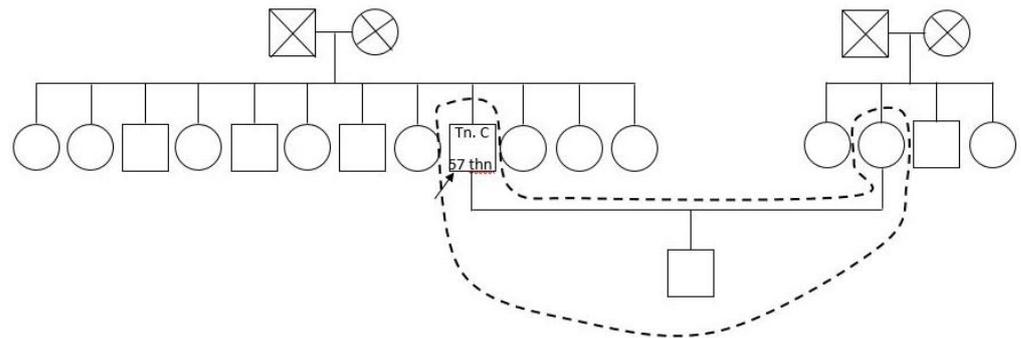
a. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan keluhan saat ini adalah istri pasien mengatakan pasien sulit bicara, masih lemas pada ekstremitas atas dan bawah dextra, istri pasien juga mengatakan pasien tidak bisa melakukan kegiatan secara mandiri dan sering cegukan. Istri pasien mengatakan faktor pencetusnya adalah karena pasien terjatuh di kamar mandi, keluhan timbul mendadak, pasien sudah merasakan keluhan selama 3 hari dan upaya untuk mengatasi keluhannya adalah dengan dibawa ke rumah sakit.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Istri pasien mengatakan pasien tidak ada riwayat penyakit, pasien tidak ada riwayat alergi obat, dan pasien hanya mengonsumsi neuralgin karena sakit kepala seminggu sebelum dibawa ke rumah sakit.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan:



= Laki-laki



= Perempuan



= Tinggal serumah



= Pasien



= Meninggal



= Menikah



= Garis keturunan

d. Penyakit yang pernah diderita keluarga yang menjadi faktor resiko

Istri pasien mengatakan dari keluarga pasien ada yang memiliki riwayat hipertensi.

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang terdekat dengannya adalah istri dan anaknya. Pola komunikasi keluarga baik, pembuatan keputusan dilakukan dengan musyawarah. Dampak penyakit terhadap keluarga adalah tidak bisa beraktivitas sehari-hari seperti biasanya dan mengatakan khawatir terhadap penyakit yang diderita oleh pasien. Istri pasien mengatakan jika stress maka pasien akan mendengarkan music atau tidur. Keluarga pasien mengatakan cemas dengan penyakit pasien dan berharap agar pasien dapat segera sembuh. Keluarga pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah pasien sakit adalah keluarga tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti bisanya.

4. Pola kebiasaan

a. Pola nutrisi

Sebelum sakit: istri pasien mengatakan nafsu makan baik dan makan 3x sehari, pasien makan habis 1 porsi dalam 1x makan, makanan yang tidak disukai tidak ada, makanan yang membuat alergi tidak ada, makanan pantangan dan makanan diet tidak ada, penggunaan obat-obatan dan penggunaan alat bantu tidak ada, pasien mengatakan suka memakan gorengan khususnya sejak bulan puasa jadi semakin sering.

Di rumah sakit: istri pasien mengatakan nafsu makan baik dan makan 3x sehari, pasien makan habis 1/2-1 porsi dalam 1x makan, makanan yang tidak disukai tidak ada, makanan yang membuat alergi tidak ada, makanan pantangan dan makanan diet tidak ada, penggunaan obat-obatan dan penggunaan alat bantu tidak ada, diit lunak bubur 1700kkal, pasien tidak terdapat gangguan menelan.

b. Pola eliminasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan BAK kurang lebih 5x/hari, warna kuning jernih, BAB 1x/hari dengan waktu tidak menentu, berwarna cokelat dan konsistensi lunak, istri pasien mengatakan tidak pernah ada keluhan mengenai BAK maupun BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif.

Di rumah sakit: pasien mengatakan BAK warna kuning keruh, istri pasien mengatakan pasien belum BAB sejak masuk ke rumah sakit dan pasien tidak menggunakan laxative.

c. Pola personal hygiene

Sebelum sakit: istri pasien mengatakan pasien mandi 2x sehari pada pagi dan malam hari, pasien melakukan oral hygiene 2x/hari pada pagi dan malam hari, pasien cuci rambut 7x/minggu.

Di rumah sakit: istri pasien mengatakan pasien hanya dilap saja badan dan wajahnya sejak masuk ke rumah sakit 1x/hari, istri pasien mengatakan pasien dilakukan oral hygiene 1x/hari, istri pasien

mengatakan pasien belum dicuci rambutnya sejak masuk ke rumah sakit.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit: istri pasien mengatakan pasien tidak tidur siang karena bekerja dari pagi hingga malam, pasien tidur malam kurang lebih 6-8 jam di malam. Istri pasien mengatakan sebelum tidur pasien menonton TV.

Di rumah sakit: istri pasien mengatakan pasien tidur siang 1 jam/hari, pasien tidur malam nyenyak kurang lebih 6-8 jam di malam hari. Istri pasien mengatakan tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

e. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit: istri pasien mengatakan pasien bekerja dari pagi hingga malam. Istri pasien mengatakan olahraga yang pasien lakukan dirumah adalah dengan mencuci baju dan pasien tidak ada keluhan dalam beraktivitas.

Di rumah sakit: istri pasien mengatakan pasien tidak bekerja dan tidak melakukan olahraga, istri pasien mengatakan pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri karena mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan.

f. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Istri pasien mengatakan pasien merokok kurang dari 1 bungkus perhari, dan sudah merokok selama >5 tahun. Istri pasien mengatakan pasien tidak meminum minuman keras maupun menggunakan NAPZA.

g. Sistem nilai kepercayaan

Istri pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Istri pasien mengatakan pasien melakukan sholat 5 waktu dan membaca Al-Qur'an.

h. Kondisi lingkungan rumah

Istri pasien mengatakan kondisi lantai kamar mandi di rumah licin.

5. Pengkajian fisik**a. Pemeriksaan fisik umum**

Berat badan pasien saat ini dan sebelum sakit 70 kg, tinggi badan 160 cm, IMT pasien 25,4 (Obesitas 1). Keadaan umum pasien sakit sedang, pembesaran kelenjar getah bening tidak ada.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva ananemis, kornea normal, sklera anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot mata dan fungsi penglihatan baik. Tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kacamata maupun lensa kontak. Reaksi terhadap cahaya ada.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga normal, serumen berwarna kuning, telinga tengah normal, tidak ada cairan dari telinga, fungsi pendengaran normal, tidak terdapat gangguan keseimbangan dan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem wicara

Pasien terdapat gangguan berbicara yaitu aphasia. Pasien dapat berbicara namun lambat.

e. Sistem pernapasan

Jalan napas bersih tidak ada sumbatan, pasien tidak sesak, pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, RR = 19x/menit, irama teratur, pernapasan spontan dan dalam, pasien tidak batuk dan sputum tidak ada, suara napas vesikular, pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Palpasi dada tidak ada kelainan dan dada mengembang secara

bersamaan pada dada kanan dan kiri. Perkusi dada dengan hasil sonor. Pasien tidak ada nyeri saat bernapas dan tidak ada penggunaan alat bantu napas.

f. Sistem kardiovaskuler

Nadi pasien 80x/menit, irama teratur dengan denyut kuat. Tekanan darah 145/90mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, kulit teraba hangat, warna kulit sawo matang, pengisian kapiler < 3 detik, edema tidak ada, denyut apikal 82x/menit, irama teratur, bunyi jantung normal, pasien mengatakan tidak ada nyeri di dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tidak tampak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien tidak mengeluhkan sakit kepala, tingkat kesadaran compos mentis, GCS: E5M6V4. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, bicara pasien pelo dan mulut mencong pada sisi kanan. Reflek fisiologis ada, reflek patologis tidak ada.

i. Sistem pencernaan

Gigi pasien tidak terdapat karies, pasien tidak menggunakan gigi palsu, stomatitis tidak ada, lidah kotor, saliva normal, muntah tidak ada, nyeri perut tidak ada, bising usus 15x/menit, diare tidak ada, pasien mengalami konstipasi sudah 3 hari, hepar teraba, abdomen lembek.

j. Sistem endokrin

Pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton dan luka gangren tidak ada.

k. Sistem urogenital

Balance cairan jam: intake = 2400cc (infus = 1000 cc, oral = 1400 cc), output = 2500 cc (urin = 1800 cc, IWL = 700 cc), BC = -100cc. Pasien tidak ada perubahan pola kemih, urine berwarna kuning keruh, tidak ada ketegangan kandung kemih dan tidak ada nyeri pinggang.

l. Sistem integument

Turgor kulit elastis, temperature kulit hangat, warna kulit sawo matang, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan pada kulit, kondisi kulit di daerah pemasangan infus baik, keadaan rambut baik, rambut terlihat bersih.

m. Sistem muskuloskeletal

Terdapat kesulitan dalam pergerakan, pasien mengatakan tidak ada sakit pada tulang, sendi, maupun kulit, fraktur tidak ada, kelainan bentuk tulang sendi tidak ada, kelainan struktur tulang belakang tidak ada, tonus otot baik, kekuatan otot

3333	5555
3333	5555

6. Data tambahan (pemahaman tentang penyakit)

Keluarga pasien mengatakan mengetahui pasien mengalami stroke, keluarga mengatakan pasien mengalami stroke berawal dari jatuh di kamar mandi. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dibawa ke rumah sakit untuk *checkup* karena pasien tidak pernah mengeluhkan apapun sebelumnya. Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab stroke pada pasien. Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala dari stroke. Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dengan Tn. C karena ini merupakan serangan pertama.

7. Data penunjang

Pada tanggal 01 Mei 2021

- a. Pemeriksaan MSCT Thorax tanpa kontras dengan kesan: CT Scan thorax normal, tidak menunjukkan tanda-tanda viral pneumonia/mass.
- b. Pemeriksaan EKG dengan hasil interpretasi: normal sinus *rhythm*

Pada tanggal 02 Mei 2021

Pemeriksaan lab dengan hasil:

Hemoglobin = 14,1 g/dl (normal: 13,5-18,0 g/dl), leukosit = 7.550/ul (normal: 4.000-10.500/ul), *hematokrit = 39 vol% (normal: 42-52 vol%), trombosit = 158.000/ul (normal: 150.000-450.000/ul), *eritrosit = 4,52 juta/ul (normal: 4,70-6,00 juta/ul), SGPT = 15 U/L (normal: 0-41 U/L), *Kolesterol total = 246 mg/dl (normal: <200 mg/dl), *LDL Kolesterol = 189 mg/dl (normal: <100 mg/dl), *HDL Kolesterol = 36 mg/dl (normal: >40 mg/dl), *trigliserida = 170 mg/dl (normal: <150 mg/dl), Antigen SARS-CoV-2 = negatif.

Pada tanggal 05 Mei 2021

- a. Pemeriksaan MSCT Kepala dengan kesan: infark luas di region frontotemporalis kiri.

8. Penatalaksanaan

- a. Obat oral
 - 1) CPG 1x75mg
 - 2) Candesartan 1x8mg
 - 3) Neuroaid 3x1 kapsul
 - 4) Largactil 3x12,5mg
 - 5) Atorvastatin 1x20mg
- b. Obat injeksi
 - 1) Neulin 2x1gr

c. Infus

Pasien mendapatkan infus RL 1000cc/24 jam

9. Data Fokus

Tanggal pengkajian 03 Mei 2021

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, GCS 15 (E5M6V4), tanda-tanda vital: TD = 145/90mmHg, N = 80x/menit, RR = 19x/menit, S = 36,7°C, tinggi badan 160 cm, berat badan 70 kg, IMT = 25,4.

a. Kebutuhan fisiologis: oksigenasi

Data subjektif: istri pasien mengatakan pasien tidak ada sesak, batuk tidak ada, nyeri dada tidak ada. Istri pasien mengatakan pasien sulit bicara, masih lemas pada ekstremitas atas dan bawah dextra, istri pasien juga mengatakan pasien tidak bisa melakukan kegiatan secara mandiri dan sering cegukan.

Data objektif: jalan napas pasien bersih, tidak ada sumbatan, pasien tidak tampak sesak, pasien tidak tampak menggunakan otot bantu pernapasan, RR = 19x/menit, irama teratur, pernapasan spontan dan dalam, pasien tidak batuk, suara napas vesikular, pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Palpasi dada mengembang dan mengempis secara bersamaan antara sisi kanan dan kiri, perkusi dada terdengar sonor, CRT < 3detik, nadi 80x/menit, irama teratur dan denyut kuat, TD 145/90mmHg, MAP = 108mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, denyut apikal 82x/menit, irama teratur, bunyi jantung kuat. Pasien terdapat gangguan bicara yaitu aphasia, pasien tampak dapat berbicara namun lambat, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, bicara pasien tampak pelo dan mulut mencong pada sisi kanan, Kolesterol total = 246 mg/dl, LDL Kolesterol = 189 mg/dl, HDL Kolesterol = 36 mg/dl, Pemeriksaan MSCT Kepala dengan kesan: infark luas di region frontotemporalis kiri.

b. Kebutuhan fisiologis: nutrisi

Data subjektif: istri pasien mengatakan selama dirawat dirumah sakit pasien tidak muntah dan keluhan mual sudah tidak ada, pasien makan

habis 1/2-1 porsi dalam 1x makan, tidak ada makanan yang tidak disukai maupun alergi terhadap makanan.

Data objektif: pasien tampak menghabiskan 1/2 porsi makannya, hemoglobin: 14,1 g/dl, konjungtiva ananemis, pasien tidak tampak menggunakan alat bantu makan, diit lunak bubur 1700kkal, IMT 25,4, pasien tidak terdapat gangguan menelan.

c. Kebutuhan fisiologis: eliminasi urine

Data subjektif: istri pasien mengatakan pasien menggunakan pampers dan BAK pasien lancar. Istri pasien mengatakan untuk BAK tidak ada keluhan.

Data objektif: pasien tidak ada perubahan pada pola berkemih, urine berwarna kuning keruh, tidak ada ketegangan kandung kemih, nyeri pinggang tidak ada, pasien tidak menggunakan kateter.

d. Kebutuhan fisiologis: eliminasi fekal

Data subjektif: istri pasien mengatakan pasien belum BAB sejak masuk ke rumah sakit (sudah 3 hari).

Data objektif: nyeri tekan tidak ada, abdomen lembek, perut tidak kembung, bising usus = 15x/menit.

e. Kebutuhan aktivitas

Data subjektif: istri pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat bekerja dan tidak bisa beraktivitas secara mandiri karena mengalami kelemahan pada kaki dan tangan kanan.

Data objektif: pasien tampak mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra, pasien tampak harus dibantu untuk memenuhi kebutuhan, pasien tampak terdapat kesulitan dalam pergerakan, reflek fisiologis ada, reflek patologis tidak ada, kekuatan otot

3333	5555
3333	5555

f. Kebutuhan istirahat

Data subjektif: istri pasien mengatakan pasien tidur siang 1 jam/hari, pasien tidur nyenyak pada malam hari kurang lebih 6-8 jam.

Data objektif: tidak ada tanda-tanda kurang istirahat pada pasien.

g. Kebutuhan rasa nyaman

Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada nyeri pada tulang, sendi, maupun kulit, nyeri perut tidak ada, nyeri dada tidak ada.

Data objektif: N = 80x/menit, TD = 145/90mmHg, pasien tidak tampak kesakitan.

h. Kebutuhan rasa aman

Data subjektif: Istri pasien mengatakan pasien sulit untuk bergerak, istri pasien mengatakan pasien membutuhkan bantuan untuk melakukan kegiatan.

Data objektif: pasien tampak memerlukan bantuan dalam melakukan kegiatan, pasien tampak terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra, kesadaran compos mentis, kekuatan otot

3333	5555
3333	5555

i. Kebutuhan aktualisasi diri

Data subjektif: Keluarga pasien mengatakan mengetahui pasien mengalami stroke, keluarga mengatakan pasien mengalami stroke berawal dari jatuh di kamar mandi. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dibawa ke rumah sakit untuk *checkup* karena pasien tidak pernah mengeluhkan apapun sebelumnya. Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab stroke pada pasien. Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala dari stroke. Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dengan pasien karena ini merupakan serangan pertama.

Data objektif: keluarga pasien tampak menanyakan penyebab stroke yang diderita oleh pasien. Keluarga pasien tampak menanyakan tanda

dan gejala stroke. Keluarga pasien tampak menanyakan tindakan apa yang harus dilakukan selanjutnya agar penyakit pasien tidak bertambah parah.

10. Analisa data

Tabel 1. analisa data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri pasien mengatakan pasien sulit bicara - Istri pasien mengatakan pasien masih lemas pada kaki dan tangan kanan - Istri pasien mengatakan pasien sering cegukan. <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 145/90mmHg - MAP = 108mmHg - Pasien terdapat gangguan bicara yaitu aphasia - Pasien tampak dapat berbicara namun lambat - Pasien tampak pelo dan mulut mencong pada sisi kanan - Kolesterol total = 246 mg/dl - LDL Kolesterol = 189 mg/dl 	Perfusi serebral tidak efektif	Embolisme

No	Data	Masalah	Etiologi				
	<ul style="list-style-type: none"> - HDL Kolesterol = 36 mg/dl. - Pemeriksaan MSCT Kepala dengan kesan: infark luas di region frontotemporalis kiri. 						
2.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat bekerja dan tidak bisa beraktivitas secara mandiri - Istri pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada kaki dan tangan kanan <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra - Pasien tampak harus dibantu untuk memenuhi kebutuhan - Pasien tampak terdapat kesulitan dalam pergerakan - kekuatan otot <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3333</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3333</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table>	3333	5555	3333	5555	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
3333	5555						
3333	5555						

No	Data	Masalah	Etiologi				
3.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istri pasien mengatakan pasien sulit untuk bergerak - Istri pasien mengatakan pasien membutuhkan bantuan untuk melakukan kegiatan. <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak memerlukan bantuan dalam melakukan kegiatan - Pasien tampak terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra - kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3333</td> <td style="padding: 2px 5px;">5555</td> </tr> </table>	3333	5555	3333	5555	Risiko cedera	Perubahan fungsi psikomotor
3333	5555						
3333	5555						
4.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dibawa ke rumah sakit untuk <i>checkup</i> karena pasien tidak pernah mengeluhkan apapun sebelumnya. - Keluarga pasien mengatakan tidak 	Defisit pengetahuan tentang Stroke	Kurang terpapar informasi				

No	Data	Masalah	Etiologi
	<p>mengetahui penyebab stroke pada pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala dari stroke. - Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dengan pasien karena ini merupakan serangan pertama. <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien tampak menanyakan penyebab stroke yang diderita oleh pasien. - Keluarga pasien tampak menanyakan tanda dan gejala stroke. - Keluarga pasien tampak menanyakan tindakan apa yang harus dilakukan selanjutnya agar penyakit pasien tidak bertambah parah. 		

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
3. Risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor
4. Defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

C. Perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme ditandai dengan:

Data subjektif: Istri pasien mengatakan pasien sulit bicara, istri pasien mengatakan pasien masih lemas pada kaki dan tangan kanan, istri pasien mengatakan pasien sering cegukan.

Data objektif: TD 145/90mmHg, MAP = 108mmHg, pasien terdapat gangguan bicara yaitu aphasia, pasien tampak dapat berbicara namun lambat, bicara pasien tampak pelo dan mulut mencong pada sisi kanan, Kolesterol total = 246 mg/dl, LDL Kolesterol = 189 mg/dl, HDL Kolesterol = 36 mg/dl, pemeriksaan MSCT Kepala dengan kesan: infark luas di region frontotemporalis kiri.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral membaik

Kriteria hasil: kemampuan bicara meningkat dari 2 menjadi 4, aphasia menurun dari 2 menjadi 4, pelo menurun dari 5 menjadi 4, cegukan berkurang sampai dengan hilang, pasien dapat menggerakkan sisi kanan tubuhnya secara bertahap, tekanan darah dalam batas normal (100-120/80-90 mmHg), MAP dalam batas normal (70-99mmHg).

Rencana keperawatan:

a. Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK setiap shift
- 2) Monitor MAP setiap shift

- 3) Monitor kemampuan bicara pada pasien perhari
 - 4) Monitor kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien perhari
 - 5) Monitor cegukan pada pasien pershift
- b. Terapeutik
- 6) Berikan posisi semifowler perhari
- c. Kolaborasi
- 7) Lakukan CT Scan kepala sesuai program medis
 - 8) Berikan obat CPG 1x75mg, Largactil 3x12,5mg, Atorvastatin 1x20mg, Neulin 2x1gr, Candesartan 1x8mg sesuai program medis

Pelaksanaan keperawatan:

Senin, 3 Mei 2021

Pukul 08.00 perawat ruangan memberikan obat CPG 75mg, largactil 12,5mg, atorvastatin 20 mg dan candesartan 8mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 09.00 memberikan posisi semifowler dengan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman. Pukul 09.05 memonitor cegukan pada pasien dengan hasil cegukan tidak ada. Pukul 09.10 memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil TD = 145/90mmHg, N = 80x/menit, RR = 19x/menit, Kesadaran compos mentis. Pukul 09.15 memonitor kemampuan berbicara pasien dengan hasil pasien tampak sulit untuk berbicara, bicara lambat dan pelo. Pukul 09.20 memonitor kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra dengan hasil terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pada pasien. Pukul 09.25 memonitor MAP dengan hasil MAP = 108mmHg.

Pukul 15.00 perawat ruangan memberikan obat largactil 12,5mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 15.10 perawat ruangan memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil TD = 117/76mmHg, N = 78x/menit, RR = 20x/menit, kesadaran compos mentis. Pukul 15.15 perawat ruangan memonitor MAP dengan hasil MAP = 89,6mmHg. Pukul 15.40 perawat ruangan memonitor cegukan pada pasien

dengan hasil pasien tidak cegukan. Pukul 17.00 memberikan obat neulin 1gr dengan hasil obat berhasil diberikan, infus lancar.

Pukul 21.05 perawat ruangan memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil TD = 134/77mmHg, N = 76x/menit, RR = 18x/menit, kesadaran compos mentis. Pukul 21.10 perawat ruangan memonitor MAP dengan hasil MAP = 96mmHg. Pukul 22.00 perawat ruangan memberikan obat largactil 12,5mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 22.30 perawat ruangan memonitor cegukan pada pasien dengan hasil tidak ada cegukan. pukul 05.00 perawat ruangan memberikan obat neulin 1gr dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan

Senin, 3 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

S: istri pasien mengatakan bicara masih tidak lancar dan kaki tangan kanan pasien masih lemas.

O: cegukan tidak ada, pasien tampak sulit untuk berbicara, bicara lambat dan pelo, tampak terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien, TD = 134/77mmHg, N = 76x/menit, kesadaran compos mentis, MAP = 96mmHg.

A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: lanjutkan semua intervensi

Selasa, 4 Mei 2021

Pukul 08.00 memberikan obat CPG 75mg, largactil 12,5mg, atorvastatin 20 mg dan candesartan 8mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 08.30 memonitor cegukan pada pasien dengan hasil cegukan tidak ada. Pukul 09.10 memberikan posisi semifowler dengan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman. Pukul 09.15 memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil TD = 124/87mmHg, N = 76x/menit, RR = 20x/menit, Kesadaran compos mentis. Pukul 09.20 memonitor kemampuan berbicara pasien dengan hasil pasien tampak sulit untuk

berbicara, bicara lambat dan pelo. Pukul 09.25 memonitor kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien dengan hasil terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien. Pukul 09.25 memonitor MAP dengan hasil MAP = 99,3mmHg. Pukul 11.00 mendaftarkan pasien untuk CT Scan kepala sesuai dengan anjuran visite dokter dengan hasil CT Scan kepala telah didaftarkan.

Pukul 15.00 perawat ruangan memberikan obat largactil 12,5mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 15.30 perawat ruangan memonitor cegukan pada pasien dengan hasil pasien tidak cegukan. Pukul 15.40 perawat ruangan memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil TD = 131/88mmHg, N = 81x/menit, RR = 20x/menit, kesadaran compos mentis. Pukul 15.50 perawat ruangan memonitor MAP dengan hasil MAP = 102,3mmHg. Pukul 17.00 perawat ruangan memberikan obat neulin 1gr dengan hasil obat berhasil diberikan, infus lancar.

Pukul 21.05 perawat ruangan memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil TD = 123/70mmHg, N = 70x/menit, RR = 17x/menit, kesadaran compos mentis. Pukul 21.10 perawat ruangan memonitor MAP dengan hasil MAP = 87,6mmHg. Pukul 22.00 perawat ruangan memberikan obat largactil 12,5mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 22.30 perawat ruangan memonitor cegukan pada pasien dengan hasil tidak ada cegukan. pukul 05.00 perawat ruangan memberikan obat neulin 1gr dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan

Selasa, 4 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

S: istri pasien mengatakan bicara masih tidak lancar dan kaki tangan kanan pasien masih lemas.

O: cegukan tidak ada setelah diberikan obat, pasien tampak sulit untuk berbicara, bicara lambat dan pelo, masih tampak terdapat kelemahan

pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien, TD = 123/70mmHg, N = 70x/menit, kesadaran compos mentis, MAP = 87,6mmHg.

A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

P: lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dan tambahan mengantarkan pasien untuk dilakukan CT Scan.

Rabu, 5 Mei 2021

Pukul 08.00 memberikan obat CPG 75mg, largactil 12,5mg, atorvastatin 20 mg dan candesartan 8mg dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 08.30 memonitor cegukan pada pasien dengan hasil cegukan tidak ada. Pukul 09.10 memberikan posisi semifowler dengan hasil pasien mengatakan merasa lebih nyaman. Pukul 09.15 memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK dengan hasil TD = 127/70mmHg, N = 76x/menit, RR = 20x/menit, Kesadaran compos mentis. Pukul 09.20 memonitor kemampuan berbicara pasien dengan hasil pasien tampak sulit untuk berbicara, bicara lambat dan pelo. Pukul 09.25 memonitor kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien dengan hasil masih terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien namun pasien mulai dapat sedikit menggerakkan kaki dan tangan kanannya tanpa diberikan rangsangan. Pukul 09.25 memonitor MAP dengan hasil MAP = 89mmHg. Pukul 10.00 mengantarkan pasien untuk dilakukan CT Scan ulang dengan hasil CT Scan telah dilakukan pemeriksaan MSCT Kepala dengan kesan: infark luas di region frontotemporalis kiri.

Evaluasi keperawatan

Rabu, 5 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

S: istri pasien mengatakan bicara masih tidak lancar dan kaki tangan kanan pasien masih lemas namun telah dapat sedikit digerakkan

O: cegukan tidak ada setelah diberikan obat, pasien tampak sulit untuk berbicara, bicara lambat dan pelo, masih terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra pasien namun pasien mulai dapat sedikit menggerakkan kaki dan tangan kanannya tanpa diberikan

rangsangan, TD = 127/70mmHg, N = 76x/menit, Kesadaran compos mentis, MAP = 89mmHg.

A: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai.

P: lanjutkan intervensi no 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan:

Data subjektif: istri pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat bekerja dan tidak bisa beraktivitas secara mandiri, istri pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada kaki dan tangan kanan.

Data objektif: pasien tampak mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra, pasien tampak harus dibantu untuk memenuhi kebutuhan, pasien tampak terdapat kesulitan dalam pergerakan, kekuatan otot

3333	5555
3333	5555

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemampuan dalam pergerakan fisik meningkat

Kriteria hasil: rentang gerak meningkat (fleksi-ekstensi pada kedua ekstremitas), kekuatan otot tidak menurun, kekakuan otot tidak meningkat

Rencana keperawatan:

a. Observasi

- 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 2) Identifikasi adanya nyeri dalam pergerakan
- 3) Monitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM pershift
- 4) Kaji kekuatan otot pasien perhari

b. Terapeutik

- 5) Latih pasien melakukan gerak aktif dan pasif pershift
- 6) Libatkan keluarga untuk membantu dalam pergerakan pershift

c. Kolaborasi

- 7) Berikan Neuroaid 3x1 kapsul sesuai program medis.

Pelaksanaan keperawatan:

Senin, 3 Mei 2021

Pukul 08.00 perawat ruangan memberikan neuroaid 1 kapsul dengan hasil otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan. Pukul 09.10 memonitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM dengan hasil $N = 80x/menit$, $TD = 145/90mmHg$. Pukul 09.30 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil tidak terdapat toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. Pukul 09.35 mengidentifikasi adanya nyeri dalam pergerakan dengan hasil pasien mengatakan tidak ada nyeri saat ekstremitasnya digerakkan. Pukul 09.45 mengkaji kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah dextra dengan hasil kekuatan otot 3333 pada kedua ekstremitas. Pukul 09.50 melatih pasien melakukan gerak aktif dan pasif dengan hasil pasien belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif. Pukul 10.05 melibatkan keluarga untuk membantu dalam pergerakan dengan hasil keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif dan mengatakan akan melatih pasien melakukan latihan gerak pasif.

Pukul 15.00 perawat ruangan memberikan neuroaid 1 kapsul dengan hasil otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan. Pukul 15.10 perawat ruangan memonitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM dengan hasil $N = 78x/menit$, $TD = 117/76mmHg$. Pukul 15.20 perawat ruangan melatih pasien melakukan gerak aktif dan pasif dengan hasil pasien masih belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif. Pukul 15.30 perawat ruangan melibatkan keluarga untuk membantu dalam pergerakan dengan hasil keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif dan mengatakan akan melatih pasien melakukan latihan gerak pasif.

Pukul 21.05 perawat ruangan memonitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM dengan hasil TD = 134/77mmHg, N = 76x/menit. Pukul 21.15 perawat ruangan melatih pasien melakukan gerak aktif dan pasif dengan hasil pasien masih belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif. Pukul 21.25 perawat ruangan melibatkan keluarga untuk membantu dalam pergerakan dengan hasil keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif dan mengatakan akan melatih pasien melakukan latihan gerak pasif. Pukul 22.00 perawat ruangan memberikan neuroaid 1 kapsul dengan hasil otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan.

Evaluasi keperawatan

Senin, 3 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

S: pasien mengatakan tidak ada nyeri saat ekstremitasnya digerakkan, keluarga pasien mengatakan pasien masih dibantu untuk bergerak

O: tidak terdapat toleransi fisik dalam melakukan pergerakan, pasien masih belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif, kekuatan otot 3333 pada kedua ekstremitas kanan pasien, otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan setelah meminum neuroaid.

A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P: lanjutkan intervensi no 3, 4, 5, 6

Selasa, 4 Mei 2021

Pukul 08.00 memberikan neuroaid 1 kapsul dengan hasil otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan. Pukul 09.10 memonitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM dengan hasil N = 76x/menit, TD = 124/87mmHg. Pukul 09.15 mengkaji kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah dextra dengan hasil kekuatan otot 3333 pada kedua ekstremitas. Pukul 09.20 melatih pasien melakukan gerak aktif dan pasif dengan hasil pasien belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif. Pukul 09.35 melibatkan keluarga

untuk membantu dalam pergerakan dengan hasil keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif dan mengatakan akan melatih pasien melakukan latihan gerak pasif.

Pukul 15.00 perawat ruangan memberikan neuroaid 1 kapsul dengan hasil otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan. Pukul 15.10 perawat ruangan memonitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM dengan hasil N = 81x/menit, TD = 131/88mmHg. Pukul 15.20 perawat ruangan melatih pasien melakukan gerak aktif dan pasif dengan hasil pasien masih belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif. Pukul 15.30 perawat ruangan melibatkan keluarga untuk membantu dalam pergerakan dengan hasil keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif dan mengatakan akan melatih pasien melakukan latihan gerak pasif.

Pukul 21.05 perawat ruangan memonitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM dengan hasil TD = 123/70mmHg, N = 70x/menit. Pukul 21.15 perawat ruangan melatih pasien melakukan gerak aktif dan pasif dengan hasil pasien masih belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif. Pukul 21.25 perawat ruangan melibatkan keluarga untuk membantu dalam pergerakan dengan hasil keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif dan mengatakan akan melatih pasien melakukan latihan gerak pasif. Pukul 22.00 perawat ruangan memberikan neuroaid 1 kapsul dengan hasil otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan.

Evaluasi keperawatan

Selasa, 4 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

S: keluarga pasien mengatakan pasien masih dibantu untuk bergerak

O: pasien masih belum dapat melakukan gerak aktif dan dibantu untuk melakukan gerak pasif, kekuatan otot 3333 pada kedua ekstremitas

kanan pasien, otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan setelah meminum neuroaid.

A: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

P: lanjutkan intervensi no 3, 4, 5, 6

Rabu, 5 Mei 2021

Pukul 08.00 memberikan neuroaid 1 kapsul dengan hasil otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan. Pukul 09.10 memonitor nadi dan tekanan darah sebelum memulai melatih ROM dengan hasil N = 76x/menit, TD = 127/70mmHg. Pukul 09.30 mengkaji kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah dextra dengan hasil kekuatan otot 3333 pada kedua ekstremitas. Pukul 09.35 melatih pasien melakukan gerak aktif dan pasif dengan hasil pasien dapat melakukan gerak aktif sederhana dan dibantu untuk melakukan gerak pasif. Pukul 09.50 melibatkan keluarga untuk membantu dalam pergerakan dengan hasil keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif dan mengatakan akan melatih pasien melakukan latihan gerak pasif, keluarga pasien mengatakan pasien dapat menunjuk dengan tangan kanannya.

Evaluasi keperawatan

Rabu, 5 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

S: keluarga pasien mengatakan pasien dapat menunjuk dengan tangan kanannya

O: pasien dapat melakukan gerak sederhana dan masih dibantu untuk melakukan gerak pasif, kekuatan otot 3333 pada kedua ekstremitas kanan pasien, keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan latihan gerak pasif, otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan setelah diberikan neuroaid.

A: masalah teratasi, tujuan tercapai

P: lanjutkan intervensi no 3, 4, 5, 6

3. Risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor ditandai dengan:

Data subjektif: istri pasien mengatakan pasien sulit untuk bergerak, istri pasien mengatakan pasien membutuhkan bantuan untuk melakukan kegiatan.

Data objektif: pasien tampak memerlukan bantuan dalam melakukan kegiatan, pasien tampak terdapat kelemahan pada sisi kanan tubuhnya, kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 3333 & 5555 \\ \hline 3333 & 5555 \end{array}$$

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, cedera tidak terjadi

Kriteria hasil: pengaman tempat tidur terpasang, barang-barang mudah dijangkau.

Rencana keperawatan:

a. Observasi

- 1) Identifikasi lingkungan yang dapat menyebabkan cedera perhari

b. Terapeutik

- 2) Sosialisasikan kepada pasien dan keluarga mengenai lingkungan ruang rawat
- 3) Pastikan barang-barang mudah dijangkau pershift
- 4) Pastikan penggunaan pengaman tempat tidur pershift
- 5) Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan

c. Edukasi

- 6) Anjurkan berganti posisi secara perlahan

Pelaksanaan keperawatan

Senin, 3 Mei 2021

Pukul 09.00 mendiskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan dengan hasil keluarga mengatakan latihan yang ingin dilakukan adalah latihan gerak aktif dan pasif. Pukul 09.05 mengidentifikasi lingkungan yang dapat menyebabkan cedera dengan hasil pengaman tempat

tidur yang tidak dinaikkan, dan barang-barang yang jauh dari jangkauan. Pukul 10.00 mensosialisasikan kepada pasien dan keluarga mengenai lingkungan ruang rawat dengan hasil keluarga dan pasien mengerti. Pukul 10.05 menganjurkan berganti posisi secara perlahan dengan hasil pasien dan keluarga mengatakan mengerti. Pukul 10.15 memastikan barang-barang mudah dijangkau dengan hasil barang-barang dan bel mudah dijangkau dan keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau. Pukul 10.20 memastikan penggunaan pengaman tempat tidur dengan hasil pengaman tempat tidur telah dinaikkan dan keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur.

Pukul 15.15 perawat ruangan memastikan barang-barang mudah dijangkau dengan hasil barang-barang dan bel mudah dijangkau dan keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau. Pukul 15.20 perawat ruangan memastikan penggunaan pengaman tempat tidur dengan hasil pengaman tempat tidur telah dinaikkan dan keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur.

Pukul 21.15 perawat ruangan memastikan barang-barang mudah dijangkau dengan hasil barang-barang dan bel mudah dijangkau dan keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau. Pukul 21.20 perawat ruangan memastikan penggunaan pengaman tempat tidur dengan hasil pengaman tempat tidur telah dinaikkan dan keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur.

Evaluasi keperawatan

Senin, 3 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

S: keluarga dan pasien mengatakan mengerti mengenai lingkungan ruang rawat, keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur, keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau

O: pengaman tempat tidur telah dinaikkan, barang-barang dan bel mudah dijangkau.

A: masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

P: lanjutkan intervensi no 1, 3, dan 4

Selasa, 4 Mei 2021

Pukul 09.05 mengidentifikasi lingkungan yang dapat menyebabkan cedera dengan hasil pengaman tempat tidur telah digunakan, dan barang-barang dapat dijangkau dengan mudah. Pukul 09.10 memastikan barang-barang mudah dijangkau dengan hasil barang-barang dan bel mudah dijangkau dan keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau. Pukul 09.15 memastikan penggunaan pengaman tempat tidur dengan hasil pengaman tempat tidur telah dinaikkan dan keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur.

Pukul 15.15 perawat ruangan memastikan barang-barang mudah dijangkau dengan hasil barang-barang dan bel mudah dijangkau dan keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau. Pukul 15.20 perawat ruangan memastikan penggunaan pengaman tempat tidur dengan hasil pengaman tempat tidur telah dinaikkan dan keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur.

Pukul 21.15 perawat ruangan memastikan barang-barang mudah dijangkau dengan hasil barang-barang dan bel mudah dijangkau dan keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau. Pukul 21.20 perawat ruangan memastikan penggunaan pengaman tempat tidur dengan hasil pengaman tempat tidur telah dinaikkan dan keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur.

Evaluasi keperawatan

Selasa, 4 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

S: keluarga dan pasien mengatakan mengerti mengenai lingkungan ruang rawat, keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur, keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau

O: pengaman tempat tidur telah dinaikkan, barang-barang dan bel mudah dijangkau.

A: masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

P: lanjutkan intervensi no 1, 3, dan 4

Rabu, 5 Mei 2021

Pukul 09.05 mengidentifikasi lingkungan yang dapat menyebabkan cedera dengan hasil pengaman tempat tidur telah digunakan, dan barang-barang dapat dijangkau dengan mudah. Pukul 09.10 memastikan barang-barang mudah dijangkau dengan hasil barang-barang dan bel mudah dijangkau dan keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau. Pukul 09.15 memastikan penggunaan pengaman tempat tidur dengan hasil pengaman tempat tidur telah dinaikkan dan keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur.

Evaluasi keperawatan

Rabu, 5 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

S: keluarga dan pasien mengatakan mengerti mengenai lingkungan ruang rawat, keluarga mengatakan akan memastikan memasang pengaman tempat tidur, keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau

O: pengaman tempat tidur telah dinaikkan, barang-barang dan bel mudah dijangkau.

A: masalah tidak terjadi, tujuan tercapai

P: lanjutkan intervensi no 1, 3, dan 4

4. Defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

Data subjektif: keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dibawa ke rumah sakit untuk *checkup* karena pasien tidak pernah mengeluhkan apapun sebelumnya, keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab stroke pada pasien, keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tanda dan gejala dari stroke, keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dengan pasien karena ini merupakan serangan pertama.

Data objektif: keluarga pasien tampak menanyakan penyebab stroke yang diderita oleh pasien, keluarga pasien tampak menanyakan tanda dan gejala stroke, keluarga pasien tampak menanyakan tindakan apa yang harus dilakukan selanjutnya agar penyakit pasien tidak bertambah parah.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x60 menit diharapkan pengetahuan terhadap stroke meningkat

Kriteria hasil: keluarga mampu memahami dan menjelaskan kembali mengenai penyakit stroke, keluarga mampu memahami dan menjelaskan kembali mengenai tanda dan gejala penyakit stroke, keluarga mampu memahami dan menjelaskan kembali mengenai makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita stroke, keluarga mampu memahami dan menjelaskan kembali yang perlu diperhatikan untuk penderita stroke.

Rencana keperawatan:

- a. Observasi
 - 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Terapeutik
 - 2) Jadwalkan pendidikan keseatan sesuai dengan kesepakatan
- c. Edukasi
 - 3) Ajarkan mengenai penyakit stroke

- 4) Ajarkan mengenai tanda dan gejala penyakit stroke
- 5) Ajarkan mengenai makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita stroke
- 6) Ajarkan yang perlu diperhatikan untuk penderita stroke

Pelaksanaan keperawatan:

Rabu, 5 Mei 2021

Pukul 11.00 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil keluarga pasien mengatakan sudah siap dan ingin untuk mendapat pengetahuan lebih mengenai penyakit pasien. Pukul 11.10 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan dengan hasil istri pasien mengatakan ingin dijadwalkan untuk pendidikan kesehatan pada pukul 14.00 setelah sholat dan makan siang. Pukul 14.00 mengajarkan mengenai penyakit stroke dengan hasil keluarga pasien mengatakan memahami bahwa stroke ada 2 jenis dan yang dialami oleh pasien adalah stroke yang disebabkan oleh sumbatan. Pukul 14.10 mengajarkan mengenai tanda dan gejala penyakit stroke dengan hasil keluarga pasien mengatakan memahami dan sebagian besar gejala dapat ditemukan pada pasien. Pukul 14.15 mengajarkan mengenai makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk penderita stroke dengan hasil keluarga pasien mengatakan bahwa telah mengerti dan akan menjaga pola makan dari pasien. Pukul 14.25 mengajarkan yang perlu diperhatikan untuk penderita stroke dengan hasil keluarga pasien mengatakan akan melatih ROM pada pasien, memeriksakan tekanan darah secara rutin dan memeriksa tanda-tanda stroke pada pasien agar dapat siap siaga untuk secepatnya dibawa ke dokter jika terjadi serangan selanjutnya.

Evaluasi keperawatan:

Rabu, 05 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

- S: keluarga pasien mengatakan memahami bahwa stroke ada 2 jenis dan yang dialami oleh pasien adalah stroke yang disebabkan oleh sumbatan, keluarga pasien mengatakan memahami dan sebagian besar gejala dapat ditemukan pada pasien, keluarga pasien mengatakan bahwa telah mengerti dan akan menjaga pola makan dari pasien, keluarga pasien mengatakan akan melatih ROM pada pasien, memeriksakan tekanan darah secara rutin dan memeriksa tanda-tanda stroke pada pasien agar dapat siap siaga untuk secepatnya dibawa ke dokter jika terjadi serangan selanjutnya.
- O: keluarga pasien tampak memperhatikan, memahami, dan kooperatif, keluarga pasien tampak dapat menjelaskan kembali apa yang telah diajarkan.
- A: masalah teratasi, tujuan tercapai.
- P: hentikan intervensi.

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian keperawatan

Diagnosis stroke pada pasien dapat dilihat dari perhitungan skor menggunakan Djoenaedi *Score* dengan keefektifitasan 87,5%, dan keakuratan lebih tinggi dibandingkan dengan *Siriraj Stroke Score* dan *Guy's Hospital Score* (Sutarwi et al., 2020). Berdasarkan Djoenaedi *Score*, pasien memiliki gejala TIA sebelum serangan (skor 1), serangan terjadi secara lambat dalam beberapa jam (skor 1), pasien tidak mengalami sakit kepala (skor 0), pasien muntah (skor 1), kesadaran menurun perlahan (skor 1), serangan terjadi saat pasien sedang ke kamar mandi (skor 6,5), tekanan darah sistolik 148/86 mmHg (skor 1), tidak ada kaku kuduk (skor 0), pupil isokor (skor 5), dan fundus okuli normal (skor 0). Dapat ditotalkan bahwa skor pada pasien adalah 16,5 atau termasuk ke dalam kategori stroke non hemoragik. Hal ini juga diperkuat dengan hasil CT Scan kepala pada pasien yaitu terdapat lesi hipodens luas di region frontotemporalis kiri.

Menurut DiGiulio et al (2014), pada pasien dengan stroke terdapat manifestasi klinis yaitu perubahan pendengaran dan sakit kepala namun pada kasus tidak ditemukan perubahan pendengaran dan sakit kepala karena tidak terdapat peningkatan tekanan intrakranial yang ditandai dengan tekanan darah pada pasien 117/76mmHg, nadi 78x/menit, dan kesadaran compos mentis, pasien juga mendapatkan terapi Candesartan 1x8mg sehingga tekanan darah cenderung stabil.

Menurut Pudiastuti (2011), pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi dekubitus dan pneumonia. Pada kasus tidak ditemukan dekubitus dikarenakan dilakukannya tindakan pencegahan terhadap kejadian dekubitus yaitu pasien sering dilakukan miring kanan dan miring kiri, dan sebelum masuk kerumah sakit pasien juga aktif bergerak sehingga menurunkan risiko terjadinya dekubitus pada pasien. Hal ini sejalan dengan (Sulidah & Susilowati, 2017)

dimana dikatakan bahwa tindakan pencegahan dapat menghindarkan pasien dengan imobilisasi dari kejadian dekubitus. Tidak ditemukan pneumonia pada pasien dikarenakan pasien tetap melakukan oral *hygiene* 1x/hari dibantu oleh keluarga walaupun mengalami imobilisasi dan pasien dapat batuk secara produktif. Hal ini sejalan dengan (Sari & Utami, 2020) yang mengatakan bahwa perawatan mulut memiliki efek yang signifikan pada pencegahan pneumonia.

Menurut (Doenges et al., 2012), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan stroke adalah angiografi serebral, CT Scan, lumbal pungsi, MRI, Doppler ultrasonografi, EEG, dan sinar X. Terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, yaitu pemeriksaan diagnostik yang terdapat pada pasien adalah CT Scan yang dilakukan pada tanggal 01 Mei 2021 dengan kesan MSCT *parenchym* otak normal, tak tampak tanda-tanda AVM/SOL/Hematoma/Infark, dan tanggal 05 Mei 2021 dengan kesan infark luas di region frontotemporalis kiri. Hal ini dibuktikan oleh (Doenges et al., 2012) bahwa CT Scan pada pasien dengan stroke adalah untuk memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark dengan catatan mungkin tidak segera menunjukkan semua perubahan tersebut.

Pada pasien juga dilakukan pemeriksaan lab, terutama dilakukan pemeriksaan untuk kolesterol dengan hasil Kolesterol total = 246 mg/dl, LDL Kolesterol = 189 mg/dl, HDL Kolesterol = 36 mg/dl, trigliserida = 170 mg/dl. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa penderita yang mempunyai kadar LDL tinggi lebih beresiko menderita stroke non hemoragik 1,312 lebih besar daripada penderita yang mempunyai kadar LDL rendah (Anshari, 2019), faktor signifikan yang dapat meningkatkan kejadian stroke non-hemoragik juga berasal dari penurunan kadar HDL serum melalui mekanisme aterosklerosis (Septianto, 2020), kolesterol total serta trigliserida yang tinggi juga dapat meningkatkan kejadian stroke non-hemoragik (Septianto, 2020).

Dilakukan pemeriksaan Antigen SARS-CoV-2 pada pasien dengan hasil negatif yang sejalan dengan penanganan stroke non-hemoragik di masa pandemic

COVID-19, yaitu pasien yang tiba di instalasi gawat darurat (IGD) harusnya melakukan skrining COVID-19 (Lengkong et al., 2021).

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu istri pasien yang sangat kooperatif dan terbuka dalam memberikan informasi, adanya kelengkapan data dari rekam medis dan pemeriksaan penunjang serta perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data sehingga penulis dapat memperoleh data yang lengkap. Faktor penghambat tidak ditemukan dalam melakukan pengkajian.

B. Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI (2018), diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien dengan stroke tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu:

1. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranialis, paralisis serebral. Diagnosa keperawatan tersebut tidak dirumuskan dikarenakan infark yang terjadi terdapat di region frontotemporalis kiri dan tidak mengenai nervus vagus yang mana berfungsi untuk refleks menelan, ditandai dengan tidak adanya batuk sebelum dan sesudah menelan pada pasien, pasien tidak mengalami kesulitan mengunyah dan pasien tidak tersedak.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien tetapi tidak terdapat pada teori yaitu:

1. Risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor. Diagnosa keperawatan tersebut tidak terdapat dalam teori dikarenakan kondisi klinis terkait pada diagnosa keperawatan risiko cedera diantaranya adalah kejang, sinkop, vertigo, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, penyakit Parkinson, hipotensi, kelainan nervus vestibulatis, dan retardasi mental dimana tidak terdapat kondisi klinis stroke non hemoragik didalamnya. Diagnosa keperawatan tersebut dirumuskan pada pasien dikarenakan pasien sulit untuk bergerak, tampak dibantu dalam melakukan aktivitas, dan

adanya kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah dextra yang menyebabkan tingginya risiko cedera pada pasien.

Faktor pendukung yang ditemukan oleh penulis adalah referensi-referensi yang membantu penulis seperti buku, jurnal, dan *e-book* yang menjadi referensi yang mendukung sehingga penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan. Tidak ada faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis dalam merumuskan diagnosa keperawatan.

C. Perencanaan keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme. Diagnosa keperawatan ini ditetapkan sebagai prioritas utama dikarenakan perfusi serebral termasuk kedalam kebutuhan oksigenasi dimana oksigen merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat dibutuhkan dalam metabolisme sel dan berperan penting dalam ksemua proses tubuh secara fungsional, termasuk juga dalam kelangsungan hidup sel dan jaringan didalam tubuh sehingga perlu dirumuskan sebagai diagnosa keperawatan utama agar kebutuhan dasar oksigenasi tersebut dapat terpenuhi dengan baik.

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 pada teori menurut (SIKI, 2018) tetapi tidak dirumuskan dalam perencanaan kasus diantaranya:

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
 - a. Monitor status pernapasan tidak dirumuskan dalam perencanaan keperawatan dikarenakan iskemik pada otak pasien tidak mengenai medulla oblongata dan serabut aferen nervus vagus yang berfungsi sebagai pusat pernapasan pada manusia, ditandai dengan pola napas

pasien teratur dan dalam, frekuensi pernapasan normal, pasien tidak batuk maupun sesak.

- b. Monitor intake dan output cairan tidak dirumuskan dalam perencanaan keperawatan dikarenakan minum pasien adekuat dan kebutuhan cairan didukung juga dengan cairan infus. Hal ini dibuktikan dengan balance cairan pasien normal.

Faktor pendukung dalam menyusun perencanaan keperawatan adalah tersedianya referensi yang memudahkan penulis dalam perumusan perencanaan keperawatan.

Faktor penghambat selama perumusan perencanaan keperawatan adalah keterbatasan waktu sehingga terdapat beberapa perbedaan dalam perencanaan keperawatan antara perawat ruangan dan penulis. Solusi yang dilakukan penulis dalam menghadapi faktor penghambat adalah dengan cara memonitor tindakan yang dilakukan oleh perawat ruangan dan disesuaikan dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun agar asuhan keperawatan tetap berjalan.

D. Pelaksanaan keperawatan

Menurut (Potter & Perry, 2010), implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Pada pelaksanaan keperawatan penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat, sehingga semua pelaksanaan dapat berhasil dilakukan.

Faktor pendukung dilakukannya pelaksanaan keperawatan berasal dari kerja sama yang baik diantara perawat, pasien dan keluarga pasien yang kooperatif dalam menerima tindakan disertai dengan minat yang tinggi terutama dalam keinginannya untuk menerima informasi mengenai stroke yang dialami oleh pasien.

Faktor penghambat dilakukannya pelaksanaan keperawatan yaitu tidak tersedianya APD tingkat 2 sehingga perawat di ruangan hanya menggunakan masker dan *headcap*. Solusi untuk mengatasi faktor penghambat tersebut adalah perawat di ruangan dalam menjalankan tugas menggunakan *double* masker medis.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada pasien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Pada tahap evaluasi keperawatan penulis mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan dimana pada kasus menunjukkan hasil:

1. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme. Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan ini adalah masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian dikarenakan kemampuan bicara pada pasien belum mengalami peningkatan. Kemampuan bicara pada pasien tidak mengalami peningkatan karena terjadi infark pada region kiri serebral yang bersifat irreversible dimana otak kiri berfungsi untuk menganalisis, pikiran logis, konsep, dan memahami Bahasa.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan ini adalah masalah teratasi, tujuan tercapai dibuktikan dengan pasien dapat melakukan gerak sederhana, kekuatan otot 3333 pada kedua ekstremitas kanan pasien, otot kaki dan tangan pasien tampak lebih lemas untuk digerakkan setelah diberikan neuroaid.
3. Risiko cedera berhubungan dengan hipoksia jaringan. Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan ini adalah masalah tidak terjadi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan keluarga mengatakan akan memastikan memasang

pengaman tempat tidur, keluarga mengatakan akan memastikan agar semua keperluan mudah dijangkau, pengaman tempat tidur telah digunakan, dan barang-barang dapat dijangkau dengan mudah dan tidak terjadinya cedera pada pasien.

4. Defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan ini adalah masalah teratasi, tujuan tercapai yang dibuktikan dengan keluarga pasien mengatakan memahami bahwa stroke ada 2 jenis dan yang dialami oleh pasien adalah stroke yang disebabkan oleh sumbatan, keluarga pasien mengatakan memahami dan sebagian besar gejala dapat ditemukan pada pasien, keluarga pasien mengatakan bahwa telah mengerti dan akan menjaga pola makan dari pasien, keluarga pasien mengatakan akan melatih ROM pada pasien, memeriksakan tekanan darah secara rutin dan memeriksa tanda-tanda stroke pada pasien agar dapat siap siaga untuk secepatnya dibawa ke dokter jika terjadi serangan selanjutnya, keluarga pasien tampak memperhatikan, memahami, dan kooperatif, keluarga pasien tampak dapat menjelaskan kembali apa yang telah diajarkan.

Faktor pendukung yang ditemukan penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan terdapat pada sikap kooperatif dan keterbukaan pasien dan keluarga dalam memberikan informasi mengenai hal yang dirasakan. Faktor penghambat penulis dalam melakukan evaluasi adalah waktu dalam melakukan evaluasi keperawatan yang hanya sebentar. Solusi untuk mengatasi penghambat adalah dengan melakukan evaluasi secara singkat namun mencakup informasi yang dibutuhkan secara jelas, lengkap, dan akurat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien dengan stroke non hemoragik dapat ditemukan data-data seperti afasia (kesulitan bicara), kata-kata tidak jelas, perubahan sensori (paresthesia, perubahan visual, perubahan pendengaran), kekebasan atau kelemahan pada wajah dan kaki-tangan, dan sakit kepala parah karena naiknya tekanan intrakranial namun hal tersebut dapat mungkin tidak ditemukan pada setiap pasien yang dipengaruhi oleh pengobatan yang dijalani, luas infark yang terjadi pada serebral pasien, dan durasi antara mulai terjadinya gejala dengan dibawanya pasien ke tenaga kesehatan oleh keluarga.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada dengan stroke non hemoragik yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark miokard akut, hiperkolestrolemia, embolisme, koagulasi intravaskuler diseminata, aneurisma serebri, tumor otak; gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kendali otot, penurunan masa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan neuromuskuler; gangguan menelan berhubungan dengan gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranialis, paralisis serebral; risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor; dan defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, ketidaktahuan menemukan sumber informasi, kurang terpapar informasi. Masalah keperawatan prioritas yang dapat diangkat pada pasien dengan stroke non hemoragik adalah perfusi serebral tidak efektif karena perfusi serebral termasuk kedalam kebutuhan oksigenasi. Oksigen merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat dibutuhkan dalam metabolisme sel dan berperan penting dalam semua proses tubuh secara fungsional, termasuk juga dalam kelangsungan hidup sel dan jaringan didalam tubuh.

Perencanaan keperawatan untuk masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif adalah identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala

peningkatan TIK, monitor MAP, monitor kemampuan bicara, monitor kelemahan pada ekstremitas, monitor cegukan pada pasien, berikan posisi semifowler, monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan. Namun tidak semua perencanaan tersebut harus dirumuskan pada setiap pasien dikarenakan harus dinilai terlebih dahulu kondisi pasien untuk perencanaan yang tepat.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan prioritas perfusi serebral tidak efektif sesuai dengan perencanaan keperawatan yaitu mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, memonitor MAP, memonitor kemampuan bicara, memonitor kelemahan pada ekstremitas, memonitor cegukan pada pasien, memberikan posisi semifowler, memonitor status pernapasan, memonitor intake dan output cairan.

Evaluasi keperawatan pada masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dan tujuan tercapai apabila kemampuan bicara meningkat, aphasia menurun, pelo menurun pasien dapat menggerakkan sisi tubuhnya yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan secara bertahap, tekanan darah dalam batas normal, dan MAP dalam batas normal.

B. Saran

1. Bagi pelayanan kesehatan

Tenaga kesehatan khususnya perawat di ruangan diharapkan dalam melakukan asuhan keperawatan pada masa pandemic COVID-19 untuk menerapkan pemakaian APD sesuai dengan protokol kesehatan yang telah ditetapkan.

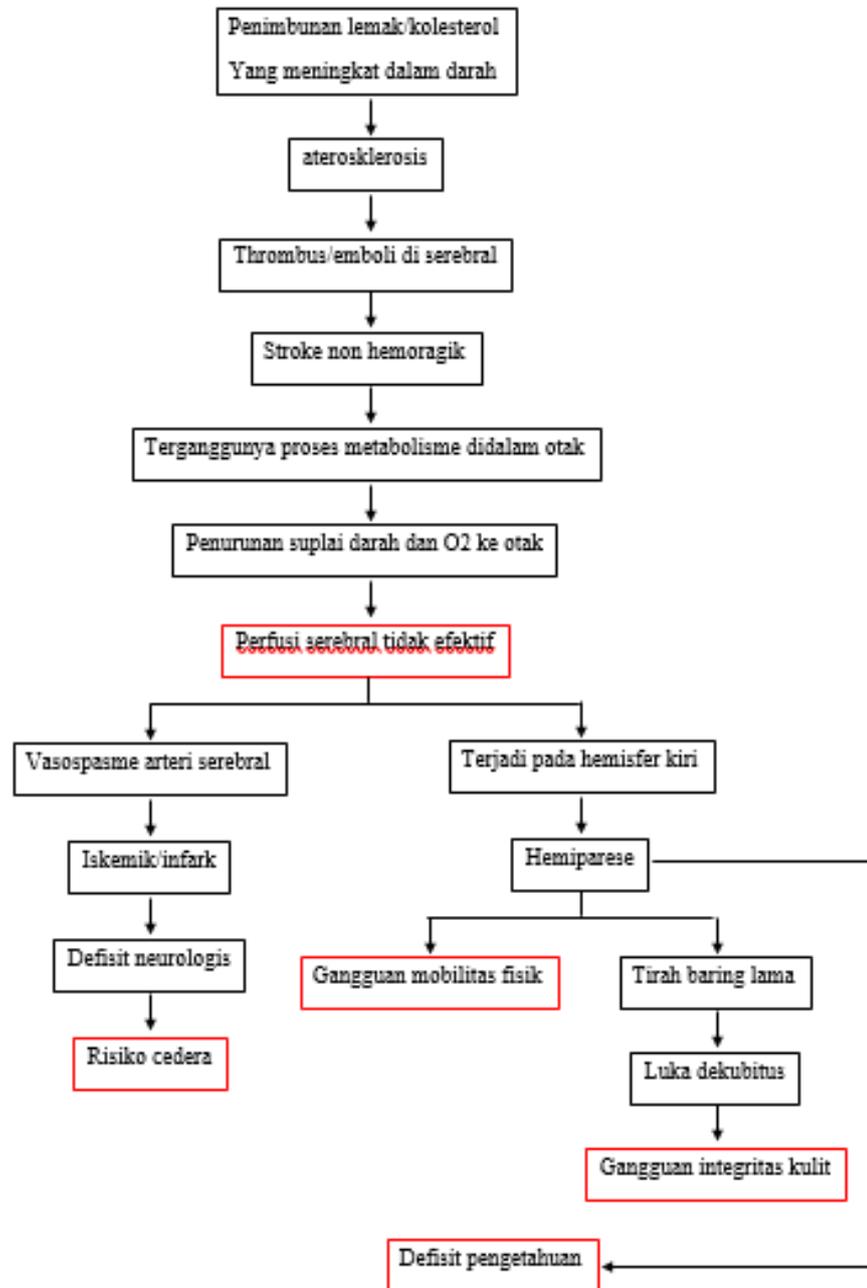
DAFTAR PUSTAKA

- Anshari, Z. (2019). *Hubungan peningkatan kadar LDL kolesterol pada pasien stroke iskemik di rumah sakit umum Haji Medan*. 1(2), 104–109. <http://ejournal.delihusada.ac.id/index.php/JPKSY>
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Buku keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan*. Penerbit Salemba Medika.
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal-Bedah*. EGC.
- DiGiulio, M., Jackson, D., & Keogh, J. (2014). *Keperawatan medikal bedah*. Rapha Publishing.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2012). *Rencana asuhan keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. EGC.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2014). *Manual diagnosis keperawatan rencana, intervensi & dokumentasi asuhan keperawatan* (3rd ed.). EGC.
- Irfan, M. (2012). *Fisioterapi bagi insan stroke*. Graha Ilmu.
- Lengkong, E., Warouw, F., & Kembuan, M. A. H. N. (2021). Penanganan Stroke Iskemik Akut di Masa Pandemi COVID-19. *E-CliniC*, 9(1), 224–230. <https://doi.org/10.35790/ecl.9.1.2021.32421>
- Nisa, K. (2020). *Pemutusan Rantai Penyebaran Infeksi Covid-19*. 2.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan Nanda NIC-NOC* (3rd ed.). Penerbit Mediaction Jogja.
- Potter, & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice* (7th ed.). EGC.
- PPNI. (2018a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.

- PPNI. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Pudiastuti. (2011). *Penyakit pemicu stroke*. Nuha Medika.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Laporan Nasional Riskesdas. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. http://dinkes.babelprov.go.id/sites/default/files/dokumen/bank_data/20181228 - Laporan Riskesdas 2018 Nasional-1.pdf
- Sari, N. R. G., & Utami, R. S. (2020). Kajian Literatur: Perawatan Mulut sebagai Intervensi Pencegahan Ventilator-Associated Pneumonia pada Pasien Kritis. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(2), 1–11. <https://doi.org/10.14710/hnhs.3.2.2020.1-11>
- Septianto, R. (2020). Nilai prognostik kolesterol High Density Lipoprotein pada kejadian stroke iskemik. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 8, 77–82.
- Simon, R. P., Aminoff, M. J., & Greenberg, D. A. (2018). *Clinical Neurology* (10th ed.). The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Sulidah, & Susilowati. (2017). Pengaruh Tindakan Pencegahan Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Lansia Imobilisasi. *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 15(3), 161–172.
- Susilo, C. B. (2019). *Keperawatan medikal bedah: persyarafan*. Pustaka Baru Press.
- Sutarwi, S., Bakhtiar, Y., & Rochana, N. (2020). Sensitivitas dan Spesifitas Skor Stroke Literature Review. *Gaster*, 18(2), 186. <https://doi.org/10.30787/gaster.v18i2.521>
- Utama, T. A., & Dianty, F. E. (2020). Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi Covid - 19. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 1(2), 13–19.
- WHO. (2020). *Standar Alat Pelindung Diri (APD) untuk Penanganan COVID-19 di Indonesia* (B. dan S. R. Santoso (ed.); REVISI 2).

LAMPIRAN

Lampiran 1. Patoflow



(Nurarif & Kusuma, 2015)

Lampiran 2. Materi pendidikan kesehatan

a. Definisi

Stroke adalah penyakit yang timbulnya mendadak, progresi cepat, berupa defisit neurologis fokal (seperti wajah yang tidak simetris, kelemahan pada lengan dan tungkai), yang berlangsung 24 jam atau lebih. Jenis Stroke dibagi menjadi dua:

1. Stroke karena perdarahan. Stroke ini terjadi karena satu atau beberapa pembuluh darah di otak pecah.
2. Stroke karena penyumbatan. Stroke ini terjadi karena pembuluh darah di otak mengalami penyumbatan oleh kolesterol atau lemak lain sehingga suplai oksigen ke otak terhambat. Otak tidak dapat bernapas sehingga fungsi jaringannya terganggu

b. Tanda dan gejala

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya satu sisi saja) yang timbul mendadak.
2. Bingung, mengigau, koma
3. Bicara tidak lancar, ucapan kurang, atau sulit memahami ucapan
4. Bicara pelo atau cadel
5. Gangguan penglihatan
6. Sulit bergerak
7. Vertigo, mual, dan muntah, atau nyeri kepala.

c. Makanan yang dianjurkan

1. Sumber karbohidrat: beras, kentang, ubi, singkong, tapioca, biskuit, bihun
2. Sumber protein hewani: daging sapi dan ayam tanpa kulit, ikan, telur ayam, susu skim
3. Sumber protein nabati: semua kacang-kacangan dan produk olahannya (tahu & tempe)
4. Sayuran: bayam, wortel, kangkung, kacang panjang, labu siam, tomat, toge.
5. Buah: buah segar, dijus, seperti pisang, pepaya, mangga, jambu biji, melon, semangka.
6. Sumber lemak: minyak jagung dan minyak kedelai, margarin dan mentega dalam jumlah terbatas

- d. Makanan yang tidak dianjurkan
 - 1. Sumber karbohidrat: mie, soda (baking powder), kue-kue yang terlalu manis
 - 2. Sumber protein hewani: daging sapi dan ayam yang berlemak, jeroan, keju
 - 3. Sumber protein nabati: produk kacang-kacang olahan yang diawetkan.
 - 4. Sumber lemak: santan kental dan produk goreng-gorengan.
- e. Hal yang harus dilakukan
 - 1. Latihan pergerakan untuk melatih otot dan saraf yang lemah agar dapat berfungsi normal kembali.
 - 2. Memonitor tekanan darah secara rutin
 - 3. Meminum obat sesuai anjuran dokter
 - 4. Melakukan diet rendah garam dan rendah lemak

Lampiran 3. Booklet Stroke



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Mitra Keluarga

STROKE

Fricilia Hadi Susena
201801024

STROKE

Stroke adalah penyakit yang timbulnya mendadak, progresi cepat, berupa defisit neurologis fokal (seperti wajah yang tidak simetris, kelemahan pada lengan dan tungkai), yang berlangsung 24 jam atau lebih.

Jenis Stroke dibagi menjadi dua:

1. Stroke karena perdarahan. Stroke ini terjadi karena satu atau beberapa pembuluh darah di otak pecah.
2. Stroke karena penyumbatan. Stroke ini terjadi karena pembuluh darah di otak mengalami penyumbatan oleh kolesterol atau lemak lain sehingga suplai oksigen ke otak terhambat. Otak tidak dapat bernapas sehingga fungsi jaringannya terganggu

Tanda dan gejala

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya satu sisi saja) yang timbul mendadak.
2. Bingung, mengigau, koma
3. Bicara tidak lancar, ucapan kurang, atau sulit memahami ucapan
4. Bicara pelo atau cadel
5. Gangguan penglihatan
6. Sulit bergerak
7. Vertigo, mual, dan muntah, atau nyeri kepala.

Makanan yang dianjurkan

- a. Sumber karbohidrat: beras, kentang, ubi, singkong, tapioca, biscuit, bihun
- b. Sumber protein hewani: daging sapi dan ayam tanpa kulit, ikan, telur ayam, susu skim
- c. Sumber protein nabati: semua kacang-kacangan dan produk olahannya (tahu & tempe)
- d. Sayuran: bayam, wortel, kangkung, kacang panjang, labu siam, tomat, toge.
- e. Buah: buah segar, dijus, seperti pisang, papaya, manga, jambu biji, melon, semangka.
- f. Sumber lemak: minyak jagung dan minyak kedelai, margarin dan mentega dalam jumlah terbatas

Makanan yang tidak dianjurkan

- a. Sumber karbohidrat: mie, soda (baking powder), kue-kue yang terlalu manis
- b. Sumber protein hewani: daging sapi dan ayam yang berlemak, jeroan, keju
- c. Sumber protein nabati: produk kacang-kacang olahan yang diawetkan.
- d. Sumber lemak: santan kental dan produk goreng-gorengan.

Yang harus dilakukan

- 1. Latihan pergerakan untuk melatih otot dan saraf yang lemah agar dapat berfungsi normal kembali.
- 2. Memonitor tekanan darah secara rutin
- 3. Meminum obat sesuai anjuran dokter
- 4. Melakukan diet rendah garam dan rendah lemak

Lampiran 4. SAP Stroke

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan : Defisit pengetahuan tentang stroke berhubungan dengan kurang terpapar informasi
 Topik : Stroke
 Sasaran : Keluarga Tn. C
 Waktu : 05 Mei 2021, 30 menit
 Tempat : Ruang rawat inap

ITU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan keluarga Tn.	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1 x 30 menit diharapkan keluarga Tn. C mampu:	1. Definisi Stroke 2. Jenis Stroke 3. Tanda dan gejala Stroke	Pembukaan (5 menit) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak waktu	Menjawab salam Menyetujui	Ceramah, diskusi, dan tanya jawab	1. Booklet	1. Keluarga Tn. C mampu menyebutkan definisi stroke 2. Keluarga Tn. C mampu

<p>C mampu memahami mengenai penyakit Stroke.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan definisi dari Stroke 2. Menyebutkan jenis Stroke 3. Menyebutkan tanda dan gejala dari Stroke 4. Menyebutkan makanan yang dianjurkan untuk penderita Stroke 5. Menyebutkan makanan yang tidak 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Makanan yang dianjurkan untuk penderita Stroke 5. Makanan yang tidak dianjurkan untuk penderita Stroke 6. Terapi yang dapat dilakukan dirumah 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Penjelasan waktu 5. Topik <p>Penyuluhan/Isi (15 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan definisi stroke 2. Menjelaskan jenis stroke 3. Menjelaskan tanda dan gejala stroke 4. Menjelaskan makanan yang dianjurkan untuk 	<p>Memperhatikan</p>		<ol style="list-style-type: none"> menyebutkan jenis stroke 3. Keluarga Tn. C mampu menyebutkan tanda dan gejala stroke 4. Keluarga Tn. C mampu menyebutkan makanan yang dianjurkan untuk penderita stroke 5. Keluarga Tn. C mampu menyebutkan makanan yang
---	---	--	--	----------------------	--	---

	<p>dianjurkan untuk penderita Stroke</p> <p>6. Menyebutkan terapi yang dapat dilakukan dirumah</p>		<p>penderita Stroke</p> <p>5. Menjelaskan makanan yang tidak dianjurkan untuk penderita Stroke</p> <p>6. Menjelaskan terapi yang dapat dilakukan dirumah</p> <p>Penutup (10 menit)</p>	<p>Memperhatikan</p>			<p>tidak dianjurkan untuk penderita stroke</p> <p>6. Keluarga Tn. C mampu menyebutkan terapi yang dapat dilakukan dirumah</p>
--	--	--	--	----------------------	--	--	---

			<p>1. Memberikan kesempatan peserta untuk bertanya</p> <p>2. Memberikan pertanyaan pada peserta tentang materi yang diberikan</p> <p>3. Mengucapkan terima kasih kepada peserta dan memberikan salam</p>	<p>Keluarga Bertanya dan Pemateri Menjawab pertanyaan</p> <p>Menjawab Salam</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--