



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE ISKEMIK DI IRNA NON BEDAH SARAF
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

HALIMAH TUSSYA'DIAH
203110171

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE ISKEMIK DI IRNA NON BEDAH SARAF
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Ahli Madya Keperawatan**

**HALIMAH TUSSYA'DIAH
203110171**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

DAFTAR PUSTAKA

Uraian Singkat tentang ...

No. 1	...
No. 2	...
No. 3	...
No. 4	...

Uraian Singkat ...

DAFTAR PUSTAKA

No. 1	...
No. 2	...
No. 3	...
No. 4	...
No. 5	...

...
...
...
...

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas Kehadiran ALLAH SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023”**.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Diploma III pada Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang. Pada kesempatan ini, peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada ibu Ns. Netti, S.Kep. M.Pd, M.Kep selaku pembimbing I dan ibu Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep.M.Kep selaku pembimbing II, yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Padang.
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberi izin peneliti dan memperoleh data yang dibutuhkan dalam penelitian ini.
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang.
5. Bapak N. Rachmadanur, SKp.M.KM selaku Pembimbing Akademik yang selalu memotivasi peneliti selama perkuliahan dan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen beserta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan, pengalaman dan membantu selama perkuliahan.

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik. Akhir kata peneliti berharap kepada ALLAH SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

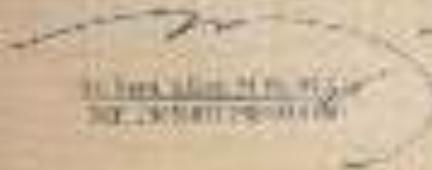
Padang, Mei 2023

Peneliti

KEPADA YUDIKATOR

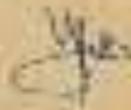
Kami yang bertanda tangan di bawah ini, sebagai Ketua Tim Pengkajian dan
Penelitian (TKP) yang telah melakukan pengkajian dan penelitian terhadap
DOKumen yang terdapat dalam berkas perkara No. 100/P.2018/PT.3/SK/PTM/2018
dan No. 100/P.2018/PT.3/SK/PTM/2018, dengan ini menyatakan bahwa DOKumen
tersebut adalah asli dan sah.

Demikianlah pernyataan ini dibuat
di Padang, pada tanggal 11/01/2019.


Ketua Tim Pengkajian dan Penelitian
No. 100/P.2018/PT.3/SK/PTM/2018


Ketua Tim Pengkajian dan Penelitian
No. 100/P.2018/PT.3/SK/PTM/2018

Demikianlah pernyataan ini dibuat
di Padang, pada tanggal 11/01/2019.



Ketua Tim Pengkajian dan Penelitian
No. 100/P.2018/PT.3/SK/PTM/2018

KALAMATIURKATAV DOKUMENITIK

Glava Tala Bhuana (G.L.B.) hadi kanya rupa rupa. Hal amara namia hadi
sua ditiur kanya (G.L.B.) hadi kanya rupa rupa.

Isi	Isi

KATA MUTIARA

“Tidak perlu menjelaskan tentang dirimu kepada siapapun, karena yang menyukaimu tidak butuh itu, dan yang membencimu tidak percaya itu.”

Ali bin Abi Thalib

Alhamdulillahirabbil Alamin...

Puji syukur dipanjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan hidayah-Nya

Laporan ini dapat terselesaikan dengan baik.

Terimakasih...

Halimah ucapkan kepada papa dan mama

Atas semua doa dan dukungan yang telah diberikan

Tetesan keringat, Air mata, serta Doa yang dipanjatkan

Kini telah menghasilkan senyuman yang manis

Terimakasih...

Papa dan mama yang selalu ada

Mendengarkan keluh kesah dan menemani masa sulit halimah

Dan terimakasih kepada adik-adik yang selalu memberikan semangat

Halimah menyayangi kalian semua

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Halimah Tussyah'diah
Nim : 203110171
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/23 Mei 2001
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Nama Orang Tua
Ayah : Sawal
Ibu : Asmaini. D. S.S.T
Alamat : RT 02 RW 05 Parak Buruk, Kel. Batipuh Panjang,
Kec. Koto Tangan, Kota Padang Provinsi Sumatera
Barat.

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Ajaran
1.	TK Bakti	2006-2007
2.	SDN 01 Pasar Ladang Panjang	2007-2013
3.	SMPN 1 Tigo Nagari	2013-2016
4.	SMAN 1 Tigo Nagari	2016-2019
5.	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2020-2023

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2023
Halimah Tussyah'diah**

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Saraf
RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023**

Isi : xiii + 93 Halaman + 4 Tabel + 14 Lampiran

ABSTRAK

Stroke iskemik adalah stroke yang terjadi karena kurangnya suplai darah ke jaringan otak. Berdasarkan data WHO (*World Stroke Organization*) tahun 2022 angka kejadian stroke iskemik lebih dari 62% yaitu sekitar 7,6 juta dan angka kematiannya mencapai 3,3 juta orang setiap tahun. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain studi kasus. Waktu penelitian dari Oktober 2022 sampai Juni 2023 di IRNA Non Bedah Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi saat penelitian didapatkan 1 orang, serta disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi sehingga partisipan langsung dijadikan sampel penelitian. Instrumen yang digunakan format pengkajian, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Analisis data membandingkan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian didapatkan pasien mengeluh sakit kepala, TD: 176/88 mmHg, GCS: 15, pelo, *hemiparise dextra*. Diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan kurangnya suplai oksigen ke otak, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan glukosa darah puasa. Intervensi dan Implementasi yang dilakukan melatih ROM, manajemen nyeri, manajemen hiperglikemia, pemantauan neurologis, pemberian obat, promosi komunikasi defisit bicara, pencegahan aspirasi, dan pemantauan TIK. Implementasi dan evaluasi dilakukan selama 5 hari didapatkan masalah keperawatan yang muncul sebagian teratasi. Diharapkan intervensi mobilisasi dengan latihan ROM dan terapi bicara dengan metode komunikasi alternatif dilakukan secara efektif sehingga asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dapat tercapai dengan optimal.

**Kata Kunci : Stroke Iskemik, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 44 (2012-2023)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PESETUJUAN	v
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	vi
KATA MUTIARA	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Konsep Stroke Iskemik.....	7
1. Definisi.....	7
2. Etiologi.....	7
3. Klasifikasi	9
4. Faktor risiko	9
5. Patofisiologi	12
6. WOC	14
7. Manifestasi klinis	15
8. Komplikasi.....	16
9. Pemeriksaan penunjang	17
10. Penatalaksanaan	19
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik	22
1. Pengkajian Keperawatan.....	22
2. Diagnosis Keperawatan	31
3. Perencanaan Keperawatan	32
4. Implementasi Keperawatan.....	43
5. Evaluasi Keperawatan.....	43

BAB III METODE PENELITIAN

A.	Jenis dan Desain Penelitian	44
B.	Tempat dan Waktu Penelitian	44
C.	Populasi dan Sampel.....	44
D.	Alat dan Instrumen Penelitian Data.....	46
E.	Teknik Pengumpulan Data	46
F.	Jenis–Jenis Data	48
G.	Analisis Data	49

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A.	Deskripsi Lokasi Penelitian.....	50
B.	Deskripsi Kasus	50
1.	Pengkajian Keperawatan.....	50
2.	Diagnosis Keperawatan	54
3.	Intervensi Keperawatan	57
4.	Implementasi Keperawatan.....	61
5.	Evaluasi Keperawatan.....	63
C.	Pembahasan	66
1.	Pengkajian Keperawatan.....	66
2.	Diagnosis Keperawatan	73
3.	Intervensi Keperawatan	78
4.	Implementasi Keperawatan.....	82
5.	Evaluasi Keperawatan.....	88

BAB V PENUTUP

A.	Kesimpulan.....	91
B.	Saran.....	92

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pemeriksaan Fungsi Mental dan Derajat Kewaspadaan	26
Tabel 2.2 Glasgow Coma Scale (GCS)	27
Tabel 2.3 Pemeriksaan Tonus Otot	28
Tabel 2.4 Diagnosis, Perencanaan SDKI, SLKI, dan SIKI	32

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Survei Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes RI Padang
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data dari Diklat RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 3 Gant Chart Kegiatan
- Lampiran 4 Surat Pengantar dari Poltekkes Kemenkes RI Padang untuk izin penelitian di RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 5 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 7 Surat Informed Consent
- Lampiran 8 Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 9 Surat Selesai Melakukan Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 10 Lembar Batas Bimbingan Proposal Pembimbing I
- Lampiran 11 Lembar Batas Bimbingan Proposal Pembimbing II
- Lampiran 12 Lembar Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 13 Lembar Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 14 Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan suatu penyakit gangguan fungsi serebral yang disebabkan oleh terhambatnya aliran darah pada pembuluh darah otak baik karena sumbatan ataupun pecahnya pembuluh darah dengan gejala yang menetap selama 24 jam atau lebih, yang bersifat lokal atau global dan terjadi secara mendadak (Kariasa, 2022). Prevelensi stroke menurut data *World Stroke Organization* (WSO) tahun 2022 menunjukkan bahwa setiap tahunnya terdapat 12,2 juta kasus baru stroke, dan sekitar 6,5 juta kematian akibat stroke (WSO, 2022).

Berdasarkan data Riskesdas (2018), prevalensi stroke (per mil) di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur lebih dari 15 tahun, mengalami kenaikan angka kejadian stroke dari tahun 2013 sampai 2018, yaitu 2013 sebanyak 7%, sedangkan pada tahun 2018 naik menjadi 10,9%. Menurut Provinsi di Indonesia yang tertinggi adalah Kalimantan Timur (14,7 permil) dan yang terendah adalah Papua (4,1 permil). Sedangkan provinsi Sumatera Barat berada pada urutan ke lima belas dengan penderita stroke sebanyak 10,8 per mil (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Stroke terbagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. Stroke hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena adanya aneurisma, angioma, lesi arteriosclerosis atau karena perdarahan pada pembuluh darah dari cedera yang mengakibatkan perdarahan otak (Junaidi, 2012). Stroke iskemik merupakan kerusakan jaringan yang disebabkan karena tidak adanya aliran darah ke otak besar sehingga mengganggu kebutuhan suplai darah dan oksigen ke otak (Safada et al., 2020). Insiden stroke iskemik dari semua kejadian stroke yaitu antara 70-80% (Othadinar et al., 2019).

Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan dari bekuan darah, baik thrombus (bekuan darah oleh deposit lemak yang menyumbat pembuluh darah) maupun emboli (pecahnya bekuan darah/udara/benda asing dalam pembuluh darah) yang dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah (Haryono & Utami, 2020). Penelitian yang dilakukan oleh (Tamburian et al., 2020) tentang hubungan hipertensi, diabetes mellitus, dan hiperkolesterolemia dengan stroke iskemik, menyatakan bahwa kejadian penyakit stroke iskemik sangat berhubungan dengan hipertensi (80,6%), tidak menderita DM (83,3%), dan hiperkolesterolemia (80,6%).

Tanda dan gejala stroke iskemik akan muncul tergantung lesi otak yang mengalami kerusakan. Tanda dan gejala stroke iskemik pada umumnya menurut penelitian (Muslimah et al., 2022) pada 42 orang pasien didapatkan yang mengalami kelumpuhan anggota gerak 11 orang (26,19%), gangguan berbicara 8 orang (19,4%), wajah perot 2 orang (4,76%), penurunan kesadaran 4 orang (9,52%), disfagia 1 orang (2,38%) dan tanpa keluhan 16 orang (38,09%). Semakin banyak kerusakan pada otak maka semakin parah tanda dan gejala yang dirasakan (Susilo, 2019).

Stroke iskemik sangat berdampak pada fisik, psikologis, sosial ekonomi pasien dan keluarga. Kelumpuhan, bicara pelo, sakit kepala, mudah marah dan mudah menangis sering ditemukan pada pasien stroke iskemik. Terjadinya kecacatan, baik itu permanen maupun tidak, akan mengganggu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, sehingga pasien membutuhkan bantuan orang lain. Biaya perawatan dan pengobatan yang mahal dapat mempengaruhi ekonomi dalam rumah tangga. Ketidakberdayaan pada pasien stroke iskemik akan mengalami penurunan kualitas hidup (Purba et al., 2022).

Secara global, angka kejadian stroke iskemik lebih dari 62% yaitu sekitar 7,6 juta dan angka kematian akibat stroke iskemik mencapai 3,3 juta orang setiap tahunnya (World Stroke Organization, 2022).

Berdasarkan data rekam medik dan IRNA Non Bedah Saraf di RSUP Dr. M. Djamil Padang tercatat jumlah pasien stroke iskemik lebih banyak daripada stroke hemoragik. Pada tahun 2020 jumlah pasien stroke iskemik sebanyak 203 orang dan sebanyak 107 orang pasien menderita stroke hemoragik. Sedangkan pada tahun 2021 tercatat sebanyak 209 orang pasien stroke iskemik dan 106 orang pasien stroke hemoragik. Pada bulan Agustus hingga November 2022 jumlah pasien dengan stroke iskemik yaitu 163 orang.

Perawat mempunyai peranan penting dalam merawat pasien stroke iskemik, dimana peran perawat adalah dengan melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dan untuk mengurangi keluhan yang dirasakan pasien. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada fase akut yaitu melakukan elevasi kepala pasien setinggi 15° - 30° , hal ini untuk memperbaiki perfusi serebral supaya aliran darah ke otak menjadi lancar dan dapat menurunkan tekanan intrakranial. Perawat juga dapat memberikan terapi oksigen pada pasien stroke untuk mengurangi hipoksia dan untuk mempertahankan metabolisme otak, perawat juga harus memantau jalan nafas, untuk memelihara oksigen yang adekuat, serta melakukan pemantauan tanda-tanda vital. Pada fase rehabilitasi perawat dapat melakukan *range of motion* (ROM), dimana perawat melakukan latihan gerakan sendi kepada pasien untuk meningkatkan aliran darah perifer dan mencegah kekakuan otot atau sendi, serta perawat dapat memposisikan pasien dan memiringkan pasien agar tidak terjadi dekubitus (Junaidi, 2012).

Menurut penelitian Yeni (2020) tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, keluhan yang dirasakan oleh Ny. Y (44) adalah anggota gerak sebelah kiri terasa berat dan sulit digerakkan (kekuatan otot 0), dan pasien sulit bicara (pelo) karena mulut terasa berat dan kaku. Klien memiliki riwayat hipertensi. Diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, dan

defisit pengetahuan. Semua diagnosis keperawatan di atas teratasi sebagian dan pasien direncanakan pulang.

Sedangkan menurut penelitian Iffa (2022) tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang, keluhan yang dirasakan oleh Ny. Y (53) adalah afasia, kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM. Diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal. Semua diagnosis keperawatan di atas kecuali ketidakstabilan kadar glukosa darah (teratasi) sudah sebagian teratasi dan intervensi masih dilanjutkan.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada tanggal 1 November 2022 di IRNA Non Bedah Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan 4 orang pasien yang dirawat dengan stroke iskemik. Peneliti melakukan pengkajian pada 1 orang pasien stroke iskemik dengan hari rawatan ke enam. Pasien bernama Ny. A umur 76 tahun, dari hasil pengkajian didapatkan GCS pasien 8 (E3M4V1) Delirium, bicara pelo dan anggota gerak sebelah kanan tidak dapat di gerakkan. Data hasil pemeriksaan dari *medical record* yaitu pasien dengan KU berat, parese N VII dextra, NIHSS 17, kekuatan otot sebelah kanan 0, tekanan darah 120/50 mmHg, nadi 80 x/i, dan nafas 28 x/I, bunyi nafas ronkhi. Hasil wawancara yang dilakukan dengan keluarga pasien mengatakan tidak tahu cara melakukan mobilitas bagian yang lemah pada pasien, keluarga pasien hanya mengetahui miring kiri dan miring kanan agar tidak terjadi lecet pada punggung (decubitus) pasien. Pasien mempunyai riwayat vertigo dan rutin kontrol ke dokter saraf, memiliki riwayat hipertensi dan tidak memiliki riwayat diabetes mellitus. Pada pendokumentasian diagnosis keperawatan yang diangkat adalah risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Tindakan yang diberikan perawat kepada Ny. A adalah pemberian obat manitol, paracetamol, citicolin, sucralfat syr, vitamin k, cefriaxon, atorvastatin,

teofilin, spironolakton, ramipril, dan lansoprazol, manajemen cairan (terpasang NaCl 0,9% 6 jam/kolf). Saat ini keluarga Ny. A masih menunggu jadwal pulang.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti telah melakukan penelitian Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka perumusan masalah penelitian adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien dengan stroke iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

- e. Mendeskripsikan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUD. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023.

D. Manfaat

1. Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

b. Lokasi Penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi petugas kesehatan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

c. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Diharapkan hasil penelitian ini dapat di jadikan sebagai referensi akademik untuk mengembangkan pembelajaran Prodi D-III Keperawatan Padang, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Stroke Iskemik

1. Definisi

Stroke iskemik merupakan kerusakan jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat, sehingga menyebabkan defisit neurologis fokal yang berlangsung lebih dari 24 jam dan tidak disebabkan oleh perdarahan (Hutagaluh, 2019). Stroke iskemik terjadi karena pembuluh darah tersumbat yang mengakibatkan aliran darah ke otak terhenti sebagian atau keseluruhan. Sumbatan disebabkan oleh aterosklerosis (kolesterol) yang menumpuk pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah (Pudiasuti, 2015).

2. Etiologi

Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah tertentu di otak yang sebelumnya sudah mengalami proses aterosklerosis dan dipercepat oleh berbagai faktor risiko, sehingga akan terjadi penebalan ke dalam lumen pembuluh tersebut yang akhirnya dapat menyumbat sebagian atau keseluruhan lumen (trombosis). Sumbatan dapat juga disebabkan oleh thrombus atau bekuan darah yang berasal dari lokasi lain misalnya plak dinding pembuluh darah leher yang besar atau dari jantung (emboli) (Dourman, 2013).

Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia) sehingga sel banyak yang kekurangan oksigen dan bisa mengakibatkan kematian jaringan pada otak (infark) (Haryono & Utami, 2020).

Menurut (Junaidi, 2012), Penyebab stroke iskemik adalah:

a. Ateroma

Ateroma yaitu endapan lemak yang dapat terbentuk di dalam *arteri karotis* sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak. Kondisi ini sangat berbahaya karena arteri karotis merupakan jalur utama pemberi darah ke sebagian besar otak.

b. Emboli

Stroke akibat dari sumbatan emboli biasanya jarang terjadi. Emboli lemak bisa terbentuk jika lemak yang berada pada sumsum tulang pecah dan masuk ke dalam aliran darah, pada akhirnya tersumbat dalam arteri yang kecil.

c. Infeksi

Infeksi bisa juga menjadi penyebab stroke. Infeksi atau peradangan dapat menyebabkan penyempitan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Peradangan dapat terjadi karena bakteri dan bisa juga dipicu oleh asam urat yang tinggi dalam darah.

d. Obat-obatan

Obat-obatan pun dapat mempersempit diameter pembuluh darah di otak sehingga bisa menyebabkan stroke. Contohnya : kokain, amfetamin, epinefrin, adrenalin, dan lainnya. Fungsi dari obat-obatan di atas menyebabkan arteri berkontraksi sehingga diameternya mengecil.

e. Hipotensi

Tekanan darah yang rendah secara mendadak dapat menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang bisa membuat seseorang pingsan. Stroke dapat terjadi jika tekanan darah rendahnya berat dan menahun. Kondisi ini dapat terjadi ketika seseorang banyak kehilangan darah baik itu karena cedera maupun pembedahan.

3. Klasifikasi

Menurut (Rianawati & Munir, 2017) ada beberapa klasifikasi stroke iskemik yaitu :

- a. *Transient Ischemic Attack* (TIA) merupakan gangguan neurologis sementara yang berlangsung dalam hitungan menit sampai kurang dari 24 jam dan dapat sembuh tanpa gejala sisa. TIA biasanya disebabkan oleh sumbatan thrombus atau emboli.
- b. Stroke trombosis merupakan stroke yang terjadi karena adanya sumbatan akibat dari pembentukan trombus dipembuluh darah otak.
- c. Stroke emboli adalah jenis stroke iskemik yang terjadi karena bekuan darah yang di sebabkan oleh proses emboli. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

4. Faktor risiko

Faktor risiko stroke pada umumnya dapat dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu :

- a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah :

- 1) Usia

Secara alamiah, orang yang berusia lanjut akan lebih rentan terkena stroke dibandingkan dengan orang usia yang lebih muda. Semakin bertambahnya usia/umur seseorang akan mengalami fleksibilitas yang berkurang dan jaringan pada tubuh akan terasa kaku, termasuk pembuluh darah (Kusyani & Khayudin, 2022). Hal ini terjadi karena banyak plak yang menumpuk pada pembuluh darah, sehingga menyebabkan aliran darah berkurang ke tubuh, termasuk otak (Arum, 2015).

- 2) Jenis Kelamin

Laki-laki lebih berisiko terkena stroke dibandingkan perempuan. Hal ini terjadi karena banyaknya faktor pemicu lainnya yang dilakukan oleh laki-laki dibandingkan perempuan

(Arum, 2015). Faktor-faktor tersebut misalnya, merokok, minuman alkohol, NAPZA dan sebagainya. Banyak sekali bahaya yang akan terjadi, tapi bahaya yang paling besar adalah rusaknya lapisan pembuluh darah pada tubuh (Kusyani & Khayudin, 2022).

3) Faktor Keturunan

Seseorang yang memiliki riwayat stroke pada keluarganya mempunyai risiko lebih tinggi untuk terkena stroke dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki riwayat stroke pada keluarganya (Arum, 2015).

4) Ras

Terdapat fakta tentang orang Afrika-Karibia memiliki dua kali lebih tinggi berisiko stroke dibandingkan dengan orang non-Karibia. Hal ini kemungkinan karena tekanan darah yang tinggi, diabetes dan juga dipengaruhi oleh faktor genetik dan faktor lingkungan (Arum, 2015).

b. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Hipertensi

Tekanan darah yang tinggi mempunyai peluang yang sangat besar untuk terkena stroke. Peningkatan tekanan darah dapat terjadi karena aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah ke otak (Kusyani & Khayudin, 2022). Hipertensi atau tekanan darah yang tinggi juga akan mengakibatkan diameter pembuluh darah mengecil sehingga darah yang menuju ke otak akan berkurang. Kekurangan aliran darah pada otak, akan mengakibatkan suplai oksigen dan glukosa berkurang, dan lama-kelamaan terjadi infark pada jaringan otak (Arum, 2015).

2) Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti jantung coroner dan infark miokard menjadi faktor yang paling besar terjadinya penyakit stroke. Dimana kita mengetahui, bahwa jantung merupakan pusat

aliran darah pada tubuh. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah ke tubuh akan terganggu, termasuk aliran darah yang menuju ke otak (Arum, 2015).

3) Diabetes Mellitus

Peningkatan viskositas darah dapat memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan *microvaskuler* sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal ini yang mengakibatkan penderita penyakit DM berpotensi mengalami penyakit stroke (Kusyani & Khayudin, 2022).

4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia merupakan kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Keadaan ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak (Arum, 2015).

5) Obesitas

Obesitas atau *Overweight* merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal ini karena obesitas mengakibatkan gangguan pada pembuluh darah, salah satunya pada pembuluh darah otak, karena seseorang yang obesitas rentan terjadi hipertensi dan peningkatan kadar kolesterol (Kusyani & Khayudin, 2022).

6) Merokok

Menurut beberapa penelitian diketahui bahwa orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah menyempit dan kaku, maka dapat menyebabkan aliran darah terganggu (Arum, 2015). Asap yang dihirup saat merokok akan menimbulkan *plaque* pada

pembuluh darah yang disebabkan oleh nikotin, sehingga terjadi aterosklerosis dan juga akan mengganggu aliran darah, terutama aliran darah menuju otak (Kusyani & Khayudin, 2022).

7) Kurang aktivitas fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat mengurangi kelenturan fisik termasuk kelenturan pembuluh darah, salah satunya adalah pembuluh darah otak (Kusyani & Khayudin, 2022).

5. Patofisiologi

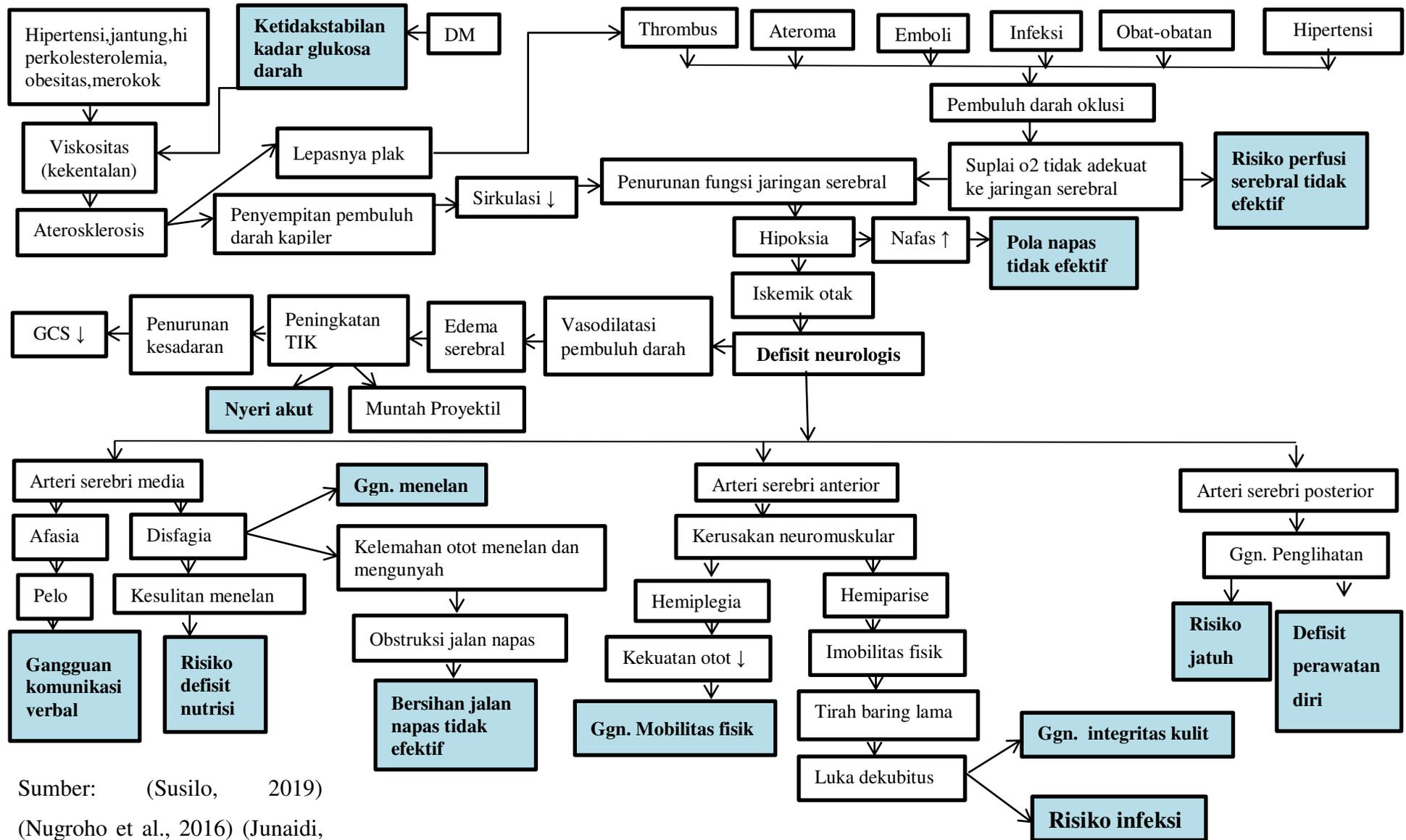
Stroke iskemik terjadi karena berkurangnya aliran darah ke otak karena adanya sumbatan sehingga oksigen yang sampai ke otak juga berkurang atau tidak ada tergantung pada berat ringannya aliran darah yang tersumbat (Junaidi, 2012). Jika aliran darah ke otak tersumbat maka akan terjadi iskemia dan mengakibatkan gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral (Tarwoto, 2013).

Stroke iskemik akut merupakan akibat dari okulasi vaskuler sekunder hingga penyakit tromboemboli. Iskemia menyebabkan hipoksia sel dan menipisnya adenosin trifosfat seluler (ATP). Tanpa ATP, tidak ada lagi energi untuk mempertahankan gradient ionik di seluruh membran sel dan depolarisasi sel. Masuknya ion natrium, kalsium dan aliran pasif air ke dalam sel menyebabkan edema sitotostik (Susilo, 2019).

Terjadinya stroke iskemik diawali karena faktor risikonya seperti kadar glukosa yang tinggi (hiperglikemia) dan kadar lemak/kolesterol (hiperlipidemia) yang dapat mengakibatkan viskositas (kekentalan) darah meningkat, sehingga terbentuklah plak yang lama-kelamaan plak tersebut akan menumpuk sehingga menimbulkan penyempitan arteri, lalu terjadi penyumbatan total dimana proses ini di sebut aterosklerosis (Junaidi, 2012).

Arteroklorosis sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, karena plak arteroklorosis dapat memicu terbentuknya thrombus, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus akan mengakibatkan iskemik jaringan otak yang di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan mengakibatkan edema dan kongesti di sekitarnya (Nugroho et al., 2016).

6. WOC



Sumber: (Susilo, 2019)
 (Nugroho et al., 2016) (Junaidi, 2012) (Tarwoto, 2013)

7. Manifestasi klinis

Menurut (Susilo, 2019) manifestasi klinis/ tanda dan gejala stroke iskemik adalah:

- a. Gangguan pada pembuluh darah karotis
 - 1) Pada cabang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media):
 - a) Gangguan rasa di daerah muka/wajah sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi.
 - b) Gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata (pelo) atau sulit bicara mengerti pembicaraan orang lain (afasia).
 - c) Gangguan gerak/kelumpuhan (*hemiparesis/hemiplegic*).
 - d) Mata selalu melirik kearah satu sisi (*deviation conjugae*).
 - e) Kesadaran menurun.
 - f) Tidak mengenal orang (*prosopagnosia*).
 - g) Mulut perot.
 - h) Merasa anggota tubuh sisi tidak ada.
 - i) Tidak sadar kalau dirinya mengalami kelainan.
 - 2) Pada cabang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior):
 - a) Kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan-gangguan saraf perasa.
 - b) Mengompol.
 - c) Tidak sadar.
 - d) Gangguan mengungkapkan maksud.
 - e) Menirukan omongan orang lain (ekholali).
 - 3) Pada cabang menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior):
 - a) Penurunan visus.
 - b) Rasa nyeri spontan atau hilangnya rasa nyeri dan rasa getar pada seluruh sisi tubuh.
 - c) Kesulitan memahami barang yang dilihat, namun dapat mengerti jika meraba atau mendengar suaranya.
 - d) Kehilangan kemampuan mengenal warna.

- b. Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris
 - 1) Sumbatan/gangguan pada arteri serebri posterior
 - a) Hemianopsia homonym kontralateral dari sisi lesi.
 - b) Hemiparesis kontralateral.
 - c) Hilangnya rasa sakit, suhu, sensorik proprioseptif (rasa getar).
 - 2) Sumbatan/gangguan pada arteri vertebralis

Bila sumbatan pada sisi yang dominan dapat terjadi sindrom *Wallenberg*. Jika pada sisi tidak dominan tidak menimbulkan gejala.
 - 3) Sumbatan/gangguan pada arteri serebri inferior
 - a) Sindrom *Wallenberg* berupa atasia serebral pada lengan dan tungkai di sisi yang sama, gangguan N.II (oftalmikus) dan reflek kornea hilang pada sisi yang sama.
 - b) Sindrom *Horner* sesisi dengan lesi
 - c) Disfagia, apabila infark mengenai *nucleus ambiguus ipsilateral*.
 - d) Nystagmus, jika terjadi infark pada *nucleus vestibularis*.
 - e) *Hemipastesia alternans*.

8. Komplikasi

Menurut (Kariasa, 2022) komplikasi yang bisa terjadi karena stroke yaitu:

a. Edema Otak

Edema otak terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh. Hal ini akan mempengaruhi saluran darah otak/*Blood Brain Barrier* (BBB) dengan cara meningkatkan permeabilitas BBB dan berakibat langsung terjadinya edema otak. Edema otak akan mempengaruhi tekanan perfusi otak dan menghambat reperfusi yang adekuat dari otak.

b. Pneumonia

Faktor yang berkontribusi pada terjadinya pneumonia pada stroke antara lain disfagia, kegagalan refleks gag dan reflek batuk, aspirasi dehidrasi, imobilisasi dan paresis otot-otot pernapasan.

c. Infeksi saluran kemih

Dapat terjadi karena pemasangan dari foley kateter yang digunakan untuk mengumpulkan urine pada pasien stroke, dan hal ini juga mempengaruhi terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol fungsi kandung kemihnya.

d. Kejang

Kejang terjadi karena aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini sangat umum terjadi pada pasien stroke.

e. Dekubitus

Luka yang terjadi karena tekanan bagian tubuh misalnya pada pinggul dan bokong, sendi kaki dan tumit, yang disebabkan karena penurunan kemampuan bergerak (imobilitas) pada pasien stroke. Apabila dibiarkan lama-kelamaan akan mengakibatkan luka bertambah lebar dan infeksi.

f. Depresi dan kecemasan

Gangguan yang paling sering dirasakan oleh pasien stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dari kehilangan fungsi tubuh.

9. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Susilo, 2019) pemeriksaan penunjang stroke iskemik yaitu :

a. Radiologi

- 1) *CT scan* merupakan pemeriksaan untuk membedakan infark dengan perdarahan.
- 2) Scan resonansi magnetic (MRI) lebih sensitif dari *CT scan* dalam mendeteksi infark serebri dini dan infark batang otak.
- 3) Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien, ekokardiografi transtorakal sudah

memadai. Ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitif untuk mendeteksi thrombus mural atau vegetasi katup.

- 4) Ultrasonografi Doppler Karotis diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikais untuk enarterektomi karotis.
 - 5) Ultrasonografi Doppler Transkranial dapat dipakai untuk mendiagnosis oklusi atau stenosis arteri intrakranial besar. Gelombang intrakranial yang abnormal dan pola aliran kolateral dapat juga dipakai untuk menentukan apakah suatu stenosis pada leher menimbulkan gangguan hemodinamik yang bermakna.
 - 6) Angiografi resonansi magnetik dapat dipakai untuk mendiagnosis stenosis atau oklusi arteri ekstrakranial atau intrakranial.
 - 7) Pemantauan Holter dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermiten.
- b. Pemeriksaan Laboratorium
- 1) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
 - 2) Pemeriksaan kimia darah atau gula darah sewaktu
Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg/dl dalam serum dan kemudian brangsur-angsur turun kembali.
 - 3) Kolesterol, lipid
Pada stroke iskemik dapat terjadi hiperkolesterolemia atau hiperlipidemia. Kolesterol darah normalnya <200 mg/dl sedangkan pada pasien stroke iskemik dapat mencapai >240 mg/dl.

4) Asam urat.

Kadar asam urat yang normal pada laki-laki yaitu 7.0-7.2 mg/dl, sedangkan pada perempuan yaitu 5.7-6.7 mg/dl.

5) Elektrolit.

Nilai normal dari kadar elektrolit yaitu natrium (136-145 mmol/L), kalium (3.5-5.1 mmol/L) dan klorida (97-111 mmol/L).

6) Masa pembekuan dan masa perdarahan.

Nilai normal pada masa pembekuan darah yaitu 2-6 menit dan nilai normal pada masa perdarahan yaitu 70-120 detik.

10. Penatalaksanaan

Menurut (Haryono & Utami, 2020) untuk mengobati stroke iskemik, aliran darah ke otak harus cepat dikembalikan dengan beberapa prosedur berikut :

a. Penatalaksanaan Khusus

1) Perawatan darurat dengan obat-obatan

Terapi dengan obat penghancur gumpalan darah harus dimulai dalam 4,5 jam jika mereda diberikan ke pembuluh darah (semakin cepat, semakin baik). Perawatan cepat tidak hanya meningkatkan peluang pasien untuk bertahan hidup tetapi juga dapat mengurangi komplikasi.

Obat yang mungkin diberikan adalah injeksi intravena aktivator plasminogen jaringan (tPA). Injeksi aktivator plasminogen jaringan rekombinan (tPA), juga disebut dengan alteplase, dianggap sebagai pengobatan standar untuk stroke iskemik. Injeksi tPA biasanya diberikan melalui vena di lengan. Obat penghancuran gumpalan ampuh ini idealnya diberikan dalam waktu 3 jam. Dalam beberapa kasus, tPA dapat diberikan hingga 4,5 jam setelah gejala stroke di mulai. Obat ini mengembalikan aliran darah dengan melarutkan gumpalan darah yang

menyebabkan stroke dan dapat membantu orang yang mengalami stroke sepenuhnya.

2) Prosedur endovaskuler darurat

- a) Obat-obatan dikirim langsung ke otak. Dokter dapat memasukkan tabung tipis (kateter) panjang melalui arteri di selangkangan dan memasukkannya ke otak untuk mengirim tPA langsung ke area dimana stroke terjadi. Ini disebut trombolis intraarterial.
- b) Menghilangkan bekuan dengan *retriever stent*. Dokter menggunakan kateter untuk mengarahkan perangkat ke pembuluh darah yang tersumbat di otak, serta menjebak dan menghilangkan bekuan. Prosedur ini sangat bermanfaat bagi orang-orang dengan gumpalan yang besar yang tidak dapat dilarutkan dengan tPA, meskipun prosedur ini sering di kombinasikan dengan tPA intravena.

3) Prosedur lainnya

- a) Endarterektomi karotis. Dalam endarterektomi karotis, seorang ahli bedah menghilangkan plak dari arteri yang ada di sepanjang sisi leher ke otak (arteri karotis). Dalam prosedur ini, dokter bedah akan membuat sayatan di sepanjang bagian depan leher, membuka arteri karotis, dan menghilangkan plak yang menghalangi arteri karotis. Prosedur selanjutnya adalah memperbaiki arteri dengan jahitan atau *patch* yang terbuat dari vena atau bahan buatan (cangkokan). Prosedur ini dapat mengurangi risiko stroke iskemik. Namun, endarterektomi karotis juga menimbulkan risiko, terutama untuk orang dengan penyakit jantung atau kondisi medis lainnya.
- b) Angioplasti dan stent. Dalam angioplasti, seorang ahli bedah biasanya mengakses arteri karotis melalui arteri pangkal paha. Di sini, dokter bedah dapat dengan lembut dan aman mengarahkan peralatannya ke arteri karotis di

leher. Sebuah balon kemudian di geembungkan untuk memperluas arteri yang menyempit. Kemudian, stent dapat dimasukkan untuk mendukung arteri yang terbuka.

b. Penatalaksanaan Umum

Menurut (Tarwoto, 2013) penatalaksanaan stroke iskemik, yaitu:

1) Fase akut

a) Terapi oksigen

Aliran darah ke otak pada pasien stroke terganggu, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Mempertahankan jalan nafas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.

b) Terapi cairan

Pada fase stroke akut berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan berguna untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.

c) Penatalaksanaan peningkatan intrakranial

Tekanan intrakranial meningkat biasanya karena edema serebri, oleh sebab itu pengurangan edema sangat penting dilakukan misalnya dengan mengontrol atau mengendalikan tekanan darah.

d) Monitor fungsi pernafasan : Analisa Gas Darah.

e) Monitor jantung, tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

f) Evaluasi status cairan dan elektrolit.

g) Mengontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan.

h) Pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.

- i) Mencegah emboli paru tromboplebitis dengan antikoagulan.
 - j) Monitor tanda-tanda neurologis yaitu tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.
- 2) Fase rehabilitasi
- a) Mempertahankan nutrisi yang adekuat.
 - b) Program manajemen bladder dan bowel.
 - c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi.
 - d) Pertahankan integritas kulit.
 - e) Pertahankan komunikasi yang efektif.
 - f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Susilo, 2019), pengkajian pada pasien stroke iskemik yaitu:

a. Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, umur (usia diatas 55 tahun merupakan risiko tinggi stroke), jenis kelamin (biasanya lebih sering terjadi pada laki-laki di banding perempuan), nomor register, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk klien (Padila, 2012).

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan utama pada klien dengan stroke iskemik biasanya akan terlihat bila sudah terjadi disfungsi neurologis. Keluhan yang sering didapatkan meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, konvulsi (kejang), sakit kepala yang hebat, nyeri otot, kaku kuduk, sakit punggung, tingkat kesadaran menurun (GCS < 15), ekstremitas dingin, dan ekspresi rasa takut, dan

membutuhkan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yang berupa mengalami bibir berdarah, bau badan, bau rambut, kuku tangan atau kuku kaki kotor, bau mulut, kulit kering (Tarwoto, 2013).

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit sekarang yang mungkin didapatkan meliputi klien biasanya merasakan sakit kepala, mual muntah bahkan mengalami kejang sampai tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak (Susilo, 2019).

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, stroke, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan koagulan, aspirin dan kegemukan/obesitas (Susilo, 2019).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus yang memberikan hubungan dengan beberapa masalah disfungsi neurologis seperti masalah stroke iskemik dan neuropati perifer. Hipertensi, jantung, Dm termasuk hal yang harus diketahui dalam pemeriksaan riwayat kesehatan keluarga.

c. Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

Menurut (Bararah & Jauhar, 2013) pola aktivitas sehari-hari pada pasien stroke iskemik adalah sebagai berikut :

1) Pola Aktivitas

Pasien stroke iskemik biasanya akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas, karena mengalami kelemahan/penurunan kekuatan otot, kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran dan hilang rasa.

2) Istirahat dan Tidur

Biasanya akan mengalami kesulitan untuk bisa istirahat dan tidur karena nyeri (sakit kepala) atau kejang otot.

3) Eliminasi

Pasien stroke akan mengalami perubahan dalam eliminasi, baik BAK maupun BAB. Gejalanya : perubahan pola kemih, distensi abdomen, bising usus negatif.

4) Makan dan Minum

Biasanya akan mengalami gejala hilangnya nafsu makan, mual muntah, hilang rasa pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia, kesulitan menelan.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Tingkat kesadaran pada pasien stroke iskemik yaitu delirium, latergi, stupor, atau koma. Biasanya tanda-tanda vital klien akan mengalami peningkatan yaitu pada tekanan darah dan TIK (Padila, 2012).

2) Rambut

Biasanya rambut dan kulit kepala tampak bersih, tidak ada lesi dan edema (pembengkakan) (Susilo, 2019).

3) Wajah

Pada wajah dilakukan pemeriksaan Nervus Kranial VII (Fasialis) wajah asimetris, otot wajah tertarik. Nervus Kranial V (Trigeminus) tidak mampu membuka rahang dan tidak dapat merasakan tissue yang bersentuhan dengan pipi (Tarwoto, 2013).

4) Mata

Pasien akan mengalami kebutaan atau kehilangan daya lihat (Susilo, 2019). Menurut (Tarwoto, 2013) pada mata juga dilakukan pemeriksaan Nervus Kranial yaitu:

- a) Nervus Kranial II (Optikus) biasanya akan terjadi gangguan pada ketajaman penglihatan dan lapang pandang

disebabkan oleh lesi tertentu dari lintasan visual dan silau melihat cahaya.

- b) Nervus Kranial III (Oculomotorius) biasanya respon pupil terhadap cahaya ada unilateral dan bilateral.
- c) Nervus Kranial IV (Trochlear) ditemukan bola mata pasien dapat digerakkan ke atas bawah sesuai arahan
- d) Nervus Kranial VI (Abducens) ditemukan bola mata pasien dapat digerakkan ke kiri kanan sesuai arahan.

5) Hidung

Pada hidung simetris kiri dan kanan (Susilo, 2019). Pemeriksaan Nervus Kranial I (Olfactory) biasanya tidak ada kelainan pada indra penciuman (Tarwoto, 2013).

6) Mulut

Pada mulut dilakukan pemeriksaan Nervus Kranial IX (Glossopharyngeal) yaitu bisa menyebutkan huruf aaa, uvula dan palatum mengalami deviasi. Nervus Kranial X (Vagus) kemampuan menelan kurang baik dan Nervus XII (Hypoglossus) lidah simetris terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi (Tarwoto, 2013).

7) Telinga

Pemeriksaan Nervus VIII (Acustikus) gangguan pendengaran atau pendengaran berkurang (Tarwoto, 2013).

8) Leher dan Dada

- a) Leher : Pemeriksaan Nervus XI (Accessory) baik, dapat memutar kepala dan leher, sulit mengangkat bahu (Tarwoto, 2013).

- b) Dada

I (Inspeksi) : simetris kanan dan kiri

P (Palpasi) : premitus

P (Perkusi) : sonor

A (Auskultasi) : ronchi

9) Abdomen

I (Inspeksi) : perut acites

P (Palpasi) : hepart dan lien tidak teraba

P (Perkusi) : thympani

A (Auskultasi) : bising usus (+)

10) Genito urinaria : dekontaminasi dn anuria

11) Eksremitas

Biasanya pasien stroke iskemik ditemukan akan mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada sebagian anggota gerak atas maupun anggota gerak bawah (Susilo, 2019).

e. Pemeriksaan Fisik Sistem Neurologis

1) Tingkat Kesadaran

a) Kualitatif

Pemeriksaan pada fungsi keseluruhan mental dan derajat kewaspadaan.

Fungsi Mental	Skor	Tingkat Kesadaran
CMC	14-15	Pasien sadar akan dirinya dan punya orientasi
APATIS	12-13	Pasien sadar namun tampak lesu dan mengantuk
LATARGIE	8-11	Kesadaran menurun, pasien tampak lesu dan mengantuk
DELIRIUM	7-9	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gelisah
SAMNOLEN	4-6	Pasien selalu mengantuk, ingin tidur terus, dan apabila dibangunkan ia akan tidur kembali
KOMA	3	Kesadaran yang hilang sama sekali

Tabel 2.1 pemeriksaan fungsi mental dan derajat kewaspadaan

Sumber : Doenges (2014)

b) Kuantitatif

Dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale (GCS)*

Respon membuka mata (E = Eye)
<ul style="list-style-type: none"> • Spontan (4) • Dengan perintah (3) • Dengan rangsangan nyeri (2) • Tidak berespon (1)
Respon Verbal (V = Verbal)
<ul style="list-style-type: none"> • Berorientasi (5) • Bicara membingungkan (4) • Kata-kata tidak tepat (3) • Suara yang tidak dapat dimengerti atau meraung (2) • Tidak ada respon (1)
Respon Motorik (M = Motorik)
<ul style="list-style-type: none"> • Dengan perintah (6) • Melokalisasi nyeri (5) • Menarik area yang nyeri (4) • Fleksi abnormal/postur dekortikasi (3) • Ekstensi abnormal/postur deserebrasi (2) • Tidak berespon (1)

Tabel 2.2 Glasgow Coma Scale (GCS)

Sumber : Doenges (2014)

2) Menilai kekuatan Otot

Menurut (Susilo, 2019) pada pasien stroke biasanya akan mengalami penurunan kekuatan otot, adapun pemeriksaannya dapat dilakukan sebagai berikut :

Nilai	Jenis Pemeriksaan
0	Tidak didapatkan sedikitpun kontraksi otot; lumpuh total.
1	Terlihat kontraksi tetap; tidak ada gerakan pada sendi.
2	Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi.
3	Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa.
4	Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang.
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.

Tabel 2.3 Pemeriksaan Tonus Otot

Sumber : Doenges (2014)

3) Pemeriksaan Refleks

a) Refleks Fisiologis

- Refleks patella yaitu tendon patella dipukul dengan *reflex hammer*. Respon berupa otot *guardrisep femoris* yaitu ekstensi dari lutut.
- Refleks bisep yaitu lengan difleksikan terhadap siku dengan sudut 90° supinasi dan lengan bawah ditopang di atas meja periksa, kemudian dipukul dengan *reflex hammer*. Respon dikatakan normal jika ada kontraksi otot bisep, dan sedikit meningkat bila ada fleksi sebagian serta pronasi.
- Refleks trisep yaitu lengan bawah disemifleksikan, lalu tendon bisep dipukul dengan *reflex hammer*. Respon dikatakan normal jika ada kontraksi otot trisep, dan sedikit meningkat bila ada ekstensi ringan.
- Refleks achilles dikatakan normal jika terjadi gerakan plantar fleksi kaki.

- Refleks superfisial yaitu pada refleks (kulit perut, kremeaster, kornea, *bulbocarvenosus*, plantar).
- Refleks brachioradialis yaitu memukul tendon brakialis pada radius bagian distal dengan menggunakan ujung datar *reflex hammer*. Respon berupa otot brachioradialis berkontraksi dan lengan bawah sedikit tersentak.

b) Refleks Patologis

- Babinski yaitu dengan menggores telapak kaki bagian lateral, mulai dari tumit hingga ke arah pangkal ibu jari. Normalnya fleksi akan plantar pada semua jari kaki, (+) jika timbul dorso fleksi ibu jari dan pemekaran jari-jari lainnya.
- Chaddock yaitu dengan menggores punggung kaki dari arah lateral kedepan.
- Hoffman-Trommer (+) jika timbul gerakan mencengkram pada petikan kuku jari telunjuk atau jari tengah.
- Refleks Gordon yaitu otot gastroknemius ditekan (+) jika timbul dorso fleksi ibu jari dan pemekaran jari-jari lainnya.
- Oppenhome (+) yaitu dengan mengurut tibia dengan ibu jari, jari telunjuk, jari tengah dari lutut menyusur kebawah.
- Rangsangan meninges : kaku kuduk (+) jika ada tahanan ketika leher ditekuk secara pasif, tanda brudzunski 1 (+) jika kepala klien bisa fleksi ke dada secara pasif, tanda brudzunski 2 (+) bila fleksi pada sendi panggul klien secara pasif akan diikuti oleh fleksi tungkai lainnya, tanda kerniq (+) jika ekstensi lutut secara pasif menyebabkan rasa sakit, tanda laseque jika fleksi sendi paha dengan sendi lutut yang

lurus menimbulkan nyeri, tanda laseque (+) jika timbul rasa sakit atau tahanan sebelum mencapai sudut 70°.

f. Data Penunjang

- 1) Laboratorium : hematologi dan kimia klinik.
- 2) Radiologi
 - a) CT scan untuk mengetahui adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
 - b) MRI untuk mengetahui daerah yang mengalami infark dan hemoragik.
 - c) Sinar X tengkorak untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan (SDKI, 2017), diagnosis keperawatan yang mungkin muncul adalah sebagai berikut :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).
- d. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskuler.
- e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan gula darah puasa
- f. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial.
- g. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
- h. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- i. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- j. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.
- k. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit).
- l. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan.
- m. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.4

Diagnosis dan Perencanaan Keperawatan (SDKI, 2017),

(SLKI, 2018) dan (SIKI, 2018)

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme</p> <p>Definisi: berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tingkat kesadaran meningkat Tekanan intra kranial Sakit kepala berkurang Gelisah berkurang Kecemasan berkurang Kesadaran membaik Tekanan darah sistolik normal Tekanan darah diastolik normal 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Monitor status pernapasan Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Berikan posisi semi fowler Cegah terjadinya kejang Hindari pemberian cairan IV hipotonik

			<p>e. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p>
2.	<p>Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan</p> <p>Definisi: inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Dispnea</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Penggunaan otot bantu pernapasan</p> <p>b. Fase ekspirasi memanjang</p> <p>c. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, <i>kussmaul</i>, <i>cheyne-stokes</i>)</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Ortopnea</p> <p>Objektif:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Dispnea berkurang</p> <p>b. Penggunaan otot bantu pernapasan berkurang</p> <p>c. Ortopnea berkurang</p> <p>d. Pernapasan cuping hidung tidak ada</p> <p>e. Frekuensi napas meningkat</p>	<p>Manajemen jalan napas</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gargling, mengi, weezing, ronkhi kering)</p> <p>c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Posisikan pasien elevasi atau supinasi dengan kemiringan 15-3 derajat</p> <p>b. Berikan minum hangat</p> <p>c. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</p> <p>d. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>e. Lakukan hiperoksigenasi sebelum</p> <p>f. Penghisapan endotrakeal</p> <p>g. Berikan oksigen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a. Pernapasan pursed-lip b. Pernapasan cuping hidung c. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat d. Ventilasi semenit menurun e. Kapasitas vital menurun f. Tekanan ekspirasi menurun g. Tekanan inspirasi menurun h. Ekskursi dada berubah 		<p>Dukungan ventilasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas b. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan c. Monitor status dan respirasi dan oksigenasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pertahankan kepatenan jalan nafas b. Berikan posisi elevasi atau supinasi kemiringan 15-30 derajat c. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin d. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan e. Gunakan bag- valve mask, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ajarkan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam b. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas

	<p>neoplasma)</p> <p>Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah d. Frekuensi nadi meningkat e. Sulit tidur</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Tekanan darah meningkat b. Pola napas berubah c. Nafsu makan berubah d. Proses berpikir terganggu</p>	<p>a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Frekuensi nadi membaik f. Pola napas membaik g. Tekanan darah membaik</p>	<p>nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. hipnotis, akupresur, terapi musik, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p>
--	---	--	--

	<p>e. Menarik diri f. Berfokus pada diri sendiri g. Diaphoresis</p>		<p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
4.	<p>Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular</p> <p>Definisi: ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Batuk tidak efektif b. Tidak mampu batuk c. Sputum berlebih d. Mengi, <i>wheezing</i> dan/atau ronkhi kering</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Dispnea b. Sulit bicara</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Produksi sputum menurun b. Dispnea menurun c. Frekuensi nafas membaik d. Sianosis menurun e. Pola nafas membaik</p>	<p>Latihan Batuk Efektif</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi kemampuan batuk. b. Monitor adanya retensi sputum. c. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas.</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Atur posisi semi-fowler atau fowler a. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien b. Buang sekret pada tempat sputum.</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif b. Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik. c. Anjurkan</p>

	<p>c. Orthopnea</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Gelisah</p> <p>b. Sianosis</p> <p>c. Bunyi napas menurun</p> <p>d. Frekuensi napas menurun</p> <p>e. Pola napas berubah</p>		<p>mengulangi tarik nafas dalam hingga 3 kali.</p> <p>d. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik nafas dalam yang ke-3.</p> <p>Manajemen Jalan Nafas</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Monitor pola nafas</p> <p>b. Monitor bunyi nafas tambahan</p> <p>c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Posisikan semi-fowler atau fowler.</p> <p>b. Berikan minuman hangat</p> <p>c. Lakukan fisioterapi dada jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.</p> <p>b. Ajarkan teknik batuk efektif</p>
5.	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan gula darah puasa</p> <p>Definisi: variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Mengantuk</p>	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikas kemungkinan penyebab hiperglikemia</p>

	<p>Gejala dan Tanda Mayor Hiperglikemi</p> <p>Subjektif :</p> <p>a. Lelah dan lesu</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi</p> <p>Gejala dan tanda minor Hiperglikemi</p> <p>Subjektif :</p> <p>a. Mulut kering b. Haus meningkat</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Jumlah urin meningkat</p>	<p>berkurang</p> <p>b. Mulut kering berkurang</p> <p>c. Rasa haus berkurang</p> <p>d. Kadar glukosa dalam darah membaik</p>	<p>b. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</p> <p>c. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</p> <p>e. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>b. Anjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p>
--	---	---	--

			b. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
6.	<p>Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial</p> <p>Definisi: fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esophagus.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Mengeluh sulit menelan</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Batuk sebelum menelan b. Batuk setelah makan atau minum c. Tersedak d. Makanan tertinggal di rongga mulut</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Bolus masuk terlalu cepat b. Refleksi nasal c. Tidak mampu membersihkan rongga mulut d. Makanan jatuh dari mulut e. Makanan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Mempertahankan makanan di mulut meningkat b. Reflek menelan meningkat c. Usaha menelan meningkat d. Frekuensi tersedak menurun e. Batuk menurun</p>	<p>Pencegahan Aspirasi Observasi</p> <p>a. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan b. Monitor status pernapasan c. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum d. Periksa residu gaster sebelum memberi asupan oral e. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Posisikan semi Fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral. a. Pertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar b. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi sekret meningkat. c. Sediakan suction di ruangan d. Hindari memberi makan melalui selang gastrointestinal, jika residu banyak e. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak</p>

	<p>terdorong keluar dari mulut</p> <p>f. Sulit mengunyah</p> <p>g. Muntah sebelum menelan</p>		<p>f. Berikan obat oral dalam bentuk cair</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Anjurkan makan secara perlahan</p> <p>b. Ajarkan strategi mencegah aspirasi</p> <p>c. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu</p>
7.	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral</p> <p>Definisi: penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Tidak mampu berbicara atau mendengar</p> <p>b. Menunjukkan respon tidak sesuai</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Afasia</p> <p>b. Disfasia</p> <p>c. Apraksia</p> <p>d. Disleksia</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kemampuan bicara meningkat</p> <p>b. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat</p> <p>c. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik</p> <p>d. Pelanggaran menurun</p>	<p>Promosi komunikasi defisit bicara</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</p> <p>b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>c. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, berkedip, papan Komunikasi dengan gambar dan huruf, isyaratangan, dan komputer)</p> <p>b. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> e. Disartria f. Afonia g. Dislalia h. Pelo i. Gagap j. Tidak ada kontak mata k. Sulit memahami komunikasi l. Sulit mempertahankan komunikasi m. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh n. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh o. Sulit menyusun kalimat p. Verbalisasi tidak tepat q. Sulit mengungkapkan kata-kata r. Disorientasi orang, ruang, waktu s. Defisit penglihatan t. Delusi 		<p>dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindariteriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan d. Ulangi apa yang disampaikan pasien e. Berikan dukungan psikologis <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan berbicara perlahan b. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
8.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p> <p>Definisi: keterbatasan dalam gerakan fisik dari</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kekuatan otot meningkat b. Pergerakan 	<p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi

	<p>satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Kekuatan otot menurun</p> <p>b. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif:</p> <p>a. Nyeri saat bergerak</p> <p>b. Enggan melakukan pergerakan</p> <p>c. Merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif:</p> <p>a. Sendi kaku</p> <p>b. Gerakan tidak terkoordinasi</p> <p>c. Gerakan terbatas</p> <p>d. Fisik lemah</p>	<p>ekstremitas membaik</p> <p>c. ROM meningkat</p> <p>d. Kaku sendi berkurang</p> <p>e. Gerak terbatas berkurang</p> <p>f. Kelemahan fisik berkurang</p>	<p>b. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>b. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</p> <p>c. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif</p> <p>d. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batasan- batasan rasa sakit, ketahanan, dan mobilisasi sendi</p> <p>e. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</p> <p>f. Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan</p>
--	--	--	--

			<p>bersama</p> <p>g. Anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai), atau di kursi, sesuai toleransi</p> <p>h. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan</p> <p>i. Anjurkan ambulasi sesuai toleransi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapinya, status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai rencana keperawatan yang telah ditentukan (Rukmi et al., 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan menilai respon pasien yang meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*) (Basri et al., 2020).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif yang bersifat deskriptif, dengan desain penelitian berupa studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang melihat gambaran kejadian yang terjadi dalam suatu populasi tertentu. Metode deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) kejadian-kejadian penting yang terjadi di masa kini. Deskripsi kejadian tersebut dilaksanakan secara sistematis dan lebih menekankan pada data yang bersifat faktual daripada penyimpulan (Nursalam, 2020).

Studi kasus adalah suatu rancangan penelitian yang mencakup satu unit penelitian secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, maupun institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit, akan tetapi jumlah variabel yang diteliti sangat luas (Nursalam, 2020). Studi kasus yang telah dilakukan yaitu Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di IRNA non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023. Waktu penelitian dimulai dari Oktober 2022 sampai bulan Juni 2023. Waktu melakukan asuhan keperawatan 12 - 16 Februari 2023.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan suatu objek atau subjek (manusia atau pasien) yang dapat memenuhi kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya (Nursalam, 2020). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang dirawat dengan Stoke Iskemik di IRNA Non

Bedah Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Jumlah populasi disaat penelitian 1 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang terjangkau dan dapat digunakan sebagai subjek dalam penelitian melalui sampling. Sedangkan sampling merupakan suatu proses untuk menyeleksi populasi yang bisa mewakili populasi yang ada. Teknik sampling adalah suatu cara yang dapat ditempuh untuk pengambilan sampel, supaya memperoleh sampel yang sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2020). Sampel dalam penelitian ini adalah satu pasien yang dirawat dengan diagnosis medis stroke iskemik di IRNA Non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling* yaitu suatu cara untuk memilih sampel agar sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan sebelumnya (Nursalam, 2020). 1 (satu) orang partisipan disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi sehingga partisipan langsung dijadikan sampel penelitian.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi merupakan karakteristik umum dari subjek penelitian suatu populasi target yang akan di jangkau dan diteliti (Nursalam, 2020). Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dan keluarga yang bersedia dijadikan responden
- 2) Pasien dengan kesadaran baik

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang bisa memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai sebab (Nursalam, 2020). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang pulang/meninggal sebelum 5 hari diberikan asuhan keperawatan

- 2) Pasien yang mengalami komplikasi seperti edema serebral dan hernia otak.

D. Alat dan Instrumen Penelitian Data

Pada penelitian ini instrumen yang telah digunakan adalah format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi). Alat pelindung diri yang terdiri dari *handscoon*, masker, dan gown pelindung baju. Alat pemeriksaan fisik yaitu *handscoon*, tensimeter, *reflek hammer*, stetoskop, *penlight*, dan thermometer.

1. Format pengkajian keperawatan meliputi : identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik dan program pengobatan.
2. Format analisa data meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, masalah dan etiologi.
3. Format diagnosis keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf terselesaikannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI.
5. Format implementasi keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi yang meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang melakukan evaluasi tindakan keperawatan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini peneliti telah menggunakan teknis observasi, wawancara, pengukuran, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama. Wawancara atau anamnesa dan pemeriksaan fisik menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah untuk pedoman dalam melakukan penelitian.

1. Observasi

Observasi adalah suatu pengamatan langsung menggunakan panca indra, bisa melalui penglihatan, penciuman, pendengaran, dan perabaan guna untuk mendapatkan data atau informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah penelitian yang dilakukan (Siyoto & Sodik, 2015).

Peneliti telah melakukan observasi pada pasien dengan melihat hari rawatan klien, memantau tingkat kesadaran pasien serta memantau tanda-tanda vital dan peningkatan TIK yang terjadi pada pasien selama dilakukannya intervensi keperawatan. Peneliti juga telah memantau perubahan kekuatan otot yang terjadi pada pasien selama dilakukannya tindakan ROM.

2. Wawancara

Wawancara adalah teknik mengumpulkan data secara langsung kepada informan dengan cara mengajukan pertanyaan terkait topik penelitian. Wawancara berguna untuk peneliti yang ingin mengetahui pengalaman atau pendapat informan mengenai suatu hal secara mendalam, dan juga dapat membuktikan kebenaran data atau informasi yang sudah diperoleh sebelumnya (Fiantika et al., 2022).

Dalam penelitian terhadap pasien stroke iskemik peneliti telah melakukan wawancara terpimpin. Wawancara dilakukan dengan mewawancarai pasien dan keluarga pasien terkait identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama pasien, pola aktivitas sehari-hari pasien (pola nutrisi, pola tidur, pola eliminasi), apakah pasien aktivitasnya dibantu oleh keluarga atau bisa melakukan aktivitas mandiri. Menanyakan riwayat kesehatan pasien, apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, stroke, jantung dan riwayat penyakit lainnya yang bisa menjadi pemicu penyakit stroke dan juga menanyakan riwayat penyakit keluarga. Kemudian peneliti juga telah menanyakan pola hidup pasien sebelum

sakit, menanyakan pola koping stress pasien dalam menghadapi penyakit yang dialaminya.

3. Pengukuran

Pada penelitian ini peneliti telah melakukan pengukuran seperti pengukuran tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, pemeriksaan pupil, pemeriksaan nervus 12 kranial, pemeriksaan reflek fisiologis dan patologis, serta penilaian kekuatan otot.

4. Dokumentasi

Analisis dokumen adalah prosedur yang sistematis untuk mereview atau mengevaluasi dokumen baik berupa media cetak maupun elektronik, yang berbasis komputer dan ditransmisikan melalui internet (Adiputra et al., 2021). Dokumentasi telah dilakukan dengan menggunakan format asuhan keperawatan, yang terdiri dari format pengkajian, format analisa data, format diagnosis keperawatan, format intervensi keperawatan, format implementasi dan evaluasi keperawatan. Pendokumentasian yang telah dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini berasal dari rumah sakit yaitu dari data rekam medik sebagai penunjang dalam penelitian. Didapatkan data pasien yang mengalami stroke iskemik dari rekam medik meliputi identitas pasien.

F. Jenis–Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh oleh peneliti secara langsung dari responden (Kurniawan & Agustini, 2021). Data primer meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data penelitian yang diperoleh peneliti dari sumber yang sudah ada (Kurniawan & Agustini, 2021). Data sekunder pada penelitian ini di dapatkan dari keluarga klien dan rekam medis di

Ruangan Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data berupa hasil laboratorium, rekam medis dokter, catatan atau laporan historis.

G. Analisis Data

Analisis data yang telah dilakukan peneliti pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik. Data yang ditemukan saat pengkajian akan dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan data objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya peneliti telah membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian terdahulu

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP. Dr. M. Djamil Padang RS kelas A yaitu di IRNA Non Bedah Saraf. Ruangan saraf di pimpin oleh seorang kepala ruangan, dibantu oleh kepala tim dan beberapa perawat pelaksana yang dibagi menjadi tiga *shift* yaitu pagi, siang, dan malam. Selain perawat ruangan ada mahasiswa yang praktik dari berbagai institusi pendidikan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian yang dilakukan di Ruangan Saraf melibatkan 1 (satu) partisipan. Pasien bernama Tn. A berusia 65 tahun, berjenis kelamin laki-laki. Pasien dengan No MR 01.16.55.XX, masuk ke rumah sakit dengan diagnosis medis stroke iskemik hemiparise dextra. Penelitian ini melakukan asuhan pada tanggal 12 – 16 Februari 2023.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian yang didapatkan oleh peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada partisipan tersebut adalah sebagai berikut :

Pasien bernama Tn. A berusia 65 tahun berjenis kelamin laki-laki, pendidikan S1 Kehutanan, agama Islam, pekerjaan pensiunan, dengan diagnosis stroke iskemik hemiparise dextra. Pasien masuk melalui IGD RSUP DR. M. Djamil Padang pada tanggal 11 Februari 2023 pukul 23.37 WIB dengan keluhan kelemahan pada anggota gerak kanan sejak 1 hari yang lalu. Mulut tampak mencong ke kanan, bicara pelo sejak 1 hari yang lalu. GCS : 13 (Apatis).

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Februari 2023 pukul 11.00 WIB pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara, pasien mengeluh sakit kepala terasa saat melakukan

aktifitas miring kiri dan kanan skala 5, pasien mengatakan kuduk terasa berat, pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan dan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut.

Pada riwayat kesehatan dahulu, keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu dan tidak ada kontrol gula darah, memiliki riwayat penyakit hipertensi, sejak 3 tahun yang lalu dan 1 tahun ini tidak minum obat. Pasien merokok sejak umur 19 tahun, berhenti merokok 7 tahun yang lalu dan sekarang masih merokok. Pasien menderita stroke yang pertama dan tidak ada riwayat penyakit jantung. Setiap pagi dan sore hari pasien selalu minum kopi atau teh, pasien sering makan-makanan yang berlemak dan bersantan seperti jeroan, goreng-gorengan, gulai yang sering dipanaskan. Pasien juga menyukai makanan yang manis seperti es krim, kue coklat dan sering makan malam. Saat stress biasanya pasien mengontrolnya dengan berzikir, pasien melaksanakan sholat lima waktu tepat waktu.

Pada riwayat kesehatan keluarga, keluarga mengatakan tidak mengetahui anggota keluarga yang mempunyai penyakit hipertensi, diabetes mellitus, stroke dan jantung. Tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit menular, seperti TB dan HIV.

Pada kebutuhan dasar didapatkan data pasien memiliki kebiasaan makan sehat yaitu pasien makan 3 x sehari dengan porsi sedang terkadang makan buah dan sayur dengan pola yang tidak teratur serta menghabiskan porsi makanannya. Pasien sering makan-makanan yang berlemak dan bersantan seperti jeroan, goreng-gorengan, gulai yang sering dipanaskan. Pasien juga menyukai makanan yang manis seperti

es krim, kue coklat dan sering makan malam. Ketika sakit pasien diberi diit ML RG III 1700 kkal dan sering menghabiskan ($\frac{1}{2}$ porsi) karena kesulitan menelan. Keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan. Keluarga mengatakan saat sehat pasien minum sekitar 1800-2000 cc/hari (air mineral, kopi, teh), biasanya pasien selalu minum kopi dan teh pada pagi dan sore hari, pasien sering mersa haus. Ketika sakit pasien minum sekitar 1500-1800 cc/hari (air mineral). Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9 % 20 tetes/menit. Keluarga mengatakan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut. Keluarga mengatakan ketika sakit pasien belum BAB sejak kejadian sampai saat ini. Keluarga mengatakan saat sehat pasien BAK 7-9 x sehari dan sering pipis di malam hari. Keluarga mengatakan saat sehat pasien tidur malam 8-9 jam/sehari dan sering mengantuk, pasien tidur siang \pm 2 jam/hari. Ketika sakit keluarga mengatakan pasien tidur malam 5-6 jam/sehari, sering terjaga di malam hari karena sakit kepala dan lingkungan sering berisik, pasien tidur siang \pm 1 jam/hari. Pola aktivitas pasien saat sakit keluarga mengatakan aktivitas pasien banyak ditempat tidur, dibantu oleh keluarga dan perawat.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan tanggal 12 Februari 2023 didapatkan kesadaran compos mentis cooperative, GCS 15, berat badan 70 kg, dan tinggi badan 170 cm, hasil pengukuran nadi 60 x/menit, pernapasan 20 x/menit, TD 176/88 mmHg, MAP 117,3 mmHg, suhu 36,0 °C.

Pemeriksaan wajah didapatkan wajah pasien tampak tidak simetris, pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis, pasien tidak dapat mengembungkan pipi dan senyum pasien tidak simetris mencong ke kanan saat di suruh oleh pemeriksa (**N. VII Fasialis**).

Pemeriksaan mata ditemukan gerak bola mata bebas ke segala arah, penglihatan pasien sedikit kabur, pasien dapat melihat jari tangan 5/60 m, lapang pandang pasien 70° (**N. II Optikus**).

Pemeriksaan hidung didapatkan pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, penciuman sebelah kanan pasien tidak dapat membedakan aroma teh dan kopi yang diberikan oleh pemeriksa (**N. I Olfactory**).

Pemeriksaan mulut ditemukan pasien tampak batuk sebelum dan sesudah menelan makan atau minum, uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan, tampak deviasi garis tengah palatum ke kanan (**N. IX Glosopharingeal**). Pasien tampak kesulitan menelan (**N. X Vagus**). pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak tidak simetris saat pemeriksa menyuruh menjulurkan lidah (**N. XII Hypoglossus**).

Pemeriksaan telinga didapatkan pada telinga kanan pasien tidak dapat mendengar jelas apa yang disampaikan oleh pemeriksa (**N. VIII Acustikus dan vestibularis**). pada pemeriksaan leher didapatkan pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan (**N. XI Accessorius**).

Pemeriksaan jantung pasien pada saat inspeksi iktus kordis tidak terlihat, pada saat di palpasi iktus kordis teraba 1 jari pada RIC V, saat di perkusi batas jantung melebar, dan pada saat di auskultasi S1 dan S2 vesikuler.

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan ekstremitas atas pasien sebelah kanan lemah dan susah digerakkan, CRT <2 detik, pasien terpasang IVFD NaCl 0,9 % 20 tetes/menit, reflek fisiologis bisep dan trisep tangan kanan (-), kekuatan otot 333. Ekstremitas bawah pasien sebelah kanan terasa berat, lemah dan susah digerakkan, varises, CRT

<2 detik, refleks fisiologis: refleks patella (-) dan refleks achilles (-). Refleks patologis: Babinski (-), chaddoks (-), refleks gordon (-), oppenhome (-), kekuatan otot 333.

Pemeriksaan tanda rangsangan meningeal didapatkan kaku kuduk (-), tanda kernig (-), tanda laseque (-), tanda brudzunski 1 (-), tanda brudzunski 2 (-).

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 Februari 2023 didapatkan : Neutrofil batang 1 % (normal : 2.0-6.0 %), monosit 10 % (normal : 2.0-8.0 %). Pada tanggal 13 Februari 2023 didapatkan : Kolesterol-HDL 31 mg/dL (Normal : >40 mg/dL), Gula Darah Puasa 111 mg/dL (normal : 70.0-99.0 mg/dL), Gula Darah 2 Jam PP 168 mg/dL (normal : <140 mg/dL, HBA1C 7.0 % (normal : 4.8-6.8 %). Hasil pemeriksaan diagnostik menunjukkan Ekg pasien sinus rhythm, Brain CT Scan infark parietal sinistra, rontgen thorax infiltrat (+) CTR 50 %. Terapi pengobatan yang diberikan pada Tn. A yaitu Nacl 0,9 % 2x500 cc (IV), Ranitidin 2X50 g (IV), Citicolin 2x1 g, Heparin 1x250 cc (IV), manitol 20% 3x100 cc (IV), Pntoxyphilin 2x2 ampul (IV), Aspilet 1x80 mg (PO), Lp 6 1x80 (PO), Antosvastatin 1x20 mg (PO), Adalat Oros 1x30 mg (PO), HCT 1x25 mg (PO), Candisertan 1x16 mg (PO), Adalat Oros (P.S) 2x30 mg (PO).

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan pengkajian yang didapatkan berupa data subjektif dan data objektif (data penunjang seperti data pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan diagnostik dan data pengobatan pasien), berdasarkan data diatas peneliti telah menyesuaikan dengan SDKI (2017), maka peneliti mendapatkan diagnosis keperawatan sebagai berikut:

a. **Diagnosis Keperawatan I**

Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak pada tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif

pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara, pasien mengeluh sakit kepala seperti berputar-putar, sangat terasa apabila melakukan aktifitas miring kiri dan kanan skala 5, kuduk terasa berat, mual, sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo. Data objektif pada penciuman bagian kanan pasien tidak dapat membedakan aroma teh dan kopi yang diberikan oleh pemeriksa Nervus I (Olfactory), penglihatan pasien sedikit kabur, pasien dapat melihat jari tangan 5/60 m, lapang pandang pasien 70° Nervus II (Optikus), wajah pasien tampak tidak simetris (N. VII Facialis), senyum pasien tidak simetris (N. VII Facialis), pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan Nervus XI (Accessory), pasien tampak bicaranya pelo (N. XII Hipoglossus), gelisah, TD : 176/88 mmHg, MAP :117,3, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, hasil CT scan adanya infark parietal sinistra, pasien mengalami hemiparise dextra dengan kekuatan otot : 333/555
333/555.

b. Diagnosis Keperawatan II

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengeluh sakit kepala seperti berputar-putar, pasien mengatakan sakit kepala sangat terasa apabila melakukan aktifitas miring kiri dan kanan, pasien mengatakan skala nyeri 5. Data objektif pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis, pasien tidur malam 5-6 jam/sehari, sering terjaga di malam hari karena sakit kepala dan lingkungan sering berisik.

c. Diagnosis Keperawatan III

Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa tanggal 13 Februari 2023 ditemukan data subjektif keluarga mengatakan pasien tidur malam 8-9 jam/sehari dan sering mengantuk, keluarga mengatakan pasien menyukai makanan yang

manis seperti es krim dan kue coklat, keluarga mengatakan pasien BAK 7-9 x sehari dan sering pipis di malam hari, pasien mengatakan mulut terasa kering, pasien mengatakan sering merasa haus. Data objektif didapatkan gula darah puasa : 111 mg/dL, gula darah 2 jam PP 168 mg/dL, minum 1800-2000 cc/hari, diit MLDD III/IV.

d. Diagnosis Keperawatan IV

Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan sulit untuk menelan, keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan, keluarga mengatakan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut. Data objektif uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan, tampak deviasi garis tengah palatum ke kanan Nervus IX (Glosopharingeal), pasien tampak kesulitan menelan Nervus X (Vagus), pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak tidak simetris Nervus XII (Hypoglossus), pasien tampak sering tersedak, pasien tampak batuk sebelum menelan dan sesudah makan atau minum.

e. Diagnosis Keperawatan V

Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif tangan dan kaki kanan pasien terasa berat, lemah, susah digerakkan, pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan Nervus XI (Accessory), reflek fisiologis bisep dan trisep tangan kanan (-), tanda kernig dan tanda laseque (-), semua aktivitas pasien banyak ditempat tidur, dibantu oleh keluarga dan perawat, kekuatan otot menurun :

333/555

333/555

f. **Diagnosis Keperawatan VI**

Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara, keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo. Data objektif pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak tidak simetris Nervus XII (Hypoglossus), senyum pasien tidak simetris (N. VII Facialis), uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan Nervus IX (Glosopharingeal).

3. Intervensi Keperawatan

Setelah didapatkan beberapa diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien, diperlukan rencana keperawatan yang didalamnya terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada SIKI dan SLKI.

Berikut adalah rencana asuhan keperawatan pada pasien :

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, hindari pemberian cairan IV hipotonik, pertahankan suhu tubuh normal. Pemantauan neurologis dengan tindakan intervensi

keperawatan monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, monitor irama otot dan gerakan motorik, gaya berjalan, monitor kekuatan pegangan, monitor kesimetrisan wajah, monitor gangguan visual (penglihatan kabur dan ketajaman penglihatan), monitor keluhan sakit kepala, monitor karakteristik bicara, monitor parestesi (mati rasa dan kesemutan), hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intra kranial, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan prosedur pemantauan. Pemberian Obat dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat, verifikasi order obat sesuai dengan indikasi, monitor tanda tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu, monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat, perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat, lakukan prinsip enam benar, fasilitasi minum obat, dokumentasi pemberian obat dan respon terhadap obat, jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu meningkatkan perfusi serebral dengan kriteria hasil : tekanan intra kranial menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, refleks saraf membaik.

b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknis napas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa

nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu menurunkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protekrif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik.

- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen hiperglikemia dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), monitor intake dan output cairan, konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet, kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil : mengantuk berkurang, mulut kering berkurang, rasa haus berkurang, kadar glukosa dalam darah membaik.

- d. Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu pencegahan aspirasi dengan tindakan intervensi

keperawatan monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan, monitor status pernapasan, monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum, posisikan semi Fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral, pertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar, berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak, berikan obat oral dalam bentuk cair, anjurkan makan secara perlahan, ajarkan strategi mencegah aspirasi, ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu status menelan membaik dengan kriteria hasil : mempertahankan makanan di mulut meningkat, reflek menelan meningkat, usaha menelan meningkat, frekuensi tersedak menurun, batuk menurun.

e. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu teknik latihan penguatan sendi dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas, lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batasan-batasan rasa sakit, ketahanan, dan mobilisasi sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai), atau di kursi, sesuai toleransi, anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan, anjurkan ambulasi sesuai toleransi, kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : kekuatan otot meningkat,

pergerakan ekstremitas membaik, ROM meningkat, kaku sendi berkurang, gerak terbatas berkurang, kelemahan fisik berkurang.

f. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu promosi komunikasi deficit bicara dengan tindakan intervensi keperawatan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara, monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyaratangan, dan komputer), sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan 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, modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, anjurkan berbicara perlahan, ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara, rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : kemampuan bicara meningkat, kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat, respon perilaku pemahaman komunikasi membaik, pelo mnurun

4. Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, tidak semua tindakan keperawatan dilakukan oleh peneliti karena peneliti tidak merawat pasien selama 24 jam. Peneliti melakukan studi dokumentasi terhadap

tindakan yang telah dilakukan perawat ruangan umumnya sudah sesuai dengan intervensi yang ada pada SIKI.

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah melakukan identifikasi penyebab peningkatan TIK (gangguan metabolisme), memonitor TTV, memonitor MAP, mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS, memposisikan pasien elevasi 30 derajat, memonitor kesimetrisan wajah, memonitor keluhan sakit kepala, memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, memonitor gerakan motorik, memberikan obat ranitidin 2x50 g/hari (IV), citicolin 2 x 1 g (IV), pentoxyphilin 2 x 2 ampul (IV), adalat oros (P) 1 x 30 mg (PO), candesartan 1 x 16 mg (PO), atorvastatin 1 x 20 mg (PO), HCT 1 x 25 mg (PO).

- b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri, penyebab nyeri, dan waktu terjadi nyeri, melihat respon pasien saat nyeri, memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan pasien istirahat cukup, pemberian obat aspilet 1x80 mg (PO), mengevaluasi perasaan pasien setelah di beri obat dan setelah di ajarkan teknik relaksasi napas dalam.

- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, mengenali penyebab hiperglikemia, memberikan 8 unit insulin novorapid.

- d. Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor batuk dan kemampuan menelan, memonitor status pernapasan, memposisikan pasien elevasi 30 derajat sebelum memberikan

makan dan minum melalui mulut, memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak, menganjurkan pasien untuk makan secara perlahan.

e. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas, mengukur kekuatan otot, memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga, mendokumentasikan perkembangan pasien.

f. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor (kecepatan, volume dan kuantitas) bicara pasien, menggunakan metode komunikasi alternatif (seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan), menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindarkan bicara dengan teriakan, melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal (“ a i u e o “), memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien, mengulangi apa yang disampaikan pasien, menganjurkan berbicara perlahan.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 5 (lima) hari, maka didapatkan hasil kesehatan Tn. A sebagai berikut : TD: 149/89 mmHg, MAP: 109 mmHg, N: 94 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,8 °C.

a. Evaluasi dari diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak, hasil evaluasi keperawatan sebagian teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan tidak merasakan sakit kepala dan kuduk tidak terasa berat, pasien mengatakan tidak merasa mual, pasien mengatakan mulut terasa ringan, pasien mengatakan

anggota gerak sebelah kanan terasa ringan, keluarga mengatakan pasien bicaranya sudah jelas dan data objektif pasien tampak sudah bisa menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, pasien tampak bicaranya sudah jelas dan bisa dipahami, wajah pasien tampak sudah simetris, TD : 149/89 mmHg, MAP : 109 mmHg, N : 94 x/menit, RR : 22 x/menit, S : 36,8 °C, kekuatan otot pasien : atas (444 / 555) bawah (333 / 555). Dari hasil analisis didapatkan masalah belum teratasi, intervensi dihentikan.

- b. Evaluasi dari diagnosis nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia), hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan tidak merasakan sakit kepala, pasien mengatakan sakit kepala seperti berputar-putar sudah tidak terasa, pasien mengatakan skala nyeri 1, pasien mengatakan kepala sedikit sakit saat miring kiri kanan dan data objektif pasien tampak meringis menahan kesakitan ketika miring kiri kanan sudah berkurang, pasien tampak tidak gelisah. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan
- c. Evaluasi pada diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan mulut sudah terasa lembab, pasien mengatakan sering merasa haus sudah berkurang, keluarga mengatakan pasien sering mengantuk sudah berkurang, keluarga mengatakan diit yang diberikan sudah dihabis dan data objektif pasien tampak menghabiskan diit yang diberikan, GDS klien 143 mg/dl, mukosa bibir lembab. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.
- d. Evaluasi pada diagnosis gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan sudah bisa menelan, keluarga mengatakan pasien sudah tidak tersedak saat makan, keluarga mengatakan saat pasien diberi minum air tidak

ada air yang keluar dari mulut dan data objektif pasien tampak bisa menelan, tersedak sudah tidak ada, lidah pasien tampak simetris, batuk sebelum dan sesudah makan atau minum tidak ada, RR : 22 x/menit. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.

- e. Evaluasi pada diagnosis gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, hasil evaluasi keperawatan sebagian teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sudah terasa ringan dan bisa digerakkan, pasien mengatakan tangan kanan seperti sudah bisa menekuk dan saat diberikan tahanan pasien sudah dapat menahan tahanan yang diberikan tetapi belum maksimal, pasien mengatakan kaki kanan sudah bisa ditekuk tetapi saat diberikan tahanan pasien tidak dapat menahan tahanan yang diberikan dan data objektif anggota gerak sebelah kanan sudah bisa digerakkan, aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga dan perawat kekuatan otot pasien : atas (444 / 555) bawah (333 / 555). Dari hasil analisis didapatkan masalah belum teratasi, intervensi dihentikan.
- f. Hasil pada diagnosis gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan mulut sudah terasa ringan, keluarga mengatakan perkataan pasien bisa dimengerti dan dipahami, keluarga mengatakan pasien bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas dan data objektif pasien bicaranya sudah jelas, pembicaraan pasien bisa dipahami. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.

C. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan stroke iskemik. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. A berusia 65 tahun berjenis kelamin laki-laki, pendidikan S1 Kehutanan, agama Islam, pekerjaan pensiunan, dengan Dx stroke iskemik hemiparise dextra.

Menurut (Kusyani & Khayudin, 2022) orang yang berusia lanjut akan lebih rentan terkena stroke dibandingkan orang yang usianya lebih muda. Karena semakin bertambahnya usia fleksibilitas tubuh akan berkurang dan jaringan pada tubuh akan terasa kaku, termasuk pembuluh darah. Berdasarkan data (*World Stroke Organization*, 2022) diketahui bahwa pada tahun 2019 sebanyak 7,6 juta orang mengalami stroke iskemik dimana 58 % dari semua kejadian stroke iskemik terjadi pada usia <70 tahun. Didukung juga dengan penelitian (Rahayu, 2023) menunjukkan bahwa usia lebih dari 50 tahun menjadi faktor risiko yang menempati persentase paling tinggi yaitu 76 % dari faktor yang lain.

Berdasarkan pada kasus Tn. A ditemukan bahwa Tn. A berumur 65 tahun, dan termasuk dalam kategori lanjut usia, yang dialami Tn. A sama dengan teori yaitu semakin bertambahnya umur maka risiko terkena stroke iskemik akan semakin besar karena orang lanjut usia cenderung mengalami penuaan dan mengakibatkan mudahnya terjadi penimbunan plak yang dapat menyumbat pembuluh darah kemudian mengakibatkan aliran darah ke otak tidak lancar.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama masuk

Pasien masuk melalui IGD RSUP DR. M. Djamil Padang pada tanggal 11 Februari 2023 pukul 23.37 WIB dengan keluhan kelemahan pada anggota gerak kanan sejak 1 hari yang lalu. Mulut tampak mencong ke kanan, bicara pelo sejak 1 hari yang lalu. GCS : 13 (apatis).

Menurut (Susilo, 2019) tanda dan gejala stroke iskemik tergantung lesi otak mana yang mengalami kerusakan. Umumnya akan mengalami gangguan bicara (pelo atau afasia), kelemahan pada anggota gerak, kesadaran menurun dan mulut pencong. Didukung dengan hasil penelitian (Zendrato & Barus, 2021) keluhan utama pada pasien stroke iskemik yaitu penurunan kesadaran 60%, kelemahan anggota gerak 40%. Keluhan tambahan yaitu nyeri kepala 38% dan mulut mencong (4%). Dalam penelitian ini juga didapatkan Glasgow Coma Scale stroke iskemik yaitu compos mentis memiliki persentase terbanyak yaitu 57%, apatis 21%, delirium 11%, somnolen, 10% dan semikoma 1%. Sedangkan spoor dan koma memiliki persentase yaitu 0%

Berdasarkan hasil yang peneliti dapatkan ada kesamaan antara hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya yaitu kelemahan anggota gerak, mulut mencong, bicara pelo dan kesadaran compos mentis.

2) Keluhan saat dikaji (waktu pengkajian)

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Februari 2023 pukul 11.00 WIB pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara, pasien mengeluh sakit kepala terasa saat melakukan aktifitas miring kiri dan kanan skala 5,

kuduk terasa berat, mual, sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, sulit menelan, mulut terasa kering, keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo, keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan dan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut.

Menurut (Susilo, 2019) tanda dan gejala stroke iskemik tergantung lesi otak mana yang mengalami kerusakan. Umumnya akan mengalami gangguan bicara (pelo atau afasia), kelemahan pada anggota gerak, kesadaran menurun dan mulut pencong. Tanda dan gejala stroke iskemik pada umumnya menurut penelitian (Muslimah et al., 2022) pada 42 orang pasien didapatkan yang mengalami kelumpuhan anggota gerak 11 orang (26,19%), gangguan berbicara 8 orang (19,4%), wajah perot 2 orang (4,76%), penurunan kesadaran 4 orang (9,52%), disfagia 1 orang (2,38%) dan tanpa keluhan 16 orang (38,09%).

Menurut analisis peneliti tanda dan gejala yang dirasakan partisipan sama dengan teori dan penelitian sebelumnya.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pada riwayat kesehatan dahulu, keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus tipe 2 sejak 5 tahun yang lalu dan tidak ada kontrol gula darah, memiliki riwayat penyakit hipertensi, sejak 3 tahun yang lalu dan 1 tahun ini tidak minum obat. Pasien merokok sejak umur 19 tahun, berhenti merokok 7 tahun yang lalu dan sekarang masih merokok. Pasien menderita stroke yang pertama dan tidak ada riwayat penyakit jantung. Setiap pagi dan sore hari pasien selalu minum kopi atau teh, pasien sering makan-makanan yang berlemak dan bersantan seperti jeroan, goreng-gorengan, gulai

yang sering dipanaskan. Pasien juga menyukai makanan yang manis seperti es krim, kue coklat dan sering makan malam. Saat stress biasanya pasien mengontrolnya dengan berzikir, pasien melaksanakan sholat lima waktu tepat waktu.

Menurut (Kusyani & Khayudin, 2022) peningkatan viskositas darah dapat memperlambat aliran darah serebral dan adanya kelainan microvaskuler sehingga berdampak juga terhadap kelainan yang terjadi pada pembuluh darah serebral. Hal ini yang mengakibatkan penderita penyakit diabetes mellitus berpotensi mengalami penyakit stroke. Didukung dengan hasil penelitian dari (Basuki et al., 2022) pada data diabetes mellitus tipe 2 yang tak terkontrol didapatkan stroke Iskemik akut sebanyak 30 orang (85,7%) dan rekuren sebanyak 5 orang (14,3%) dengan total keseluruhan adalah 35 orang. Pada data diabetes mellitus tipe 2 terkontrol didapatkan stroke iskemik akut sebanyak 14 orang (56%) dan rekuren sebanyak 11 orang (44%) dengan total keseluruhan adalah 25 orang. Disimpulkan bahwa DM tidak terkontrol berisiko terjadi stroke iskemik akut 4,71 kali lebih besar dibandingkan DM terkontrol.

Menurut (Kusyani & Khayudin, 2022) hipertensi dapat terjadi karena aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan thrombus sehingga dapat mengganggu aliran darah ke otak yang akan mengakibatkan suplai oksigen berkurang. Hipertensi menjadi faktor risiko tertinggi berdasarkan persentase setelah usia (60%). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh (Ningsih & Melinda, 2019) bahwa sebanyak (80,6%) responden yang memiliki riwayat hipertensi memiliki risiko lebih besar terjadinya stroke iskemik.

Menurut (Kusyani & Khayudin, 2022) asap yang dihirup saat merokok akan menimbulkan *plaque* pada pembuluh darah yang disebabkan oleh nikotin, sehingga terjadi aterosklerosis dan juga akan mengganggu aliran darah, terutama aliran darah menuju otak. Sejalan dengan penelitian (Pan et al., 2019) dimana kebiasaan merokok berhubungan dengan kejadian stroke iskemik, karena dapat membuat pembuluh darah menyempit dan jantung terpaksa bekerja lebih keras hingga mengakibatkan tekanan darah meningkat akibat nikotin didalam rokok.

Menurut analisis peneliti terjadinya stroke iskemik pada pasien karena ada 3 faktor risiko yaitu diabetes mellitus, hipertensi dan merokok yang mengakibatkan viskositas darah meningkat, sehingga terbentuklah plak dan lama-kelamaan plak akan menumpuk dan menyumbat pembuluh darah.

4) Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan tanggal 12 Februari 2023 didapatkan kesadaran *compos mentis cooperative*, GCS 15, berat badan 70 kg, dan tinggi badan 170 cm, hasil pengukuran nadi 60 x/menit, pernapasan 20 x/menit, TD 176/88 mmHg, MAP 117,3 mmHg, suhu 36,0 °C.

Pemeriksaan wajah didapatkan wajah pasien tampak tidak simetris (N. VII Fasialis). Penglihatan pasien sedikit kabur, pasien dapat melihat jari tangan 5/60 m, lapang pandang pasien 70° (N. II Optikus). Pemeriksaan hidung didapatkan pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, gangguan penciuman sebelah kanan (N. I Olfactory). Pemeriksaan mulut ditemukan uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan, tampak deviasi garis tengah palatum ke kanan (N. IX

Glosopharingeal). Pasien tampak kesulitan menelan (N. X Vagus). Bicaranya pelo dan lidah tidak simetris (N. XII Hypoglossus).

Pemeriksaan telinga didapatkan telinga kanan pasien tidak dapat mendengar jelas apa yang disampaikan oleh pemeriksa (N. VIII Acustikus dan vestibularis). Pemeriksaan leher didapatkan pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan (N. XI Accessorius).

Pada pemeriksaan ekstremitas didapatkan ekstremitas atas pasien sebelah kanan lemah dan susah digerakkan, pasien terpasang IVFD NaCl 0,9 % 20 tetes/menit reflek fisiologis bisep dan trisep tangan kanan (-), kekuatan otot 3/5. Ekstremitas bawah pasien sebelah kanan terasa berat, lemah dan susah digerakkan, varises, refleks fisiologis: refleks patella (-) dan refleks achilles (-), kekuatan otot 3/5.

Pemeriksaan tanda rangsangan meningeal didapatkan kaku kuduk (-), tanda kernig (-), tanda laseque (-), tanda brudzunski 1 (-), tanda brudzunski 2 (-).

Penyebab terjadinya stroke iskemik salah satunya adalah trombosis. Trombosis yang sering terjadi adalah plak, thrombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak kedalam sirkulasi serebral. Kejadian trombosis pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia. Sedangkan manifestasi dari stroke iskemik diantaranya kelumpuhan wajah/anggota badan, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, penurunan kesadaran (konfusi, delirium, samnolen, letargi, stupor dan koma), kesulitan dalam berbicara (afasia), bicara cedel/pelo

(disatria), gangguan penglihatan (diplopia), gangguan menelan (disfagia), inkontinensia bowel dan urine, vertigo, mual, muntah, nyeri kepala (Susilo, 2019).

5) Hasil pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 Februari 2023 didapatkan : Neutrofil batang 1 % (normal : 2.0-6.0 %), monosit 10 % (normal : 2.0-8.0 %). Pada tanggal 13 Februari 2023 didapatkan : Kolesterol-HDL 31 mg/dL (Normal : >40 mg/dL), Gula Darah Puasa 111 mg/dL (normal : 70.0-99.0 mg/dL), Gula Darah 2 Jam PP 168 mg/dL (normal : <140 mg/dL, HBA1C 7.0 % (normal : 4.8-6.8 %). Hasil pemeriksaan diagnostik menunjukkan Ekg pasien sinus rhythm, Brain CT Scan infark parietal sinistra, rontgen thorax infiltrat (+) CTR 50 %.

Berdasarkan (Susilo, 2019) menyebutkan pemeriksaan laboratorium tentang stroke iskemik meliputi pemeriksaan darah lengkap (Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED), pemeriksaan gula darah sewaktu (gula darah dapat mencapai 250 mg/dl dalam serum dan kemudian brangsur-angsur turun kembali), kolesterol (normalnya <200 mg/dl, sedangkan pada pasien stroke iskemik dapat mencapai >240 mg/dl).

Menurut hasil penelitian (Pratiwi et al., 2021) hubungan antara kadar glukosa darah dengan kadar HDL menunjukkan pola negatif, artinya semakin tinggi kadar glukosa darah maka kadar HDL semakin rendah dengan kekuatan korelasi dalam kategori lemah. Pada hasil labor HDL partisipan rendah dan gula darah partisipan tinggi. Ini dapat menyebabkan terjadinya stroke iskemik, kadar gula darah dan HDL memiliki keterkaitan dimana akan terjadi perubahan metabolisme lemak akibat

fungsi insulin menurun (resistensi insulin). Keadaan resistensi insulin dapat mengakibatkan hormon sensitif lipase di jaringan adipose menjadi aktif sehingga lipolisis trigliserida di jaringan adipose semakin meningkat dan menghasilkan asam lemak bebas berlebih. Di hati asam lemak bebas akan menjadi trigliserida kembali dan menjadi bagian dari VLDL sehingga akan di hasilkan VLDL yang kaya trigliserida. VLDL yang kaya akan trigliserida dipertukarkan dengan kolesterol ester dari HDL dan menghasilkan HDL kaya trigliserida tetapi miskin kolesterol ester. Kolesterol HDL bentuk demikian lebih mudah dikatabolisme oleh ginjal sehingga jumlah HDL serum menurun (Malau, Sri Rizki. 2014).

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI, masalah keperawatan muncul pada pasien stroke iskemik diantaranya risiko perfusi serebral tidak efektif, pola napas tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan komunikasi verbal, gangguan menelan, gangguan mobilitas fisik, gangguan memori, nyeri akut. Sedangkan menurut penelitian yang di lakukan oleh Iffa (2022) diagnosis yang didapatkan pada stroke iskemik adalah risiko perfusi serebral tidak efektif, ketidakefektifan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal.

Hasil studi dokumentasi pada kasus Tn. A ditemukan 6 diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, ketidakefektifan kadar glukosa darah, gangguan menelan, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal. Berdasarkan penelitian Iffa, peneliti menemukan perbedaan terhadap masalah keperawatan yang muncul pada Tn. A yaitu nyeri akut dan gangguan menelan.

a. Diagnosis Keperawatan I

Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak pada tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif

pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara, pasien mengeluh sakit kepala seperti berputar-putar, sangat terasa apabila melakukan aktifitas miring kiri dan kanan skala 5, kuduk terasa berat, mual, sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo. Data objektif pada penciuman bagian kanan pasien tidak dapat membedakan aroma teh dan kopi yang diberikan oleh pemeriksa Nervus I (Olfactory), penglihatan pasien sedikit kabur, pasien dapat melihat jari tangan 5/60 m, lapang pandang pasien 70° Nervus II (Optikus), wajah pasien tampak tidak simetris (N. VII Facialis), senyum pasien tidak simetris (N. VII Facialis), pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan Nervus XI (Accessorius), pasien tampak bicaranya pelo (N. XII Hipoglossus), gelisah, TD : 176/88 mmHg, MAP :117,3, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, hasil CT scan adanya infark parietal sinistra, pasien mengalami hemiparise dextra dengan kekuatan otot : 333/555
333/555.

Menurut (Junaidi, 2012) stroke iskemik terjadi karena berkurangnya aliran darah ke otak karena adanya sumbatan sehingga oksigen yang sampai ke otak juga berkurang atau tidak ada tergantung pada berat ringannya aliran darah yang tersumbat. Jika aliran darah ke otak tersumbat maka akan terjadi iskemia dan mengakibatkan gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral (Tarwoto, 2013). Hal ini juga sesuai dengan (SDKI, 2016) perfusi serebral tidak efektif yaitu penurunan sirkulasi darah ke otak yang menyebabkan penurunan jumlah oksigen ke otak yang dapat mengakibatkan perubahan status mental, perubahan perilaku, perubahan respons motorik, kesulitan menelan dan ketidaknormalan dalam berbicara.

b. **Diagnosis Keperawatan II**

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengeluh sakit kepala seperti berputar-putar, pasien mengatakan sakit kepala sangat terasa apabila melakukan aktifitas miring kiri dan kanan , pasien mengatakan skala nyeri 5. Data objektif pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis, pasien tidur malam 5-6 jam/sehari, sering terjaga di malam hari karena sakit kepala dan lingkungan sering berisik.

Hal ini dipertegas berdasarkan teori (SDKI, 2017) gejala dan tanda mayor/minor dapat ditegaskan bila pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

c. **Diagnosis Keperawatan III**

Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa tanggal 13 Februari 2023 ditemukan data subjektif keluarga mengatakan pasien tidur malam 8-9 jam/sehari dan sering mengantuk, keluarga mengatakan pasien menyukai makanan yang manis seperti es krim dan kue coklat, keluarga mengatakan pasien BAK 7-9 x sehari dan sering pipis di malam hari, pasien mengatakan mulut terasa kering, pasien mengatakan sering merasa haus. Data objektif didapatkan gula darah puasa : 111 mg/dL, gula darah 2 jam PP 168 mg/dL, minum 1800-2000 cc/hari, diit MLDD III/IV.

Hal ini sesuai dengan (SDKI, 2017) yang menjelaskan bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah tanda dan gejalanya adalah kada glukosa darah tinggi, mulut kering, haus meningkat, jumlah

urin meningkat. Didukung oleh penelitian (Gultom et al., 2019) hiperglikemia adalah kenaikan kadar glukosa didalam darah, baik kadar glukosa darah puasa, maupun kadar glukosa darah 2 jam post prandial. Hiperglikemia adalah kadar glukosa darah puasa \geq 126mg/dL, dimana kadar glukosa darah puasa antara 100-125 mg/dL dikatakan suatu keadaan toleransi glukosa terganggu.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan hiperglikemia dapat memperburuk defisit neurologis pasien stroke iskemik saat masuk dirawat dirumah sakit. Peneliti berasumsi untuk mengatasi glukosa darah klien terlebih dahulu dibandingkan dengan mobilitas fisik. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK pada Tn.A.

d. Diagnosis Keperawatan IV

Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan sulit untuk menelan, keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan, keluarga mengatakan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut. Data objektif uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan, tampak deviasi garis tengah palatum ke kanan Nervus IX (Glosopharingeal), pasien tampak kesulitan menelan Nervus X (Vagus), pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak tidak simetris Nervus XII (Hypoglossus), pasien tampak sering tersedak, pasien tampak batuk sebelum menelan dan sesudah makan atau minum.

Hal ini sesuai dengan (SDKI, 2017) yang menjelaskan bahwa gangguan menelan tanda dan gejalanya adalah mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut

e. **Diagnosis Keperawatan V**

Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif tangan dan kaki kanan pasien terasa berat, lemah, susah digerakkan, pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan Nervus XI (Accessory), reflek fisiologis bisep dan trisep tangan kanan (-), tanda kernig dan tanda tanda laseque (-), semua aktivitas pasien banyak ditempat tidur, dibantu oleh keluarga dan perawat, kekuatan otot menurun :

333/555

333/555

Hal ini sesuai dengan (SDKI, 2017) yang menjelaskan bahwa diagnosis gangguan mobilitas tanda dan gejalanya adalah pasien mengeluh sulit menggerakkan esktermitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah.

f. **Diagnosis Keperawatan VI**

Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular tanggal 12 Februari 2023 ditemukan data subjektif pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara, keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo. Data objektif pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak tidak simetris Nervus XII (Hypoglossus), senyum pasien tidak simetris (N. VII Facialis), uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan Nervus IX (Glosopharingeal).

Hasil penelitian (Rosalia, 2019) didapatkan diagnosis keperawatan pada pasien stroke iskemik yaitu gangguan komunikasi verbal dengan tanda dan gejala tidak bisa bicara/pelo, bibir mencong ke kanan, lidah sulit digerakkan.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan disusun berdasarkan diagnosis yang ditemukan pada kasus. Rencana keperawatan tersebut terdiri dari Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI):

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, hindari pemberian cairan IV hipotonik, pertahankan suhu tubuh normal. Pemantauan neurologis dengan tindakan intervensi keperawatan monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, monitor irama otot dan gerakan motorik, gaya berjalan, monitor kekuatan pegangan, monitor kesimetrisan wajah, monitor gangguan visual (penglihatan kabur dan ketajaman penglihatan), monitor keluhan sakit kepala, monitor karakteristik bicara, monitor parestesi (mati rasa dan kesemutan), hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intra kranial, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan prosedur pemantauan. Pemberian Obat dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi kemungkinan

alergi, interaksi dan kontraindikasi obat, verifikasi order obat sesuai dengan indikasi, monitor tanda tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu, monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat, perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat, lakukan prinsip enam benar, fasilitasi minum obat, dokumentasi pemberian obat dan respon terhadap obat, jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu meningkatkan perfusi serebral dengan kriteria hasil : tekanan intra kranial menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, refleks saraf membaik.

b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen nyeri dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknis napas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu menurunkan tingkat nyeri dengan kriteria

hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protekrif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen hiperglikemia dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), monitor intake dan output cairan, konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet, kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil : mengantuk berkurang, mulut kering berkurang, rasa haus berkurang, kadar glukosa dalam darah membaik.

d. Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu pencegahan aspirasi dengan tindakan intervensi keperawatan monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan, monitor status pernapasan, monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum, posisikan semi Fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral, pertahankan posisi semi Fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar, berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak, berikan obat

oral dalam bentuk cair, anjurkan makan secara perlahan, ajarkan strategi mencegah aspirasi, ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu status menelan membaik dengan kriteria hasil : mempertahankan makanan di mulut meningkat, reflek menelan meningkat, usaha menelan meningkat, frekuensi tersedak menurun, batuk menurun.

e. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu teknik latihan penguatan sendi dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas, lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batasan-batasan rasa sakit, ketahanan, dan mobilisasi sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjuntai), atau di kursi, sesuai toleransi, anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan, anjurkan ambulasi sesuai toleransi, kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : kekuatan otot meningkat, pergerakan ekstremitas membaik, ROM meningkat, kaku sendi berkurang, gerak terbatas berkurang, kelemahan fisik berkurang.

- f. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular
- Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu promosi komunikasi deficit bicara dengan tindakan intervensi keperawatan monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara, monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara, monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer), sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan 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, modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, anjurkan berbicara perlahan, ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara, rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : kemampuan bicara meningkat, kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat, respon perilaku pemahaman komunikasi membaik, perilaku menurun

4. Implementasi Keperawatan

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak
- Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah melakukan identifikasi penyebab peningkatan TIK (gangguan metabolisme), memonitor TTV, memonitor MAP, mengkaji tingkat kesadaran

dengan menggunakan nilai GCS, memposisikan pasien elevasi 30 derajat, memonitor kesimetrisan wajah, memonitor keluhan sakit kepala, memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, memonitor gerakan motorik, memberikan obat ranitidin 2x50 g/hari (IV), citicolin 2 x 1 g (IV), pentoxyphilin 2 x 2 ampul (IV), adalat oros (P) 1 x 30 mg (PO), candesartan 1 x 16 mg (PO), atorvastatin 1 x 20 mg (PO), HCT 1 x 25 mg (PO).

Menurut (Junaidi, 2012) tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada fase akut yaitu melakukan elevasi kepala pasien setinggi 15°-30°, hal ini untuk memperbaiki perfusi serebral supaya aliran darah ke otak menjadi lancar dan dapat menurunkan tekanan intrakranial. Menurut hasil penelitian (Alvinasyrah, 2021) tekanan darah yang tinggi dapat mengakibatkan sumbatan atau penumpukan pada pembuluh darah sehingga hilangnya suplai darah ke otak secara tiba-tiba akibatnya dapat mengalami stroke iskemik, oleh karena itu pasien stroke iskemik harus di monitor TTV dan nilai MAP nya, supaya tidak terjadi stroke berulang.

Menurut analisis peneliti tindakan elevasi kepala setinggi 15°-30°, monitor TTV dan monitor MAP pada pasien, perlu dilakukan untuk memperbaiki perfisi serabral supaya tidak terjadi stroke berulang.

b. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri, penyebab nyeri, dan waktu terjadi nyeri, melihat respon pasien saat nyeri, memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam, menganjurkan pasien istirahat cukup, memberian obat aspilet 1x80 mg (PO), mengevaluasi perasaan pasien setelah di beri obat dan setelah di ajarkan teknik relaksasi napas dalam.

Menurut penelitian (Saputri R, Ayubbana S, 2022) pengaruh teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri kepala pada penderita hipertensi, menunjukkan bahwa sebagian besar nyeri yang dialami oleh 2 responden adalah nyeri sedang dengan skala 4-6 (nyeri sedang). Setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam ini turun menjadi 3-4 (nyeri ringan). Dari hasil observasi ada pengaruh dari pemberian terapi teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri pada penderita hipertensi.

Menurut peneliti, penelitian diatas relevan dengan kasus yang dikelola yaitu Tn. A yang memiliki keluhan nyeri kepala karena hipertensi sehingga diberikan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan didampingi juga dengan terapi obat.

- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, mengenali penyebab hiperglikemia, memberikan 8 unit insulin novorapid.

Berdasarkan penelitian (Ramadhan & Dharma, 2020) Golongan obat antidiabetik tunggal injeksi yang banyak digunakan pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Rumah Sakit Islam Jakarta pada tahun 2018 adalah golongan Insulin dengan jenis obat yang digunakan adalah Novorapid® sebesar 21,9%. Novorapid® merupakan jenis insulin campuran antara insulin kerja menengah dan insulin kerja cepat yang mempunyai keuntungan yaitu memiliki waktu onset (lamanya waktu yang dibutuhkan untuk dapat berefek) selama 12-30 menit setelah disuntikkan, selain itu dapat juga digunakan untuk pasien yang dikontraindikasikan terhadap antidiabetik oral.

Menurut analisis peneliti, pemberian insulin novorapid dapat menurunkan kadar gula darah pasien dengan cepat sehingga bisa mencegah terjadinya komplikasi pada pasien.

d. Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor batuk dan kemampuan menelan, memonitor status pernapasan, memposisikan pasien elevasi 30 derajat sebelum memberikan makan dan minum melalui mulut, memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak, menganjurkan pasien untuk makan secara perlahan.

Menurut penelitian (Halimah et al., 2021) implementasi yang dilakukan pada gangguan menelan yaitu memposisikan semi fowler (30 – 45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral, untuk menurunkan komplikasi disfagia adalah melakukan strategi kompensatori dengan merubah posisi kepala, menegakkan posisi badan dan memodifikasi konsistensi makanan atau cairan yang dikonsumsi.

Menurut analisis peneliti, tindakan memposisikan pasien semi fowler (30 – 45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral dapat mencegah terjadinya komplikasi disfagia sehingga tidak memperburuk keadaan pasien.

e. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas, mengukur kekuatan otot, memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, mengajarkan dan

melatih ROM kepada pasien dan keluarga 2 kali/hari selama 15 menit, mendokumentasikan perkembangan pasien.

sebelum latihan ROM	sesudah latihan ROM
333/555	444/555
333/555	333/555

Terdapat peningkatan 1 angka pada kekuatan otot ekstremitas atas pasien.

Berdasarkan penelitian (Eka Pratiwi Syahrim et al., 2019) mengatakan bahwa latihan ROM sangat efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yang mengalami hemiparise. Pelaksanaan latihan ROM dapat dilakukan minimal 2 kali sehari selama 15-35 menit. Waktu pemberian latihan ini sebaiknya lebih lama yaitu minimal 4 minggu karena telah terbukti sangat berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot. Latihan ROM dilakukan pada saat pasien memasuki fase rehabilitasi yaitu 2 sampai 3 hari setelah serangan. Menurut observasi peneliti, tindakan keperawatan yang tidak dijalankan di ruangan yaitu mobilisasi bertahap ROM dan pemberian informasi pada keluarga mengenai cara mobilisasi pasien, sehingga keluarga tidak mengerti apa yang harus dilakukan pada anggota keluarganya yang sakit.

Menurut penelitian (Agustina et al., 2021) tentang efektifitas latihan ROM terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke iskemik menyatakan bahwa dari 2 orang subjek penelitian. Di dapatkan pada subjek 1 kekuatan otot tangan kanan 222 kiri 555 sebelum dilakukan penerapan ROM, setelah dilakukan ROM pada hari ke tiga kekuatan otot tangan kanan menjadi 333 kiri 555. Sedangkan pada subjek 2 kekuatan otot tangan kanan 111 kiri 555 sebelum dilakukan penerapan ROM, setelah dilakukan ROM pada hari ke tiga kekuatan otot tangan kanan menjadi 222 kiri 555.

Menurut analisis peneliti, pelaksanaan penerapan latihan *range of motion* pada pasien stroke iskemik mampu meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yang mengalami kelemahan kekuatan otot.

f. Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular

Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor (kecepatan, volume dan kuantitas) bicara pasien, menggunakan metode komunikasi alternatif (seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan), menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindarkan bicara dengan teriakan, melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal (“ a i u e o “), memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien, mengulangi apa yang disampaikan pasien, menganjurkan berbicara perlahan.

Menurut penelitian (Syahyani et al., 2022) implementasi untuk diagnosis gangguan komunikasi verbal yaitu melakukan latihan terapi bicara mengucapkan huruf focal AIUEO. Selama 4 hari rawatan, pasien dibantu oleh perawat dan keluarga mengikuti latihan terapi bicara dengan mengucapkan huruf focal AIUEO. Terdapat peningkatan pada pasien dalam pengucapan huruf focal pada hari rawatan ketiga dan pasien sudah mampu berbicara beberapa kata dengan sedikit lebih jelas dan dapat di mengerti oleh perawat sehingga masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian.

Menurut analisis peneliti, penerapan latihan terapi bicara dengan mengucapkan huruf focal dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam berbicara.

5. Evaluasi Keperawatan

- a. Evaluasi dari diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan tidak merasakan sakit kepala dan kuduk tidak terasa berat, pasien mengatakan tidak merasa mual, pasien mengatakan mulut terasa ringan, pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan terasa ringan, keluarga mengatakan pasien bicaranya sudah jelas dan data objektif pasien tampak sudah bisa menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, pasien tampak bicaranya sudah jelas dan bisa dipahami, wajah pasien tampak sudah simetris, TD : 149/89 mmHg, MAP : 109 mmHg, N : 94 x/menit, RR : 22 x/menit, S : 36,8 °C, kekuatan otot pasien : atas (444 / 555) bawah (333 / 555). Dari hasil analisis didapatkan masalah belum teratasi, intervensi dihentikan.

- b. Evaluasi dari diagnosis nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia), hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan tidak merasakan sakit kepala, pasien mengatakan sakit kepala seperti berputar-putar sudah tidak terasa, pasien mengatakan kepala tidak sakit saat miring kiri kanan dan data objektif pasien tampak tidak meringis menahan kesakitan ketika miring kiri kanan, pasien tampak tidak gelisah. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.

- c. Evaluasi pada diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan mulut sudah terasa lembab, pasien mengatakan sering merasa haus sudah berkurang, keluarga mengatakan pasien sering mengantuk sudah berkurang, keluarga mengatakan diit yang

diberikan sudah dihabis dan data objektif pasien tampak menghabiskan diit yang diberikan, GDS klien 143 mg/dl, mukosa bibir lembab. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.

- d. Evaluasi pada diagnosis gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan sudah bisa menelan, keluarga mengatakan pasien sudah tidak tersedak saat makan, keluarga mengatakan saat pasien diberi minum air tidak ada air yang keluar dari mulut dan data objektif pasien tampak bisa menelan, tersedak sudah tidak ada, lidah pasien tampak simetris, batuk sebelum dan sesudah makan atau minum tidak ada, RR : 22 x/menit. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.
- e. Evaluasi pada diagnosis gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, hasil evaluasi keperawatan sebagian teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sudah terasa ringan dan bisa digerakkan, pasien mengatakan tangan kanan seperti sudah bisa menekuk dan saat diberikan tahanan pasien sudah dapat menahan tahanan yang diberikan tetapi belum maksimal, pasien mengatakan kaki kanan sudah bisa ditekuk tetapi saat diberikan tahanan pasien tidak dapat menahan tahanan yang diberikan dan data objektif anggota gerak sebelah kanan sudah bisa digerakkan, aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga dan perawat kekuatan otot pasien : atas (444 / 555) bawah (333 / 555). Dari hasil analisis didapatkan masalah belum teratasi, intervensi dihentikan.
- f. Evaluasi pada diagnosis gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular, hasil evaluasi keperawatan sudah

teratasi pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan mulut sudah terasa ringan, keluarga mengatakan perkataan pasien bisa dimengerti dan dipahami, keluarga mengatakan pasien bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas secara data objektif pasien bicaranya sudah jelas, pembicaraan pasien bisa dipahami. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah peneliti lakukan pada Pasien Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP DR. M. Djamil Padang. Maka peneliti dapat memberikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian keperawatan : hasil pengkajian pada pasien stroke iskemik didapatkan keluhan pasien bicara pelo, sakit kepala, kuduk terasa berat, mual, sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, sulit menelan ketika makan dan mium, sering tersedak dan pasien batuk sebelum dan sesudah makan atau minum. Pasien memiliki riwayat diabetes mellitus 5 tahun yang lalu, hipertensi 3 tahun yang lalu dan merokok 39 tahun yang lalu. Pemeriksaan Nervus I (*Olfactory*) : penciuman bagian kanan pasien tidak dapat membedakan aroma teh dan kopi. Nervus II (*Optikus*) : penglihatan pasien sedikit kabur, pasien dapat melihat jari tangan 5/60 m, lapang pandang pasien 70°. Nervus VII (*Fasialis*) : wajah pasien tampak tidak simetris, senyum pasien tidak simetris. Nervus VIII (*Acustikus dan vestibularis*) : telinga sebelah kanan tidak dapat mendengar jelas. Nervus IX (*Glosopharingeal*) : uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan, tampak deviasi garis tengah palatum ke kanan. Nervus X (*Vagus*) : pasien kesulitan menelan. Nervus XI (*Accessorius*) : pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan. Nervus XII (*Hipoglossus*) : pasien bicaranya pelo dan lidah tidak simetris.
2. Diagnosis keperawatan : risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia), ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa, gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial, gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular
3. Intervensi keperawatan : intervensi keperawatan yang direncanakan berdasarkan masalah yang ditemukan saat peneliti melakukan

penelitian sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial, pemantauan neurologis, pemberian obat, manajemen nyeri, manajemen hiperglikemia, pencegahan aspirasi, teknik latihan penguatan sendi dan promosi komunikasi defisit bicara.

4. Implementasi keperawatan : implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial, pemantauan neurologis, pemberian obat, manajemen nyeri, manajemen hiperglikemia, pencegahan aspirasi, teknik latihan penguatan sendi dan promosi komunikasi defisit bicara. Implementasi mulai dilakukan pada tanggal 12-16 Februari 2023.
5. Evaluasi keperawatan : hasil evaluasi yang peneliti dapatkan selama 5 hari interaksi dengan pasien adalah masalah risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak belum teratasi pada hari ke 5, nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia) teratasi pada hari ke 5, ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa teratasi pada hari ke 5, gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial teratasi pada hari ke 5, gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular belum teratasi maka intervensi dilanjutkan dirumah dengan melatih ROM oleh keluarga, Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular teratasi pada hari ke 5.

B. Saran

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini agar dapat menambah wawasan, pengalaman dan dijadikan sebagai acuan serta data pembanding bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik.

2. Bagi Rumah Sakit

Semoga studi kasus yang peneliti lakukan pada Pasien Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang dapat bermanfaat bagi Rumah Sakit terutama perawat dalam melakukan

asuhan keperawatan dan diharapkan kepada pihak pimpinan dan manajemen Rumah Sakit untuk melakukan penyegaran kepada perawat tentang teknik mobilisasi dan terapi bicara salah satunya kepada perawat ruangan agar memberikan teknik mobilisasi dan terapi bicara untuk meningkatkan kekuatan otot dan komunikasi verbal.

3. Bagi Poltekkes Kemenkes Padang

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan perbandingan dan pembelajaran di Jurusan Keperawatan Padang khususnya mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. wayan, Oktaviani, N. P. W., Mounthe, S. A., Hulu, V. T., Budiastutik, I., Faridi, A., Ramdany, R., Fitriani, R. J., Tania, P. oky A., Rahmiati, B. F., Lusiana, S. A., Susilawaty, A., Sianturi, E., & Suryana. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
<https://books.google.co.id/books?id=DDYtEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=adipura+2021&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwiBwojb9pz8AhWl43MBHbHsBNsQ6AF6BAgAEAE#v=onepage&q&f=false>
- Agustina, R. E., Luthfiyatil Fitri, N., & Purwono, J. (2021). Efektifitas Latihan Range of Motion Cylindrical Grip Terhadap Kekuatan Otot Ekstermitas Atas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Syaraf Rsud Jend. Ahmad Yani Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(ISSN : 2807-3649), 554–563.
- Alvinasyrah. (2021). Jurnal Penelitian Perawat Profesional. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(1), 153–158.
- Arum, S. P. (2015). *Stroke Kenali Cegah & Obati*. Yogyakarta: Notebook.
- Bararah, & Jauhar. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawatan Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustakarya.
- Basri, B., Utami, T., & Mulyadi, E. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Media Sains Indonesia.
<https://books.google.co.id/books?id=uiwNEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=konsep+dasar+dokumentasi+keperawatan&hl=id&sa=X&ved=2ahUK EwjrgtLA75z8AhUjT2wGHWKIDXEQ>
- Basuki, R., Siti, I., & Javas Gala Budiasa. (2022). *Hubungan Antara Diabetes Melitus Tipe 2 Terkontrol Dan Tidak Terkontrol Terhadap*.
- Dourman, K. (2013). *Waspadai Stroke Usia Muda*. Jakarta: Cerdas Sehat.
- Eka Pratiwi Syahrim, W., Ulfah Azhar, M., & Risnah, R. (2019). Efektifitas Latihan ROM Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke:

Study Systematic Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 2(3), 186–191. <https://doi.org/10.56338/mppki.v2i3.805>

Fiantika, F. R., Wasil, M., Jurniati, S., Honesti, L., Wahyuni, S., Mouw, E., Jonata, Mashudi, I., Hasanah, N., Maharani, A., Ambarwati, K., Noflidaputri, R., Nuryaman, & Waris, L. (2022). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi. <https://books.google.co.id/books?id=yXpmEAAAQBAJ&pg=PA197&dq=fiantika+2022&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwja75Op8Zz8AhXR7TgGHbNKClIQ6AF6BAgHEAE>

Gultom, R. D., Wungouw, H. P. L., & Trisno, I. (2019). Hubungan Kadar Glukosa Darah dan Lokasi Lesi dengan Tingkat Defisit Neurologis Pada Pasien Stroke Iskemik di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. *Cendana Medical Journal*, 18(3), 342–350.

Halimah, K. N., Siwi, A. S., & S, M. B. (2021). *Implementasi Pencegahan Aspirasi pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah IGangguan Menelan di IRSI IPurwokerto*. 230–236.

Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2020). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Hutagaluh, M. S. (2019). Panduan Lengkap Stroke Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan. In *Nusamedia* (Vol. 1). Bandung: Nusa Media. https://www.google.co.id/books/edition/Panduan_Lengkap_Stroke/UmVcEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=rentang+gerak+pada+sendi&pg=PA443&printsec=frontcover

Junaidi, I. (2012). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Jakarta: ANDI.

Kariasa, I. M. (2022). *Antisipasi Serangan Stroke Berulang*. Jawa Tengah: NEM. https://books.google.co.id/books?id=jdiAEAAAQBAJ&pg=PA3&dq=Stroke+iskemik&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&sa=X&ved=2ahUKEwj7mZDql_j6AhXFRmwGHSwjAGY4ChDoAXoECAQQA#wv=onepage&q=Stroke+iskemik&f=false

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 674). http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Kurniawan, W., & Agustini, A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Keperawatan*. Jawa Barat: CV. Rumah Pustaka. <https://books.google.co.id/books?id=CQAOEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Kurniawan+2021&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwjttIPs9Jz8AhUa5XMBHansDGgQ6AF6BAgCEAE>
- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional*. Jakarta: Guepedia. <https://books.google.co.id/books?id=cO9ZEAAAQBAJ&pg=PA2&dq=kusyani+2022&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwjy2Kyj65z8AhV0D7cAHd27BEwQ6AF6BAgHEAE>
- Muslimah, Trisna, Y. S. E., Novitasari, N. A., Kedokteran, F., & Muhammadiyah, U. (2022). *Analisa Biaya Medik Langsung dan Pola Terapi Obat Terhadap Outcome Klinik Pasien Stroke Iskemik di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta*. 1461–1474.
- Nugroho, T., Putri, B. T., & Putri, D. K. (2016). *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis (5th ed.)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Othadinar, K., Alfarabi, M., & Maharani, V. (2019). Faktor Risiko Pasien Stroke Iskemik dan Hemoragik. *Majalah Kedokteran UKI*, 35(3), 115–120.
- Padila. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pan, B., Jin, X., Jun, L., Qiu, S., Zheng, Q., & Pan, M. (2019). *The relationship between smoking and stroke*. 1–8.

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Pratiwi, W. R., Hediningsih, Y., & Isworo, J. T. (2021). *HUBUNGAN KADAR GLUKOSA DARAH DENGAN KADAR HDL (HIGH DENSITY LIPOPROTEIN) PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2*. 5, 29–34.
- Pudiastuti, R. D. (2015). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purba, S. A. R., Susyanti, D., & Pratama, M. Y. (2022). *Discharge Planning Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan Tahun 2021*. 15(2).
- Rahayu, T. G. (2023). *Analisis Faktor Risiko Terjadinya Stroke Serta Tipe Stroke The Analysis of Stroke Risk Factors and Stroke Types*. 10(1), 48–53.
- Ramadhan, I. R., & Dharma, W. S. T. (2020). Analisis Efektivitas Biaya Obat Antidiabetik Monoterapi dan Kombinasi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Peserta BPJS Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Islam Cempaka Putih Jakarta Periode 2018. *Social Clinical Pharmacy Indonesia Journal*, 5(1), 34–47. <http://journal.uta45jakarta.ac.id/index.php/SCPIJ/article/view/1864>
- Rianawati, S. B., & Munir, B. (2017). *Buku Ajar Neurologi*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Rukmi, D. K., Dewi, S. U., Pertami, S. B., Agustina, A. N., Carolina, Y., Wasilah, H., Jainurakhma, J., Ernawati, N., Rahmi, U., & Lubbn, S. (2022). *Metodologi Proses Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=vz1vEAAAQBAJ&pg=PR4&dq=rukmi+2022&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwjwuf87Zz8AhVT73MBHaP6BEMQ6AF6BAgGEAE>

- Safada, A., Herman, A., & Thalib, S. (2020). *Management Tata Laksana Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Infeksi Covid-19: Literature Review 1,2,3*.
- Saputri R, Ayubbana S, S. S. (2022). Penerapan Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Nyeri Kepala Pasien Hipertensi di Ruang Jantung RSUD Jend. Ahmad Yani Kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(2), 506–513.
- Siyoto, S., & Sodik, A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
<https://books.google.co.id/books?id=QPhFDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=siyoto+2015&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwiStLzB8Jz8AhUX7XMBHbB8Cg0Q6AF6BAgBEAE>
- Susilo, C. budi. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah Persyarafan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Syahyani, H., Kasih, L. C., & Ahyana. (2022). *Nursing Care for Patients With Ischemic Stroke : A Case Study*. 1, 2–7.
- Tamburian, A. G., Ratag, B. T., & Nelwan, J. E. (2020). Hubungan antara hipertensi, diabetes melitus dan hiperkolesterolemia dengan kejadian stroke iskemik. *Journal of Public Health and Community Medicine*, 1(1), 27–33.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan* (Edisi II). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- World Stroke Organization. (2022). *Global Stroke Fact Sheet 2022 Purpose : Data sources* : 1–14.
- Zendrato, A. C. I. P., & Barus, N. (2021). Gambaran Dan Tatalaksana Stroke Iskemik Pasien Rawat Inap Di Rsu Royal Prima Medan Tahun 2019. *Jurnal Kedokteran STM (Sains Dan Teknologi Medik)*, 4(1), 1–9.
<https://doi.org/10.30743/stm.v4i1.63>

LAMPIRAN

Lampiran 1





KEMENTERIAN KESEHATAN RI
 REPUBLIC OF INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Jalan Jendral Sudirman No. 100, Padang, Sumatera Barat 25139
 Telp. (075) 7400000, Fax. (075) 7400001, Email: info@poltekkespadang.ac.id
 Website: www.poltekkespadang.ac.id

NO. SKRIPSI: 201101010001
 NAMA: Lutfi Nur Hafidza
 TEMPAT: Padang, 2011

DAFTAR NAMA MAHASISWA YANG MENYERAHKAN SKRIPSI

NO	NAMA	NPM	JELAS / JAWABAN
1	Yusuf Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
2	Lutfi Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
3	Yusuf Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
4	Lutfi Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
5	Yusuf Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
6	Lutfi Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
7	Yusuf Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
8	Lutfi Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang
9	Yusuf Nur Hafidza	201101010001	Analisis Ketersediaan Air pada Sistem Perpipaan di Komplek Perumahan KOPRI di Kecamatan Padang



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN INOVASI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



A. Maksud dan Tujuan
B. Sasaran
C. Ruang Lingkup
D. Manfaat
E. Waktu Pelaksanaan
F. Biaya Pelaksanaan
G. Penutup

10.	Uji Laboratorium	100000000	Uji Laboratorium pada pasien (Dokter) untuk X-ray dengan hasil RGD (Dokter) di Rumah Sakit Tabuk 2022
11.	Pengumpulan	100000000	Pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk studi kasus (Dokter) di Rumah Sakit Tabuk 2022
12.	Penelitian	100000000	Penelitian mengenai studi kasus (Dokter) di Rumah Sakit Tabuk 2022
13.	Penelitian	100000000	Penelitian mengenai studi kasus (Dokter) di Rumah Sakit Tabuk 2022

Disusun oleh: *[Signature]*

[Signature]
Dosen Pengajar, STS, M, N, S
No. 123456789012



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIRJENBIDAN PERENCANAAN TERBUKA KESEHATAN
POLITERNEK KESEHATAN PADANG

Jl. Sekeloa Tengah No. 100 Padang, Sumatera Barat 25139
 Telp. (075) 4130111-112 Fax. (075) 4130113
 Email: politerneknk@kemkes.go.id

No. SK : 117/2014/Dirjen.PD/2014
 Tanggal : 10/01/2014

Kepada YB :
 Bapak/ Ibu/ Dr. A. D. (Nama) Padang
 HI

Tentang :
 ...

Urutan Kerja :
 ...

NO	NAMA & JENIS	JURISDIKSI
1	Politenk Terpadu (Materi) TERPADU	Asisten Koordinator pada Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) dan Mutu Kerja (MK) dan Mutu Pelayanan (MP) di Bidang Pengembangan





LAPORAN HASIL KEMERIAHAN
 PROSEDUR DAN FENOMENA TERHADAP
 PERUBAHAN KELOMPOK

Nama : ...
 NIM : ...
 Periode : ...
 Lokasi : ...
 Tanggal : ...

No	Tanggal	Uraian Kegiatan	Hasil Kerja
1	10 Desember 2021	...	[Signature]
2	10 Desember 2021	...	
3	11 Desember 2021	...	
4	12 Desember 2021	...	
5	13 Desember 2021	...	
6	14 Desember 2021	...	
7	15 Desember 2021	...	
8	16 Desember 2021	...	
9	17 Desember 2021	...	
10	18 Desember 2021	...	

Comments:

1. Conduct Interview with the subject of the case.
2. Conduct Interview with the subject of the case.

Signature
 Date: _____

 Name: _____

Page No. _____

10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

Case 11:

1. Lattice method - used to calculate the value of a call option.
2. Lattice method - used to calculate the value of a put option.

Signature
 Name: [Name] ID: [ID]



Dr. [Name] ID: [ID]
 No. [Number] Date: [Date]

FORMAT DOKUMENTASI

**Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik
di IRNA Non Bedah Saraf RSUP DR. M. Djamil Padang**

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. PENGUMPULAN DATA

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. A
Tempat/Tgl lahir : Tanah Datar/ 11-08-1957
Umur : 65 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status Perkawinan : Kawin
Agama : Islam
Pendidikan : S1 Kehutanan
Pekerjaan : Pensiunan
Alamat : Jorong Sawahan, Pagian, Lintau Buo

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. A
Pekerjaan : Pensiunan
Alamat : Jorong Sawahan, Pagian, Lintau Buo
Hubungan : Istri

c. Diagnosis dan Informasi Medik yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 11 Februari 2023, pukul 23.37 WIB
No. MR : 01.16.55.XX
Ruang Rawat : IRNA Non Bedah (Saraf)
Diagnosis Medis : Stroke iskemik hemiparise dextra
Yang Mengirim/Merujuk : Datang sendiri
Alasan Masuk : Kelemahan anggota gerak sebelah
kanan

d. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama Masuk

Pasien masuk melalui IGD RSUP DR. M. Djamil Padang pada tanggal 11 Februari 2023 pukul 23.37 WIB dengan keluhan kelemahan pada anggota gerak kanan sejak 1 hari yang lalu. Mulut tampak mencong ke kanan, bicara pelo sejak 1 hari yang lalu. GCS : 13 (Apatis), Pasien masih dapat menutup mata dan mengangkat tangan sesuai arahan pemeriksa. Sebelum di bawa ke rumah sakit keluarga pasien mengatakan bahwa pasien ingin melaksanakan sholat subuh di masjid, tiba-tiba pasien mengeluh sakit kepala, pasien di suruh istirahat oleh istrinya, 30 menit kemudian pasien mengeluh tangan dan kakinya terasa lemah.

b) Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian)

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Februari 2023 pukul 11.00 WIB pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara, pasien mengeluh sakit kepala seperti berputar-putar, sangat terasa apabila melakukan aktifitas miring kiri dan kanan skala 5, pasien mengatakan kuduk terasa berat, pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, pasien mengatakan mulut terasa kering, keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo, keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan dan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu dan tidak ada kontrol gula darah, memiliki riwayat penyakit hipertensi, sejak 3 tahun yang lalu dan 1 tahun ini tidak minum obat. Pasien merokok sejak umur 19 tahun, berhenti merokok 7 tahun yang lalu dan sekarang masih merokok. Pasien menderita stroke yang pertama dan tidak ada riwayat penyakit jantung. Setiap pagi dan sore hari pasien selalu minum kopi atau teh, pasien sering makan-makanan yang berlemak dan bersantan seperti jeroan, goreng-gorengan, gulai yang sering dipanaskan. Pasien juga menyukai makanan yang manis seperti es krim, kue coklat dan sering makan malam. Saat stress biasanya pasien mengontrolnya dengan berzikir, pasien melaksanakan sholat lima waktu tepat waktu.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak mengetahui anggota keluarga yang mempunyai penyakit hipertensi, diabetes mellitus, stroke dan jantung. Tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit menular, seperti TB dan HIV.

e. Kebutuhan Dasar

1) Pola Nutrisi

a) Makan

Sehat : pasien makan 3 x sehari dengan porsi sedang terkadang makan buah dan sayur dengan pola yang tidak teratur serta menghabiskan porsi makanannya. Pasien sering makan-makanan yang berlemak dan bersantan seperti jeroan, goreng-gorengan, gulai yang sering dipanaskan. Pasien juga menyukai makanan yang manis seperti es krim, kue coklat dan sering makan malam.

Sakit : pasien diberi diit ML RG III 1700 kkal dan sering menghabiskan ($\frac{1}{2}$ porsi) karena kesulitan menelan. Pasien mengatakan mual. Keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan

b) Minum

Sehat : Minum pasien sekitar 1800-2000 cc/hari (air mineral, kopi, teh), biasanya pasien selalu minum kopi dan teh pada pagi dan sore hari, pasien sering merasa haus.

Sakit : Minum sekitar 1500-1800 cc/hari (air mineral). Terpasang IVFD NaCl 0,9 % 20 tetes/menit. Keluarga mengatakan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat : pasien BAB 1 x/sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas, dan tidak ada keluhan lainnya.

Sakit : pasien belum BAB sejak kejadian sampai saat ini.

b) BAK

Sehat : pasien BAK 7-9 x sehari dan sering pipis di malam hari

Sakit : pasien menggunakan pampers dan diganti 5-6 kali sehari

3) Pola Tidur dan Istirahat

Sehat : tidur malam 8-9 jam/sehari dan sering mengantuk, pasien tidur siang \pm 2 jam/hari.

Sakit : tidur malam 5-6 jam/sehari, sering terjaga di malam hari karena sakit kepala dan lingkungan sering berisik, pasien tidur siang \pm 1 jam/hari.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Sehat : semua aktivitas pasien dilakukan sendiri dan biasanya melakukan jalan pagi setelah subuh.

Sakit : aktivitas pasien banyak ditempat tidur, dibantu oleh keluarga dan perawat.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

- a) Kesadaran : Compos Mentis Kooperatif
- b) GCS : 15 (E4 M6 V5)
- c) Tinggi Badan : 170 cm
- d) Berat Badan : 70 kg

2) TTV

- a) Nadi : 60 x/menit
- b) Pernapasan : 20 x/menit
- c) Tekanan Darah : 176/88 mmHg
- d) MAP : 117,3 mmHg
- e) Suhu : 36,0 °C

3) Kepala

Kepala tampak simetris, tidak ada lesi/bengkak/luka, kulit kepala bersih

4) Wajah

- a) Nervus V (*Trigeminus*) : pasien masih dapat membuka rahang dan dapat merasakan tissue yang bersentuhan dengan pipi
- b) Nervus VII (*Fasialis*) : wajah pasien tampak tidak simetris, pasien tidak dapat menggembungkan pipi dan senyum pasien tidak simetris mencong ke kanan saat di suruh oleh pemeriksa, pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis

5) Mata

Mata tampak bersih, simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, gerak bola mata bebas ke segala arah.

- a) Nervus II (*Optikus*) : penglihatan pasien sedikit kabur, pasien dapat melihat jari tangan 5/60 m, lapang pandang pasien 70°
- b) Nervus III (*Okulomotorius*) : reflek pupil D/S 3 mm/3 mm isokor
- c) Nervus IV (*Trochlear*) : bola mata pasien dapat digerakkan ke atas bawah sesuai dengan perintah pemeriksa
- d) Nervus VI (*Abducens*) : pasien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan ke kanan sesuai perintah pemeriksa

6) Hidung

Hidung tampak bersih, tidak ada lesi/luka, tidak ada polip, dan tidak ada pernapasan cuping hidung. Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit

a) Nervus I (*Olfactory*)

Kanan : pasien tidak dapat membedakan aroma teh dan kopi yang diberikan oleh pemeriksa

Kiri : pasien dapat membedakan aroma teh dan kopi yang diberikan oleh pemeriksa

7) Mulut

Mulut tampak bersih, tidak ada luka/lesi, tidak berbau.

a) Nervus IX (*Glosopharingeal*): uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan, tampak deviasi garis tengah palatum ke kanan, pasien bisa menyebutkan huruf aaa.

b) Nervus X (*Vagus*) : pasien tampak kesulitan menelan, pasien tampak batuk sebelum menelan dan sesudah makan dan minum

c) Nervus XII (*Hypoglossus*) : pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak tidak simetris saat pemeriksa menyuruh menjulurkan lidah.

8) Telinga : telinga tampak bersih, simetris kanan dan kiri.

a) Nervus VIII (*Acustikus dan vestibularis*)

Kanan : pasien tidak dapat mendengar jelas apa yang disampaikan oleh pemeriksa

Kiri : pasien dapat mendengar dengan jelas apa yang disampaikan oleh pemeriksa

9) Leher

Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

a) Nervus XI (*Accessorius*) : bahu pasien simetris kiri dan kanan, pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan.

10) Thoraks

a) Paru

Inspeksi : dada simetris, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi : fremitus kiri kanan sama

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

b) Jantung

Inspeksi : iktus kordis tidak terlihat

Palpasi : iktus kordis teraba 1 jari pada RIC V

Perkusi : batas jantung melebar

Auskultasi : S1, S2 vesikuler

11) Abdomen

Inspeksi : tampak simetris, tidak ada distensi abdomen ataupun asites

Auskultasi : bising usus (+) normal 20 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : bunyi tympani

12) Ekstremitas

a) Atas

- Kanan : akral teraba hangat, CRT < 2 detik, tidak edema, pasien terpasang IVFD NaCl 0,9 % 20

tetes/menit, tangan kanan pasien lemah dan susah digerakkan, reflek fisiologis bisep dan trisep tangan kanan (-), refleks brachioradialis (+). Reflek patologis: reflek Hoffman-Tromner (-), kekuatan otot 333.

- Kiri : akral teraba hangat, CRT < 2 detik, tidak edema, tidak ada gangguan pada tangan kiri, refleks fisiologis bisep dan trisep tangan kiri (+), refleks brachioradialis (+). Reflek patologis: reflek Hoffman-Tromner (-), kekuatan otot 555.

b) Bawah

- Kanan : Kaki kanan pasien terasa berat, lemah dan susah digerakkan, tidak edema, varises, CRT < 2 detik, refleks fisiologis: refleks patella (-) dan refleks achilles (-). Refleks patologis: babinski (-), chaddock (-), refleks gordon (-), oppenhome (-), kekuatan otot 333.
- Kiri : Kaki kiri pasien bisa digerakkan, tidak edema, varises, CRT < 2 detik, refleks fisiologis: refleks patella (+) dan refleks achilles (+). Refleks patologis: babinski (-), chaddock (-), refleks Gordon (-), oppenhome (-), kekuatan otot 555.

13) Tanda rangsangan meningeal

- Kaku kuduk : (-) tidak ada kaku kuduk
Tanda kernig : (-) tidak ada nyeri dan tahanan
Tanda Laseque : (-) tidak ada nyeri dan tahanan
Tanda brudzunski 1 : (-)
Tanda brudzunski 2 : (-)

14) Genetalia : tampak bersih, terpasang pempers.

g. Data Psikologis

- 1) Status Emosional : pasien tampak tersenyum saat di kunjungi pemeriksa, keluarga pasien mengatakan pasien marah apabila ada suatu hal yang tidak sesuai dengan keinginannya, dan pasien cenderung untuk memikirkan masalah dengan memendamnya sendiri.
- 2) Kecemasan : pasien tampak cemas, pasien mengatakan sedikit cemas terhadap penyakit yang dideritanya, namun ia berusaha untuk mengontrol kecemasannya dengan berdzikir.
- 3) Pola Koping : pola koping pasien cukup baik dan bisa menerima dengan ikhlas keadaannya.
- 4) Gaya Komunikasi : pasien menggunakan bahasa minang dan Indonesia, berbicara kurang jelas, pasien bisa berkomunikasi dua arah.

h. Data Sosial

Pasien dalam kehidupan sehari-hari dikenal ramah dan rukun dengan keluarga serta tetangganya. Tampak banyaknya orang yang mengunjungi pasien setiap harinya, keluarga dan pasien saling membantu dan berkomunikasi dengan keluarga pasien lainnya. Di rumah pasien tinggal berdua dengan istrinya.

i. Data Spiritual

Saat sehat pasien tidak pernah meninggalkan sholat lima waktu dan selalu sholat ke masjid dekat rumahnya, saat sakit pasien shalat di tempat tidur.

j. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
12 Februari 2023	Hemoglobin	15.1	g/dl	13.0 – 16.0
	Leukosit	7.66	$10^3/\text{mm}^3$	5.0 – 10.0

	Trombosit	276	10 ³ /mm ³	150 – 400
	Hematokrit	43	%	40.0 – 48.0
	Eritrosit	5.26	10 ⁶ /Ml	4.50 – 5.50
	MCV	82	fL	82.0 – 92.0
	MCH	29	Pg	27.0 – 31.0
	MCHC	35	%	32.0 – 36.0
	RDW-CV	12.7	%	11.5 – 14.5
	Basofil	0.00	%	0 – 1
	Eosinofil	1	%	1 – 3
	Neutrofil Batang	1	%	2.0 – 6.0
	Neutrofil Segmen	58	%	50.0 – 70.0
	Limfosit	31	%	20.0 – 40.0
	Monosit	10	%	2.0 – 8.0
	Ureum Darah	15	mg/dL	10 – 50
	Kreatinin Darah	0.9	mg/dL	0.8 – 1.3
	Gula Darah Sewaktu	119	mg/dL	50 – 200
	Natrium	142	mmol/L	136 – 145
	Kalium	3.5	mmol/L	3.5 – 5.1
	Klorida	106	mmol/L	97 – 111
	APTT	29.0	Detik	24.36 – 31.76
	APTT control	25.8	Detik	23.8 – 31.2
	PT	10.9	Detik	9.1 – 12.5
	INR	1.01	Detik	< 1.2
	PT control	10.2	-	-
	D-Dimer	293	ng/mL	< 500
13 Februari 2023	Asam Urat	6.3	mg/dL	3.0 – 7.0
	Kolesterol Total	136	mg/dL	< 200
	Kolesterol-HDL	31	mg/dL	> 40
	Kolesterol-LDL	83	mg/dL	< 100
	Trigliserida	108	mg/dL	< 150
	Gula Darah Puasa	111	mg/dL	70.0 – 99.0

	Gula Darah 2 Jam PP	168	mg/dL	< 140
	HBA1C	7.0	%	4.8 – 6.8

2) Pemeriksaan Diagnostik

Ekg pasien sinus rhythm, Brain CT Scan infark parietal sinistra, rontgen thorax infiltrat (+) CTR 50 %.

k. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Nacl 0,9 %	2 x 500 cc	IV
2.	Ranitidin	2 x 50 g	IV
3.	Citicolin	2 x 1 g	IV
4.	Heparin	1 x 250 cc	IV
5.	Manitol 20 %	3 x 100 cc	IV
6.	Pentoxifylin	2 x 2 ampul	IV
7.	Aspilet	1 x 80 mg	PO
8.	Lp 6	1 x 75 mg	PO
9.	Atorvastatin	1 x 20 mg	PO
10.	Adalat Oros (P)	1 x 30 mg	PO
11.	HCT	1 x 25 mg	PO
12.	Candesartan	1 x 16 mg	PO
13.	Adalat Oros (P.S)	2 x 30 mg	PO
14.	Spironolactone	1 x 25 mg	PO
15.	Novorapid	8 unit	SC

2. ANALISA DATA

Nama Pasien : Tn. A

No MR : 01.16.55.XX

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicarab. Pasien mengeluh sakit kepala seperti berputar-putar, sangat terasa apabila melakukan aktifitas miring kiri dan kanan skala 5c. Pasien mengatakan kuduk terasa beratd. Pasien mengatakan terasa muale. Pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan.f. Keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pada penciuman	<p>Kurangnya Suplai Oksigen ke Otak</p>	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (12 Februari 2023)</p>

	<p>bagian kanan pasien tidak dapat membedakan aroma teh dan kopi yang diberikan oleh pemeriksa Nervus I (Olfactory)</p> <p>b. Penglihatan pasien sedikit kabur, pasien dapat melihat jari tangan 5/60 m, lapang pandang pasien 70° Nervus II (Optikus)</p> <p>c. Wajah pasien tampak tidak simetris (N. VII Facialis)</p> <p>d. Senyum pasien tidak simetris (N. VII Facialis)</p> <p>e. Pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan Nervus XI (Accessorius)</p> <p>f. Pasien tampak bicaranya pelo (N. XII Hipoglosus)</p> <p>g. Pasien tampak gelisah</p> <p>h. Pasien mengalami</p>		
--	---	--	--

	<p>hemiparise dextra dengan kekuatan otot : 333/555 333/555</p> <p>i. TD : 176/88 mmHg j. MAP :117,3 k. Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit l. Hasil CT scan adanya infark parietal sinistra</p>		
2.	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengeluh sakit kepala seperti berputar-putar b. Pasien mengatakan sakit kepala sangat terasa apabila melakukan aktifitas miring kiri dan kanan c. Pasien mengatakan skala nyeri 5</p> <p>DO :</p> <p>a. Pasien tampak gelisah b. Pasien tampak meringis c. Pasien tidur malam 5-6 jam/sehari, sering terjaga di</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis (Iskemia)</p>	<p>Nyeri Akut (12 Februari 2023)</p>

	<p>malam hari karena sakit kepala dan lingkungan sering berisik</p>		
3.	<p>DS :</p> <p>a. Keluarga mengatakan pasien tidur malam 8-9 jam/sehari dan sering mengantuk</p> <p>b. Keluarga mengatakan pasien menyukai makanan yang manis seperti es krim dan kue coklat</p> <p>c. Keluarga mengatakan pasien BAK 7-9 x sehari dan sering pipis di malam hari</p> <p>d. Pasien mengatakan mulut terasa kering</p> <p>e. Pasien mengatakan sering merasa haus</p> <p>DO :</p> <p>a. Gula darah puasa : 111 mg/dL</p> <p>b. Gula darah 2 jam PP 168 mg/dL</p> <p>c. Minum 1800-2000 cc/hari</p>	<p>Gangguan glukosa darah puasa</p>	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (13 Februari 2023)</p>

	d. Diit MLDD III/IV		
4.	<p>DS :</p> <p>a. Keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga nasinya tidak habis dimakan</p> <p>b. Keluarga mengatakan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut.</p> <p>DO :</p> <p>a. Uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan, tampak deviasi garis tengah palatum ke kanan Nervus IX (Glosopharingeal)</p> <p>b. Pasien tampak kesulitan menelan Nervus X (Vagus)</p> <p>c. Pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak</p>	Gangguan Saraf Kranialis	Gangguan Menelan (12 Februari 2023)

	<p>tidak simetris Nervus XII (Hypoglossus)</p> <p>d. Pasien tampak sering tersedak</p> <p>e. Pasien tampak batuk sebelum menelan dan sesudah makan atau minum</p>		
5.	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanan</p> <p>b. Keluarga mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>DO :</p> <p>a. Tangan dan kaki kanan pasien terasa berat, lemah, susah digerakkan.</p> <p>b. Pasien sulit mengangkat bahu sebelah kanan Nervus XI (Accessorius)</p> <p>c. Reflek fisiologis</p>	<p>Gangguan Neuromuskular</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (12 Februari 2023)</p>

	<p>bisep dan trisep tangan kanan (-)</p> <p>d. Kekuatan otot menurun 333/555 333/555</p> <p>e. Semua aktivitas pasien banyak ditempat tidur, dibantu oleh keluarga dan perawat</p>		
6.	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara</p> <p>b. Keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien tampak bicaranya pelo dan lidah pasien tampak tidak simetris</p> <p>Nervus XII (Hypoglossus)</p>	<p>Gangguan Neuromuskular</p>	<p>Gangguan Komunikasi Verbal (12 Februari 2023)</p>

	<p>b. Senyum pasien tidak simetris (N. VII Facialis)</p> <p>c. Uvula tampak asimetris karena mengalami deviasi ke kanan Nervus IX (Glosopharingeal)</p>		
--	---	--	--

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

No	Diagnosis keperawatan	Ditemukan masalah		Dipecahkan	
		Tgl	Paraf	Tgl	Paraf
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak	12 Februari 2023		16 Februari 2023	
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	12 Februari 2023		16 Februari 2023	
3.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa	13 Februari 2023		16 Februari 2023	
4.	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial	12 Februari 2023		16 Februari 2023	
5.	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	12 Februari 2023		16 Februari 2023	
6.	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular	12 Februari 2023		16 februari 2023	

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan Keperawatan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 x 24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Tekanan intra kranial menurun j. Sakit kepala menurun k. Gelisah menurun l. Tekanan darah sistolik membaik m. Tekanan darah diastolik membaik n. Refleks saraf membaik 	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) d. Monitor status pernapasan e. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang

			<p>tenang</p> <p>b. Berikan posisi semi fowler</p> <p>c. Cegah terjadinya kejang</p> <p>d. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>e. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Pemantauan neurologis</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Monitor tingkat kesadaran</p> <p>b. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>c. Monitor irama otot dan gerakan motorik, gaya berjalan</p> <p>d. Monitor kekuatan pegangan</p> <p>e. Monitor kesimetrisan wajah</p> <p>f. Monitor gangguan visual (penglihatan kabur dan ketajaman penglihatan)</p> <p>g. Monitor keluhan sakit kepala</p> <p>h. Monitor karakteristik bicara</p> <p>i. Monitor parestesi</p>
--	--	--	---

			<p>(mati rasa dan kesemutan)</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intra kranial b. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan prosedur pemantauan <p>Pemberian obat</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat b. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi c. Monitor tanda tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, jika perlu d. Monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perhatikan prosedur pemberian obat yang
--	--	--	--

			<p>aman dan akurat</p> <p>b. Lakukan prinsip enam benar</p> <p>c. Fasilitasi minum obat</p> <p>d. Dokumentasi pemberian obat dan respon terhadap obat</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping</p>
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Sikap protekrif menurun</p> <p>d. Gelisah menurun</p> <p>e. Frekuensi nadi membaik</p> <p>f. Pola napas membaik</p> <p>g. Tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Monitor efek</p>

			<p>samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknis napas dalam) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
--	--	--	--

			<p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan gula darah puasa</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah dengan kriteria hasil :</p> <p>e. Mengantuk berkurang</p> <p>f. Mulut kering berkurang</p> <p>g. Rasa haus berkurang</p> <p>h. Kadar glukosa dalam darah membaik</p>	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi:</p> <p>f. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>g. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</p> <p>h. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>i. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</p> <p>j. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>b. Konsultasikan</p>

			<p>dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>Edukasi :</p> <p>c. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>c. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p> <p>d. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</p>
4.	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 x 24 jam diharapkan status menelan membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Mempertahankan makanan di mulut meningkat</p> <p>b. Reflek menelan meningkat</p> <p>c. Usaha menelan meningkat</p> <p>d. Frekuensi tersedak</p>	<p>Pencegahan aspirasi</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan</p> <p>b. Monitor status pernapasan</p> <p>c. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Posisikan semi</p>

		<p>menurun</p> <p>e. Batuk menurun</p>	<p>Fowler (30-45 derajat) 30 menit sebelum memberi asupan oral.</p> <p>b. Berikan makanan dengan ukuran kecil atau lunak</p> <p>c. Berikan obat oral dalam bentuk cair</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Anjurkan makan secara perlahan</p> <p>b. Ajarkan strategi mencegah aspirasi</p> <p>c. Ajarkan teknik mengunyah atau menelan, jika perlu</p>
5.	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>b.d gangguan neuromuskular</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>g. Kekuatan otot meningkat</p> <p>h. Pergerakan ekstremitas membaik</p> <p>i. ROM meningkat</p> <p>j. Kaku sendi</p>	<p>Teknik latihan penguatan sendi</p> <p>Observasi :</p> <p>c. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi</p> <p>d. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas</p> <p>Terapeutik :</p> <p>j. Lakukan pengendalian nyeri</p>

		berkurang k. Gerak terbatas berkurang l. Kelemahan fisik berkurang	sebelum memulai latihan k. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif l. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif m. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batasan- batasan rasa sakit, ketahanan, dan mobilisasi sendi n. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama o. Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama p. Anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjantai), atau di kursi, sesuai toleransi q. Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum
--	--	--	--

			<p>memulai gerakan</p> <p>r. Anjurkan ambulasi sesuai toleransi</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>
6.	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromaskular</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 x 24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>e. Kemampuan bicara meningkat</p> <p>f. Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat</p> <p>g. Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik</p> <p>h. Pelo menurun</p>	<p>Promosi komunikasi defisit bicara</p> <p>Observasi :</p> <p>e. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</p> <p>f. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>g. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>h. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p>

			<p>Terapeutik :</p> <p>f. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, berkedip, papan Komunikasi dengan gambar dan huruf, isyaratangan, dan computer)</p> <p>g. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan 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.</p> <p>h. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>i. Ulangi apa yang</p>
--	--	--	---

			<p>disampaikan pasien</p> <p>j. Berikan dukungan psikologis</p> <p>Edukasi :</p> <p>c. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>d. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
--	--	--	--

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl	Diagnosis Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
12 Februari 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan identifikasi penyebab peningkatan TIK (gangguan metabolisme) 2. Memonitor TTV 3. Memonitor MAP 4. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS 5. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat 6. Memonitor kesimetrisan wajah 7. Memonitor keluhan sakit kepala 8. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara 9. Memonitor gerakan motorik 10. Memberikan obat ranitidin 2x50 g/hari (IV), atorvastatin 1 x 20 mg (PO). 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala dan kuduk terasa berat - Pasien mengatakan terasa mual - Keluarga mengatakan pasien bicaranya masih pelo - Pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sulit digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan melawan gaya gravitasi tetapi tidak bisa menahan tahanan yang diberikan pemeriksa - Pasien tampak bicaranya pelo - Wajah pasien tampak tidak simetris - Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit

			<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot pasien 333/555 - GCS : 15 - TD : 176/88 mmHg - MAP : 117,3 mmHg - N : 60 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36,0 °C - GDS : 119 mg/dL <p>A :</p> <p>Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen peningkatan intrakranial, pemantauan neurologis dan pemberian obat.</p>
12 Februari 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri, penyebab nyeri, dan waktu terjadi nyeri 2. Melihat respon pasien saat nyeri 3. Memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam 4. Menganjurkan pasien istirahat cukup 5. Pemberian obat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala - Pasien mengatakan sakit kepala seperti berputar-putar - Pasien mengatakan skala nyeri 5 - Pasien mengatakan kepala bertambah sakit saat miring kiri kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis

		<p>aspilet 1x80 mg (PO).</p> <p>6. Mengevaluasi perasaan pasien setelah di beri obat dan setelah di ajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>	<p>menahan kesakitan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien sudah diberikan obat aspilet 1x80 mg <p>A :</p> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>
12 Februari 2023	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis	<p>a. Memonitor batuk dan kemampuan menelan</p> <p>b. Memonitor status pernapasan</p> <p>c. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat sebelum memberikan makan dan minum melalui mulut.</p> <p>d. Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak</p> <p>e. Menganjurkan pasien untuk makan secara perlahan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk menelan - Keluarga mengatakan pasien sering tersedak saat makan sehingga tidak menghabiskan makanannya - Keluarga mengatakan saat pasien diberi minum terkadang sebagian airnya keluar dari mulut. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan menelan - Pasien tampak sering tersedak - Lidah pasien tampak tidak simetris - Pasien tampak batuk

			<p>sebelum dan sesudah makan atau minum.</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 20 x/menit <p>A :</p> <p>Masalah gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan aspirasi</p>
12 Februari 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromaskuler	<p>a. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas</p> <p>b. Mengukur kekuatan otot</p> <p>c. Mendokumentasikan perkembangan pasien.</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan pasien sulit digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan melawan gaya gravitasi tetapi tidak bisa menahan tahanan yang diberikan pemeriksa - Semua aktivitas ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien 333/555 333/555 <p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi (belum</p>

			dilakukan latihan ROM) P : Intervensi dilanjutkan dengan teknik latihan penguatan sendi
12 Februari 2023	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromaskuler	<p>a. Memonitor kecepatan, volume dan kuantitas bicara pasien</p> <p>b. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan</p> <p>c. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindari bicara dengan teriakan,</p> <p>d. Melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulutnya terasa berat dan kaku - Keluarga mengatakan pasien bicaranya pelo dan sulit untuk dimengerti <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbicara pelo - Lidah tidak simetris - Senyum tidak simetris - Bicaraan pasien cepat, keras, dan sulit untuk dimengerti <p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan promosi komunikasi defisit bicara.</p>

		<p>e. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien</p> <p>f. Mengulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>g. Mengajarkan berbicara perlahan.</p>	
13 Februari 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan identifikasi penyebab peningkatan TIK (gangguan metabolisme) 2. Memonitor TTV 3. Memonitor MAP 4. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS 5. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat 6. Memonitor kesimetrisan wajah 7. Memonitor keluhan sakit kepala 8. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sakit kepala mulai berkurang dan masih kuduk terasa berat - Pasien mengatakan mulut terasa berat dan kaku - Pasien mengatakan mual sudah mulai berkurang - Keluarga mengatakan pasien bicaranya masih pelo - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sulit digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan melawan gaya gravitasi tetapi tidak bisa

		<p>bicara</p> <p>9. Memonitor gerakan motorik</p> <p>10. Memberikan obat ranitidin 2x50 g/hari (IV), pentoxyphilin 2 x 2 ampul (IV), adalat oros (P) 1 x 30 mg (PO), candesartan 1 x 16 mg (PO), atorvastatin 1 x 20 mg (PO).</p>	<p>menahan tahanan yang diberikan pemeriksa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bicaranya pelo - Wajah pasien tampak tidak simetris - Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit - Kekuatan otot pasien 333/555 - 333/555 - GCS : 15 - TD : 170/85 mmHg - MAP : 113,3 mmHg - N : 62 x/menit - RR : 21 x/menit - S : 36,5 °C - Kolesterol-HDL : 31 mg/dL - GDP : 111 mg/dL - GD 2 jam PP : 168 mg/dL - HBA1C : 7.0 % <p>A :</p> <p>Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen tekanan intrakranial, pementauan neurologis, pemberian obat dan muncul masalah baru</p>
--	--	---	---

			ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan gula darah puasa.
13 Februari 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat respon pasien saat nyeri 2. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam 3. Menganjurkan pasien istirahat cukup 4. Pemberian obat aspilet 1x80 mg (PO). 5. Mengevaluasi perasaan pasien setelah di beri obat dan setelah di ajarkan teknik relaksasi napas dalam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala mulai berkurang - Pasien mengatakan sakit kepala seperti berputar-putar mulai berkurang - Pasien mengatakan skala nyeri 3 - Pasien mengatakan kepala bertambah sakit saat miring kiri kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis menahan kesakitan - Pasien tampak sedikit gelisah - Pasien sudah diberikan obat aspilet 1x80 mg <p>A :</p> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>

<p>13 Februari 2023</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa</p>	<p>1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Mengenali penyebab hiperglikemia</p>	<p>S: - Pasien mengatakan mulut terasa kering - Pasien mengatakan sering merasa haus - Keluarga mengatakan gula darah pasien tinggi pada saat dirawat di rumah sakit - Keluarga mengatakan tidak mengetahui anggota keluarga yang menderita DM - Keluarga mengatakan pasien sering mengantuk O: - Klien tampak mengantuk - Klien tampak sering tidur - GDS klien 199 mg/dL - Mukosa bibir kering - Diet MLDD III/IV A: Masalah ketidakstabilan kadar glukosa belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen hiperglikemia.</p>
<p>13 Februari 2023</p>	<p>Gangguan menelan b.d gangguan saraf</p>	<p>1. Memonitor batuk dan kemampuan menelan</p>	<p>S : - Pasien mengatakan sulit untuk menelan</p>

	kranial	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor status pernapasan 3. Memosisikan pasien elevasi 30 derajat sebelum memberikan makan dan minum melalui mulut. 4. Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 5. Menganjurkan pasien untuk makan secara perlahan 	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan pasien tersedak saat makan mulai berkurang - Keluarga mengatakan saat pasien diberi minum terkadang sebagian airnya keluar dari mulut. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan menelan - Tersedak mulai berkurang - Lidah pasien tampak tidak simetris - Batuk sebelum dan sesudah makan atau minum mulai berkurang - RR : 21 x/menit <p>A :</p> <p>Masalah gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan aspirasi</p>
13 Februari 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas 2. Mengukur kekuatan otot 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih sulit untuk digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah

		<p>3. Menyusun jadwal latihan ROM aktif dan pasif</p> <p>4. Mendokumentasikan perkembangan pasien.</p>	<p>kanan melawan gaya gravitasi tetapi tidak bisa menahan tahanan yang diberikan pemeriksa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Semua aktivitas ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - ROM dilakukan 2x sehari (15 menit) - Kekuatan otot pasien 333/555 333/555 <p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi (latihan ROM belum dilakukan)</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan teknik latihan penguatan sendi</p>
13 Februari 2023	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular	<p>1. Memonitor kecepatan, volume dan kuantitas bicara pasien</p> <p>2. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan</p> <p>3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut masih terasa berat dan kaku sehingga susah ketika berbicara - Keluarga mengatakan perkataan pasien mulai bisa untuk dipahami - Keluarga mengatakan pasien masih sulit untuk mengucapkan kata-kata dengan jelas

		<p>kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindarkan bicara dengan teriakan,</p> <p>4. Melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “</p> <p>5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien</p> <p>6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>7. Mengajarkan berbicara perlahan.</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbicara pelo - Lidah tampak tidak simetris - Senyum tidak simetris - Pembicaraan pasien cepat, keras sedikit sulit dipahami karena tidak jelas <p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan promosi komunikasi defisit bicara</p>
14 Februari 2023	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memonitor MAP 3. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala dan kuduk terasa berat mulai berkurang - Pasien mengatakan mual sudah berkurang

		<p>GCS</p> <p>4. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat</p> <p>5. Memonitor kesimetrisan wajah</p> <p>6. Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>7. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara</p> <p>8. Memonitor gerakan motorik</p> <p>9. Memberikan obat ranitidin 2x50 g/hari (IV), citicolin 2 x 1 g (IV), pentoxyphilin 2 x 2 ampul (IV), adalat oros (P) 1 x 30 mg (PO), candesartan 1 x 16 mg (PO), atorvastatin 1 x 20 mg (PO), HCT 1 x 25 mg (PO).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut mulai terasa ringan - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih terasa berat dan sulit digerakkan - Keluarga mengatakan pasien bicaranya masih pelo <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot tangan dan kaki kanan masih sama, belum bisa menahan tahanan yang diberikan pemeriksa - Pasien tampak bicaranya pelo - Wajah pasien tampak tidak simetris - Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit - Kekuatan otot pasien 333/555 - GCS : 15 - TD : 159/73 mmHg - MAP : 101,6 mmHg - N : 80 x/menit - RR : 24 x/menit - S : 36,3 °C
--	--	---	---

			<p>A :</p> <p>Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen tekanan intrakranial, pementauan neurologis dan pemberian obat</p>
14 Februari 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi skala nyeri pasien 2. Posisikan pasien senyaman mungkin 3. Mengevaluasi teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam yang telah diajarkan 4. Menganjurkan istirahat dan tidur cukup 5. Pemberian obat aspilet 1x80 mg (PO). 6. Mengevaluasi perasaan pasien setelah di beri obat dan setelah di ajarkan teknik relaksasi napas dalam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala mulai berkurang - Pasien mengatakan sakit kepala seperti berputar-putar masih terasa - Pasien mengatakan skala nyeri 3 - Pasien mengatakan kepala sakit saat miring kiri kanan mulai berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis menahan kesakitan ketika miring kiri kanan - Pasien tampak sedikit gelisah - Pasien sudah diberikan obat aspilet 1x80 mg <p>A :</p> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p>

			<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>
14 Februari 2023	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor gula darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Mengenali penyebab hiperglikemia 	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut terasa kering - Pasien mengatakan sering merasa haus - Keluarga mengatakan pasien sering mengantuk - Keluarga mengatakan diit yang diberikan masih bersisa karna pasien masih sulit menelan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengantuk - Pasien tampak sering tidur - GDS klien 125 mg/dL - Mukosa bibir kering <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen hiperglikemia</p>

<p>14 Februari 2023</p>	<p>Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor batuk dan kemampuan menelan 2. Memonitor status pernapasan 3. Memosisikan pasien elevasi 30 derajat sebelum memberikan makan dan minum melalui mulut. 4. Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 5. Menganjurkan pasien untuk makan secara perlahan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sulit untuk menelan - Keluarga mengatakan pasien tersedak saat makan mulai berkurang - Keluarga mengatakan saat pasien diberi minum air yang keluar dari mulut mulai berkurang. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan menelan - Tersedak mulai berkurang - Lidah pasien tampak tidak simetris - Batuk sebelum dan sesudah makan atau minum mulai berkurang - RR : 24 x/menit <p>A :</p> <p>Masalah gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan aspirasi</p>
<p>14 Februari 2023</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kekuatan otot 2. Berkolaborasi dengan fisioterapi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih terasa berat

		<p>dalam memberikan program latihan kekuatan otot</p> <p>3. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</p> <p>4. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga</p> <p>5. Mendokumentasikan perkembangan pasien</p>	<p>dan sulit digerakkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anggota gerak kanan pasien masih berat digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot tangan dan kaki kanan masih sama, belum bisa menahan tahanan yang diberikan pemeriksa - Semua aktivitas ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien 333/555 333/555 <p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan teknik latihan penguatan sendi</p>
14 Februari 2023	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular	<p>1. Memonitor kecepatan, volume dan kuantitas bicara pasien</p> <p>2. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut mulai terasa ringan - Keluarga mengatakan perkataan pasien mulai bisa untuk dipahami - Keluarga mengatakan pasien masih sulit untuk

		berkedip, isyarat tangan 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindarkan bicara dengan teriakan, 4. melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “ 5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien 6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 7. Menganjurkan berbicara perlahan.	mengucapkan kata-kata dengan jelas O : - Pasien tampak berbicara pelo - Lidah tampak tidak simetris - Senyum tidak simetris - Pembicaraan pasien cepat, keras mulai jelas dan bisa dipahami A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan dengan promosi komunikasi defisit bicara
15 Februari	Risiko perfusi serebral tidak	1. Memonitor TTV 2. Memonitor MAP	S : - Pasien mengatakan sakit

2023	efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak	<p>3. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat</p> <p>4. Memonitor kesimetrisan wajah</p> <p>5. Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>6. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, ada tidaknya pelo</p> <p>7. Memonitor gerakan motoric</p> <p>8. Memberikan obat ranitidin 2x50 g/hari (IV), citicolin 2 x 1 g (IV), pentoxyphilin 2 x 2 ampul (IV), adalat oros (P) 1 x 30 mg (PO), candesartan 1 x 16 mg (PO), atorvastatin 1 x 20 mg (PO), HCT 1 x 25 mg (PO)..</p>	<p>kepala dan kuduk terasa berat sudah jauh berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak merasa mual - Pasien mengatakan mulut mulai terasa ringan - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan mulai terasa ringan - Keluarga mengatakan pasien bicaranya sudah mulai jelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot tangan dan kaki kanan masih sama, belum bisa menahan tahanan yang diberikan pemeriksa - Pasien tampak bicaranya sudah mulai jelas dan bisa dipahami - Wajah pasien tampak sudah mulai simetris - Kekuatan otot pasien 333/555 - TD : 155/88 mmHg - MAP : 110,3 mmHg - N : 88 x/menit
------	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - RR : 20 x/menit - S : 37,1 °C <p>A :</p> <p>Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan manajemen tekanan intrakranial, pemantauan neurologis dan pemberian obat</p>
15 Februari 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi skala nyeri pasien 2. Pemberian obat aspilet 1x80 mg (PO). 3. Mengevaluasi istirahat cukup dan monitor tanda-tanda vital pasien 4. Mengevaluasi nyeri pasien setelah diberi obat dan setelah di ajarkan teknik relaksasi (napas dalam) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala sudah berkurang - Pasien mengatakan sakit kepala seperti berputar-putar masih terasa - Pasien mengatakan skala nyeri 2 - Pasien mengatakan kepala sakit saat miring kiri kanan sudah berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis menahan kesakitan ketika miring kiri kanan sudah berkurang - Pasien masih tampak sedikit gelisah - Pasien sudah diberikan

			<p>obat aspilet 1x80 mg</p> <p>A :</p> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>
15 Februari 2023	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor gula darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Mengenali penyebab hiperglikemia 4. Memberikan 8 unit insulin novorapid 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut sudah terasa lembab - Pasien mengatakan sering merasa haus mulai berkurang - Keluarga mengatakan pasien sering mengantuk mulai berkurang - Keluarga mengatakan diet yang diberikan sudah mulai habis <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS pasien 215 mg/dL - Mukosa bibir lembab - Setelah diberikan 8 unit insulin novorapid, GDS pasien 141 mg/dL <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p>

			P: Intervensi dilanjutkan manajemen hiperglikemia
15 Februari 2023	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor batuk dan kemampuan menelan 2. Memonitor status pernapasan 3. Memosisikan pasien elevasi 30 derajat sebelum memberikan makan dan minum melalui mulut. 4. Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 5. Menganjurkan pasien untuk makan secara perlahan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa menelan - Keluarga mengatakan pasien tersedak saat makan sudah berkurang - Keluarga mengatakan saat pasien diberi minum air yang keluar dari mulut sudah berkurang. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bisa menelan - Tersedak sudah berkurang - Lidah pasien tampak simetris - Batuk sebelum dan sesudah makan atau minum sudah berkurang - RR : 20 x/menit <p>A :</p> <p>Masalah gangguan menelan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan aspirasi</p>
15 Februari	Gangguan mobilitas fisik	1. Mengukur kekuatan otot	S : - Pasien mengatakan

2023	b.d gangguan neuromuskular	<ol style="list-style-type: none"> 2. Berkolaborasi dengan fisioterapi dalam memberikan program latihan kekuatan otot 3. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 4. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga 5. Mengajarkan pasien untuk duduk ditempat tidur 6. Mendokumentasikan perkembangan pasien. 	<p>anggota gerak sebelah kanan mulai terasa ringan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan seperti sudah bisa menekuk, tetapi saat diberikan tahanan pasien belum dapat menahan tahanan yang diberikan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot tangan dan kaki kanan masih sama, belum bisa menahan tahanan yang diberikan pemeriksa - Aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien 333/555 333/555 <p>A:</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan teknik latihan penguatan sendi.</p>
------	----------------------------	---	--

<p>15 Februari 2023</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kecepatan, volume dan kuantitas bicara pasien 2. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindari bicara dengan teriakan, 4. melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “ 5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut sudah terasa ringan - Keluarga mengatakan perkataan pasien sudah mulai bisa untuk dimengerti dan dipahami - Keluarga mengatakan pasien sudah bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas secara perlahan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bicara tidak pelo - Pembicaraan pasien sudah bisa dipahami <p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan promosi komunikasi defisit bicara</p>
---------------------------------	--	---	---

		<p>kebutuhan pasien</p> <p>6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>7. Menganjurkan berbicara perlahan.</p>	
16 Februari 2023	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d kurangnya suplai oksigen ke otak</p>	<p>1. Memonitor TTV</p> <p>2. Memonitor MAP</p> <p>3. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat</p> <p>4. Memonitor kesimetrisan wajah</p> <p>5. Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>6. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara</p> <p>7. Memonitor gerakan motorik</p> <p>8. Memberikan obat ranitidin 2x50 g/hari, heparin (ekstra) dalam 10 cc Nacl bows lambat 1x250 u, manitol 20% 3x100cc</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak merasakan sakit kepala dan kuduk tidak terasa berat - Pasien mengatakan tidak merasa mual - Pasien mengatakan mulut terasa ringan - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan terasa ringan - Keluarga mengatakan pasien bicaranya sudah jelas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan kanan pasien sudah bisa menahan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya kurang - Kaki kanan pasien masih belum bisa menahan tahanan pemeriksa - Pasien tampak bicaranya sudah jelas dan bisa

			<p>dipahami</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah pasien tampak sudah simetris Kekuatan otot pasien 444/555 333/555 - TD : 149/89 mmHg - MAP : 109 mmHg - N : 94 x/menit - RR : 22 x/menit - S : 36,8 °C <p>A :</p> <p>Masalah risiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan.</p>
16 Februari 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (iskemia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi skala nyeri pasien 2. Pemberian obat aspilet 1x80 mg (PO). 3. Mengevaluasi istirahat cukup dan monitor tanda-tanda vital pasien Mengevaluasi nyeri pasien setelah diberi obat dan setelah di ajarkan teknik relaksasi (napas dalam) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak merasakan sakit kepala - Pasien mengatakan sakit kepala seperti berputar-putar sudah tidak terasa - Pasien mengatakan skala nyeri 1 - Pasien mengatakan kepala sudah tidak sakit saat miring kiri kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak meringis ketika miring kiri kanan - Pasien tampak tidak

			<p>gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah diberikan obat aspilet 1x80 mg <p>A :</p> <p>Masalah nyeri akut sudah terasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
16 Februari 2023	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan glukosa darah puasa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor gula darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Mengenali penyebab hiperglikemia 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut sudah terasa lembab - Pasien mengatakan sering merasa haus sudah berkurang - Keluarga mengatakan pasien sering mengantuk sudah berkurang - Keluarga mengatakan diit yang diberikan sudah dihabis <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan diit yang diberikan - GDS klien 143 mg/dL - Mukosa bibir lembab <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p>

			P: Intervensi dihentikan
16 Februari 2023	Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor batuk dan kemampuan menelan 2. Memonitor status pernapasan 3. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat sebelum memberikan makan dan minum melalui mulut. 4. Memberikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak 5. Menganjurkan pasien untuk makan secara perlahan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa menelan - Keluarga mengatakan pasien sudah tidak tersedak saat makan - Keluarga mengatakan saat pasien diberi minum air tidak ada air yang keluar dari mulut <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bisa menelan - Tersedak sudah tidak ada - Lidah pasien tampak simetris - Batuk sebelum dan sesudah makan atau minum tidak ada - RR : 22 x/menit <p>A :</p> <p>Masalah gangguan menelan sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
16 Februari 2023	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kekuatan otot 2. Berkolaborasi dengan fisioterapi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sudah terasa

		<p>dalam memberikan program latihan kekuatan otot</p> <p>3. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</p> <p>4. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga</p> <p>5. Mendokumentasikan perkembangan pasien.</p>	<p>ringan dan bisa digerakkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tangan kanan seperti sudah bisa menekuk dan saat diberikan tahanan pasien sudah dapat menahan tahanan yang diberikan tetapi belum maksimal - Pasien mengatakan kaki kanan sudah bisa ditekukkan tetapi saat diberikan tahanan pasien tidak dapat menahan tahanan yang diberikan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tangan kanan pasien sudah bisa menahan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya kurang - Kaki kanan pasien masih belum bisa menahan tahanan pemeriksa - Aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien <p>444/555 333/555</p>
--	--	--	---

			<p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dirumah dengan melatih ROM oleh keluarga</p>
16 Februari 2023	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kecepatan, volume dan kuantitas bicara pasien 2. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindarkan bicara dengan teriakan, 4. Melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mulut sudah terasa ringan - Keluarga mengatakan perkataan pasien bisa dimengerti dan dipahami - Keluarga mengatakan pasien bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas secara <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bicaranya sudah jelas - Pembicaraan pasien bisa dipahami <p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal sudah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>

		huruf vokal “ a i u e o “ 5. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 6. Mengajukan berbicara perlahan.	
--	--	---	--