



ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. N DENGAN STROKE DI RUANG PEJUANG RSUD BANGKINANG

Rosdita Nurhafizah¹, Apriza²

(^{1,2}) Program Studi DIII Keperawatan, Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

✉ Corresponding author:
rosditanurhafizah@icloud.com

Abstrak

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak. Faktor yang menjadi resiko terjadinya stroke diantaranya adalah usia, jenis kelamin, merokok, kurang aktivitas fisik, pola makan buruk, hipertensi, diabetes, kolesterol tinggi, dan obesitas. Tujuan penelitian ini adalah mengkaji sampai melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan stoke diruang pejuang RSUD Bangkinang Tahun 2024. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang dibentuk studi kasus. Subjektif pada laporan kasus adalah Tn.N yang berusia 54 tahun dengan stoke. Data yang didapatkan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada saat pengkajian Pasien mengatakan lemah anggota gerak di sebelah kiri, nyeri kepala, serta terjadi kejang dengan durasi ± 10 menit. Sehingga peneliti dapat merumuskan masalah yang utama dengan diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme (D.0017). Intervensi yang diberikan yaitu monitor MAP (Mean Arterial Pressure), status pernapasan, tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn.N dengan stroke dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah disusun. Hasil kunjungan keperawatan selama tiga hari pada klien telah didapatkan dengan masalah teratasi. pada tahap evaluasi keperawatan dengan SOAP didapatkan masalah teratasi dan planning dipertahankan. Harapan peneliti dari penulisan laporan kasus ini agar menjadikan sebagai pedoman baik instansi, masyarakat dan penelitian selanjutnya.

Kata Kunci: Risiko perfusi serebral tidak efektif, stroke

Abstract

Stroke is a cerebrovascular disease (brain blood vessels) characterised by impaired brain function. Factors that are at risk of stroke include age, gender, smoking, lack of physical activity, poor diet, hypertension, diabetes, high cholesterol, and obesity. This research aims to examine and implement nursing care for patients with stroke in the combat room at Bangkinang District Hospital in 2024. This research method uses a descriptive research design based on a case study. The subject is Mr N, aged 54 years, with a stroke. Data was obtained through interviews, observations, physical examinations, and supporting examinations. At the time of the assessment, the patient reported weakness in the left limbs, headaches, and seizures with a duration of ± 10 minutes, and the nursing diagnosis risk of ineffective cerebral perfusion related to embolism (D.0017). The intervention provided is monitoring MAP (Mean Arterial Pressure), respiratory status, blood pressure, pulse and body temperature. In carrying out nursing actions for Mr. N with stroke were carried out according to the nursing plan that had been prepared. The results of the three-day nursing visit to the client were obtained, and the problem was resolved. At the nursing evaluation stage with SOAP, it was found that issues were resolved and plans were maintained. The researcher's hope from writing this case report is that it will serve as a guide for both agencies, the community and further research.

Keywords: Risk of ineffective cerebral perfusion, stroke

PENDAHULUAN

Stroke adalah penyakit serebrovaskuler (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan gangguan fungsi otak karena adanya kerusakan atau kematian jaringan otak akibat berkurang atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen ke otak. Aliran darah ke otak dapat berkurang karena pembuluh darah otak mengalami penyempitan, penyumbatan, atau perdarahan karena pecahnya pembuluh darah tersebut (Pajri et al, 2020). Penyebab stroke adalah pecahnya pembuluh darah di otak atau terjadinya thrombosis dan emboli. Gumpalan darah akan masuk ke aliran darah sebagai akibat dari penyakit lain atau karena adanya bagian otak yang cedera dan menyumbat arteri otak, akibatnya fungsi otak berhenti dan menjadi penurunan fungsi otak (Fransisca, 2021).

Umumnya stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (iskemik). Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak yang mengakibatkan pendarahan pada otak sedangkan stroke non hemoragik terjadi saat aliran darah ke otak terhambat atau terjadinya penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah yang membawa oksigen dan pasokan nutrisi ke otak berkurang sehingga menyebabkan stroke. (Siregar et al., 2019). Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan salah satu penyebab utama kecatatan di dunia. Berdasarkan data *World Stroke Organization* (WSO) diketahui pada tahun 2019 sebanyak 13,7 juta orang mengalami stroke dimana 52% terjadi pada laki-laki dan 60% terjadi pada orang usia <70 tahun. Pasien stroke yang tidak segera mendapatkan penanganan medis dapat mengakibatkan kelumpuhan dan juga menimbulkan komplikasi, salah satunya seperti terjadinya gangguan aktivitas sehari-hari dan kecacatan yang tidak dapat disembuhkan (Wahyu Hidayat et al, 2022).

Berdasarkan data stroke global mengatakan bahwa pada tahun 2022 stroke semakin meningkat sebesar 70%. Stroke terjadi di negara berpenghasilan rendah serta menengah yang mengakibatkan sebanyak 86% kematian. WHO mengestimasi jumlah pasien stroke akan semakin tinggi menjadi 1,5 juta pertahun pada tahun 2025 (WHO, 2022). Hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 mengemukakan secara nasional prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Jumlah penderita stroke terbanyak pada tahun 2018 yaitu pada klien berusia lebih dari 75 tahun sebanyak (50,2%) dan terendah pada rentang umur 15-24 tahun sekitar (0,6%). Selain itu, angka kejadian stroke pada klien laki-laki lebih banyak jika dibandingkan pada klien perempuan dengan perbandingan sebesar 11% dan 10,9% (Riskesdas, 2018).

Prevalensi penyakit stroke di provinsi Riau juga mengalami peningkatan setiap tahun, tercatat bahwa dari tahun 2013 sampai dengan 2018 Riau hampir mengalami peningkatan hingga 2 kali lipat yaitu sebesar 185,0% (Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan, 2018). Dampak yang paling serius yang ditimbulkan oleh penyakit stroke yaitu kematian. Namun jika penderita stroke tidak meninggal, akibat yang umumnya dirasakan adalah kelemahan pada anggota gerak (hemiparesis) hingga kecacatan. Kelemahan anggota gerak pada klien stroke dapat mempengaruhi kekuatan otot, melemahnya otot disebabkan oleh kurangnya suplai darah ke otak. Kelainan pada sistem neurologis dapat bertambah jika ada pembengkakan di area otak (edema serebri) sehingga tekanan di dalam rongga otak meningkat. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada jaringan otak (Pradana & Faradisi, 2021).

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien stroke berdasarkan dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, Ansietas.

Berdasarkan hasil observasi yang peneliti lakukan pada tanggal 16 Maret 2024 di Ruang Pejuang RSUD Bangkinang pada pasien stroke ditemukan masalah keperawatan yang sering muncul adalah gangguan mobilitas fisik karena pasien stroke akan merasa kehilangan kekuatan pada anggota gerak atau mengalami kelemahan anggota gerak sehingga pasien akan mengalami

kesulitan dalam melakukan aktivitas karena keterbatasan ruang gerak. Hasil observasi yang ditemukan didapatkan bahwa perawat di ruang Pejuang sudah melakukan asuhan keperawatan namun belum maksimal atau komprehensif kepada pasien stroke seperti melakukan latihan rentang gerak atau *Range Of Motion (ROM)* yang kurang maksimal yang disebabkan karena banyaknya jumlah pasien diruangan yang tidak sebanding dengan perawat yang dinas pada saat itu sehingga membuat pasien lebih lama dirawat di ruangan.

Masalah Keperawatan yang juga muncul pada saat dilakukan observasi adalah masalah ansietas. Ansietas adalah kekhawatiran dan rasa takut yang intens, berlebihan, dan terus menerus sehubungan dengan situasi saat itu. Terbukti dengan pasien mengeluhkan cemas tentang penyakitnya pada saat dilakukan observasi. Hasil observasi yang didapatkan perawat diruang Pejuang juga belum mengajarkan latihan relaksasi atau cara mengatasi ansietas secara komprehensif yang disebabkan juga karena banyaknya jumlah pasien diruangan yang tidak sebanding dengan perawat yang dinas pada saat itu sehingga perawat belum berkesempatan mengajarkan cara mengatasi ansietas pada pasien stroke.

Begitu juga dalam Memberikan Pendidikan Kesehatan perawat belum berkesempatan Memberikan Pendidikan Kesehatan kepada pasien stroke di karenakan banyaknya pasien diruang pejuang tidak sebanding dengan jumlah perawat. Salah satunya belum Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang bagaimana pola hidup sehat dan pola makan yang baik kepada pasien stroke yang bertujuan untuk pasien lebih menjaga Kesehatan dan memperhatikan makanan yang akan di makan. Berdasarkan masalah dan fenomena yang terjadi diatas, maka peneliti termotivasi melakukan penelitian tentang **"Asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke di ruang Pejuang RSUD Bangkinang"**.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain penelitian dalam bentuk deskriptif yang dibentuk dalam studi kasus yang mempelajari tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke diruang pejuang RSUD Bangkinang pada bulan Mei 2024. Subjektif penelitian adalah pasien dengan stroke yang dirawat diruang pejuang RSUD Bangkinang. Teknik pengumpulan data yang terdiri dari : wawancara, observasi, pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi), dan hasil pemeriksaan penunjang. Rencana analisa data yang dilakukan untuk mengetahui bagaimana cara pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

HASIL

Tabel 1. Analisa data

Data penunjang	Penyebab	Masalah
DS : Pasien mengatakan lemah, pasien mengatakan terjadi kejang, pasien mengatakan tekanan darah meningkat dan sakit kepala, pasien mengatakan gula darah meningkat DO : Pasien tampak lemah, pasien sadar saat kejang, durasi < 10 menit KU pasien lemah GCS 15 E : 4 M : 6 V : 5 TD : 166/116 mmHg Nadi : 99x/m Suhu : 36°C RR : 20x/m GDS : 539 mg/dL IVFD : RL 20 tpm	Embolisme	Risiko perfusi serebral tidak efektif
DS : Pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan nyeri terasa ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dikepala hilang timbul DO : Pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak	Agen pencedera fisiologis (iskemia)	Nyeri Akut

gelisah
Skala nyeri 7, TD : 166/116 mmHg,
Nadi : 99x/menit, Suhu : 36°C, RR :
20x/menit.

DS: Pasien mengatakan lemah anggota gerak kiri sejak sehari sebelum dibawa ke RS, Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan kirinya, Pasien mengatakan tidak bisa melakukan BAB dan BAK secara mandiri harus dibantu keluarga. DO : Pasien tampak lemah, Pasien tampak tidak bisa menggerakkan tangan sebelah kirinya, kekuatan otot ekstermitas atas sebelah kiri 1/11.	Gangguan mobilitas fisik	Neuromuscular
--	--------------------------	---------------

DS: Pasien mengatakan nafsu makan berkurang semenjak di rawat di RS, Pasien mengatakan kesulitan menelan makanan DO : Pasien tampak tidak menghabiskan porsi makanannya, Porsi diet makanan pasien adalah makanan lunak	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit nutrisi
--	--------------------------------	-----------------

Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d Embolisme (D.0017)
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
3. Gangguan mobilitas fisik b.d neuromuscular (D.0054)
4. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

Intervensi Keperawatan

Tabel.2 intervensi keperawatan

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme (D.0017).	Perfusi Serebral (L.02014) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (<u>mean arterial pressure/MAP</u>) membaik 5. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194) Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP) 4. Monitor CVP (central venous pressure) 5. Monitor ICP (intra cranial pressure) 6. Monitor gelombang ICP 7. Monitor status pernapasan 8. Monitor intake dan output cairan 9. Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi) Therapeutic :

			1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Hindari manuver valsava 4. Cegah terjadinya kejang 5. Hindari penggunaan PEEP 6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 7. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 8. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) (D.0077). Ditandai dengan gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh nyeri Objektif : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif : - Objektif : 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas menurun 3. Nafsu makan berubah 4. Menarik diri 5. Berfokus pada diri sendiri 6. Diaphoresis	Tingkat Nyeri (L.08066) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Pola nafas meningkat 3. Keluhan nyeri menurun 4. Meringis menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgetic Therapeutic : 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019).	Status Nutrisi (L.03030) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan nyeri menurun, dengan	Manajem Nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Ditandai dengan Gejala dan tanda mayor Subjektif : - Objektif : 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah retang ideal Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun Objektif : 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot penyunyah melemah 3. Otot menelan makanan 4. Membrane mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare	kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan atau IMT meningkat 3. Frekuensi makan meningkat 4. Nafsu makan meningkat 5. Perasaan cepat kenyang menurun	3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik : 1. Lakukan orallhygiene sebelum makan, jika perlu 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat di toleransi Edukasi : 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (D.0054). Ditandai dengan Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tindak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	Mobilitas Fisik (L.05042) Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Implementasi keperawatan

Tabel.3 implementasi keperawatan

Hari/ tanggal/ waktu	Diagnosa keperawatan	Implementasi
Senen, 19 Mei 2024	Risiko perfusi serebral tidak	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan

	efektif d.d embolisme	TIK misalnya: lesi (pasien tidak ada lesi), gangguan metabolisme (gula darah pasien meningkat : 539 mg/dL), tidak ada edema serebral. 2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK : tekanan darah meningkat 166/116 mmHg, nadi 99x/ menit, tidak terjadi bradikardi, pola napas regular 20x/menit, kesadaran baik (compos mentis) 3. Memonitor status pernapasan : 20x/menit 4. Memonitor intake dan output cairan melalui urine. Intake 1.500 ml dan output 1.000 ml per 24 jam. 5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang seperti memberitahu orang sekitar pasien mengurangi kebisingan dan menyediakan tempat yang bersih dan nyaman 6. Memberikan posisi semi fowler untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien 7. Mencegah terjadinya kejang dengan cara melonggarkan pakaian pasien terutama di area leher 8. Mempertahankan suhu tubuh normal. Suhu pasien : 36°C 9. Mengkolaborasi pemberian sedasi dan anti vulsan : valproic oral 250 mL/tablet
Senen, 19 Mei 2024	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	1. Mengidentifikasi lokasi nyeri di kepala, karakteristik pasien meringis saat nyeri, durasi 1-3 menit, frekuensi hilang timbul, kualitas : sedang 2. Mengidentifikasi skala nyeri :7 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan menanyakan faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri pada pasien. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri yaitu pada saat tekanan darah meningkat dan pasien merasakan sakit kepala 5. Mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam saat pasien merasa nyeri dengan cara menghirup udara melalui hidung kemudian tahan selama 3 detik lalu hembuskan melalui mulut 6. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa sakit dengan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam 7. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri seperti menyediakan lingkungan yang tenang tanpa kebisingan 8. Memfasilitasi istirahat dan tidur yang cukup dengan menganjurkan tidur sebelum jam 10 malam 9. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan cara meminum obat dan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam 10. Mengkolaborasi pemberian analgetik paracetamol oral 500mg/tablet
Senen, 19 Mei 2024	Gangguan mobilitas fisik b.d neuromuscular	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lemah anggota gerak sebelah kiri 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Pasien tidak mampu

			meenggerakkan tangan kirinya
			3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. TD : 166/116 mmHg
			4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Kondisi umum baik (compos mentis)
			5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya memegang pagar tempat tidur ketika ingin duduk)
			6. Memfasilitasi melakukan pergerakan seperti sering menggerak gerakan tangan yang lemah agar aliran darah di area tangan yang lemah tetap lancar
			7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan mengajarkan keluarga cara melakukan ROM
			8. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi yaitu untuk membantu memperlancar aliran darah pasien
			9. Mengajukan melakukan mobilisasi dini agar aliran darah lancar dan mempertahankan tonus otot
			10. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya duduk di tempat tidur, dan mampu menggerakkan anggota gerak yang lemah
Senen, 19 Mei 2024	Defisit nutrisi ketidakmampuan makanan	b.d menelan	1. Mengidentifikasi status nutrisi BB : 60 kg, TB : 160 cm, IMT : 23,4 kategori berat badan lebih. Diberikan jenis makanan lunak karena kesulitan menelan makanan dan mampu menghabiskan 1/4 porsi makan saja
			2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan. Dari hasil observasi pasien tidak memiliki alergi makanan dan porsi makan pasien berbentuk makanan lunak
			3. Mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric. Selang nasogastric tidak terpasang karena pasien masih mampu memakan makanan sedikit demi sedikit walaupun pasien kesulitan saat menelan makanan
			4. Memonitor asupan makanan yang di makan pasien disesuaikan dengan nutrisi yang dibutuhkan tubuh pasien diberikan 3x sehari berbentuk makanan lunak
			5. Memonitor berat badan pasien selama dirawat di rumah sakit dari 60 kg turun menjadi 57 kg
			6. Mengajarkan diet yang diprogramkan adalah makanan lunak karena pasien mengalami kesulitan menelan
			7. Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan serta menyajikan makanan dalam suhu yang sesuai dan menarik

Evaluasi keperawatan

Tabel.4 evaluasi keperawatan

Hari/tanggal/tahun	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Rabu, 21 Mei 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme	S : - Pasien mengatakan sudah tidak

		lemah
		- Pasien mengatakan kejang sudah tidak ada
		O :
		- Pasien tampak sudah tidak lemah
		- GCS : 15 E : 4 M : 6 V : 5
		- Tekanan darah menurun
		TD: 131/65 mmHg
		Nadi : 75x/menit
		Suhu: 36° C
		RR : 20x/menit
		- GDS: 137 mg/dL
		- IVFD: RL 20 tpm
		A :
		- Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif teratasi
		P :
		- Pasien rencana pulang siang nanti
		Intervensi dihentikan.
Rabu, 21 Mei 2024	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	S :
		- Pasien mengatakan nyeri kepala sudah jarang terasa
		- Pasien mengatakan skala nyeri terasa mulai berkurang
		O :
		- Pasien tampak sudah tidak merasakan nyeri
		- Pasien tampak sudah tidak gelisah
		- Skala nyeri 1
		- TD : 131/65 mmHg
		Nadi : 75x/menit
		Suhu : 36° C
		RR : 20x/menit
		A :
		- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sudah teratasi
		P :
		- Pasien rencana pulang nanti siang
		Intervensi dihentikan.
Rabu, 21 Mei 2024	Gangguan mobilitas fisik b.d neuromuscular	S :
		- Pasien mengatakan sudah tidak lemah anggota gerak kiri nya
		- Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan tangannya
		- Pasien mengatakan belum bisa melakukan BAB dan BAK secara mandiri tetapi sudah bisa ke kamar mandi dibantu oleh keluarganya
		O :
		- Pasien sudah tidak tampak lemah
		- Pasien tampak bisa menggerakkan tangan kiri nya
		- Kekuatan otot tangan kiri 3333
		A :
		- Gangguan mobilitas fisik sudah teratasi
		P :
		- Pasien rencana pulang nanti siang
		Intervensi dihentikan.
Rabu, 21 Mei 2024	Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan	S :
		- Pasien mengatakan nafsu makan sudah enak
		- Pasien mengatakan sudah tidak

kesulitan menelan

O :

- Pasien tampak sudah mulai menghabiskan porsi makannya
- Diet makanan yang diberikan makanan lunak

A :

- Defisit nutrisi sudah teratasi

P :

- Pasien rencana pulang nanti siang

Intervensi dihentikan.

Pembahasan

Pengkajian

Dalam pengkajian data pasien bernama Tn. N berusia 53 tahun berjenis kelamin laki-laki. Didalam teori dikatakan bahwa prevalensi penderita penyakit stroke terbanyak pada usia lebih dari 75 tahun sebanyak (50,2%) dan terendah pada rentang umur 15-24 tahun sekitar (0,6%). Angka kejadian stroke pada pasien laki-laki lebih banyak dibandingkan pada pasien Perempuan (Riskerd, 2018).

Dari hasil pengkajian dan tinjauan teori terdapat kesenjangan pada umur, di dalam tinjauan teori dikatakan bahwa stroke paling banyak terdapat pada umur sekitar lebih dari 75 tahun tetapi dari hasil pengkajian tersebut klien berumur 53 tahun, hal ini membuktikan ada kesenjangan antara hasil pengkajian dan tinjauan teori. Menurut peneliti pasien penderita penyakit stroke bukan karena adanya faktor umur dan jenis kelamin, tetapi dikarenakan pola hidup pasien yang tidak sehat dan pasien juga memiliki riwayat diabetes mellitus ± satu tahun ini serta pasien juga mengatakan sering hipertensi. Pasien mengatakan pola makan nya tidak sehat selalu mengkonsumsi makanan seperti makanan tinggi garam, makanan tinggi gula, berminyak, dan minuman berkafein. Sebelumnya pasien mengatakan belum pernah terkena penyakit stroke. Pasien mengatakan baru pertama kali terkena penyakit stroke yang mengakibatkan lemah anggota gerak kiri pasien, nyeri kepala dan mengalami kejang > 5 kali sebelum dibawa ke rumah sakit.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 5 diagnosa yaitu risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, gangguan mobilitas fisik b.d neuromuscular, dan ansietas.

Menurut peneliti dari 5 diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat 4 diagnosa keperawatan yang muncul pada saat pengkajian di rumah sakit yaitu perfusi jaringan serebral tidak efektif d.d embolisme, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas fisik b.d neuromuscular, dan defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan. Masalah Keperawatan yang ke 5 yaitu Ansietas, pada tinjauan teori tidak penulis tegakkan karena pasien sudah di rawat pada hari ke 3 dan sudah dilakukannya beberapa intervensi oleh perawat dan dokter di ruangan sehingga pada saat peneliti melakukan penelitian pasien sudah mulai kelihatan tenang, pasien mengatakan sekarang sudah mengerti dengan kondisinya.

Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori ditegakkan pada tinjauan kasus karena pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien. Perencanaan keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Asmadi, 2018). Menurut peneliti perencanaan tindakan yang dilakukan pada pasien stroke tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus karena peneliti menegakkan intervensi pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien pada saat dilakukan observasi.

Implementasi Keperawatan

Implementasi diterapkan dengan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan yang validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan serta melanjutkan pengumpulan data (Mitayani, 2019). Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan kepada pasien terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada klien dan keluarga pasien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga pasien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien.

Pada studi kasus yang sudah dilakukan oleh peneliti ini sesuai dengan teori (SIKI, 2016) bahwa implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Berdasarkan fakta yang ada implementasi yang dilakukan oleh peneliti sudah sesuai di buktikan dengan tindakan yang diberikan sesuai keadaan pasien. Menurut penyusun implementasi dapat berjalan sesuai dengan harapan apabila klien mampu kooperatif dalam tindakan yang akan dilakukan oleh petugas medis. Pada kasus ini klien mampu mengikuti atau kooperatif dalam tindakan yang diberikan oleh petugas sehingga dalam pelaksanaan implementasi dapat berjalan sesuai dengan yang di harapkan.

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian terakhir didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (SIKI, 2016). Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara perawat dan pasien serta keluarga pasien dan untuk kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Tn. N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien sudah bisa menggerakkan tangannya.

Dari 4 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya. Penulis mengevaluasi melihat catatan perkembangan klien selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 19 sampai dengan tanggal 21 Mei tahun 2024. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa satu, dua dan empat keperawatan pada Tn. N dapat disimpulkan adalah masalah teratasi. Sedangkan pada diagnosa ketiga evaluasi yang diharapkan adalah pasien bias melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan dari keluarga.

KESIMPULAN

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Klien dengan diagnosa medis stroke, maka penulis dapat mengambil kesimpulan bahwa peneliti mampu melakukan pengkajian keperawatan, mampu merumuskan diagnosa keperawatan, mampu menetapkan intervensi keperawatan, mampu melakukan impmentasi keperawatan, serta mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan stroke diruang pejuang RSUD Bangkinang tahun 2024.

SARAN

Bagi pasien agar lebih menjaga Kesehatan nya sehingga tidak mudah terkena penyakit stroke dan menjaga pola makan yang sehat. Bagi keluarga pasien lebih dapat mengontrol makanan pasien dan membantu menyiapkan makanan yang telah disarankan untuk pasien stroke. Bagi institusi Pendidikan dan peneliti selanjutnya agar dapat menjadikan sebagai referensi Pustaka tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke. Kemudian bagi RSUD bangkinang agar dapat mengembangkan ilmu yang sudah ada serta dapat memberikan asuhan keperawatan yang maksimal pada pasien dengan stroke diruang pejuang RSUD Bangkinang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih peneliti ucapkan kepada Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai, khususnya Prodi D3 keperawatan yang telah memberikan izin tempat penelitian dan terima kasih kepada dosen pembimbing yang telah membantu dalam penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Pajri, R. N., Safri, & Dewi, Y. I. (2018). Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke. *Jurnal Online Mahasiswa*, 5(1), 436–444.
- Wahyu Hidayat et al, 2022. *World Stroke Organization (WSO)*. Klasifikasi Stroke Menurut usia & Jenis Kelamin 2019.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. *Prevelensi Stroke 2018*.
- World Health Organization (WHO)*. *Data Stroke Global 2022*.
- Aditya Prayoga & Rasyid, Z 2022. “Determinan Kejadian Stroke Iskemik Pasien Rawat Inap Di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau Tahun 2019”. *Jurnal Kesehatan komunitas*, 8(1) 52-58 <https://doi.org/10.25311/keskom.vol8.iss.1.640>
- Keperawatan Dengan, A., Kebutuhan, P., Untuk, D., Salah, M., Syarat, S., Program Diploma, M., Keperawatan, T., Diii, P., Bengkulu, K., Keperawatan, J., & Kemenkes Bengkulu, P. (n.d.)
- HERRERA VILLANUEVA, E. Y. (2020). No Title (Vol. 2017, Issue 1). <http://190.119.145.154/handle/20.500.12773/11756>
- Ii, B. A. B. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada...*, HUTAMI PRAMUDIO, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2013.
- Magaret Helga, 2022. <https://Prudential.com>
- Chaerunisa, S., Merida, S. C., Novianti, R., Bhayangkara, U., Raya, J., & No, J. P. (2022). *Intervensi Perilaku untuk Mengurangi Gejala Kecemasan pada Lansia di Desa Mekarsari RW 12 Tambun Selatan (Behavior Intervention to Reduce Anxiety Symptoms for Elderly in Mekarsari Village RW 12 South Tambun)*. 1(1), 21–40.
- Nurarif Huda, 2021. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (PPNI 2017).
- Kusumaningrum, P. R. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 2(2), 577–582. <https://doi.org/10.54082/jamsi.293>
- Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 549. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>