

**KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE INFARK
DI RUMAH SAKIT SWASTA SURABAYA**



OLEH:

SHERINA VERONIKA

NIM: 202101002

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO
SURABAYA**

2024

**KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE INFARK
DI RUMAH SAKIT SWASTA SURABAYA**



OLEH:

SHERINA VERONIKA

NIM: 202101002

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO
SURABAYA**

2024

**KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE INFARK
DI RUMAH SAKIT SWASTA SURABAYA**

**Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Program
Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik St Vincentius a Paulo
Surabaya**



Oleh:
SHERINA VERONIKA
NIM: 202101002

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST VINCENTIUS A PAULO
SURABAYA
2024**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Sherina Veronika

Program Studi : Keperawatan

NIM : 202101002

Tempat Tanggal Lahir : Surabaya 14 Juni 2000

Alamat : Kelurahan Penjaringan Sari Kecamatan Rungkut Surabaya

Dengan ini menyatakan bahwa:

STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE INFARK DI RUMAH SAKIT SWASTA SURABAYA

Adalah hasil pekerjaan saya pribadi, ide, pendapat, dan materi-materi dari sumber lain yang telah dikutip sesuai dengan cara penulisan referensi yang sesuai.

Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan jika pernyataan ini tidak sesuai dengan kenyataan, maka saya bersedia menanggung sanksi yang akan dikenakan kepada saya termasuk pencabutan gelar Ahli Madya Keperawatan yang nanti saya dapatkan

Surabaya, Juni 2024



Sherina Veronika

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui pada

tanggal,

Menyetujui,

Pembimbing 1



Widayani Yuliana, S. Kep., M. Kes., Ners
NRK: 112005022

Pembimbing 2

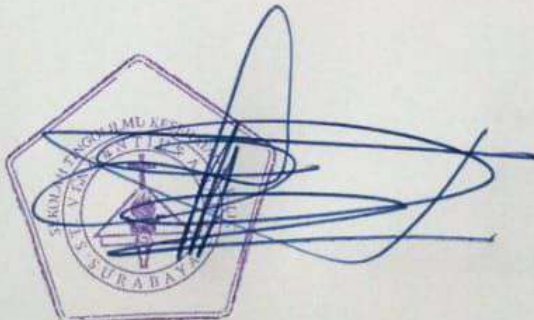


Raditya Kurniawan Djoar, MS, Ners
NRK: 112005024

Mengetahui,

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

Katolik St. Vincentius A Paulo



Arief Widya Prasetya, M.Kep, Ners
NRK: 112002020

Ketua Program Studi Keperawatan



Etik Lusiani, S.Kep, M.Ked. Trop, Ners
NRK: 111995015

HALAMAN PENGESAHAN

PANITIA PENGUJI KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama : Sherina Veronika

NIM : 202101002

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS
STROKE INFARK DI RUMAH SAKIT SWASTA SURABAYA

Karya Tulis Ilmiah ini telah di uji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi
Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik

St. Vincentius A Paulo Surabaya

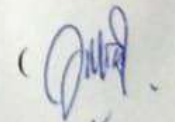
Pada Juni 2024

Panitia Penguji

Ketua Penguji : Yuni Kurniawaty, S.Kep, Msi, Ners

()

Penguji 1 : Widayani Yuliana, S.Kep, M.Kes, Ners

()

Penguji 2 : Raditya Kurniawan Djoar, MS, Ners

()

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKDEMIK**

Sebagai civitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sherina Veronika

NIM : 202101002

Program Studi : Keperawatan

Jenis Tugas Akhir : Karya Tulis Ilmiah

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul:

**STUDI KASUS PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE INFARK
DI RUMAH SAKIT SWASTA SURABAYA**

Dengan hak bebas royalti non eksklusif ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik St Vincentius A Paulo Surabaya berhak menyampaikan, mengalih media/formatkan dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik hak cipta
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Surabaya, Juni 2024
Yang menyatakan,



Sherina Veronika

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan kepada :

Tuhan Yesus Kristus

Atas pertolongan dan penyertaan-Nya kepada saya

dan teristimewa untuk kedua orang tua saya

Alm. Jonatan Danga dan Titi Silowati

Atas doa,dukungan, motivasi yang diberikan

kepada saya untuk dapat menyelesaikan ini

dan juga terkhusus untuk pacar saya

Petrus Pandai Silo Kerans

yang telah memotivasi dan memberikan doa agar saya bisa

menyelesaikan apa yang sudah saya mulai

MOTTO

Janganlah hendaknya kamu **KUATIR** tentang apapun juga,
Tetapi nyatakanlah dalam segala hal keinginanmu kepada Allah,
Dalam doa dan permohonan dengan upan syukur kepada-Nya.

Filipi 4:6

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul **“STUDI KASUS PADA PASIEN DENGANDIAGNOSA MEDIS STROKE INFARK DI RUMAH SAKIT SWASTA SURABAYA”**

Bersama ini berkenanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Widayani Yuliana, M.Kes, Ners selaku selaku pembimbing 1 saya yang dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan serta semangat kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Raditya Kurniawan Djoar, MS, Ners selaku pembimbing 2 saya yang dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan serta selalu membantu saya untuk terus semangat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Etik Lusiani, S.Kep,M. Ked Trop, Ners selaku Ketua Program Studi Keperawatan serta selaku dosen PA saya yang tidak henti-hentinya memberikan semangat, dan motivasi kepada saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Untuk seluruh dosen dan staff Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Katolik St. Vincentius A Paulo Surabaya yang telah memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Orang tua saya Alm. Jonatan Danga dan Titi Silowati, Nenek saya Sukatmi dan adek saya Ziva Nasya Callista yang selalu memberikan nasehat serta doa baik kepada saya agar dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar

6. Keluarga besar Karel Cunrad Danga, yang tidak ada hentinya memberikan motivasi, nasehat, dan doa agar penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
7. Untuk seluruh majelis Gereja GPIB Genta Kasih dan para donatur yang telah memberi kesempatan bagi penulis untuk melanjutkan pendidikan dan memberidukung doa agar penulils lancar menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Seluruh teman-teman HEPAR'S 2021 yang sudah banyak membantu saya dalam berdiskusi dan saling memberikan semangat satu sama lain
9. Teman saya Elisabeth Adelia, Lulus Dea Natalia, dan Leonardus Gabur yang telah membantu, mengajari, dan memberi dukungan kepada penulis agar penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada Petrus Pandai Silo Kerans yang sudah memberikan banyak dukungan cinta dan membantu penulis agar bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Kiranya Tuhan membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi dukungan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Penulis sadar bahwa dalam pengerjaan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, tetapi penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dari Keperawatan.

Surabaya, Juni 2024

Sherina Veronika

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH	i
KARYA TULIS ILMIAH	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
MOTTO	viii
UCAPAN TERIMAKASIH	ix
DAFTAR BAGAN	xii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 PEMBATASAN DAN RUMUSAN MASALAH.....	4
1.3 TUJUAN	5
1.4 MANFAAT	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis	7
2.2 Konsep Dasar Keperawatan.....	16
2.3 Cedera jaringan.....	16
2.4 Respon inflamasi	16
2.5 Peningkatan Tekanan	16
2.6 Sistem Pernapasan	16
2.7 Kesukaran melakukan aktivitas	16
2.8 Gangguan Penglihat.....	16
2.9 Distensi kandung kemih	16
2.10 Kerangka Konseptual	33

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	34
3.2 Batasan Istilah.....	34
3.3 Partisipan atau Subyek Penelitian	34
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	34
3.5 Pengumpulan Data.....	35
3.6 Analisa Data.....	36
3.7 Etika Penelitian	37

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil.....	39
2.1 Pembahasan	50

BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan.....	62
5.2 Saran	63

DAFTAR PUSTAKA	65
----------------------	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Web of Caution (WOC)</i>	14
Bagan 2.2 Kerangka konseptual.....	31

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Life</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CT SCAN	: <i>Computerized Tomography Scan</i>
DIC	: <i>Diseminated Intravascular Coagulasi</i>
EEG	: <i>Electroencephalography</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
PET CT SCAN:	<i>Positron Emission Tomography Scan</i>
PPNI	: Persatuan Perawat Indonesia
ROM	: <i>Range of Motion</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke infark adalah kematian jaringan otak karena adanya gangguan aliran darah ke otak. Kondisi ini dikarenakan adanya sumbatan di arteri serebral, servikal atau vena serebral yang membentuk thrombus (Black, J.M., & Hawks, 2014). Stroke sebagai salah satu penyakit degeneratif didefinisikan sebagai gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, yang terjadi akibat tersumbatnya aliran darah ke otak dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Hutagalung, 2021). Gejala yang terjadi pada stroke infark bergantung pada penyebabnya. Pada beberapa kasus tanda dan gejala stroke infark seperti pusing atau kehilangan ingatan secara tiba-tiba sebelum stroke itu terjadi. Gejala itu disertai dengan nyeri namun diabaikan oleh klien. Tanda dan gejala lain yaitu afasia atau kesulitan bicara dan bisa kelumpuhan pada wajah atau sebagian tubuh (Yankes, 2022). Fenomena masalah yang terjadi pada klien stroke infark di RS adalah kelumpuhan anggota tubuh, afasia atau kesulitan bicara (Mutiahsari, 2019).

Berdasarkan data *World Health Organisation* (WHO) angka kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh

tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan karena tingginya kadar glukosa (Kemenkes RI, 2017). Di Indonesia sendiri berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI, prevalensi Stroke Infark di Indonesia sebesar 10.9%. Sebanyak 713.783 orang menderita Stroke setiap tahunnya. Kalimantan Timur merupakan provinsi dengan angka Stroke tertinggi di Indonesia yaitu sebanyak 9.696 atau sebesar 14,7% dari total penduduk setempat. Kemudian di Jawa Timur sebesar 12,4% (Kemenkes, 2018). Menurut Sample Registration System (SRS) 2016, Stroke adalah penyebab kematian tertinggi, sebesar 19,9%. Prevalensi Stroke Infark di RS X Surabaya pada tahun 2021 pasien stroke infark mencapai 3,93% lalu di tahun 2022 prosentase pasien stroke infark mencapai 3,35%. Fenomena masalah yang terjadi pada klien stroke infark di RS adalah kelumpuhan anggota tubuh, afasia atau kesulitan bicara (Mutiahsari, 2019).

Faktor penyebab dari stroke yaitu karena adanya trombosis pada arteri serebri yang memasok darah ke dalam otak atau trombosis pembuluh darah intrakranial yang menyumbat aliran darah dan menyebabkan peningkatan intrakranial (Kowalak, 2014) sehingga menimbulkan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif (PPNI, 2017). Terjadinya peningkatan intrakranial hal itu dapat menyebabkan kemampuan batuk klien menurun serta terjadi penumpukan sekret dan peningkatan produksi sekret (Muttaqin, 2020), sehingga menimbulkan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak

efektif (PPNI, 2017). Karena klien mengalami penurunan kesadaran menimbulkan penurunan asupan gizi terhadap klien sehingga menimbulkan masalah keperawatan defisit nutrisi (PPNI,2017). Ketika terjadinya penyumbatan pada aliran darah di otak, dapat menyebabkan defisit neurologis yang akan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter sehingga mengakibatkan klien tersebut mengalami hemiparesis (Muttaqin, 2020), sehingga menimbulkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik (PPNI, 2017). Karena klien mengalami hemiparesis atau kelemahan pada satu sisi tubuhnya menyebabkan klien kesulitan untuk berbicara dan ditandai dengan klien bicara pelo (Muttaqin, 2020), sehingga menimbulkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal (PPNI, 2017). Karena terjadinya hemiparesis juga membuat klien mengalami kesukaran untuk beraktivitas termasuk melakukan perawatan diri (Muttaqin, 2020) sehingga menimbulkan masalah keperawatan defisit perawatan Diri (PPNI, 2017).Klien dengan stroke mengalami kesulitan dalam mengkomunikasikan keinginannya untuk berkemih yang menyebabkan terjadinya distensi kandung kemih (PPNI, 2017). sehingga menimbulkan masalah keperawatan gangguan eliminasi Urine (PPNI, 2017). Klien dengan defisit neurologis mengalami kerusakan pada saraf olfaktorius, saraf okulomotoris dan optikus (Muttaqin, 2020),sehingga menimbulkan masalah keperawatangguan persepsi sensori (PPNI, 2017).

Penatalaksanaan stroke infark dibagi menjadi dua yaitu secara

farmakologi dan nonfarmakologi, dimana keduanya bertujuan untuk mengurangi dampak atau komplikasi lanjutan. Penatalaksanaan farmakologis dapat berupa terapi oksigen dan terapi cairan, kemudian terapi trombolitik, terapi antikoagulan seperti pemberian heparin atau warfarin untuk mempertahankan patensi pada pembuluh darah dan mencegah terbentuknya bekuan yang lebih lanjut (Kowalak, 2014;McPhee, Stephen J. & Ganong, 2015). Penatalaksanaan non-farmakologis yang dilakukan menurut (PPNI, 2018a) yaitu, manajemen peningkatan tekananintrakranial, manajemen jalan napas, manajemen nutrisi, dukungan mobilisasi, promosi komunikasi defisit bicara, promosi berat badan, dukungan perawatan diri, manajemen eliminasi urine, minimalisasi rangsangan.

1.2 PEMBATASAN DAN RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Pembatasan masalah

Penulisan asuhan keperawatan ini akan fokus dan hanya pada pasien dewasa dengan diagnosis medis Stroke Infark yang dirawat di Rumah Sakit X di Surabaya.

1.2.2 Rumusan masalah

- 1) Data fokus apa saja yang didapatkan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Infark ?
- 2) Diagnosis keperawatan apa saja yang di dapatkan pada pasien dengandiagnosa medis Stroke Infark?
- 3) Rencana keperawatan apa saja yang disusun pada diagnosa keperawatan yang ditentukan pada pasien dengan diagnosa

medis Stroke Infark?

- 4) Bagaimana keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilakukan padapatient dengan diagnosa medis Stroke Infark?

1.3 TUJUAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran nyata asuhan keperawatan pada pasien denganStroke Infark di RS X Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi diagnosa keperawatan yang di dapat pada pasien dengan diagnosa medis stroke infark di rumah sakit X Surabaya
- 2) Mengidentifikasi rencana keperawatan yang disusun pada diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan diagnosa medis stroke infark di rumah sakit X Surabaya
- 3) Mengidentifikasi keberhasilan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis stroke infark di rumah sakit X Surabaya

1.4 MANFAAT

1.4.1 Manfaat Teoritis

Mengaplikasikan teori tentang asuhan keperawatan pada pasien dewasa dengan Diagnosa medis Stroke Infark di RS X Surabaya

1.4.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi Pasien dan Keluarga

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Pengertian

Stroke Infark adalah kematian jaringan otak karena adanya penyumbatan aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Disebabkan oleh sumbatan arteri serebral, servikal atau vena serebral yang mungkin membentuk suatu thrombus (Kowalak, 2014)

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Trombus

Trombus disebut dengan bekuan darah, yang terbentuk ada permukaan kasar plak aterosklerotik yang terbentuk pada dinding arteri. Trombus dapat menyumbat lumen dari arteri pada waktu trombus mengalami pembesaran (Kowalak, 2014).

2.1.2.2 Embolisme

Emboli terbentuk karena adanya pembentukan trombus diluar otak seperti di jantung, kemudian terlepas hingga menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah (Kowalak, 2014).

2.1.2.3 Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah plak atau bisa disebut endapan kolesterol dan plak yang ada pada dinding arteri. Endapan ini dapat menyebabkan penyempitan pada lumen pembuluh arteri dan mengurangi aliran darah ke seluruh tubuh terhambat (Kowalak, 2014).

2.1.3 Klasifikasi Stroke Infark

2.1.3.1 *Transient Ischemic Attack* (TIA)

TIA (*Transient Ischemic Attack*) merupakan peristiwa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular dengan lama serangan sekitar 2-15 menit hingga paling lama 24 jam (Ariani, 2014). TIA disebabkan karena gangguan inflamasi arteri, anemia sel sabit, perubahan aterosklerosis pada arteri karotis dan serebral, trombosis, serta emboli (Kowalak, 2014)

2.1.3.2 *Reversible Ischemic Neurologic* (RIND)

RIND (*Reversible Ischemic Neurologic*) adalah gejala dimana tandagangguan neurologis berlangsung lebih dari 24 jam dan akan pulih kembali dalam jangka waktu kurang dari 3 minggu (Kowalak, 2014)

2.1.3.3 *Stroke In Evolution* (Stroke Proresif)

Proses progresif terjadi dalam beberapa jam hingga beberapa hari. Perkembangan stroke terjadi secara perlahan hingga mencapai akut (Kowalak, 2014).

2.1.3.4 *Stroke Complete* (Stroke Lengkap)

Gejala gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periodewaktu 18-24 jam, tanpa ada progestifitas yang lanjut (Ariani, 2014).

2.1.4 Patofisiologi

Stroke iskemik terjadi akibat obstruksi atau bekuan disatu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh trombus (bekuan) yang terbentuk pada suatu pembuluh pada otak atau pembuluh organ distal.

Penyebab terbentuknya trombus bisa terjadi pengerasan pada pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan elastisitas dinding pembuluh darah, darah yang bertambah kental dapat menyebabkan viskositas atau hematokrit meningkat dan bisa melambatkan aliran darah cerebral.

Pada trombus vaskuler distal, bekuan dapat terlepas atau mungkin terbentuk didalam suatu organ seperti jantung dan kemudian dibawa melalui sistem arteri ke dalam otak sebagai suatu embolus. Sumbatan pada aliran darah diarteri karotis interna merupakan penyebab utama stroke pada orang yang berusia lanjut, yang sering mengalami pembentukan plak pada aterosklerosis di pembuluh darah sehingga menyebabkan penyempitan atau stenosis. Darah terdorong melalui sistem vaskular oleh gradien tekanan, tapi pada pembuluh darah yang menyempit, aliran darah lebih cepat melalui lumen yang kecil dan akan menurun ke gradien tekanan ditempat konstruksi tersebut. Jika stenosis mencapai suatu tingkat yang kritis maka akan terjadi peningkatan pada turbulensi disekitar penyumbatan dan akan menyebabkan penurunan tajam kecepatan aliran darah sehingga menyebabkan infark.

Dapat terjadi tanda dan gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat dan ringannya gangguan pada pembuluh darah dan lokasinya, dapat berupa kelumpuhan pada wajah, hemiparesis pada salah satu bagian tubuh yang mendadak serta gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor), afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, dan sulit memahami ucapan), distria (bicara pelo).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Stroke dapat menyebabkan berbagai defisit neurologis dan tergantung dimana pembuluh darah yang tersumbat, ukuran area perfusinya yang tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

Terdapat manifestasi klinis stroke menurut (Smeltzer, 2018) yaitu :

1) Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motorneuron atas dan dapat mengakibatkan kehilangan kontrol volunteer pada gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, sehingga terjadi gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh yang dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi paling umum menurut (Smeltzer, 2018) adalah :

(1) Hemiplegia yaitu paralisis pada salah satu sisi, karena lesi pada sisi otak yang berlawanan.

(2) Hemiparesis atau biasa disebut kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

Diawal tahap stroke gambaran klinis yang muncul biasanya paralisis dan menurunnya refleks tendon dalam. Refleks tendon dalam ini biasanya muncul kembali dalam 48 jam, peningkatan tonus dapat disertai dengan spasitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstermitas yang terkena.

2) Kehilangan komunikasi

Pada pasien stroke biasanya akan terjadi afasia yaitu menurunnya kemampuan berkomunikasi dan mengelola bahasa, ada beberapa disfungsi bahasa dan komunikasi dalam pasien stroke yaitu :

- (1) Disartia adalah kesulitan bicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara
- (2) Disfasia atau afasia adalah bicara defektif atau kehilangan bicara, yang terutama ekspresif atau reseptif
- (3) Apraksia adalah ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.
- (4) Gangguan persepsi

Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Pasien stroke juga dapat mengalami disfungsi persepsi visual – spasial dan kehilangan sensori. Ada beberapa gangguan persepsi sensori menurut (Smeltzer, 2018) yaitu :

- (1) Disfungsi persepsi visual karena kemampuan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual Homonimus hemianopsia adalah kehilangan setengahlapang pandang yang dapat terjadi karena stroke dan bisa saja terjadi sementara atau permanen. Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang terkena paralisis.
- (2) Kehilangan sensori juga dapat terjadi berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan untuk menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.
- 3) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Kerusakan yang telah terjadi pada lobus frontal mempelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat dilihat dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam

memahami sesuatu, mudah lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan banyak pasien stroke frustrasi. Depresi umum dapat terjadi ketika pasien merespon penyakit ini. Adapun masalah psikologik lain dan dapat terjadi seperti emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerjasama.

4) Disfungsi kandung kemih

Pasien stroke dapat mengalami inkontenensia urin sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan, karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pada pemeriksaan CT scan, dalam 72 jam pertama ditemukan dengan segera serangan awal stroke iskemik (Kowalak, 2014).
- 2) Pemeriksaan MRI membantu menemukan daerah-daerah infark dan juga pembengkakan otak (Kowalak, 2014).
- 3) Angiografi serebral mengungkapkan disrupsi dan pergeseran sirkulasi serebral dikarenakan oklusi misalnya stenosis atau disebut juga pembentukan thrombus atau perdarahan yang akut (Kowalak, 2014).

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Tarwoto, 2013) komplikasi stroke dibagi menjadi fase akut dan fase lanjutan. Fase akut dibagi menjadi beberapa, yaitu:

2.1.7.1 Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan segera tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

2.1.7.2 Edema Serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstrasesluler sehingga terjadi edema jaringan otak

2.1.7.3 Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan

2.1.7.4 Aspirasi

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

Komplikasi stroke pada masa pemulihan atau lanjutan:

- 1) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowel
- 2) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
- 3) Nyeri kepala kronis seperti migrain, nyeri kepala tension, dan nyeri kepala cluster

4) Malnutrisi, karena intake yang adekuat

2.1.8 Penatalaksanaan

2.1.8.1 Penatalaksanaan Farmakologi

- 1) Terapi Oksigen Terapi oksigen ini sangat perlu untuk pasien stroke infark karena pasien tersebut mengalami gangguan aliran darah ke otak sehingga oksigen sangat dibutuhkan dan juga penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak.
- 2) Terapi cairan Pada fase akut stroke dapat berisiko terjadinya dehidrasi adanya penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini diperlukan dan juga penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The American Heart Association sudah menganjurkan pemberian normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut.

2.1.8.2 Penatalaksanaan Non-Farmakologis

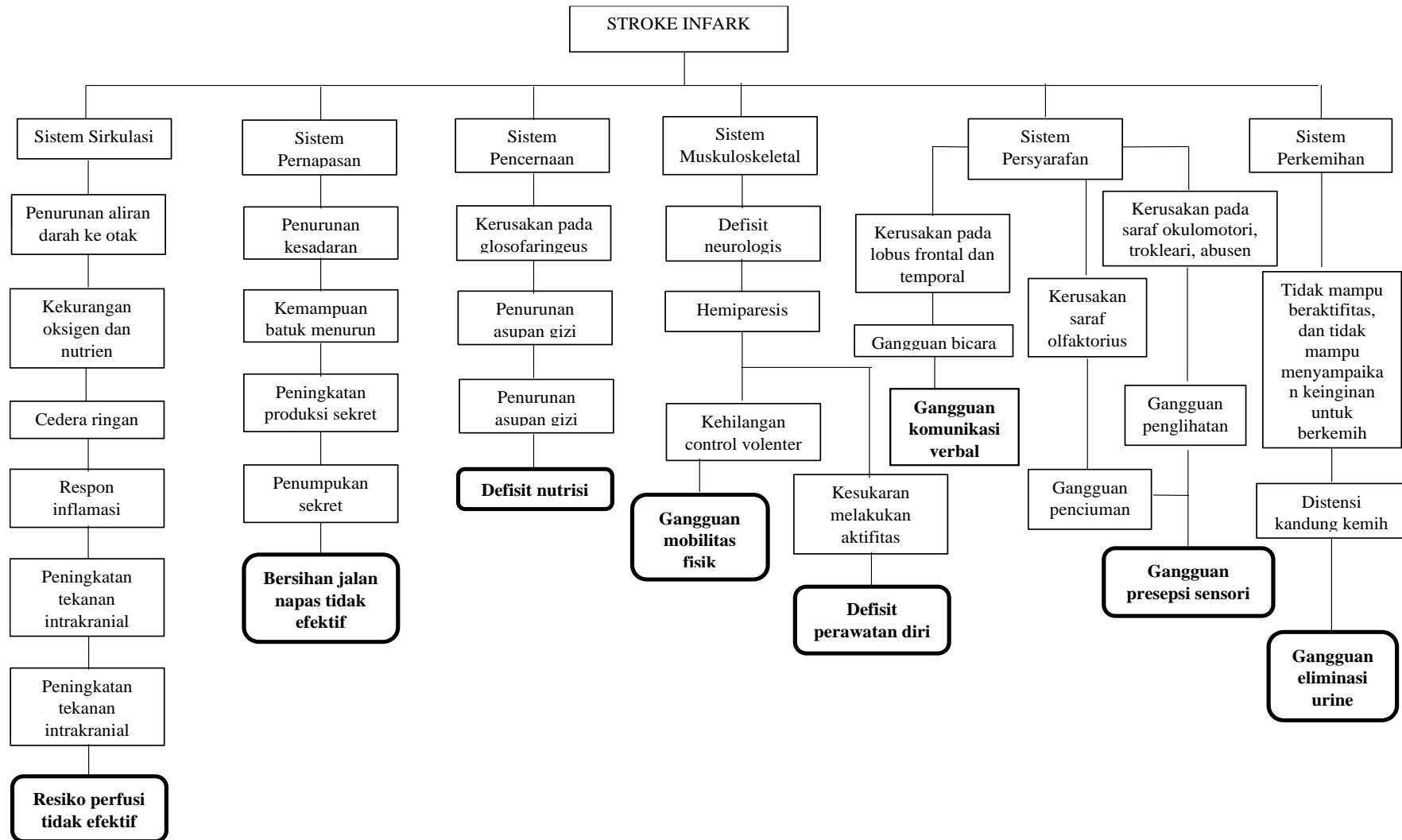
- 1) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial.

Penyebab biasa peningkatan tekanan intrakranial yaitu karena edema serebri, maka dari itu pengurangan edema penting dilakukan seperti dengan pemberian manitol, kontrol atau disebut juga dengan pengendalian tekanan darah.
- 2) Monitor fungsi pernapasan : analisa gas darah
- 3) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
- 4) Evaluasi status cairan dan elektrolit
- 5) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah risiko injuri.
- 6) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan juga untuk pemberian makanan.

- 7) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan.
- 8) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motoric, nervus kranial, dan refleks.

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 WOC (Web Of Caution)



Bagan 2.1 WOC (Web Of Caution) (PPNI, 2017., Muttaqin, 2020)

2.2.1 Pengkajian

2.2.2.1 Identitas Pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal, dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis (Doengoes, 2022). Resiko terkena stroke infark lebih rentan pada usia diatas 65 tahun, namun ada juga yang dibawah 65 tahun juga bisa terkena stroke infark, kebanyakan laki-laki yang lebih berisiko terkena stroke infark, daripada wanita. Wanita rentan terkena stroke infark karena memiliki harapan hidup lebih lama daripada laki-laki sehingga stroke infark lebih berisiko seiring dengan bertambahnya usia, kemudian juga karena menopause dan memudarkan perlindungan dari eksterogen (Muttaqin, 2020).

2.2.2.2 Keluhan Utama

Keluhan Utama pasien yang di dapat adalah gangguan motorik kelemahan fisik sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, rasa lemah pada salah satu anggota gerak (Muttaqin, 2020).

2.2.2.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke infark biasanya datang secara tiba-tiba yang tidak di sadari oleh pasien, dan biasanya ditemukan gejala awal yaitu kesemutan, rasa lemah pada salah satu fungsi gerak tubuh, bicara pelo, wajah asimetris (Muttaqin, 2020)

2.2.2.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu dikaji apakah pasien pernah memiliki riwayat penyakit stroke infark, hipertensi, diabetes melitus (DM), kelainan jantung, pernah *Transien Ischemia Attack* (TIA) (Tarwoto, 2013).

2.2.2.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu ditanyakan apakah dikeluarga memiliki penyakit hipertensi, DM, atau riwayat stroke (Tarwoto,2013).

2.2.2.6 Pengkajian Psiko-Sosial-Spiritual

Dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan akan melakukan sesuatu aktifitas secara normal, dan pasien stroke akan cenderung menilai dirinya merepotkan banyak orang lain (gangguan citra tubuh). Adanya hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara pada klien. Pola persepsi dan konsep diri yang menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif (Muttaqin, 2020).

2.2.2.7 Pemenuhan Kebutuhan Dasar

1) Nutrisi

Pasien dengan diagnosis medis stroke infark akan mengalami fungsi menelan dan mengunyah sehingga kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi (Muttaqin, 2020).

2) Hygiene personal

Adanya kesulitan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri, karena adanya kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. (Muttaqin, 2020).

3) Eliminasi

Pada pasien stroke akan terjadi inkontenensia urin sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan Ketidak mampuan untuk menggunakan urinal/bedpan, karena kerusakan kontrol motorik dan postural (Muttaqin, 2020).

4) Aktivitas dan Istirahat

Sulit beraktifitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot, gangguan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2020).

2.2.2.8 Pemeriksaan Fisik

1) Sistem Pernapasan

Pada inspeksi pasien stroke mengalami ketidakmampuan untuk batuk, mengalami peningkatan sputum karena adanya gangguan aliran darah pada arteri vertebrosiliaris yang mengatur sistem pernapasan yang mengakibatkan penumpukan sekret sehingga jalan napas juga terhambat (Muttaqin, 2020).

2) Sistem Sirkulasi

Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) maka akan terjadi perubahan pada tanda-tanda vital pasien yang terdiri dari nadi rendah, tekanan nadi melebar (Muttaqin, 2020).

3) Sistem Persarafan

Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai Glasgow Coma Scale (GCS) guna untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan tanggap motorik (gerak) pemeriksaan GCS pada pasien stroke infark biasanya mengalami penurunan nilai (Muttaqin, 2020).

Pengkajian saraf kranial menurut (Ariani, 2014) sebagai berikut :

- (1) N.1 (Olfaktorius) : berfungsi sebagai saraf sensory yaitu gangguan indera pengecap dan indra penciuman. Perawat dapat mengkaji dengan cara : minta pasien menghirup sesuatu aroma yang tidak menyebabkan iritatif (Kopi,

Alkohol, Sabun, Pasta Gigi) sambil menutup mata. Bila pasien tidak bisa menyebutkan benda yang diirup aromanya maka pasien disebut dengan anosmia.

- (2) N. II (Optikus) : Berfungsi sebagai sensory bagian penglihatan dan lapang pandang. Perawat mengkaji dengan cara menginspeksi adanya katarak, inflamasi, atau keabnormalitasan yang lain, lalu tes ketajaman penglihatan, dan test lapang pandang, dan memeriksa fundus mata dengan menggunakan *ophthalmoscope*
- (3) N. III (Okulomotorius) : Untuk mengkaji refleks pupil, otot okular, eksternal termasuk gerakan keatas, kebawah, dan medial, kerusakan akan menyebabkan otosis dilatasi pupil
- (4) N. IV (Troklearis) : Mengkaji pergerakan okular yang menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping.
- (5) N. V (Trigenimus) : Beberapa saraf cranial berasal dari permukaan anterior pons, berasal dari lateral pons tengah. Memiliki divisi motorik dan sensorik. Untuk pemeriksaan fungsi motorik dengan menggerakkan kedua dagu ke sisi atau tersenyum, normal semua gerakan dapat dilakukan. Sedangkan untuk pemeriksaan fungsi sensorik dilakukan dengan cara menyentuhkan kapas lembut yang steril ke kornea atau sentuhan agak keras ke kelopak mata, normal reaksi mata akan berkedip.
- (6) N. VI (Abdusen) : Berasal dari permukaan anterior pons berasal dari persimpangan pontomedulari dekat garis tengah Mengontrol pergerakan okular, kerusakan akan menyebabkan ketidak mampuan ke bawah dan kesamping.
- (7) N. VII (Fasial) : Berasal dari sudut cerebellopontine. Memiliki divisi sensorik dan motorik, divisi motorik untuk mengontrol ekspresi wajah.

Perawat dapat mengkaji dengan cara minta pasien untuk mengerutkan dahi, tersenyum, mengembungkan pipi, menaikkan alis mata, memejamkan mata dengan rapat dan rasakan adanya tahanan pada saat membuka mata.

- (8) N. VIII (Vestibulokoklear) : Berasal dari lateral saraf fasialis. Merupakan saraf sensory yang terdiri dari 2 divisi yaitu : koklear dan vestibular. Koklear untuk pendengaran. Test pendengaran dapat dilakukan dengan cara minta pasien untuk mendengar bisikan lalu minta untuk melaporkan apa yang didengarkan atau dengarkan bunyi garpu tala. *Testbone* dan *air conduction* dilakukan dengan garpu tala. Audiometry dapat digunakan untuk pengkajian yang tepat. Vestibular untuk membantu mempertahankan keseimbangan melalui koordinasi otot-otot mata, leher dan extremitas. Tes keseimbangan dapat dilakukan dengan cara *Romberg test*, *calori test (oculovestibular reflex)* dan *electronystagmography*. Kemungkinan keabnormalan yang ditemukan dapat disebabkan oleh *Meniere,s syndrome* dan *neuroma acoustic*.
- (9) N. IX (Glosofaringeus) dan N. X (Vagus). Merupakan saraf sensorik dan motorik. Karena kedua saraf ini masuk ke pharynx maka pengkajian kedua saraf ini bersamaan. Perawat dapat mengkaji N. IX dengan cara: minta pasien untuk membuka mulut lebar-lebar sambil menyebutkan “ah”, observasi posisi dan pergerakan dari uvula dan palatum, normalnya berada di garis tengah. Kaji reflex gag dengan cara sentuh bagian pharynx dengan spatel lidah, maka akan didapatkan respon gag (respon muntah). Kaji respon menelan dengan memberikan Pasien sedikit minum. Kaji 1/3 bagian belakang lidah terhadap rasa.

(10) N. XI (Aksesorius spinal). Merupakan saraf motorik yang mempersarafi otot sternokleidomastoideus dan bagian atas dari otot trapezius. Perawat dapat mengkaji dengan cara, minta pasien menaikkan bahu dengan dan tanpa tahanan, minta pasien untuk memutar kepala ke kedua sisi secara bergantian, dorong dagu ke belakang ke arah garis lurus, dorong kepala ke depan dan lawan dengantahanan.

(11) N. XII (Hipoglosus). Merupakan saraf motorik yang mempersarafi lidah. Perawat dapat mengkaji dengan cara: minta pasien untuk membuka mulut lebar-lebar dan lidah dikeluarkan dan dengan cepat lidah digerakkan ke kiri – kanan, keluar- ke dalam, amati adanya deviasi. Minta pasien untuk mendorong lidahnya ke daerah pipi dan apakah ada tekanan di daerah luar. Kemungkinan keabnormalan yang ditemukan dapat disebabkan kerusakan pembuluh darah besar di daerah leher

4) Sistem Perkemihan

Mengompol sebelum mencapai toilet, mengompol di pagi hari dan juga tidak mampu untuk mengosongkan kandung kemih (Muttaqin, 2020).

5) Sistem Pencernaan

Pasien mengeluh sulit menelan dan mengunyah oleh karena itu pasien tidak nafsu makan lagi untuk makan sehingga pasien hanya makan sedikit bahkan tidak makan dan hal tersebut membuat penurunan berat badan minimal 10% di bawah rentang normal (Muttaqin, 2020).

6) Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien stroke infark akan kesulitan melakukan aktivitas karena terjadi hemiplegia atau hemiparesis serta kelemahan otot. Kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat

bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah dan juga pasien merasa cemas saat bergerak (Muttaqin, 2020).

2.2.2 Masalah Keperawatan

Diagnosa Keperawatan menurut SDKI (PPNI, 2017)

- 1) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan embolisme, infark miokard, hipertensi.
- 2) Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan sputum berlebih, , mengi, wheezing dan/atau ronki kering
- 3) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum
- 4) Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, rentang otot menurun (ROM) menurun
- 5) Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai
- 6) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang
- 7) Gangguan Eliminasi Urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih dibuktikan dengan mengompol, distensi kandung kemih, urine menetes (*dribbling*)

- 8) Gangguan Persepsi Sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dibuktikan dengan respons yang tidak sesuai

2.2.3 Intervensi

Terdapat intervensi yang akan digunakan menurut (PPNI, 2018a).

2.2.3.1 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Luaran keperawatan : perfusi serebral meningkat (PPNI, 2018b)

Kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat, tekanan intrakranial menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik (PPNI, 2018b)

Intervensi keperawatan : manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan pemantauan tekanan intrakranial (PPNI, 2018a)

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial :

Observasi :

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK
- 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK
- 3) Monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*)
- 4) Monitor status pernapasan
- 5) Monitor intake dan output cairan
- 6) Monitor tingkat kesadaran
- 7) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

Terapeutik :

- 1) Berikan posisi semi fowler 45°
- 2) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- 3) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

Pemantauan tekanan intrakranial :

Observasi :

- 1) Identifikasi penyebab TIK (lesi)

Terapeutik :

- 1) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- 2) Dokumentasi hasil pemantauan

Edukasi :

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

2.2.3.2 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Tujuan: Bersihan Jalan Napas meningkat

Kriteria Hasil: Produksi Sputum menurun

Intervensi Utama: Manajemen Jalan Napas

Observasi

- 1) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
- 2) Monitor Sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head-tilt* dan *chin-lift (jaw-thrust)* jika curiga trauma servikal)
- 2) Posisikan semi-fowler atau fowler
- 3) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

4) Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

1) Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

2.2.3.3 Gangguan Menelan

Luaran keperawatan : status menelan membaik (PPNI, 2018b).

Kriteria hasil : mempertahankan makanan dimulut menurun, reflek menelan meningkat, kemampuan mengosongkan mulut meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, usaha menelan meningkat (PPNI, 2018b)

Intervensi keperawatan : dukungan perawatan diri makan dan minum dan pencegahan aspirasi (PPNI,2018a)

Observasi

1) Monitor kemampuan menelan

Terapeutik

1) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan

2) Sediakan sedotan untuk minum

3) Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak

4) Berikan obat oral dalam bentuk cair

Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk saat makan
- 2) Anjurkan makan secara perlahan
- 3) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan

2.2.3.4 Gangguan Mobilitas Fisik

Luaran keperawatan : mobilitas fisik meningkat (PPNI, 2018b)

Kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, gerakan terbatas meningkat, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun (PPNI, 2018b).

Intervensi keperawatan : dukungan mobilisasi (PPNI, 2018a)

Observasi

- 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
- 2) Libatkan keluarga untuk mmbantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, menggenggam)

2.2.3.5 Gangguan Komunikasi Verbal

Luaran keperawatan : komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil : kemampuan bicara meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/ tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, pelo menurun, pemahaman komunikasi membaik

Intervensi keperawatan : Promosi komunikasi difisit bicara

Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, vooume dan diksi bicara
- 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berkaitan dengan bicara
- 3) Monitor frustasi, marah, depresi, atau hal yang lain yang mengganggu bicara.
- 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi.

Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (misalnya menulis, berkedip isyarat tangan.)
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- 3) Modifikasi lingkungan untuk menimalkan bantuan
- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- 5) Berikan dukungan, jika perlu

Edukasi

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

Kolaborasi

- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

2.2.3.6 Defisit Perawatan Diri

2.2.3.7 Gangguan Persepsi Sensory

Luaran keperawatan : Presepsi sensory (PPNI, 2018b).

Kriteria hasil : verbalisasi melihat bayangan meningkat, verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman meningkat, distorsi sensori menurun (PPNI, 2018b).

Intervensi keperawatan : Menimalisasi rangsangan (PPNI, 2018a).

Observasi :

- 1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan.

Terapeutik

- 1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis, bising, terlalu terang)
- 2) Batasi stimulus lingkungan (cahaya, suara, aktivitas)
- 3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat

Edukasi

- 1) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan.)

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dalam minimalkan prosedur atau tindakan.

2) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi.

2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan tahap pengaplikasian dari intervensi keperawatan yang bertujuan membantu menyelesaikan masalah keperawatan pasien yaitu gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi sensori, gangguan menelan, defisit nutrisi, gangguan mobilitas fisik, risiko perfusi serebral tidak efektif, implementasi dibagi menjadi tiga kategori, yaitu *independent*, *interdependen*, *dependen* (Muttaqin, 2020).

2.2.4.1 Independent

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Linkup keperawatan *independent*, antara lain :

- 1) Mengkaji riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon klien yang memerlukan intervensi
- 3) Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk memulihkan pasien
- 4) Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis (Patriyani, 2022).

2.2.4.2 Interdependent

Suatu kegiatan yang perlu kerjasama dari tenaga kesehatan yang lain, misalnya ahli gizi, fisioterapi, dan dokter (Patriyani, 2022).

2.2.4.3 Dependent

Berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis atau instruksi dari tenaga medis. Hal ini yang paling penting pada tahapan implementasi adalah mengevaluasi respon atau hasil dari tindakan keperawatan yang dilakukan

terhadap klien (Patriyani, 2022).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi menurut (Muttaqin, 2020) adalah tahap yang paling akhir dari proses keperawatan secara umum evaluasi ditujukan guna :

- 1) Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
- 2) Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
- 3) Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai

Menurut (PPNI, 2018) evaluasi dibagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif terfokus pada aktifitas proses keperawatan dan juga hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif dilakukan pada saat perawat selesai melakukan mengimplementasikan rencana keperawatan untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.

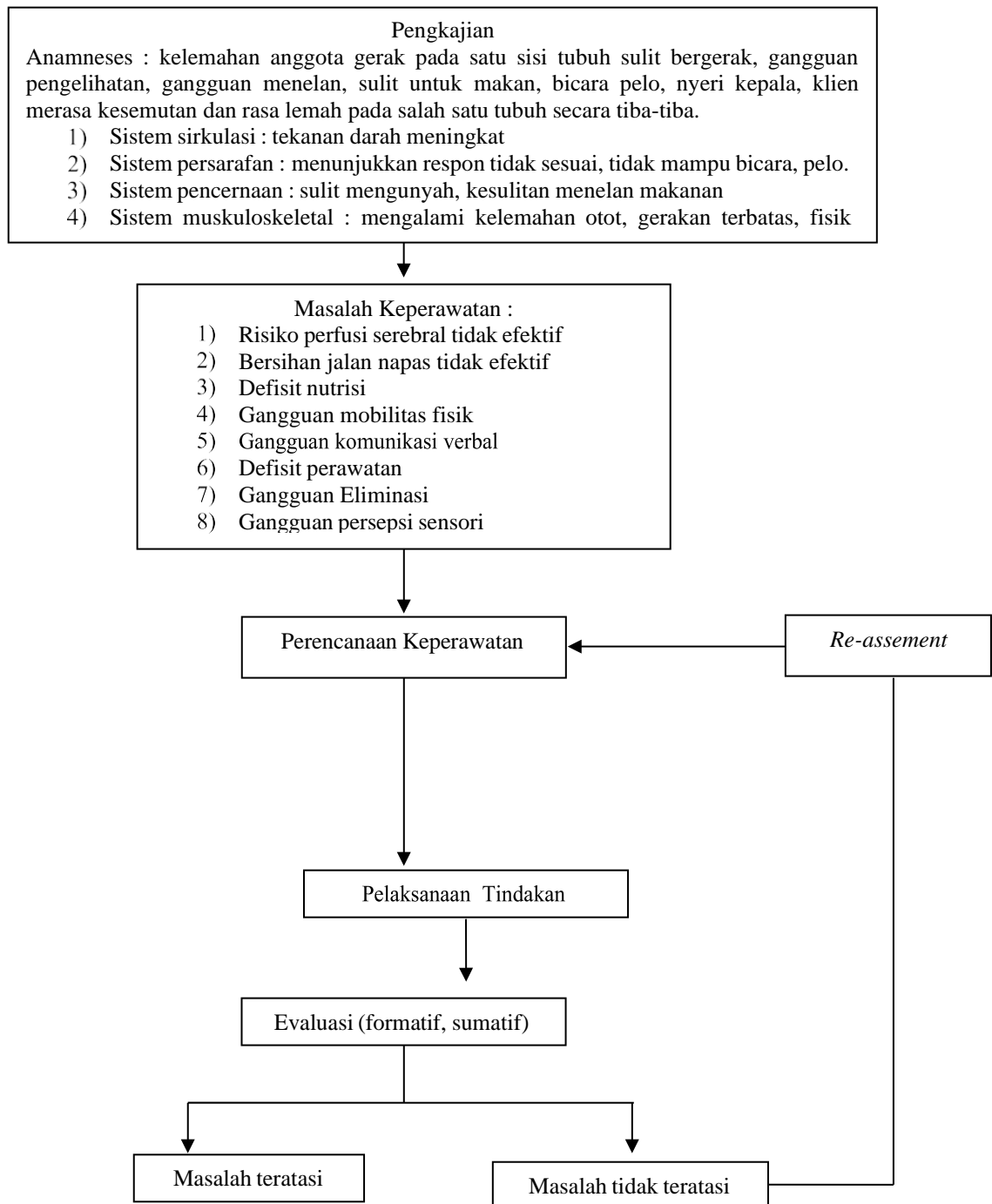
Evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan setelah semua proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan dibagi menjadi dua yaitu :

- 1) Masalah teratasi jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Masalah belum teratasi jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan atau tidak ada kemajuan serta dapat menimbulkan masalah baru.

2.2.6 *Re-assessment*

Evaluasi harus dilakukan secara berkesinambungan dan dengan melibatkan klien dan juga tenaga kesehatan yang lainnya. Hasil evaluasi yang menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, maka pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan tersebut dan mengulang pengkajiannya (*re-assesment*) (Muttaqin, 2020).

2.3 Kerangka Konseptual



Bagan 2.2 Kerangka Konseptual

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Pada desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus ini merupakan salah satu pendekatan kualitatif dan didalamnya mempelajari mengenai fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu sistem yang terbatasioleh waktu dan juga tempat, walaupun batas antara fenomena dengan sistem tidak begitu jelas (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke infark pada RS Swasta Surabaya.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pembatasan terhadap masalah-masalah yang dijadikan pedoman di dalam penelitian sehingga tujuan dan juga arahnya tidak menyimpang. Berdasarkan uraian diatas, untuk memberikan batasan, maka penulis menegaskan bahwa karya tulis ilmiah ini ditujukan pada pasien dengan diagnosa medis stroke infark yang ditujukan dengan hasil CT scan adanya infark serebral.

3.3 Partisipan atau Subyek Penelitian

Partisipan pada penelitian ini yaitu pasien dewasa dengan diagnosa medis stroke infark yang dirawat di RS X Surabaya.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat yang berkaitan dengan permasalahan dari penelitian dan waktu yaitu uraian kapan terjadi pengumpulan data dimulai pelaksanaannya (Solimun et al., 2020). Berdasarkan dari uraian tersebut studi kasus ini dilakukan pada 2 - 4 Februari 2023 di RS Swasta Surabaya.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data ini dapat memperkuat hasil penelitian yang dikerjakan. Pengumpulan data merupakan metode dalam sebuah penelitian (Hidayat, 2018). Metode yang akan dilakukan dalam pengumpulan data ini, sebagai berikut :

3.5.1 Wawancara

Wawancara merupakan metode yang dilakukan dengan mewawancarai responden dalam mengumpulkan data. Dalam mewawancarai akan dilakukan secara langsung dengan responden yang akan diteliti sehingga memberikan hasil secara langsung (Hidayat, 2018). Wawancara dilakukan kepada pasien dan keluarganya secara langsung dengan diagnosa medis stroke infrak untuk memperoleh data yang terdiri atas identitas pasien, keluhan utama, lamanya onset, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, data psikososial spiritual dan pola kebutuhan sehari-hari.

3.5.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Pada observasi hal yang perlu dilakukan adalah memperhatikan dengan seksama, mendengar, mencatat dan juga mempertimbangkan hubungan antar aspek dan fenomena yang sedang diamati. Untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat dan tepat, maka pada saat melakukan penelitian harus memiliki keterampilan dalam melakukan observasi dan juga mempunyai waktu yang cukup dalam melakukan pendalaman terhadap situasi yang akan diteliti (Afiyanti & rachmawati, 2014). Pada saat melakukan observasi pada kondisi pasien yang dilakukan dengan cara melihat, mendengar, dan mengamati pasien, tidak lupa juga mencatat hasil dari pengamatan tersebut.

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan metode inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi, untuk dapat mengetahui masalah kesehatan yang dialami pasien (Asmadi, 2015). Pemeriksaan yang dilakukan pada studi kasus ini meliputi semua pemeriksaan dan disesuaikan berdasarkan ketentuan yang digunakan pada setiap sistem dengan metode inspeksi, auskultasi, perkusi, dan palpasi yang akan terfokus pada sistem persarafan dan sistem muskuloskeletal.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Proses pengumpulan data dilakukan dengan metode studi dokumen karena pada dokumen tersebut dapat diperoleh informasi yang tidak bisa didapat melalui wawancara dan observasi (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Studi dokumentasi pada kasus dengan diagnosa medis stroke infark dapat diperoleh dari rekam medis, dan juga dari laporan hasil pemeriksaan laboratorium seperti pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, dan juga kolestrol serta pemeriksaan diagnostik yang menjadi penunjang seperti hasil foto CT scan, MRI, dan juga angiografi serebrum dan pemeriksaan lainnya.

3.6 Analisa Data

Analisis data adalah analisis yang sifatnya subjektif dan peneliti merupakan instrumen utama dalam pengambilan data dan juga analisis data penelitiannya. Proses analisis data kualitatif dilakukan secara bersamaan (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Analisis data juga merupakan proses dalam memecahkan masalah menjadi komponen yang lebih kecil dan didasarkan pada elemen dan juga struktur tertentu (Siyoto & Sodik, 2015).

3.6.1 Mereduksi Data

Mereduksi data merupakan merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dan dicari juga tema dan polanya, juga bagian yang tidak perlu akan dibuang (Siyoto & Sodik, 2015). Dalam studi kasus ini data diambil sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien.

3.6.2 Penyajian Data

Penyajian data juga memiliki tujuan untuk menginformasikan hasil dari penelitian sehingga dapat diharapkan hasil penelitian tersebut dapat dibaca dan di pahami dengan mudah (Hidayat, 2018). Pada studi kasus ini penyajian yang digunakan yaitu narasi dan juga tabel.

3.6.3 Kesimpulan

Kesimpulan merupakan bagian akhir dalam proses analisis data dan di dalamnya berisi tentang data-data yang telah diperoleh dan kemudian dicari hubungn, persamaan, dan juga perbedaan. Penarikan kesimpulan ini bertujuan untuk membandingkan kesesuaian pernyataan dari subjek penelitian dengan maknayang terkandung dalam konsep-konsep dasar penelitian (Siyoto & Sodik, 2015). Kesimpulan harus berkaitan dengan hasil dari penelitian dan penulisnya juga wajib mencerminkan hasil dari temuan penelitian serta pembahasannya (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Jadi dalam penulisan kesimpulan ini harus disesuaikan dengan hasil penelitian.

3.7 Etika Penelitian

Etika dalam penelitian sangat penting karena penelitian yang dilakukan itu langsung berhadapan dengan manusia sehingga etika tersebut sangatlah diperlukan. Etika penelitian yang perlu diperhatikan sebagai berikut :

3.7.1 *Informed Consent*

Informed consent adalah suatu lembar persetujuan antara peneliti dengan responden, maka lembar persetujuan diberikan kepada responden apakah responden yang kita pilih bersedia atau tidak dengan penelitian yang akan dilakukan. PSP merupakan persetujuan setelah mendapat penjelasan, jadi responden akan menyetujui atau tidak penelitian, setelah mendapatkan informasi yang jelas (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pada studi kasus ini mengenai maksud dan tujuan dijelaskan tentang penelitian ini kepada pasien dan keluarga. Supaya pasien dan keluarga tahu tindakan apa yang akan dilakukan dan juga dampak dari tindakan atau asuhan keperawatan tersebut. Setelah penjelasan mengenai tujuan penelitian, maka keluarga diberikan lembar persetujuan untuk ditanda tangani.

3.7.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Hal ini peneliti harus menjaga kerahasiaan identitas pasien dengan memberi kode tanpa nama pada hasil rekaman pasien (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pada studi kasus ini nama pasien hanya akan ditulis inisial dan diambil dari huruf paling awal pada nama pasien.

3.7.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality adalah pemberian kerahasiaan pada data pasien. Hal ini peneliti wajib menjaga kerahasiaan informasi yang telah diberikan oleh responden dengan sebaik-baiknya (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Pada studi kasus ini penulis harus benar-benar menjaga informasi yang didapatkan dari pasien baik yang tertulis maupun yang lisan dengan sebaik mungkin kecuali jika ada hal yang berkaitan dengan hukum.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pengambilan data pada studi kasus ini dilakukan di ruang rawat inap dewasa RS Swasta Surabaya. Y6 merupakan ruang rawat inap umum keperawatan penyakit dalam wanita maupun pria dan dengan 9 ruangan masing – masingruanganterdiri dari , 3 bed, 4 bed, dan 6 bed.

4.1.2 Pengkajian

4.1.2.1 Identitas Pasien

Pasien berjenis kelamin pria, berusia 70 tahun

4.1.2.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan terasa lemas di pipi sebelah kiri, bibir mencong kekanan

4.1.2.3 Riwayat Kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Pada tanggal 1 Februari 2023 saat bekerja pasien merasakan bibir mencong ke kanan, pipi kiri merasa lemas suara terdengar pelo kemudian periksa ke IGD RKZ. Hasil pemeriksaan di IGD didapatkan GCS: 4-5-6, pupil: anisokor 2/5mm, reaksi cahaya +/+, nadi: 79x/mnt, suhu: 36°C, tekanan darah: 115/85 mmHg, respirasi: 20x/menit, BB: 57kg. Status neurologis terdapat paresis pada Nervus VII dan nervus XII, disartia. Hasil ECG: IS 71x/menit, foto thorak dalam batas normal, MSCT Scan kepala: *suggestive acute infraction di aspect anterior pons.*

Advis dokter spesialis syaraf terapi dilanjutkan injeksi Brainact 1x500mg/IV, loading CPG 75mg 4tab/oral, MRS dengan memakai infus asering/12 jam, lalu diberikan injeksi Neulin 2x500mg/IV secara rutin, advis dokter rencana besok cek laboratorium BUN, uric acid, albumin, SGOT, SGPT, BSN, 2JPP, kolesterol, HDL, LDL, Hba1C.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengungkapkan pernah memiliki tekanan darah tinggi pada tahun 2021 minum obat concor 2,5 mg diminum jika tekanan darah naik, kemudian pasien berhenti mengkonsumsi obat sejak tahun 2022 karena tekanan darah secara normal. Tidak ada riwayat DM dan penyakit jantung.

3). Riwayat Kesehatan keluarga

Pasien mengungkapkan tidak ada keluarga yang mengalami sakit stroke, HT, DM, Jantung.

4. Riwayat Alergi

Pasien tidak memiliki alergi obat atau pun makanan

4.1.2.4 Data psikologis dan spiritual

Pasien mengungkapkan ingin segera sembuh dan segera dapat beraktifitas Kembali.

4.1.2.5 Pemenuhan kebutuhan dasar (di Rumah dan di Rumah sakit)

1) Nutrisi, cairan dan elektrolit

Di Rumah: Dirumah pasien sangat menghindari makanan yang berminyak dan lebih banyak makan buah-buahan, 3x makan besar seperti nasi dengan lauk daging.

Di Rumah Sakit: Dirumah sakit pasien makan dengan diet makanan lunak karena pasien mengalami kesusahan menelan.

2) Hygiene Perseorangan

Di rumah: kebutuhan dasar pasien saat dirumah, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Di rumah sakit: Saat di RS pasien beraktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga yang menjaga, untuk menghindari mobilitas berlebih karena pasien diharuskan *bedrest*.

3) Eliminasi

Di rumah: pola eliminasi pasien saat dirumah BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek. Pasien BAK saat dirumah sehari bisa 5-6x/hari dengan konsistensi jernih

Di rumah sakit : saat di kaji pasien sudah BAB sekali pada jam 10.00 dengan konsistensi lembek dan tidak mengalami konstipasi, dan pasien BAK terakhir jam 12.30 dengan menggunakan urinal jumlah urine pasien 450cc/6jam, pasien tidak mengalami retensi urin, ataupun disuria maupun inkontensia

4) Aktivitas dan Istirahat

Di rumah: Pasien sangat aktif pada saat dirumah, pasien olahraga jalan kaki, mengajar, dan praktik sebagai dokter gigi.

Di rumah sakit: saat dirumah sakit pasien tidak mengalami gangguan tidur, namun pasien sering terbangun karena ingin BAK.

4.1.2.6 Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum, kesadaran secara kualitatif, berat badan dan tinggi badan

2) Keadaan umum : Pasien nampak lemah

Kesadaran : komposmentis

Berat badan : 57kg

Tinggi badan : 168cm

3) Persistem (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi)

1) Sistem Pernafasan

Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, suara nafas vesikuler, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak sesak, gerakan palpasi: dada seimbang kiri dan kanan, respirasi 18x/menit, SpO₂ 98%.tanpa menggunakan oksigen.

2) Sistem Sirkulasi

Tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat, irama jantung reguler S1/S2 tunggal, bunyi jantung normal, naditeraba kuat 86x/menit, TD 100/70 mmHg, suhu 36°C, konjungtiva merah muda, tidak terdapat edema di kedua tungkai.

3) Sistem Persarafan

Kesadaran pasien komposmentis, GCS 4-5-6 (Tingkat kesadaran: komposmentis) pupil anisokor, diameter 2mm/4mm, reaksi cahaya +/+, refleks fisiologis positif, refleks bainski negative, dapat merasakan sensorik tajam, tumpul, halus dan kasar.

4) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba lembek, tidak ada nyeri tekan, BAK menggunakan urinal warna urine jernih, BAK terakhir jam 12.30 jumlah urine 450cc/6jam.

5) Sistem pencernaan

Mulut: tampak bersih, mukosa lembab dan tidak ada sariawan. Tenggorokan: terdapat keluhan nyeri telan, sulit mengunyah danmenelan terasa lama, terkadang ada sisa makanan yang keluar dari bibir sebelah kiri terutama ketika minum atau kumur terjadi sejak pipi kiri terasa lemas dan bibir mencong ke kanan, pasien tidak terpasang NGT.

Abdomen: Perut teraba supel, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, peristaltic 16x/menit, tidak teraba massa pada rektal, tidak terdapat pembesaran hepar dan lien, tidak terdapat luka bekas oprasi pada abdomen dan tidak ada kolostomi.

6) Sistem Muskuloskeletal

	5		5
Skala kekuatan otot	5		5

Kedua tangan pasien mampu mengangkat dan melawan gravitasi,serta kedua kaki mampu mengangkat dan melawan gravitasi. Tidak terjadi kelemahan otot dan kram otot.

7) Sistem Integumen

Warna kulit bersih, turgor kulit baik CRT < 2 detik, tidak odem, tidak ada luka/lesi, kulit tidak kemerahan, tidak terdapat ulkus maupun ganggren pada kaki.

4.1.1.1 Pemeriksaan Penunjang

Nama Hasil	Hasil	Nilai Normal	Satuan
<u>Fungsi Hati</u>			
SGPT	31,8	<42	u/l 37 ^c
SGOT	26,2	<37	u/l 37 ^c 43
Albumin	4,3	3,5 – 5,0	g/dl
<u>Fungsi Ginjal</u>			
BUN	12,2	6 - 20	Mg/dl
Uric Acid	4,5	3,4 – 7,0	Mg/dl
<u>Profil Lipid</u>			
Kolesterol Total	186	<200	Mg/dl
HDL	51	>60	Mg/dl
LDL	113,9	<100	Mg/dl
<u>Kimia Darah</u>			
Gula Puasa	92	70 – 115	Mg/dl
2JPP	122	<130	Mg/dl
Hba1C	5,9	<6,5	%

Table 4.1.2.8 Penatalaksanaan/Terapi (Advis dokter)

Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Indikasi	Efek samping
Infus Asering	500cc	12jam = 14tpm	Untuk mengganti cairan tubuh selama pasien mengalami dehidrasi (Kehilangan cairan) secara akut melalalui infus	Hiperglikemia (kadar gula darah lebih tinggi dari nilai normal), Iritasi local, Anuria (tubuh tidak mampu memproduksi urin), Oliguria (jumlah urine yang keluar sedikit)
Neulin	125mg	2x500mgIV	Neulin digunakan untuk mengatasi gangguan kesadaran pasca trauma di kepala dan gangguan pada otak.	Gangguan makan (Anoreksia), mual, Gangguan jantung: Denyut jantung yang lambat (Bradikardia), meningkatnya kecepatan denyut jantung (takikardia). Gangguan Saluran Cerna (gastrointestinal) : Diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut. Gangguan umum dan kondisi situs admin : Kelelahan. Gangguan sistem saraf: Pusing, sakit kepala. Gangguan kulit dan jaringan subkutan : Ruam. Gangguan pembuluh darah: Tekanan darah rendah (Hipotensi).
Diviti	2,5mg	1x SC	Diviti digunakan sebagai pencegahan thromboembolic events (VTE)	Reaksi alergi, demam, mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri parut,

			atau pembentukan gumpalan darah di vena pada pasien yang menjalani pembedahan ortopedi mayor.	trombositopenia, leukositosis dan anemia, edema, nyeri dada, sakit kepala dan pusing, mimisan
CPG	75mg	0-1-0 (oral)	CPG bekerja dengan menghalangi platelet saling menempel dan mencegah platelet - platelet tersebut dari pembentukan gumpalan berbahaya. CPG membantu menjaga darah mengalir lancar dalam tubuh.	Dispepsia, mual, muntah, pendarahan saluran cerna, pendarahan lain seperti mimisan, diare, anemia, sakit kepala dan pusing, ruam, gatal, dan biduran
Fastor	20 mg	0-0-0-1(oral)	Fastor dapat membantu menurunkan kadar kolesterol jahat dan lemak (seperti LDL, trigliserida) dan meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) dalam darah. Meski demikian, hal ini perlu dibarengi dengan diet yang tepat.	Hidung tersumbat. Sakit tenggorokan . Nyeri sendi, sakit perut. diare. mual. insomnia, sakit kepala.

Tabel 4.1.2.11 Analisa Data

Data	Masalah	Penyebab
<p>DS : pasien mengungkapkan pipi kiri terasa lemas, dan bibir mencong ke kanan</p> <p>DO : keadaan umum pasien lemah, deficit neurologis pada Nervus VII dan Nervus XII, wajah Nampak tidak simetris</p> <p>TD: 100/70 mmHg, nadi: 86x/mnt, pupil anisokor dengan diameter 2/4mm reaksi lambat, pasien pelo saat berbicara, hasil MSCT scan kepala: <i>Suggestive acute infraction di aspect anterior pons.</i></p>	Resiko perfusi cerebral tidak efektif	Emboli
<p>DS :</p> <p>Pipi kiri pasien terasa lemas sehingga, pasien tidak bisa mengunyah lebih lama dan terasa sulit untuk segera menelan. Pasien mengeluh sulit menelan</p> <p>DO:</p> <p>Bibir mencong dan wajah tidak simetris, waktu makan jadi lama, sulit untuk mengunyah, menelan berulang-ulang, ada sisa makanan yang keluar lewat bibir sebelah kiri terutama saat pasien meminum air.</p>	Gangguan menelan	Gangguan saraf kranialis

4.1.2 Diagnosis Keperawatan

- 1) Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
- 2) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh pipi kiri pasien terasa lemas sehingga, pasien tidak bisa mengunyah lebih lama dan terasa sulit untuk segera menelan. Pasien mengeluh sulit menelan, bibir mencong dan wajah tidak simetris, waktu makan jadi lama.

4.1.3 Perencanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 4.2 Rencana Tindakan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dan Gangguan Menelan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana
Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, maka perfusi cerebral meningkat dan status neurologis membaik dengan kriteria hasil : 1) Tekanan darah membaik 2) Tingkat kesadaran meningkat 3) Ukuran pupil membaik 4) Respon pupil membaik 5) Reflek neurologis membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial, pemantauan neurologis dan dukungan kepatuhan program pengobatan. Observasi 1) Monitor tanda gejala peningkatan TIK (Peningkatan tekanan darah, tekanan nadi melebar, penurunan tingkat kesadaran) 2) Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil. Terapeutik 3) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 4) Berikan posisi semi fowler 5) Hindari teknik valasava 6) Pertahankan suhu normal Edukasi 7) Informasikan program pengobatan yang harus dijalani 8) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan. 9) Injeksi Neulin 2x500mg/IV 10) Injeksi Diviti 1x2,5mg/IV

11) Tab CPG 1x75mg/oral		
gangguan menelan berhubungan dengan gangguan sarafkranial dibuktikan dengan pasien mengeluh pipi kiri terasa lemas sehingga, pasien tidak bias mengunyah, bibir mencong dan wajah tidak simetris, waktu makan jadi lama, ada sisa makanan yang keluar dari bibir sebelah kiri terutama saat minum air	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2x24jam status menelan membaik dengan kriteria hasil: 1) Mempertahankan makanan dimulut menurun 2) Reflek menelan meningkat 3) Kemampuan mengunyah meningkat 4) Usaha menelan meningkat	Dukungan perawatan diri makan dan minum mencegah aspirasi. Observasi: 1) Monitor kemampuan menelan pasien Terapeutik 2) Menciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 3) Sediakan sedotan untuk minum 4) Berikan makan dengan ukuran kecil dan lunak 5) Memberikan obat oral dalam bentuk cair Edukasi 6) Anjurkan posisi duduk saat makan 7) Anjurkan makan secara perlahan 8) Ajarkan teknik mengunyah atau menelan

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Stroke

Infark

Diagnosa Keperawatan	3 Februari 2023 Hari ke 1	4 Februari 2023 hari ke 2
Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme	<p>Jam 07.00</p> <p>1) Menyeeka pasien dan menaikkan kepala 30 derajat</p> <p>Jam 08.00</p> <p>1) Mengukur tekanan darah 120/70 mmHg, MAP 86 mmHg, mengukur pupil anisokor 3mm/4mm</p> <p>2) Pemberian Neulin 500mg IV</p> <p>Jam 11.00</p> <p>1) mengukur tekanan darah kembali 120/70 mmHg, MAP 86 mmHg</p> <p>Jam 13.00</p> <p>1) Memberikan CPG 75 mg per oral</p> <p>2) Mengukur kembali tekanan darah 120/70 mmHg, MAP 86 mmHg, pupil anisokor 3mm/4mm, GCS 4-5-6</p>	<p>Jam 07.00</p> <p>1) Menyeeka pasien dan menaikkan kepala 30 derajat</p> <p>Jam 08.00</p> <p>1) Mengukur tekanan darah 130/70 mmHg, MAP 90 mmHg, mengukur pupil isokor 3mm/3mm</p> <p>2) Pemberian Neulin 500mg IV</p> <p>Jam 11.00</p> <p>1) mengukur tekanan darah kembali 120/70 mmHg, MAP 86 mmHg</p> <p>Jam 13.00</p> <p>1) Memberikan CPG 75 mg per oral</p> <p>2) Mengukur kembali tekanan darah 110/70 mmHg, MAP 83 mmHg, pupil anisokor 3mm/4mm, GCS 4-5-6</p>
Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum	<p>Jam 07.30</p> <p>1) Memotivasi keluarga untuk menemani saat pasien makan supaya dapat memantau jika terjadi tersedak</p> <p>2) Menyiapkan minuman dengan sedotan</p> <p>3) Membantu pasien mengambil posisi duduk saat akan makan</p> <p>4) Menyarankan agar tidak tergesa gesa saat makan</p> <p>5) Membantu menyuap pasien dengan sedikit sedikit namun sering</p> <p>6) Memberikan obat dalam bentuk cair</p>	<p>Jam 07.30</p> <p>1) Memotivasi keluarga untuk menemani saat pasien makan supaya dapat memantau jika terjadi tersedak</p> <p>2) Menyiapkan minuman dengan sedotan</p> <p>3) Membantu pasien mengambil posisi duduk saat akan makan</p> <p>4) Menyarankan agar tidak tergesa gesa saat makan</p> <p>5) Membantu menyuap pasien dengan sedikit sedikit namun sering</p> <p>6) Memberikan obat dalam bentuk cair</p>

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.4 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Stroke

Infark.di RS Swasta Surabaya pada tahun 2023

Diagnosa Keperawatan	3 Maret 2023 hari ke 1	4 Maret 2023 hari ke 2
Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme	<p>S: kesadaran pasien komposmentis 4-5-6</p> <p>O: tekanan darah 120/70 mmHg</p> <p>MAP 86 mmHg, pupil anisokor 3mm/4mm, reaksi cahaya +/+</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>	<p>S: kesadaran pasien komposmentis 4-5-6</p> <p>O: tekanan darah 110/70 mmHg</p> <p>MAP 83 mmHg, pupil isokor 3mm/3mm, reaksi cahaya +/+</p> <p>A: masalah teratasi</p>
Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum	<p>S: pasien masih mengeluh sulit untuk menelan</p> <p>O: pasien masih sering mempertahankan makanan di mulut, refelek menelan masih menurun, beberapa kali pasien tersedak atau batuk saat menelan makanan atau minuman</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>	<p>S: pasien mengungkapkan kesulitan menelan mulai berkurang</p> <p>O: pasien tidak sering mempertahankan kan makanan di mulut, refelek menelan meningkat, pasien sudah jarang tersedak atau batuk saat menelan makanan atau minuman</p> <p>A: masalah teratasi</p>

2.1 Pembahasan

4.2.1 Data Fokus

4.2.1.1 Identitas Pasien

Pada kasus nyata pasien berjenis kelamin laki laki berumur 70 tahun. Menurut teori risiko terkena stroke infark lebih rentan pada usia diatas 65 tahun, namun ada juga yang dibawah 65 tahun juga bisa terkena stroke infark, kebanyakan laki-laki yang lebih berisiko terkena stroke infark, daripada wanita (Muttaqin, 2020).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien berjenis kelamin laki-laki dengan usia 70 tahun, sehingga pada usia tersebut manusia mulai mengalami kemunduran sistem kerja organ termasuk jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh, serta terjadi perubahan elastisitas dinding pembuluh darah yang dapat memunculkan aterosklerosis, dimana pada pasien stroke salah satu penyebab utamanya adalah hipertensi yang mengalami kekakuan pada pembuluh darahnya.

4.2.1.2 Keluhan Utama

Pada kasus nyata pasien mengeluh terasa lemas dipipi kiri dan bibir mencong kekanan. Berdasarkan teori menyatakan gangguan motorik kelemahan fisik sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, rasa lemah pada salah satu anggota gerak, wajah asimetris (Muttaqin, 2020).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien mengeluh pipi sebelah kiri terasa lemas dan bibir mencong ke kanan hal tersebut dapat terjadi karena terdapat gangguan pada saraf fasialis (N VII) dan saraf hipoglosus (N XII) dan terjadi serangan yang mendadak. Hal tersebut menyebabkan wajah menjadi asimteris dan

otot wajah tertarik pada sisi yang sehat, serta kerusakan saraf hipoglossus menyebabkan bibir mencong ke kanan dan mengakibatkan sulit menggerakkan dan menjulurkan lidah. Ditunjang dengan hasil pemeriksaan CT-Scan yaitu *suggestive acute infraction di aspect anterior pons*.

4.2.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada kasus nyata pada tanggal 1 Februari 2023 saat bekerja pasien merasakan bibir mencong ke kanan, pipi kiri merasa lemas suara terdengar pelo. Berdasarkan teori serangan stroke infark biasanya datang secara tiba-tiba yang tidak disadari oleh pasien, dan biasanya ditemukan gejala awal yaitu kesemutan, rasa lemah pada salah satu fungsi gerak tubuh, bicara pelo, wajah asimetris (Muttaqin, 2020).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien mengalami wajah asimetris dan bicara pelo hal tersebut karena pasien mengalami gangguan pada saraf fasialis (N VII). Namun juga terdapat ketidaksesuaian antar kasus nyata dengan teori dimana pasien tidak mengalami kelemahan pada ekstremitas hal ini terjadi karena infark tidak menyerang arteri putamen.

4.2.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pada kasus nyata pasien pernah memiliki tekanan darah tinggi pada tahun 2021 minum obat concor 2,5 mg diminum jika tekanan darah naik, kemudian pasien berhenti mengkonsumsi obat sejak tahun 2022 karena tekanan darah secara normal. Tidak ada riwayat DM dan penyakit jantung. Menurut teori perlu dikaji apakah pasien pernah memiliki riwayat penyakit stroke infark, hipertensi, diabetes melitus (DM), kelainan jantung, pernah *Transien Ischemia Attack* (TIA) (Tarwoto, 2013).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi hal ini dapat menimbulkan terjadinya stroke infark karena tekanan darah yang tinggi mengganggu aliran darah pada otak, aliran darah yang tidak lancar berisiko menjadi gumpalan pada dinding pembuluh darah dan menghambat darah mengalir ke otak menyebabkan otak kekurangan oksigen dan nutrisi yang mengakibatkan terjadinya infark.

4.2.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Pada kasus nyata pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami stroke sebelumnya, DM, ataupun penyakit jantung. Menurut teori perlu ditanyakan apakah di keluarga memiliki penyakit hipertensi, DM, atau riwayat stroke (Tarwoto,2013).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana tidak ada anggota keluarga yang mengalami hipertensi dan DM. Stroke infark yang dialami oleh pasien karena pasien memiliki Riwayat hipertensi dengan mengkonsumsi Obat concor 20mg 1x1 Tab apabila tekanan darah naik.

4.2.1.6 Data Psikososiospiritual

Pada kasus nyata pasien mengungkapkan ingin segera sembuh dan segera dapat beraktifitas kembali. Menurut teori adanya hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara pada klien. Pola presepsidan konsep diri yang menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif (Muttaqin, 2020).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien masih memiliki harapan untuk sembuh dan beraktifitas kembali dengan normal hal itu terjadi karena keluarga selalu memberikan *support*

pada pasien. Pasien juga merasa tidak cemas karena pasien masih punya harapan untuk sembuh dan dokter memberikan informasi terkait penyakitnya.

4.2.1.7 Data Pemenuhan Kebutuhan Dasar

1) Nutrisi dan Cairan

Pada kasus nyata di rumah sakit pasien makan dengan diet makanan lunak karena pasien mengalami kesusahan menelan. Menurut teori pasien dengan diagnosis medis stroke infark akan mengalami fungsi menelan dan mengunyah sehingga kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi (Muttaqin, 2020).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien mengalami gangguan menelan hal ini dapat terjadi karena pasien mengalami kerusakan pada saraf glossofaringeus (N IX) ditunjang dengan hasil CT-Scan *suggestive acute infraction di aspect anterior pons*.

2) *Hygiene Personal*

Pada kasus nyata aktivitas perawatan diri pasien dibantu sepenuhnya oleh perawat. Menurut Teori adanya kesulitan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri, karena adanya kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. (Muttaqin, 2020).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana aktivitas perawatan diri pasien dibantu oleh perawat karena pasien mengalami kelemahan dalam melakukannya secara mandiri untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut pada pasien.

9) Eliminasi

Pada kasus nyata saat dikaji pasien sudah BAB sekali pada jam 10.00 dengan konsistensi lembek dan tidak mengalami konstipasi, dan pasien BAK

terakhir jam 12.30 dengan menggunakan urinal jumlah urine pasien 450cc/6jam, pasien tidak mengalami retensi urin, ataupun disuria maupun inkontensia. Menurut teori mengatakan pada pasien stroke akan terjadi inkontensia urin sementara karena konfusi dan Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/bedpan, karena kerusakan kontrol motorik dan postural (Muttaqin, 2020).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien tidak mengalami inkontinensia urine hal ini dapat terjadi karena otot kandung kemih pasien masih dapat berkontraksi dengan baik dalam menahan tekanan urine,

10) Aktifitas dan Istirahat

Pada kasus nyata pasien tidak mengalami gangguan dalam beraktifitas maupun tidur. Berdasarkan teori pasien mengalami sulit beraktifitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot, gangguan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2020).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien tidak mengalami kesulitan tidur hal ini dapat terjadi karena kondisi ruangan pasien cenderung stabil tidak terdapat kebisingan, selain itu saat di rumah pasien juga tidak memiliki riwayat kesulitan tidur. Aktifitas pada pasien dibatasi untuk mencegah komplikasi kearah yang lebih berat.

4.2.1.8 Pemeriksaan Fisik

1) Sistem Pernapasan

Pada kasus nyata Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, suara nafas vesikuler, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak sesak, gerakan palpasi: dada seimbang kiri dan kanan, respirasi 18x/menit, SpO2 98%, tanpa menggunakan oksigen. Menurut teori mengatakan

Pada inspeksi pasien stroke mengalami ketidakmampuan untuk batuk, mengalami peningkatan sputum karena adanya gangguan aliran darah pada arteri vertebrosiliaris yang mengatur sistem pernapasan yang mengakibatkan penumpukan sekret sehingga jalan napas juga terhambat (Muttaqin, 2020).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien tidak mengalami kesulitan batuk tidak terdapat produksi sputum yang berlebih respirasi dalam batas normal, pasien tidak mengalami sesak, hal ini dapat terjadi karena tidak terjadi gangguan pada arteri vertebrosiliaris yang mengatur sistem pernapasan, terlebih pasien tidak mengalami penurunan kemampuan batuk.

2) Sistem sirkulasi

Pada kasus nyata tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat, irama jantung reguler S1/S2 tunggal, bunyi jantung normal, naditeraba kuat 86x/menit, TD 100/70 mmHg, konjungtiva merah muda, tidak terdapat edema di kedua tungkai. Berdasarkan teori menyatakan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) maka akan terjadi perubahan pada tanda-tanda vital pasien yang terdiri dari nadi rendah, tekanan nadi melebar (Muttaqin, 2020).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien tidak mengalami peningkatan TIK hal ini dapat terjadi karena tekanan darah pasien masih dalam batas normal yaitu 100/70 mmHg, dan hasil MAP dalam batas normal yaitu 80 mmHg pasien tidak mengalami penurunan kesadaran karena mendapatkan terapi Neulin 2x500mg/IV yang berfungsi untuk memperbaiki sel otak pasca trauma..

5) Sistem Persarafan

Pada kasus nyata kesadaran pasien komposmentis, GCS 4-5-6 (Tingkat kesadaran:komposmentis) pupil anisokor, diameter 2mm/4mm, reaksi cahaya +/+,

refleks fisiologis positif, refleks babinski negative, dapat merasakan sensorik tajam, tumpul, halus dan kasar terdapat kerusakan pada saraf glossofaringeus (N IX). Menurut teori pasien stroke mengalami gangguan pada saraf glossofaringeus. Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien mengalami gangguan menelan hal ini dapat terjadi karena terdapat kerusakan pada saraf glossofaringeus yang menyebabkan pasien kesulitan menelan. Pasien masih bisa minum dan makan peroral meskipun sedikit dan bertahap dengan observasi ketat untuk mencegah terjadinya aspirasi.

3) Sistem Perkemihan

Pada kasus nyata kandung kemih teraba lembek, tidak ada nyeri tekan, BAK menggunakan urinal warna urine jernih, BAK terakhir jam 12.30 jumlah urine 450cc/6jam pasien tidak mengalami inkontinensia urine. Menurut teori pasien stroke cenderung mengompol sebelum mencapai toilet, mengompol di pagihari dan juga tidak mampu untuk mengosongkan kandung kemih (Muttaqin, 2020).

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien tidak mengalami inkontinensia urine hal ini dapat terjadi karena otot kandung kemih pasien masih berkontraksi dengan baik dalam menahan tekanan urine terlebih infark yang terjadi terletak di daerah *aspect anterior pons*, yang tidak mengatur sistem perkemihan pasien.

5) Sistem Pencernaan

Pada kasus nyata pasien terdapat keluhan nyeri telan, tidak terdapat pembesaran tonsil, sulit mengunyah dan menelan terasa lama, terkadang ada sisa makanan yang keluar dari bibir sebelah kiri terutama ketika minum atau kumur terjadi sejak pipi kiri terasa lemas dan bibir mencong ke kanan, pasien tidak terpasang NGT. Menurut

teori pasien mengeluh sulit menelan dan mengunyah oleh karena itu pasien tidak nafsu makan lagi untuk makan sehingga pasien hanya makan sedikit bahkan tidak makan dan hal tersebut membuat penurunan berat badan minimal 10% di bawah rentang normal (Muttaqin, 2020).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien mengalami kesulitan dalam menelan dan mengunyah makanan karena pasien mengalami kerusakan pada saraf glossofaringeus (N IX), tetapi pasien masih bisa minum dan makan peroral meskipun sedikit dan bertahap.

6) Sistem Muskuloskeletal

Pada kasus nyata kedua tangan pasien mampu mengangkat dan melawan gravitasi, serta kedua kaki mampu mengangkat dan melawan gravitasi. Tidak terjadi kelemahan otot dan kram otot. Menurut teori Pada pasien stroke infark akan kesulitan melakukan aktivitas karena terjadi hemiplegia atau hemiparesis serta kelemahan otot.

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien tidak mengalami kelemahan pada otot baik pada ekstremitas atas maupun bawah hal ini dapat terjadi karena pasien tidak mengalami gangguan pada ekstremitas karena hasil CT Scan *suggestive acute infraction di aspect anterior pons*.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada kasus nyata diagnosa keperawatan yang muncul adalah risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme dan gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum. Menurut teori terdapat 8 masalah keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan

komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik, gangguan menelan, defisit perawatan diri, gangguan eliminasi urine, gangguan persepsi sensoris (PPNI, 2017).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana risiko perfusi serebral tidak efektif terjadi karena adanya embolisme yang menghambat aliran darah ke otak, dan gangguan menelan terjadi karena adanya kerusakan pada saraf glossofaringeus.

Terdapat ketidaksesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana bersihan jalan napas tidak efektif tidak terjadi karena pasien tidak mengalami penurunan kemampuan untuk batuk sehingga sputum tidak tertumpuk pada jalan napas. Gangguan komunikasi verbal tidak terjadi karena tidak terdapat gangguan pada lobus temporal dan lobus frontal yang berfungsi dalam produksi dan pemahaman bicara. Gangguan mobilitas fisik tidak terjadi karena pasien tidak mengalami permasalahan pada muskuloskeletal. Defisit perawatan diri tidak terjadi karena pasien masih dapat beraktifitas secara mandiri terlebih pasien tidak mengalami kelemahan. Gangguan eliminasi urine tidak terjadi karena otot kandung kemih pasien masih berkontraksi dengan baik dalam menahan tekanan urine. Gangguan persepsi sensoris tidak terjadi hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan pada saraf olfaktorius, optikus dan auditorius hasil CT Scan *suggestive acute infraction di aspect anterior pons*.

4.2.3 Rencana Keperawatan

4.2.3.1 Rencana keperawatan pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif

Pada kasus nyata rencana keperawatan pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif adalah monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari

teknik valsava, pertahankan suhu tubuh normal, informasikan program pengobatan

yang harus dijalani, anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan, kolaborasi pemberian Neulin 2x500 mg IV, Diviti 1 x 2,5 mg dan Clopidogel 1 x 75 mg oral. Menurut teori (PPNI, 2018a) dengan intervensi utama manajemen peningkatan intracranial yang terdiri dari Observasi (identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, monitor tingkat kesadaran, monitor tingkat kesadaran, monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK.), Terapeutik (memberikan posisi semi fowler 45° kepada pasien, Hindari pemberian cairan IV hipotonik, dokumentasi hasil pemantauan.), Edukasi (menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan). Kolaborasi (kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dan teori dimana pasien dengan risiko perfusi serebral tidak efektif mendapatkan rencana keperawatan dipantau tanda dan gejala peningkatan TIK, disediakan lingkungan yang tenang, diberikan posisi semifowler, diberikan kolaborasi pemberian Neulin 2x500 mg IV, Diviti 1 x 2,5 mg dan Clopidogrel 1 x 75 mg oral untuk menghambat penggumpalan darah sehingga tidak terjadi bekuan berulang.

4.2.3.2 Rencana keperawatan pada masalah keperawatan gangguan menelan

Pada kasus nyata rencana keperawatan pada masalah keperawatangangguan menelan adalah memonitor kemampuan menelan, menciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan, sediakan sedotan untuk minum, berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak, berikan obat oral dalam bentuk cair, anjurkan posisi duduk saat makan anjurkan makan secara perlahan, ajarkan teknik mengunyah atau menelan. Menurut Teori (PPNI, 2018a) terdapat intervensi utama adalah dukungan perawatan diri makan dan minum dan pencegahan aspirasi terdiri dari. Observasi (monitor kemampuan menelan). Terapeutik (menciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan, sediakan sedotan untuk minum, berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak, memberikan obat oral dalam bentuk cair), Edukasi (anjurkan posisi duduk saat makan, anjurkan makanan secara perlahan, ajarkan teknik mengunyah dan menelan).

Terdapat kesesuaian antara kasus nyata dengan teori dimana pasien dengan masalah keperawatan gangguan menelan mendapatkan rencana keperawatan dimonitor kemampuan menelan, diberikan lingkungan yang menyenangkan selamamakan, disediakan sedotan untuk minum, diberikan makanan dengan ukuran yang kecil atau lunak, diberikan obat oral dalam bentuk cair (pemberian obat perlu diperhatikan dan hati-hati karena pasien memiliki gangguan menelan untuk mencegah aspirasi), dianjurkan posisi duduk saat makan serta diajarkan teknik mengunyah dan menelan.

4.2.4 Evaluasi Keperawatan

4.2.4.1 Evaluasi keperawatan pada masalah keperawatan risiko perfusi serebraltidak efektif

Pada kasus nyata evaluasi pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam dengan kriteria hasil tekanan darah 110/70 mmHg, MAP 83 mmHg, kesadaran komposmentis 4-5-6, pupil isokor 3mm/3mm. Faktor pendukung teratasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif adalah pasien sangat kooperatif dalam perawatan selama di RS.

4.2.4.1 Rencana keperawatan pada masalah keperawatan gangguanmenelan

Pada kasus nyata evaluasi masalah keperawatan gangguan menelan belum teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam dengan kriteria hasil pasien mengatakan gerakan mengunyah sudah membaik, kemampuan menelan meningkat dengan tidak terlalu lama makanan berada dimulut, saat makan dan minum tidak ada yang tertumpah. evaluasi gangguan menelan belum teratasi karena factor dari kondisi penyakit stroke pada pasien membutuhkan waktu untuk proses penyembuhan.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan pembahasan yang sudah diuraikan pada bab sebelumnya, maka pada bab ini penulis akan menyimpulkan dan memberikan saran sebagai berikut:

5.1 Simpulan

5.1.1. Data Fokus

Data fokus pada pasien berjenis kelamin laki-laki dengan usia 70 tahun stroke infark didapatkan hasil CT Scan *suggestive acute infraction di aspect anterior pons*, pasien mengeluh pipi kiri terasa lemas sehingga pasien tidak bias mengunyah lenih lama, pasien merasa kesulitan menelan, bibir mencong dan wajah tidak simetris, waktu makan jadi lama, pasien mengatakan ada sisa makanan yang keluar lewat bibir sebelah kiri terutama saat pasien minum air.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan diagnosa medis stroke infark sebagai berikut:

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
- 2) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum

5.1.3 Intervensi Keperawatan

- 1) Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif adalah monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, hindari teknik

valsava, pertahankan suhu tubuh normal, informasikan program pengobatan yang harus dijalani, anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan, kolaborasi pemberian Neulin 2x500 mg IV, Diviti 1 x 2,5 mg dan Clopidogel 1 x 75 mg oral.

2) Intervensi yang dapat dilakukan pada masalah keperawatan gangguan menelan ada memonitor kemampuan menelan, menciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan, sediakan sedotan untuk minum, berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak, berikan obat oral dalam bentuk cair, anjurkan posisi duduk saat makan anjurkan makan secara perlahan, ajarkan teknik mengunyah atau menelan

5.1.4 Evaluasi Keperawatan

1) Evaluasi yang didapatkan pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu masalah teratasi setelah dilakukan intervensi selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil tekanan darah normal, MAP normal, kesadaran komposmentis, pupil isokor.

2) Evaluasi yang didapatkan pada masalah keperawatan gangguan menelan yaitu masalah teratasi setelah dilakukan intervensi selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil pasien mengatakan gerakan mengunyah sudah membaik, kemampuan menelan meningkat dengan tidak terlalu lama makanan berada dimulut, saat makan dan minum tidak ada yang tertumpah.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Pasien

Bagi pasien diharapkan mampu menerapkan pola hidup sehat dengan menghindari makanan yang mengandung lemak tinggi dan garam tinggi, rutin

mengonsumsi obat dan kontrol, serta rajin melatih menelan dengan makan makanan dalam porsi sedikit namun sering

5.2.2 Bagi Keluarga

Bagi keluarga diharapkan mampu memberikan dukungan baik biopsikososial dan spiritual, serta selalu menemani pasien dalam proses perawatan dan mendukung pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Yati & Rahmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta, Rajawali Publisher.
- Ariani, T. A. (2014). *Sistem Neurobehavior* (T. A. Ariani (ed.)). Salemba Medika.
- Black, J.M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan Bk. 2* (8th ed.). Elsevier.
- Doengoes, M. E. (2022). *Rencana Asuhan Keperawatan : pedoman asuhan klien anak-dewasa*. EGC Publisher.
- Hutagulung, S. M. (2021). *Diagnosa Pasien Stroke dan Beberapa Hal Terkait Stroke: Panduan Lengkap Stroke*. Nusamedia.
- Kemenkes. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.
- Kowalak. (2014). *Buku Ajar Patofisiologi: Proses, Penyakit, Tanda dan Gejala, Penatalaksanaan, Efek Pengobatan, Ilustrasi : Profesional Guide to Pathophysiology*.
- McPhee, Stephen J. & Ganong, W. F. (2015). *Patofisiologi Penyakit. Pengantar Menuju Kedokteran Klinis. Ed. 5*. EGC Publisher.
- Mutiarsari, D. (2019). No. 1. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 6, 72.
- Muttaqin, A. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Penerbit Salemba.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DEWAN PENGURUS PUSAT PERSATUAN PERAWAT INDONESIA.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan Ed. 1*. DEWAN PENGURUS PUSAT PERSATUAN PERAWAT INDONESIA.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. DEWAN PENGURUS PUSAT PERSATUAN PERAWAT INDONESIA.
- Smeltzer, S. C. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. EGC Publisher.
- Tarwoto, 2013 *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Perasarafan*. (S.Seto (Ed.)).

Yankes. (2022). *Stroke Infark*. Kemenkes.
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/165/stroke-infark

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS
STROKE INFARK
DIRUANG Y6 RS SWASTA SURABAYA**

1. PENGKAJIAN

1.1 Biodata:

- | | | | |
|-----------------------|-------------------------|-----|---------|
| 1) Nama | : Tn. A | | |
| 2) Umur | : 70th | | |
| 3) JenisKelamin | : Laki-laki | | |
| 4) Agama | : Islam | | |
| 5) Alamat | : Surabaya | | |
| 6) Pendidikan | : Sarjana | | |
| 7) Pekerjaan | : Pensiunan Dokter Gigi | | |
| 8) DiagnosaMedis | : CVA Infark | | |
| 9) Tanggal MRS | : 2 Februari 2023 | jam | : 01.00 |
| 10) TanggalPengkajian | : 2 Februari 2023 | jam | : 10.00 |
| 11) RM | : 1031xxx | | |

1.2 Keluhanutama

Terasa lemas di pipi sebelah kiri, bibir mencong ke kanan.

1.3 Riwayat kesehatan

1) Riwayat Penyakit sekarang

Pada tanggal 1 Februari 2023 saat bekerja pasien merasakan bibir mencong ke kanan, pipi kiri merasa lemas suara terdengar pelo kemudian periksa ke IGD RKZ. Hasil pemeriksaan di IGD didapatkan GCS: 4-5-6, pupil: anisokor 2/5mm, reaksi cahaya +/+, nadi: 79x/mnt, suhu: 36°C, tekanan darah: 115/85 mmHg, respirasi: 20x/menit, BB: 57kg. Status neurologis terdapat paresis pada Nervus VII dan nervus XII, disartia. Hasil ECG: IS 71x/menit, foto thorak dalam batas normal, MSCT Scan kepala: *suggestive acute infarction di aspect anterior pons.*

Tabel 4.1 Pemeriksaan laboratorium

Nama Hasil	Hasil	Nilai Normal	Satuan
logi			
osit	5,44	34,0-10,0	x10 ⁹ /L
osit	4,46	4,6-6,2	x10 ¹² /L
	12,8	14-18	g/dl
/ HCT	40,1	39-49	%
osit	153	150-400	x10 ⁹ /L
inin	1,14	0,7-1,5	Mg/dl
	115	100-400	Mg/dl
-	138,5	136-145	mEq/L
-	3,91	3,5-5,0	nilai rata-rata 75
r	67	Jmur >70 th	

Advis dokter spesialis syaraf terapi dilanjutkan injeksi Brainact 1x500mg/IV, loading CPG 75mg 4tab/oral, MRS dengan memakai infus asering/12 jam, lalu diberikan injeksi Neulin 2x500mg/IV secara rutin, advis dokter rencana besok cek laboratorium BUN, uric acid, albumin, SGOT, SGPT, BSN, 2JPP, kolesterol, HDL, LDL, Hba1C.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengungkapkan pernah memiliki tekanan darah tinggi pada tahun 2021 minum obat concor 2,5 mg diminum jika tekanan darah naik, kemudian pasien berhenti mengkonsumsi obat sejak tahun 2022 karena tekanan darah secara normal. Tidak ada riwayat DM dan penyakit jantung.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengungkapkan tidak ada keluarga yang mengalami sakit stroke, HT, DM, Jantung.

4) Riwayat Alergi

Pasien mengungkapkan tidak ada alergi obat ataupun makanan

1.4 Data Psikososial dan Spiritual

Pasien mengungkapkan ingin segera sembuh dan segera dapat beraktifitas Kembali.

1.5 Pemenuhankebutuhandasar(diRumahdandiRumahsakit)

1) Nutrisi, cairan dan elektrolit

Di Rumah: Dirumah pasien sangat menghindari makanan yang berminyak dan lebih banyak makan buah-buahan, 3x makan besar seperti nasi dengan lauk daging.

Di Rumah Sakit: Dirumah sakit pasien makan dengan diet makanan lunak karena pasien mengalami kesusahan menelan.

2) Hygiene Perseorangan

Di rumah: kebutuhan dasar pasien saat dirumah, pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

Di rumah sakit: Saat di RS pasien beraktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga yang menjaga, untuk menghindari mobolitas berlebih karena pasien diharuskan bedrest.

3) Eliminasi

Di rumah: pola eliminasi pasien saat dirumah BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek. Pasien BAK saat dirumah sehari bisa 5-6x/hari dengan konsistensi jernih

Di rumah sakit : saat di kaji pasien sudah BAB sekali pada jam 10.00 dengan konsistensi lembek dan tidak mengalami konstipasi, dan pasien BAK terakhir jam 12.30 dengan menggunakan urinal jumlah urine pasien 450cc/6jam, pasien tidak mengalami retensi urin, ataupun disuria maupun inkontensia

4) Aktivitas dan Istirahat

Di rumah: Pasien sangat aktif pada saat dirumah, pasien olahraga jalan kaki, mengajar, dan praktik sebagai dokter gigi.

Di rumah sakit: saat dirumah sakit pasien tidak mengalami gangguan tidur, namun pasien sering terbangun karena ingin BAK.

1.6 Pemeriksaanfisik

1)Keadaan umum, kesadaran secara kualitatif, berat badan dan tinggi badan

2)Keadaan umum : Pasien nampak lemah

Kesadaran : komposmentis

Berat badan : 57kg

Tinggi badan : 168cm

3)Persistem (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi)

1)Sistem Pernafasan

Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, suara nafas vesikuler, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak sesak, gerakan palpasi: dada seimbang kiri dan kanan, respirasi 18x/menit, SpO2 98%.tanpa menggunakan oksigen.

2)Sistem Sirkulasi

Tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat, irama jantung reguler S1/S2 tunggal, bunyi jantung normal, nadi teraba kuat 86x/menit, TD 100/70 mmHg, suhu 36°C, konjungtiva merah muda, tidak terdapat edema di kedua tungkai.

3)Sistem Persarafan

Kesadaran pasien komposmentis, GCS 4-5-6 (Tingkat kesadaran: komposmentis) pupil anisokor, diameter 2mm/4mm, reaksi cahaya +/+, refleks fisiologis positif, refleks bainski negative, dapat merasakan sensorik tajam, tumpul, halus dan kasar.

4)Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba lembek, tidak ada nyeri tekan, BAK menggunakan urinal warna urine jernih, BAK terakhir jam 12.30 jumlah urine 450cc/6jam.

5)Sistem pencernaan

Mulut: tampak bersih, mukosa lembab dan tidak ada sariawan. Tenggorokan: terdapat keluhan nyeri telan, tidak terdapat pembesaran tonsil, sulit mengunyah dan menelan terasa lama, terkadang ada sisa makanan yang keluar dari bibir sebelah kiri terutama ketika minum atau kumur terjadi sejak pipi kiri terasa lemas dan bibir mencong ke kanan, pasien tidak terpasang NGT.

Abdomen: Perut teraba supel, tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen, peristaltic 16x/menit, tidak teraba massa pada rektal, tidak terdapat pembesaran hepar dan lien, tidak terdapat luka bekas operasi pada abdomen dan tidak ada kolostomi.

6)Sistem Muskuloskeletal	5	5
Skala kekuatan otot	5	5

Kedua tangan pasien mampu mengangkat dan melawan gravitasi, serta kedua kaki mampu mengangkat dan melawan gravitasi MSCT. Tidak terjadi kelemahan otot dan kram otot.

7)Sistem Integumen

Warna kulit bersih, turgor kulit baik CRT < 2 detik, tidak odem, tidak ada luka/lesi, kulit tidak kemerahan, tidak terdapat ulkus maupun ganggren pada kaki.

1.7 Pemeriksaan penunjang medis

Nama Hasil	Hasil	Nilai Normal	Satuan
<u>Fungsi Hati</u>			
SGPT	31,8	<42	u/l 37 ^c
SGOT	26,2	<37	u/l 37 ^c
Albumin	4,3	3,5 – 5,0	g/dl
<u>Fungsi Ginjal</u>			
BUN	12,2	6 - 20	Mg/dl
Uric Acid	4,5	3,4 – 7,0	Mg/dl
<u>Profil Lipid</u>			
Kolesterol Total	186	<200	Mg/dl
HDL	51	>60	Mg/dl
LDL	113,9	<100	Mg/dl
<u>Kimia Darah</u>			
Gula Puasa	92	70 – 115	Mg/dl
2JPP	122	<130	Mg/dl
Hba1C	5,9	<6,5	%

1.8 Penatalaksanaan/Terapi(Advis dokter)

Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Indikasi	Efek samping
Infus Asering	500cc	12jam = 14tpm	Untuk mengganti cairan tubuh selama pasien mengalami dehidrasi (Kehilangan cairan) secara akut melalalui infus	Hiperglikemia (kadar gula darah lebih tinggi dari nilai normal), Iritasi local, Anuria (tubuh tidak mampu memproduksi urin), Oliguria (jumlah urine yang keluar sedikit)
Neulin	125mg	2x500mgIV	Neulin digunakan untuk mengatasi gangguan kesadaran pasca trauma di kepala dan gangguan pada otak.	Gangguan makan (Anoreksia), mual, Gangguan jantung: Denyut jantung yang lambat (Bradikardia), meningkatnya kecepatan denyut jantung (takikardia). Gangguan Saluran

				<p>Cerna (gastrointestinal) : Diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut. Gangguan umum dan kondisi situs admin : Kelelahan. Gangguan sistem saraf: Pusing, sakit kepala. Gangguan kulit dan jaringan subkutan : Ruam. Gangguan pembuluh darah: Tekanan darah rendah (Hipotensi).</p>
Diviti	2,5mg	1x SC	Diviti digunakan sebagai pencegahan venous thromboembolic events (VTE) atau pembentukan gumpalan darah di vena pada pasien yang menjalani pembedahan ortopedi mayor.	Reaksi alergi, demam, mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri perut, trombositopenia, leukositosis dan anemia, edema, nyeri dada, sakit kepala dan pusing, mimisan
CPG	75mg	0-1-0 (oral)	CPG bekerja dengan menghalangi platelet saling menempel dan mencegah platelet - platelet tersebut dari pembentukan gumpalan berbahaya. CPG membantu menjaga darah mengalir lancar dalam tubuh.	Dispepsia, mual, muntah, pendarahan saluran cerna, pendarahan lain seperti mimisan, diare, anemia, sakit kepala dan pusing, ruam, gatal, dan biduran
Fastor	20 mg	0-0-0-1(oral)	Fastor dapat membantu menurunkan kadar kolesterol jahat dan lemak (seperti LDL, trigliserida) dan meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) dalam darah. Meski demikian, hal ini perlu dibarengi dengan diet yang tepat.	Hidung tersumbat. Sakit tenggorokan . Nyeri sendi, sakit perut. diare. mual. insomnia, sakit kepala.

1.3 Analisa Data

Data	Masalah	Penyebab
<p>DS : pasien mengungkapkan pipi kiri terasa lemas, dan bibir mencong ke kanan</p> <p>DO : keadaan umum pasien lemah, deficit neurologis pada Nervus VII dan Nervus XII, wajah Nampak tidak simetris</p> <p>TD: 100/70 mmHg, nadi: 86x/mnt, pupil anisokor dengan diameter 2/4mm reaksi lambat, pasien pelo saat berbicara, hasil MSCT scan kepala: <i>Suggestive acute infraction di aspect anterior pons.</i></p>	Resiko perfusi cerebral tidak efektif	Emboli
<p>DS : Pipi kiri pasien terasa lemas sehingga, pasien tidak bisa mengunyah lebih lama dan terasa sulit untuk segera menelan. Pasien mengeluh sulit menelan</p> <p>DO: Bibir mencong dan wajah tidak simetris, waktu makan jadi lama, sulit untuk mengunyah, menelan berulang-ulang, ada sisa makanan yang keluar lewat bibir sebelah kiri terutama saat pasien meminum air.</p>	Gangguan menelan	Gangguan saraf kranialis

1. DIAGNOSAKEPERAWATAN

Tanggal	DiagnosaKeperawatan
02 Februari 2023	Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
02 Februari 2023	Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum.

2. RENCANA, TINDAK DAN EVALUASI

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Pelaksanaan	Evaluasi Formatif	Evaluasi Sumatif
2/2/2023	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam, maka perfusi cerebral meningkat dan status neurologis membaik dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah membaik 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Ukuran pupil membaik 4. Respon pupil membaik 5. Reflek neurologis membaik	Jam 11.00 WIB 1. Memonitor tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg, Nadi: 86x/menit, GCS: 4-5-6, Pupil anisokor diameter 2mm/4mm 2. Menanyakan pada pasien keluhan pipi sebelah kiri Jam 11.30 3. Memberikan kesempatan pasien untuk istirahat dengan menimalkan tindakan dan mengurangi mobilisasi 4. Menaikkan head tempat tidur 30° 5. Memberikan edukasi kepada pasien untuk tidak menahan napas, atau mengejan 6. Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyalakan AC 7. Memberikan edukasi kepada keluarga dan	Jam 14.00 WIB S : Pasien mengungkapkan pipi kiri masih terasa lemas, dan bibir masih mencong ke kanan O : Keadaan umum pasien lemah, kelemahan nervus fasialis dan nervus hipoglossus, bicara sedikit pelo, TD 120/90 mmHg, Nadi: 88x/menit, diameter pupil 2mm/4mm A : Masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.	Tanggal 4/2/2023 S: Pasien mengatakan bibirmencong dan kelemahan pip kiri sudah berkurang. O: Wajah tampak tidak simetris, keadaan umum pasien tampak segar, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 70x/menit, GCS: 4-5-6, diameter pupil 3mm/3mm reaksi cahaya positif A: Masalah tidak terjadi

			<p>pasien untuk banyak istirahat</p> <p>8. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk membantu menjaga pasien supaya tidak turun dari tempat tidur</p> <p>Jam 13.30 WIB</p> <p>9. Memberikan obat CPG tab 75mg/oral dengan memastikan bisa di telan atau tidak</p>		
2/2/2023	<p>gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum.</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 2x24jam status menelan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan makanan dimulut menurun 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengunyah meningkat 4. Usaha menelan meningkat 	<p>Jam 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan pasien makan dengan tidak terburu-buru 2. Menyarankan pasien makan sambil duduk 3. Memberikan edukasi bahwa makanan yang telah disediakan adalah makanan lunak dan menganjurkan agar pasien menelan dengan perlahan <p>Jam 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menanyakan pada pasien apakah ada kesulitan menelan atau tidak 5. Memberikan edukasi kepada keluarga untuk menemani saat makan. <p>Jam 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Menawarkan untuk 	<p>Jam 14.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan saat makan tidak ada yang tumpah tetapi mengunyah terasa lama dan sulit untuk segera menelan</p> <p>O :</p> <p>Wajah tidak simetris, sulit mengunyah, waktu makan lebih lama, menelan harus berulang-ulang.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p>	<p>Tanggal 4/2/2023</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan grakan mengunyah sudah membaik.</p> <p>O:</p> <p>Kemampuan menelan pasien meningkat dengan tidak terlalu lama makanan berada di mulut, makan sudah lebih baik dan cepat menelan, saat makan dan minum tidak ada yang tertumpah.</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p>

			<p>menggerus obat bila pasien sulit menelan dan memberikan minum dengan sedotan saat meminumkan obat.</p>		
--	--	--	---	--	--

3. EVALUASI FORMATIF

Tgl	DP	Catatan Perkembangan
3/2/2023	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme	<p>S: Pasien mengatakan pipi kiri masih terasa lemas, bibir mencong ke kanan.</p> <p>O: Keadaan umum pasien lemah, kelemahan pada nervus fasialis dan nervus hipoglosus, bicara masih pelo, TD: 130/70 mmHg, Nadi: 88x/menit, GCS: 4-5-6, diameter pupil 3mm/4mm reaksi positif</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 5,7,dan 8 dihentikan, intervensi 1-4,6 dilanjutkan. Ada perubahan kolaborasi pemberian injeksi Diviti 1x2,5mg dohentikan</p> <p>I: Jam 07.00 1. Membantu kebutuhan ADL dengan menyeka pasien, untuk mengurangi mobilisasi 2. Membersihkan tempat tidur dan menaikkan head 30° Jam 08.00 3. Memonitor tanda-tanda vital TD: 120/70mmHg, Nadi: 88x/menit, diameter pupil 3mm/4mm, wajah tampak tidak simetris dan menanyakan keluhan yang dirasakan Jam 09.00 4. Kolaborasi pemberian injeksi Neulin 500mg/IV 5. Memonitor tanda vital TD: 120/70mmHg, Nadi: 89x/menit, GCS: 4-5-6, diameter pupil 3mm/4mm reaksi cahaya positif 6. Mengingatkan keluarga untuk menjaga pasien untuk tidak turun dari tempat tidur. 7. Memberikan obat CPG 75mg/Oral</p> <p>E: Jam 14.00 Pasien mengungkapkan bibir masih mencong ke kanan, pipi kiri masih terasa lemas, Keeadaan umum lemah TD: 120/70mmHg, nadi 89x/menit, GCS 4-5-6, diameter pupil 3mm/4mm reaksi cahaya positif</p>

4/3/2023	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme	<p>S: Pasien mengatakan bibir masih mencong ke kanan, pipi kiri masih terasa lemas.</p> <p>O: Keadaan umum pasien tampak lemah, wajah tidak simetris, TD: 120/70mmHg, Nadi: 70x/menit, GCS: 4-5-6, diameter pupil 3mm/3mm reaksi cahaya positif</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1-4, dan 6 dilanjutkan ada perubahan pemberian kolaborasi injeksi Methicobal 2x500mg/IV</p> <p>I: Jam 07.00 1. Membantu kebutuhan ADL pasien dengan membantu menyeka Jam 08.00 2. Kolaborasi pemberian injeksi Neulin 500mg/IV, injeksiMethicobal 500mg/IV Jam 11.00 3. Monitor tanda vital TD: 110/70mmHg, Nadi 70x/menit, GCS: 4-5-6 diameter pupil 3mm/3mm reaksi cahaya positif Jam 13.30 4. Memberikan obat CPG 75mg/oral dan menganjurkan pasien untuk istirahat</p> <p>E: Jam 14.00 Pasien mengatakan bibir mencong ke kanan dan kelemahan pipi kiri sudah berkurang. Wajah tampak simetris, keadaan umum tampak segar, TD: 110/70mmHg, Nadi: 70x/menit, GCS: 4-5-6, diameter pupil 3mm/3mm reaksi cahaya positif.</p>
----------	--	---

3/2/2023	<p>gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum.</p>	<p>S: Mengunyah masih terasa lama, jika kumur ada yang tertumpah lewat pipi sebelah kiri</p> <p>O: Wajah tidak simetris, bibir mencong kekanan, menelan berulang-ulang</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1-4 dan 6-8 dilanjutkan 5 dihentikan</p> <p>I: Jam 07.30 1. Memotivasi keluarga untuk menemani saat makan supaya menghindari tersedak 2. Menyiapkan sedotan untuk minum 3. Menyarankan untuk duduk saat makan dan menganjurkan agar makan tidak terburu-buru 4. Menganjurkan mengebel saat selesai makan Jam 09.00 5. Memberikan edukasi untuk melatih gerakan lidah dan mulut dengan mengunyah dan menelan Jam 12.00 6. Membantu mendekatkan makanan kedekat pasien dan monitor kemampuan menelan Jam 13.00 7. Memotivasi pasien untuk minujm obat secara perlahan dan memberikan minum dengan sedotan</p> <p>E: Jam 14.00 Pasien mengungkapkan saat makan dan minum sudah tidak keluar dari bibir kiri tetapi saat kumur masih keluar dari bibir sebelah kiri. Saat minum obat masih lama tertahan di mulut.</p>
----------	---	---

4/2/2023	<p>gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, tersedak, terdapat sisa makanan di rongga mulut dan batuk setelah makan dan minum.</p>	<p>S: Pasien mengatakan makan dan minum tidak masalah hanya masih terasa lama di mulut tetapi sudah berkurang.</p> <p>O: Saat makan dan minum pasien terlihat berusaha untuk menelan dengan menggerakkan lidah.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I: Jam 07.30 Mengingatkan pasien untuk makan hati-hati dan perlahan saat makan. Jam 09.00 Memberikan motivasi untuk melatih gerakan mengunyah dan menelan Jam 12.00 Monitor kemampuan menelan pasien dan membantu mendekati makanan ke dekat pasien. Menganjurkan untuk makan secara perlahan Mengingatkan pasien untuk minum obat setelah makan dengan memencet bel setelah selesai makan</p> <p>E: Jam 14.00 Pasien mengatakan gerakan mengunyah sudah membaik kemampuan menelan meningkat dengan tidak terlalu lama makanan berada dalam mulut, makan sudah lebih baik dan cepat menelan, saat makan dan minum tidak ada yang tertumpah.</p>
----------	---	--

LEMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO SURABAYA**

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Jl. Jambi 12-18 Surabaya 60241; Telp. 031-5612220; Fax. 031-5663894
Website: <http://www.stikvinc.ac.id>; E-mail: sekretariat@stikvinc.ac.id



Nama Pembimbing 1 : Widayani Yuliana, S. Kep., M. Kes., Ners

NRK : 112005022

Nama Mahasiswa : Sherina Veronika

NIM : 202101002

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Masukan Pembimbing	TTD
1.	24 oktober 2023	Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> - Harus dirapikan marginnya sesuai format 3-4-3-3 - Ditambahkan referensi buku medis - Merapikan tulisan dengan paragraf baru - Fenomena masalah ditambahkan juga dari penulis saat praktek di RS dan kasus yang ditemukan apa saja terkait stroke infark - Patofisiologi pada bab 1 harus sesuai dengan alur cerita mengapa bisa terjadi 	
2.	22 Januari 2024	Bab 1 dan 2 (Konsep medis)	<ul style="list-style-type: none"> - Patofisiologi harus diberi sumber dari buku Konsep Medis - Rapikan tulisan paragraph dan sesuaikan dengan format penulisan - Intervensi diatambahkan intervensi utama dan pendukung - Kerangka konseptual harus disamakan 	

LEMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO SURABAYA**

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Jl. Jambi 12-18 Surabaya 60241; Telp. 031-5612220; Fax. 031-5663894
Website: <http://www.stikvine.ac.id>; E-mail: sekretariat@stikvine.ac.id



		dengan anamnesa dan sesuaikan dengan diagnose keperawatan	
3.	3 juni 2024	Bab 2 dan 3 - Tambahkan lokasi dan waktu penelitian - Penulisan dirapikan	
4.	24 Juni 2024	Bab 4 dan assesoris - Tambahkan daftar table dan lampiran - Betulkan pengetikan - Pada identitas pasien tambahkan opini tentang mengapa laki-laki bisa terserang stroke infark - BETulkan ukuran font - Menambahkan sitasi - Penulisan dan spasi - Pada system persarafan tambahkan opini dan sesuaikan dengan Askep	

LEMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO SURABAYA**

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Jl. Jambi 12-18 Surabaya 60241; Telp. 031-5612220; Fax. 031-5663894
Website: <http://www.stikvinc.ac.id>; E-mail: sekretariat@stikvinc.ac.id


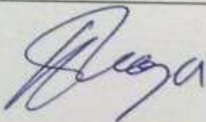
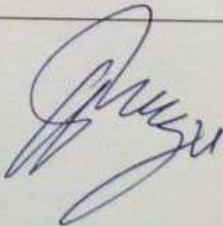


Nama Pembimbing I : Raditya Kurniawan Djoar , MS, Ners
: 112005024

NRK : Sherina Veronika

Nama Mahasiswa : 202101002

NIM

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Masukan Pembimbing	TTD
1.	22 Januari 2024	Bab 1, 2, 3	<ul style="list-style-type: none"> - Harus dirapikan marginnya sesuai format 3-4-3-3 - Ditambahkan referensi buku medis - Merapikan tulisan dengan paragraf baru - Fenomena masalah ditambahkan juga dari penulis saat praktek di RS dan kasus yang ditemukan apa saja terkait stroke infark - Patofisiologi pada bab 1 harus sesuai dengan alur cerita mengapa bisa terjadi 	
3.	22 Maret 2024	Bab 2 dan 3	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan lokasi dan waktu penelitian - Penulisan dirapikan 	
4.	22 Juli 2024	Bab 4 dan assesoris	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan daftar table dan lampiran - Betulkan pengetikan - Pada identitas pasien tambahkan opini tentang mengapa laki-laki bisa terserang 	

LEMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO SURABAYA**

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Jl. Jambi 12-18 Surabaya 60241; Telp. 031-5612220; Fax. 031-5663894
Website: <http://www.stikvinc.ac.id>; E-mail: sekretariat@stikvinc.ac.id



			stroke infark	
			- Betulkan ukuran font	
			- Menambahkan sitasi	
			- Penulisan dan spasi	
			- Pada system persarafan	
			tambahkan opini dan sesuaikan dengan Askep	

LEMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO SURABAYA**

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Jl. Jambi 12-18 Surabaya 60241, Telp. 031-5612220; Fax. 031-5663894
Website: <http://www.stikvinc.ac.id>; E-mail: sekretariat@stikvinc.ac.id



Nama Pembimbing 1 : Yuni Kurniawaty, S.Kep, Msi, Ners
: 112009031

NRK : Sherina Veronika

Nama Mahasiswa : 202101002

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Masukan Pembimbing	TTD
1.	24 Juni 2024	Bab 1,2,3,4,5	<ul style="list-style-type: none"> - Harus dirapikan marginnya sesuai format 3-4-3-3 - Ditambahkan referensi buku medis - Merapikan tulisan dengan paragraf baru - Fenomena masalah ditambahkan juga dari penulis saat praktek di RS dan kasus yang ditemukan apa saja terkait stroke infark - Patofisiologi pada bab 1 harus sesuai dengan alur cerita mengapa bisa terjadi - Samakan diagnosa di kerangka konseptual dengan diagnose di bab 1 - Tambah teori diagnose tentang gangguan menelan "Gangguan menelan" 	
2.	24 Juli 2024	Bab 1 - 5	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan daftar table dan lampiran - Betulkan pengetikan - Pada identitas pasien tambahkan opini 	

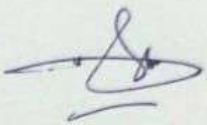
LEMBAR REVISI KARYA TULIS ILMIAH

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KATOLIK
ST. VINCENTIUS A PAULO SURABAYA**

PROGRAM STUDI KEPERAWATAN

Jl. Jambi 12-18 Surabaya 60241; Telp. 031-5612220; Fax. 031-5663894
Website: <http://www.stikvinc.ac.id>; E-mail: sekretariat@stikvinc.ac.id



		<p>tentang mengapa laki-laki bisa terserang stroke infark</p> <ul style="list-style-type: none">- Betulkan ukuran font- Menambahkan sitasi- Penulisan dan spasi- Pada system persarafan tambahkan opini dan sesuaikan dengan Askep	
3.	06 Agustus 2024	<ul style="list-style-type: none">- Diagnosa keperawatan di pembahasan harus sama dengan Analisa data.- Saraf asseoris diganti dengan Permasalahan pada musculoskeletal- Menambahkan narasi pada intervensi utama di pembahasan- Nilai normal pada evaluasi tidak dituliskan dengan angka- Menambahkan sitasi	