

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE ISKEMIK DI RUANGAN SYARAF
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**



ADTRI YUARNI

223110242

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
2025**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
STROKE ISKEMIK DI RUANGAN SYARAF
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes
Padang sebagai salah satu syarat Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



ADTRI YUARNI

223110242

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
2025**

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap	: Adri Yuarni
NIM	: 223110242
Tempat/Tanggal Lahir	: Kampung Toogah/31 Januari 2004
Tahun Masuk	: 2022
Nama PA	: Ni. Murnati-Machtar, M.Biomed
Nama Pembimbing Utama	: Ni. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep
Nama Pembimbing Pendamping	: Ni. Nava Yanti, M.Kep., Sp.Kep.MB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Ilmiah saya, yang berjudul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 04 Juni 2025

Yang Menyatakan

The image shows an official stamp of the institution, featuring the Indonesian national emblem (Garuda) and the text "METER TANDA" and "18BAM0347408094". Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink.

(Adri Yuarni)
NIM-223110242

PERSETUJUAN PEMBIMBING

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik
Di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Disusun oleh

NAMA : ADTRI YUARNI

NIM : 223110242

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

05 Juni 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,

Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep

NIP: 19651017 198903 2 001

Ns. Nova Yanti, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB

NIP: 19801023 200212 2 002

Padang, 05 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep

NIP: 19750121 199903 2 005

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik
Di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Disusun Oleh

NAMA : ADTRI YUARNI

NIM : 223110242

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal: 20 Juni 2025

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Nama : Ns. Sila Dewi Anggreni, M.Kep., Sp.KMB

NIP : 19700327 199303 2 002

Anggota,

Nama : Ns. Defia Roza, S.Kep., M.Biomed

NIP : 19730503 199503 2 002

Anggota,

Nama : Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep

NIP : 196651017 198903 2 001

Anggota,

Nama : Ns. Nova Yanti, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIP : 19801023 200212 2 002

Padang, 20 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep., M.Kep

NIP: 19750121 199903 2 005

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya peneliti sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah peneliti nyatakan dengan benar.

Nama : Adnel Yusrul

NIM : 223110242

Tanda Tangan : 

Tanggal : 04 Juni 2025

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Adtri Yuarni
NIM : 223110242
Tempat/Tanggal Lahir : Kampung Tongah / 31 Januari 2004
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Jorong IV Kampung Tongah, Rao

Nama Orang Tua

Ayah : Abdus Salam
Ibu : Martina Sari

Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Ajaran
1.	SD	SD N 10 Tarung-Tarung Utara	2009-2015
2.	SMP	MTsN 2 Pasaman	2015-2018
3.	SMA	SMA N 1 Rao	2018-2021
5.	Perguruan Tinggi	Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang	2022-2025

KATA PENGANTAR

Puji Syukur peneliti ucapkan 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 Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D3 Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Kemenkes Poltekkes Padang.

Karya Tulis Ilmiah ini terwujud dengan bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Netti, S.Kep.,M.Pd.,M.Kep selaku pembimbing utama dan Ibu Ns. Nova Yanti, S.Kep.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Renidayati, S.Kp.,M.Kep,Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku Direktur utama RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Bapak Tasman, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns.Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku Ketua program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
6. Kedua orang tua peneliti dan keluarga peneliti yang telah memberikan semangat, motivasi, kasih sayang, memenuhi kebutuhan peneliti dan dukungan serta doa yang tiada henti diberikan kepada peneliti. Karya Tulis Ilmiah ini tidak mungkin terwujud jika tidak ada mereka. Peneliti berharap dengan terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi bentuk penghormatan dan apresiasi atas segala perjuangan yang diberikan kepada peneliti.

7. A'inil dan Anggun, sahabat peneliti sejak awal perkuliahan yang telah berkontribusi banyak dalam masa perkuliahan peneliti, telah banyak membantu peneliti serta memberikan semangat kepada peneliti dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Seluruh teman-teman yang tidak dapat disebutkan satu persatu, karena telah membantu peneliti dari awal perkuliahan hingga pada saat penulisan Karya Tulis Ilmiah.
9. Terakhir, kepada diri saya sendiri, apresiasi sebesar-besarnya karena telah berjuang dan bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terima kasih telah menepikan ego dan mengendalikan diri dari berbagai tekanan sejak awal perkuliahan dan dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Tidak mudah untuk sampai di titik ini, begitu banyak keraguan namun tetap dijalani, terima kasih sudah tetap bertahan dan tidak menyerah. *You made it!*

Padang, 04 Juni 2025

Peneliti

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025
Adtri Yuarni

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang”

Isi : xiii + 71 halaman + 5 tabel + 8 lampiran

ABSTRAK

Stroke iskemik merupakan penyakit yang terjadi akibat sumbatan arteri serebral. Setiap tahunnya terdapat 7,630,803 kejadian stroke iskemik baru. Stroke iskemik menyebabkan kelemahan serta kelumpuhan sehingga akan membatasi pasien untuk berperan secara mandiri maupun anggota masyarakat. Kasus stroke iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan September-November 2024 berjumlah 113 kasus. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di ruangan Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025.

Jenis Penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan desain studi kasus. Penelitian ini dilakukan pada Oktober 2024 -Juni 2025. Asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 13-17 Maret 2025. Populasi adalah semua pasien dengan stroke iskemik di ruangan syaraf yaitu 2 orang. Sampel dipilih secara purposive sampling, didapatkan 1 orang pasien memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh sakit kepala, mulut miring ke kanan, berbicara pelo, anggota ekstremitas sebelah kiri tidak dapat digerakkan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat membuka mata sebelah kanan, keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak 4 hari yang lalu. GCS 14 (CMNC), TD 151/92, diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu Penurunan Kapasitas adaptif Intrakranial, Gangguan Mobilitas Fisik dan Konstipasi. Intervensi Keperawatan berupa manajemen peningkatan tekanan intrakranial, teknik latihan penguatan sendi dan manajemen eliminasi fekal. Hasil dari evaluasi keperawatan berupa kapasitas adaptif intrakranial meningkat, status neurologis membaik, mobilitas fisik membaik dan eliminasi fekal membaik.

Diharapkan kepada perawat ruangan agar dapat menggiatkan intervensi *Range Of Motion* (ROM).

Kata Kunci : Stroke Iskemik, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 52 (2016-2024)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Penyakit Stroke Iskemik	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Stroke Iskemik	22
BAB III METODE PENELITIAN	47
A. Desain Penelitian.....	47
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	47
C. Populasi dan Sampel	47
D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data	49
E. Teknik Pengumpulan Data	50
F. Jenis Data	51
G. Prosedur Pengambilan Data	52
H. Analisis Data	52

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	52
A. Deskripsi Lokasi Penelitian.....	52
B. Deskripsi Kasus.....	52
C. Pembahasan Kasus	60
BAB V PENUTUP	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	70

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tingkat Kesadaran.....	24
Tabel 2. 2 Glow Coma Scale (GCS)	25
Tabel 2. 3 Kekuatan Otot	28
Tabel 2. 4 Pemeriksaan Refleks	28
Tabel 2. 5 Diagnosa, Perencanaan, Intervensi	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Gantt Chart
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Pembimbing 1
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Pembimbing 2
Lampiran 4	Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang
Lampiran 5	Surat Izin Penelitian dari RSUP DR.M.Djamil Padang
Lampiran 6	Surat Persetujuan (Informed Consent)
Lampiran 7	Daftar Hadir Penelitian
Lampiran 8	Format Asuhan Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan suatu kondisi dimana fungsi neurologis terganggu secara tiba-tiba akibat terjadinya gangguan aliran darah ke otak.¹ Menurut *World Health Organization* (WHO), Stroke merupakan suatu kondisi klinis yang terjadi secara cepat atau tiba-tiba, menyebabkan penurunan fungsi otak secara fokal (atau total) yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan mengakibatkan kematian tanpa sebab yang jelas selain karena terjadinya gangguan pada vascular.²

Stroke Iskemik merupakan kematian jaringan otak karena gangguan aliran darah ke daerah otak karena tersumbatnya arteri serebral atau servikal atau tersumbatnya vena serebral sehingga aliran darah ke otak menjadi menurun. Kondisi ini disebut juga dengan iskemia.³

World Health Organization, 2022 menjelaskan sekitar 70% stroke terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, rata-rata stroke terjadi 15 tahun lebih awal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah daripada di negara-negara berpenghasilan tinggi. *World Health Organization* menyebutkan bahwa setiap tahun terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke, dari jumlah tersebut terdapat 5 juta orang meninggal dunia setiap tahunnya.⁴

World Stroke Organization 2022, menjelaskan saat ini terdapat lebih dari 101 juta orang yang hidup mengalami penyakit stroke. Setiap tahun, terdapat lebih dari 12,224,552 kejadian stroke baru dan satu dari empat orang akan mengalami stroke seumur hidupnya. Terdapat 6,552,774 orang meninggal karena stroke setiap tahunnya.⁵ Menurut Kemenkes RI, 2024, di Indonesia stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian.⁶

Berdasarkan penyebabnya stroke terbagi menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan arteri servikal atau serebral yang menghambat aliran darah di bagian otak, sehingga menyebabkan kematian jaringan otak, stroke hemoragik terjadi karena pecahnya lesi serebrovaskular di antara otak dan membran sekitarnya (ruang subarachnoid).⁷

Faktor resiko stroke yaitu, usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, ras tertentu, hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol, atrial fibrillation, penyakit jantung, penyalahgunaan obat, stenosis arteri karotis, hiperfibrinogenemia, hiperhomosisteinemia dan stress mental fisik.⁸ Berdasarkan penelitian Rahayu, 2023 menjelaskan faktor resiko utama penyebab stroke adalah usia lebih dari 50 tahun, kemudian diikuti oleh hipertensi, jenis kelamin laki-laki, Diabetes Melitus dan kolesterol. Data penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar kejadian penyakit stroke adalah sroke iskemik.⁹

Global Stroke Fact, 2022, menjelaskan terdapat lebih dari 62% dari semua kejadian stroke adalah stroke iskemik. Setiap tahunnya terdapat 7,630,803 kejadian stroke iskemik baru, 11% kejadian stroke iskemik terjadi pada usia 15-49 tahun dan 58% stroke iskemik terjadi pada usia dibawah 70 tahun. Setiap tahun stroke iskemik terjadi pada laki-laki sebanyak 45% dan 55% pada Perempuan. Secara global, terdapat 3,293,397 kematian yang disebabkan oleh stroke iskemik setiap tahunnya. Dari angka tersebut, angka kematian stroke iskemik berdasarkan usia sebanyak 2% kematian terjadi pada usia 15-49 tahun dan 19% pada usia dibawah 70 tahun, sementara berdasarkan jenis kelamin terdapat 48% kematian terjadi pada laki-laki dan 52% terjadi pada Perempuan.⁵

Menurut Survei Kesehatan Indonesia 2023, prevalensi penyakit stroke berdasarkan diagnosis dokter pada kelompok penduduk usia 15 tahun keatas secara nasional mencapai 638,178 kejadian, ini berarti 8,3 per 100 penduduk

Indonesia mengalami stroke. Penyakit ini paling banyak ditemukan dikelompok usia 75 tahun ke atas dengan prevalensi 41,3 per mil. Prevalensi stroke tertinggi berikutnya ada di kelompok usia 65-74 tahun (35,4 per mil) dan usia 55-64 tahun (23,6 per mil). Di Indonesia, stroke iskemik mewakili 87% dari semua kejadian stroke. Yogyakarta menempati urutan pertama dengan prevalensi stroke sebanyak 11,4 per 1.000 penduduk dan yang terendah adalah Papua Pegunungan dengan prevalensi 0,9 per 1000 penduduk Indonesia, sedangkan Sumatera Barat menempati posisi ke 11. Prevalensi stroke di Sumatera Barat adalah sebanyak 8,8 per-mil, ini lebih tinggi dari rata-rata prevalensi stroke nasional.¹⁰

Data rekam medis di ruang syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang menjelaskan jumlah pasien rawat inap stroke iskemik terjadi peningkatan yang signifikan dalam 3 tahun terakhir. Pada tahun 2021 tercatat sebanyak 209 orang yang menderita stroke iskemik, pada tahun 2022 tercatat sebanyak 416 orang yang menderita stroke iskemik, pada tahun 2023 tercatat sebanyak 474 orang yang menderita stroke iskemik. Dari data 3 bulan terakhir tercatat bahwa ada sebanyak 113 orang yang menderita stroke iskemik.

Tanda dan gejala stroke iskemik yang timbul tergantung berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Tanda dan gejala stroke iskemik pada umumnya dapat berupa kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik), perubahan mendadak status mental (konvusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan), disartria (bicara pelo atau cadel), gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia, taksia (trunkal atau anggota badan), vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.¹¹

Dampak dari penyakit stroke iskemik yaitu pasien akan mengalami kelemahan serta kelumpuhan. Ketidakmampuan (disabilitas) sebesar 70% akan dialami oleh pasien stroke iskemik, sehingga akan membatasi atau

menghalangi penderita untuk berperan secara mandiri maupun anggota Masyarakat.¹² Pada umumnya pasien stroke iskemik mengalami kesulitan mengendalikan emosi, penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke iskemik karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi.¹³

Perawat memiliki peran penting pada saat memberikan asuhan keperawatan dalam meningkatkan perilaku kesehatan penderita stroke iskemik. Perawat memiliki peran sebagai educator dengan tujuan meningkatkan pengetahuan meliputi kebutuhan nutrisi yang baik, perawatan setelah terserang stroke, serta upaya-upaya yang dapat dilakukan keluarga untuk membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan upaya pencegahan terjadinya serangan stroke berulang.¹⁴ Peran perawat untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien stroke iskemik berdasarkan Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) salah satunya adalah mengajarkan pasien untuk melakukan teknik rentang gerak aktif ataupun pasif, menganjurkan pasien mobilisasi sederhana miring kanan dan miring kiri, memberikan posisi semi fowler, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, dan melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan pasien.¹⁵

Penelitian Putri, 2024, tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di bangsal saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan pasien dengan keluhan utama lemah anggota gerak sebelah kiri sejak 3 hari lalu, mulut mencong ke kiri, bicara pelo sejak 1 hari yang lalu dan nyeri pada kepala dengan skala nyeri 7. Peneliti menegakkan diagnosa keperawatan yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen peningkatan tekanan intracranial, manajemen nyeri dan teknik latihan penguatan sendi. Implementasi yang

dilakukan peneliti yaitu mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam, mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga, memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk melakukan ROM secara mandiri dan bertahap di rumah.¹⁶

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 3 Desember 2024 peneliti melakukan wawancara pada 1 orang pasien Tn. M berumur 52 tahun dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang pada hari rawatan ketiga. Hasil pengamatan didapatkan pasien sadar, GCS: 15 (Compos Mentis) dengan anggota gerak sebelah kiri lemah, mulut mencong ke kanan, bicara pelo, keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui cara mobilisasi pasien pada anggota gerak pasien yang lemah. Pada pendokumentasian keperawatan, diagnosa keperawatan yang ditegakkan oleh perawat yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif. Intervensi yang dilakukan oleh perawat adalah Manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif adalah manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan pemantauan tekanan intrakranial.¹⁷ Luaran yang ingin dicapai pada diagnosa Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif adalah Perfusi Serebral Meningkat.¹⁸

Berdasarkan dari penjelasan dan uraian diatas, peneliti telah melakukan penelitian tentang “Asuhan keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG Tahun 2025”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan Masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian dan hasil pengkajian pada asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- b. Mendeskripsikan penegakkan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- c. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat mengaplikasikan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan

keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di di Ruang Syaraf RSUP dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

b. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran untuk pengembangan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

c. Tempat penelitian

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

2. Manfaat pengembangan keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian berikutnya untuk menambah pengetahuan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya tentang asuhan keperawatan stroke iskemi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Stroke Iskemik

1. Pengertian

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak. Hal ini terjadi ketika pasokan darah ke otak berkurang atau terhambat karena hal-hal tertentu yang mengarah ke kurangnya kadar oksigen dalam sel-sel otak secara mendadak. Dalam beberapa menit sel-sel otak bisa rusak dan hilang fungsinya. Kerusakan otak ini mempengaruhi fungsi tubuh yang dikendalikan oleh bagian sel-sel otak yang rusak.⁸ Kerusakan otak pada stroke menyebabkan berbagai kelumpuhan atau kelemahan pada separuh tubuh yang terjadi secara tiba-tiba, kesulitan berbicara, wajah tidak seimbang, kesulitan menelan, dan gangguan keseimbangan. Semakin luas daerah otak yang mengalami kerusakan, maka akan semakin banyak gangguan fungsi tubuh yang akan dialami oleh penderitanya.¹⁹

Secara patofisiologis, stroke iskemik didefinisikan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat. Sedangkan secara klinis stroke non haemoragik didefinisikan sebagai defisit neurologis fokal yang timbul akut dan berlangsung lebih dari 24 jam dan tidak disebabkan oleh perdarahan.²⁰ Stroke iskemik terjadi akibat adanya oklusi pembuluh darah yang menyebabkan keadaan trombotik atau embolik di otak. Kurangnya asupan darah ke otak menyebabkan iskemik hingga kematian sel sehingga menimbulkan defisit neurologis.²¹

2. Klasifikasi

Menurut Aurnyn,²² stroke iskemik berdasarkan patogenesis atau proses terjadinya terdiri dari stroke iskemik trombotik dan emboli adalah :

a. Stroke iskemik trombotik

Stroke iskemik trombotik terjadi bila ada bekuan darah (thrombus) yang terbentuk di dalam arteri dan menghambat aliran darah ke otak.

b. Stroke iskemik emboli

Stroke iskemik emboli terjadi bila ada sebuah bekuan darah atau sebagian dari plaque, yang terbentuk dalam pembuluh darah lain di tubuh, kemudian terpecah dan mengalir ke pembuluh darah otak. Pecahan ini yang akhirnya menyumbat sebuah arteri di dalam otak.

Berdasarkan perjalanan klinis, stroke iskemik terdiri dari *Transient Ischemic Attack* (TIA), *Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND), *Stroke in Evolution* (SIE), dan *Complete Stroke Iskemik* (CSI). Perjalanan klinis pasien dengan stroke iskemik ini dilihat dari waktu berlangsungnya defisit neurologis yang dialami pasien/penderita.²³

a. *Transient Ischemic Attack* (TIA)

TIA merupakan perjalanan klinis yang menggambarkan terjadinya defisit neurologis fokal (kelainan fungsional area tubuh) secara tiba-tiba yang mana dan peristiwa tersebut berlangsung hanya sementara, tidak lebih dari 24 jam. Karena peristiwanya berlangsung singkat dan penderitanya bisa pulih dalam satu hari tanpa ada gejala sisa, dokter jarang melihat sendiri peristiwa TIA. Oleh sebab itu, dalam melakukan diagnosis terhadap TIA, dokter berdasarkan keterangan pasien saja.

b. *Reversible Ischemic Neurological Deficit* (RIND)

RIND juga merupakan defisit neurologis fokal atau kelainan fungsional area tubuh secara tiba-tiba, tetapi berlangsung lebih lama dibandingkan TIA, yaitu lebih dari 24 jam. Penderita yang terkena RIND biasanya juga akan membaik dalam waktu 24 sampai 48 jam. Tetapi, ada juga yang membaik dalam waktu 3-4 hari yang mana hal ini dikenal sebagai *Prolonged Reversible Ischemic Neurological Deficit* (PRIND). Karena berlangsung lebih

dari 24 jam dan beberapa hari, berbeda dengan TIA, pada RIND atau PRIND ada kemungkinan dokter dapat mengamati atau menyaksikan sendiri peristiwanya.

c. *Stroke in Evolution (SIE)*

SIE merupakan perjalanan klinis yang menggambarkan terjadinya defisit neurologis fokal yang terjadi secara tiba-tiba dan terus memburuk setelah 48 jam. Defisit neurologis fokal yang timbul pada perjalanan klinis SIE ini berlangsung secara bertahap, dari yang bersifat ringan menjadi lebih berat.

d. *Complete Stroke Ischemic (CSI)*

CSI merupakan perjalanan klinis yang dialami oleh penderita di mana defisit neurologis fokal yang timbul sifatnya sudah menetap. Artinya, telah terjadi kelumpuhan atau tidak berfungsi secara semestinya tubuh dan tidak memperlihatkan perkembangan atau progresi lagi. Defisit neurologis yang muncul pada perjalanan klinis CSI bermacam-macam. Ini bergantung pada daerah otak mana yang mengalami penyumbatan yang menyebabkan aliran darah terhambat sehingga terjadi kerusakan jaringan otak dan menyebabkan stroke yang ditandai dengan defisit neurologis.

3. Faktor Resiko

Menurut Que, 2023, Faktor resiko stroke adalah karakteristik atau keadaan pada seorang individu yang ikut menyebabkan atau mempengaruhi terganggunya dinding pembuluh darah otak sehingga memunculkan kerusakan atau kematian jaringan otak yang dapat menimbulkan terjadinya defisit neurologis atau stroke.

Faktor risiko stroke terdiri dari faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi adalah faktor-faktor risiko yang dapat dicegah atau dikendalikan sehingga dapat dilakukan intervensi dalam upaya penatalaksanaan atau penanganan stroke bagi kesembuhan pasien/penderita. Adapun faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi

adalah sebaliknya, yakni faktor-faktor yang tidak dapat dicegah atau dikendalikan.²²

a. Faktor Risiko yang Dapat Dimodifikasi

1) Hipertensi

Hipertensi sendiri adalah penyakit tekanan darah tinggi. Tekanan darah yakni kekuatan sirkulasi darah atas dinding arteri tubuh yang merupakan pembuluh darah utama. Besarnya tekanan yang terjadi bergantung pada resistensi dari pembuluh darah dan seberapa intens jantung untuk bekerja. Apabila semakin banyak darah yang dipompa oleh jantung dan akibat sempitnya pembuluh darah pada arteri, seseorang dapat mengalami hipertensi atau tekanan darah tinggi.

Hipertensi dapat menyebabkan peningkatan risiko terjadinya stroke. Ini karena pada keadaan hipertensi, pembuluh darah mendapat tekanan yang cukup besar. Jika proses tekanan berlangsung lama, ini menyebabkan kelemahan pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi rapuh dan mudah pecah.

Hipertensi juga dapat menyebabkan arterosklerosis dan penyempitan diameter pembuluh darah sehingga mengganggu aliran darah ke jaringan otak. Gangguan aliran darah ke jaringan otak dapat menimbulkan peningkatan risiko stroke. Diperkirakan-walaupun tidak ada nilai pasti korelasi antara peningkatan tekanan darah dengan risiko stroke-risiko stroke meningkat 1,6 kali setiap peningkatan 10 mmHg tekanan darah sistolik.

2) Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Diabetes melitus merupakan salah satu faktor risiko stroke. Etiologi stroke pada diabetes sering

mengenai mikrovaskuler berupa nekrosis fibrinoid yang menyebabkan infark kecil subkortikal yang disebut stroke lakunar, tetapi dapat juga mengenai pembuluh darah besar intrakranial. Pengidap diabetes rentan mengalami stroke karena mereka memiliki terlalu banyak gula dalam darahnya sehingga dapat merusak pembuluh darah. Kandungan gula berlebihan dalam darah dapat menyebabkan pembuluh darah menjadi kaku dan penumpukan timbunan lemak. Hal ini membuat seseorang yang mengidap diabetes melitus memiliki risiko lebih besar mengalami stroke dibandingkan yang tidak mengidap diabetes melitus.

3) Dislipidemia

Dislipidemia mengacu pada tingkat yang tidak sehat dari satu atau lebih jenis lipid (lemak/kolesterol) dalam darah. Darah mengandung tiga jenis lipid utama, yakni lipoprotein densitas tinggi (HDL), lipoprotein densitas rendah (LDL), dan trigliserida. Seseorang mengidap dislipidemia biasanya berarti kadar LDL atau trigliserida terlalu tinggi.

Tingkat LDL dan trigliserida yang tinggi bisa menempatkan seseorang pada risiko stroke. Hal ini karena ketika kondisi kadar kolesterol pada darah terlalu tinggi (hiperkolesterolemia), apabila tidak segera mendapatkan penanganan, sangat mungkin kemudian terjadi penumpukan kolesterol yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah (arteriosklerosis) sehingga memicu risiko terjadinya stroke.

4) Merokok

Rokok merupakan salah satu bahan adiktif. Sifat adiktif rokok yang dapat menimbulkan ketergantungan bagi pemakainya berasal dari nikotin yang dikandungnya. Setelah seseorang menghirup asap rokok, dalam 7 detik, nikotin akan mencapai otak. Zat nikotin yang terdapat di dalam rokok membuat kerja jantung dan frekuensi denyut jantung serta tekanan darah

meningkat. Nikotin juga mengurangi kelenturan arteri yang dapat menyebabkan aterosklerosis.

b. Faktor Risiko Tidak Dapat Dimodifikasi

1) Usia

Usia adalah waktu yang terlewat sejak kelahiran. Dikaitkan dengan stroke, terdapat korelasi yang bermakna antara kejadian stroke dengan bertambah usia. Dari 2065 pasien stroke akut yang dirawat di 28 rumah sakit di Indonesia, 35,8% berusia di atas 65 tahun dan 12,9% kurang dari 45 tahun. Data tersebut menunjukkan bahwa usia terbanyak terkena serangan stroke adalah usia 65 tahun ke atas. Ini berarti bahwa semakin pertambahan usia, terutama setelah usia 55 tahun, risiko stroke meningkat.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan. Perbedaan biologis tersebut dapat dilihat dari alat kelamin serta perbedaan genetik.

4. Manifestasi Klinis

Gejala stroke dapat dikenali dengan menggunakan istilah FAST (Fasial movement, arm movement, Speech dan Test all Three). Dalam bahasa indonesia dapat diterjemahkan sebagai Senyum, Gerak dan Bicara.²⁴

- a. *Face drooping* (wajah terkulai), adalah kondisi saat otot sebelah sisi wajah melemah, sehingga menyebabkan wajah terlihat tidak simetris. Misalnya terlihat bibir yang melorot, juga mata dan pipi
- b. *Arm weakness* (tangan melemah), adalah kondisi saat otot tangan menjadi lebih lemah. Biasanya terjadi pada sisi tubuh yang sama dengan sisi wajah yang terkulai.
- c. *Speech difficulties* (kesulitan berbicara), adalah kondisi saat seseorang mengalami kesulitan untuk berbicara.

- d. *Time to call*, jika seluruh tanda atau gejala awal itu sudah terlihat, segera hubungi dokter atau pihak medis untuk mendapatkan pertolongan sebelum serangan stroke terjadi.

Susilo,²⁵ menjelaskan manifestasi klinis 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 atau sulit mengerti pembicaraan orang lain atau 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) Kebutaan seluruh lapang pandang satu sisi atau separuh pada kedua mata, bila bilateral disebut cortical blindness.
 - 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 reflex kornea hilang pada sisi yang sama.
 - b) Sindrom Horner sisi dengan lesi.
 - c) Disfagia, apabila infark mengenai nucleus ambiguus ipsilateral.
 - d) Nistagmus, jika terjadi infark pada nucleus Vestibularis.
 - e) Hemipestesia alternans.

5. Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan munculnya berbagai masalah kesehatan lain atau komplikasi, dan sebagian besar komplikasi tersebut dapat membahayakan nyawa. Jenis komplikasi yang mungkin muncul antara lain :⁷

a. *Deep vein thrombosis.*

Sebagian orang akan mengalami penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan. Kondisi tersebut dikenal sebagai deep vein thrombosis. Kondisi ini terjadi akibat terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini meningkatkan risiko untuk terjadinya penggumpalan darah. Deep vein thrombosis dapat diobati dengan obat antikoagulan.

b. Hidrosefalus.

Sebagian penderita stroke dapat mengalami hidrosefalus. Hidrosefalus adalah komplikasi yang terjadi akibat menumpuknya cairan otak di dalam rongga otak (ventrikel). Dokter bedah saraf akan memasang sebuah selang ke dalam otak untuk membuang cairan yang menumpuk tersebut.

c. Disfagia.

Kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan. Masalah dalam menelan tersebut dikenal sebagai disfagia. Gangguan menelan, atau bahasa medisnya disfagia, merupakan kondisi pasca serangan stroke yang menyebabkan penyintas stroke mengalami kesulitan untuk mengunyah dan menelan makanan atau minuman.

Pada stroke, gangguan menelan bisa terjadi apabila mengenai area otak yang mengatur fungsi menelan, yakni di korteks (lapisan luar) dan batang otak. Gangguan juga bisa terjadi bila saraf-saraf atau otot yang terlibat dalam proses menelan

mengalami kerusakan. Disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi.

Tidak terlepas dari penurunan fisik yang disebabkan oleh jaringan otak yang rusak, komplikasi umum yang disebabkan oleh stroke mencakup:

a. Pneumonia aspirasi

Pneumonia aspirasi adalah infeksi dan peradangan pada paru-paru akibat masuknya benda asing ke dalam paru-paru. Gejala yang sering muncul saat mengalami pneumonia aspirasi adalah batuk berdahak, sesak napas, dan nyeri dada. Pneumonia aspirasi merupakan komplikasi dari aspirasi paru. Aspirasi paru sendiri adalah kondisi ketika makanan atau zat asing lain tidak sengaja masuk ke paru-paru dan tidak dapat dikeluarkan kembali. Selanjutnya, kondisi ini memicu infeksi bakteri dan peradangan pada paru-paru.

b. Perdarahan saluran pencernaan

Penyebab perdarahan saluran pencernaan sangat beragam, tergantung kepada area terjadinya perdarahan.

c. Epilepsi

Kejang adalah gangguan aktivitas listrik di otak. Kondisi ini sering kali ditandai oleh gerakan tubuh yang tidak terkendali dan disertai hilangnya kesadaran. Kejang bisa menjadi tanda adanya penyakit pada otak, atau kondisi lain yang memengaruhi fungsi otak. Masyarakat cenderung menganggap, kejang selalu ditandai dengan tubuh yang bergetar tidak terkendali. Anggapan tersebut kurang tepat, karena pada beberapa kondisi, kejang hanya memunculkan gejala berupa tatapan mata yang kosong.

d. Kesulitan buang air kecil atau inkontinensia urin

Inkontinensia urine adalah kondisi ketika seseorang sulit menahan buang jadi mengompol. air kecil, sehingga

e. Konstipasi atau sembelit

gangguan pencernaan akibat penurunan kerja usus yang ditandai dengan keluhan susah buang air besar atau BAB tidak lancar dalam jangka waktu tertentu. Secara garis besar, konstipasi dapat sering diartikan dengan frekuensi buang air besar yang kurang dari 3 kali dalam seminggu.

- f. Pembentukan bekuan darah di vena tubuh bagian bawah dan penyumbatan arteri paru paru secara tiba tiba (emboli)

Emboli paru adalah penyumbatan pada pembuluh darah di paru-paru. Penyumbatan biasanya disebabkan oleh gumpalan darah yang awalnya terbentuk di bagian tubuh lain, terutama kaki. Pada umumnya, gumpalan darah yang terbentuk dan menyebabkan emboli paru berjumlah lebih dari satu. Gumpalan darah ini akan menyumbat pembuluh darah dan menghambat aliran darah ke jaringan di paru-paru sehingga menyebabkan kematian jaringan paru-paru.

- g. Depresi keparahan dari depresi yang mengikuti stroke ditentukan juga oleh beberapa faktor, antara lain lokasi dari lesi di otak, adanya riwayat keluarga yang mengalami depresi, dan fungsi sosial sebelum terserang stroke. Pasien yang selamat dari serangan stroke namun menderita depresi, terutama depresi berat, biasanya akan lebih sulit dimintai kepatuhannya dalam berobat. Pasien juga menjadi lebih mudah marah dan tersinggung serta dapat berubah kepribadian.

6. Patofisiologi

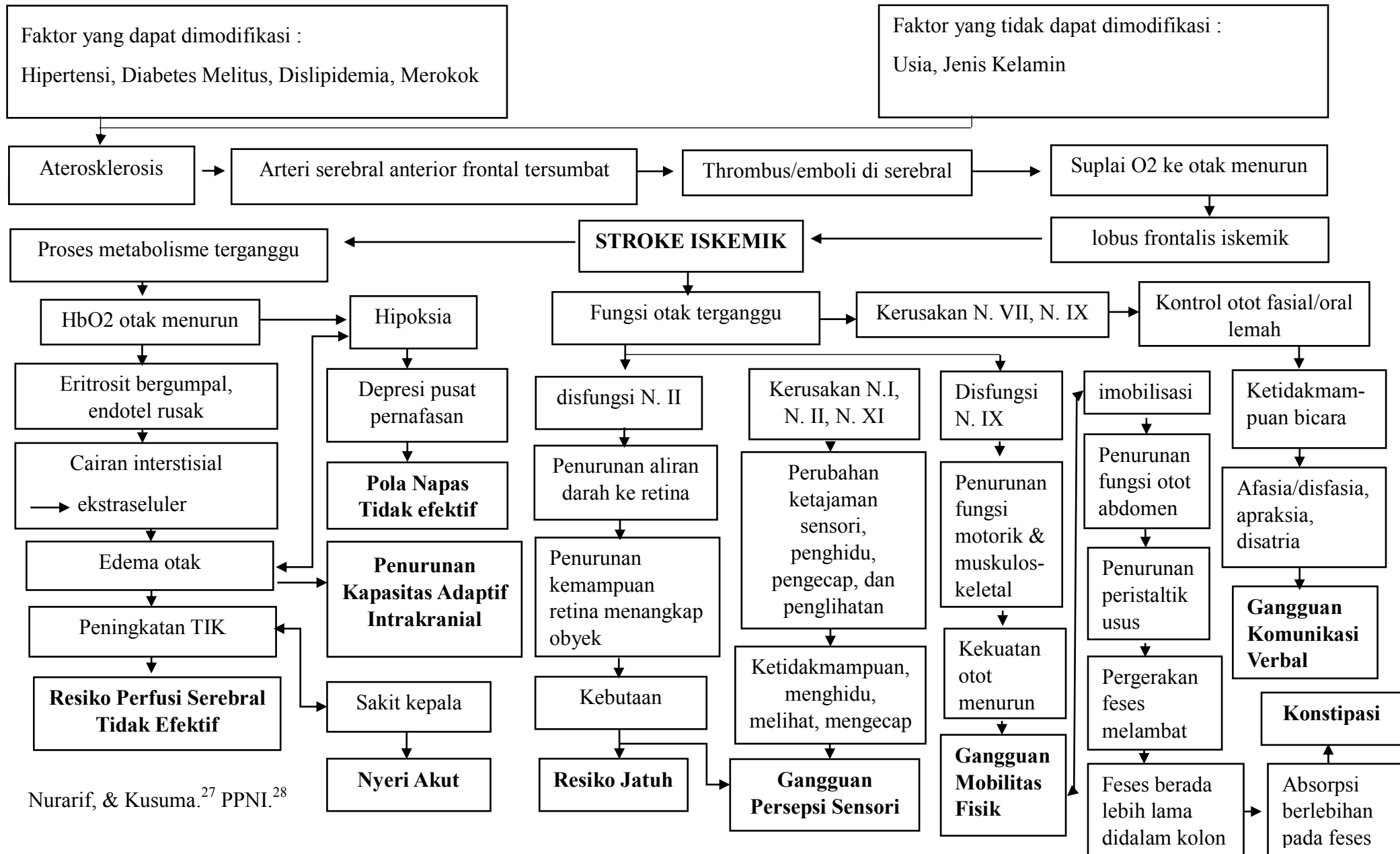
Menurut Kusyani & Khayudin,²⁶ Stroke Iskemik dikarenakan di dalam thrombus atau embolus yang mengalami penyumbatan aliran darah otak. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan

menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologist fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

Otak tidak memiliki cadangan oksigen dan otak sangat bergantung pada oksigen. Terjadinya kekurangan oksigen ke jaringan otak, disebabkan aliran darah pada setiap bagian otak terlambat karena trombus dan embolus. Gejala yang dirasakan yaitu kehilangan kesadaran jika selama satu menit kekurangan oksigen. Nekrosis mikroskopik neuron akan terjadi ketika kekurangan oksigen dengan waktu lebih lama. Bagian area nekrotik dikatakan infark. Bekuan darah, udara, plaque, atheroma flakmen lemak mungkin berakibat pada kekurangan oksigen.

Iskemia dan infark sulit ditentukan pada otak yang dialami oleh CVA Infark metabolik. Peningkatan tekanan intrakranial dan edema cerebral terjadi disebabkan adanya peluang dominan CVA Infark dapat meluas sesudah serangan pertama. Gangguan pasokan aliran darah pada otak bisa terjadi dimana saja di dalam arteri yang membentuk sirkulasi wilisi yang bergantung terhadap bagian otak yang terkena dan luasnya yang terkena. Infark/kematian jaringan terjadi karena aliran darah pada jaringan otak terputus, kurang lebih 15 menit sampai 20 menit. Infark di bagian otak yang di pendarahi arteri tersebut tidak selalu disebabkan oleh oklusi di suatu arteri.

7. WOC



8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada stroke iskemik menurut Susilo²⁴, adalah :

- a. Terapi spesifik stroke iskemik akut
 - 1) Trombosis rt-PA intravena/intraarterial pada ≤ 3 jam setelah awitan stroke dengan dosis 0,9 mg/kg (maksimal 90 mg). Sebanyak 10% dosis awal diberi sebagai bentuk bolus, sisanya dilanjutkan melalui me- lalui infuse dalam waktu 1 jam.
 - 2) Antiplatelet: asam salisilat 160-325 mg/hari 48 jam setelah awitan stroke atau Clopidogrel 75 mg/hr
 - 3) Obat neuroprotektif
- b. Hipertensi

Tekanan darah diturunkan apabila tekanan sistolik > 220 mmHg dan/atau tekanan diastolic > 120 mmHg dengan penurunan maksimal 20% dari tekanan arterial rata-rata (MAP) awal per hari.
- c. Thrombosis vena dalam
 - 1) Heparin 5000 unit/12 jam selama 5-10 hari
 - 2) Heparin Berat Molekul Rendah (enoksaparin/na-droparin) 2x0,3-0,4 IU SC abdomen
 - 3) *Stocking elastic*, fisioterapi, dan mobilisasi

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada stroke iskemik menurut Susilo²⁵, adalah :

- a. *CT scan* merupakan pemeriksaan baku untuk membedakan infark dengan pendarahan.
- b. Scan resonansi magnetik (MRI) lebih sensitif dari *CT scan* dalam mendeteksi infark serebri dini dan infark batang otak
- c. Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien, ekokardiograf transtorakal sudah

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

- d. Ultrasonografi Doppler Karotis diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikasi untuk enarterektomi karotis.
- e. Ultrasonografi Doppler Transkrania 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.
- f. Angiografi resonansi magnetik dapat dipakai untuk mendiagnosis stenosis atau oklusi arteri ekstrakranial atau intrakranial.
- g. Pemantauan Holter dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermiten.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Stroke Iskemik

1. Pengkajian

Menurut Susilo, 2019 pengkajian kepada pasien stroke iskemik sebagai berikut : ²⁴

- a. Identitas Klien
- b. Riwayat Kesehatan
 - 1) Cari tahu riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin dan kegemukan/obesitas.
 - 2) Tanyakan apakah ada anggota keluarga klien yang menderita atau mengalami penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit jantung.

- 3) Tanyakan apakah klien merasakan sakit kepala, mual muntah bahkan mengalami kejang sampai tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak.

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Rambut; Kebersihan rambut dan kulit kepala
- 2) Mata; Kebutaan atau kehilangan daya lihat
- 3) Hidung; Simetris kiri-kanan, kemungkinan adanya gangguan penciuman
- 4) Leher
- 5) Dada;
 - I : simetris ki-ka
 - P: premitus
 - P: sonor
 - A: ronchi
- 6) Abdomen
 - I: perut acites
 - P :hepar dan lien tidak teraba
 - P: thympani
 - A: bising usus (+)
- 7) Genito urinaria; dekontaminasi, anuria
- 8) Ekstramitas; kelemahan, kelumpuhan.

d. Pemeriksaan Fisik Sistem Neurologis

- 1) Tingkat Kesadaran
 - a) Kualitatif
 - Pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan

Fungsi Mental	Tingkat Kesadaran
CMC	Klien sadar akan dirinya dan punya orientasi penuh
Apatis	Klien sadar namun tampak lebih lesu dan

	mengantuk
Latargie	Kesadaran menurun, klien tampak lesu dan mengantuk
Delirium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gaduh gelisah
Samnolen	Klien selalu mengantuk, ingin tidur terus dan apabila dibangunkan ia akan tidur Kembali
Koma	Kesadaran yang hilang

Tabel 2. 1 Tingkat Kesadaran

b) Kuantitatif

Dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS)

Respons membuka mata (E=Eye)
• Spontan (4) • Dengan perintah (3) • Dengan Nyeri (2) • Tidak merespons (1)
Respons Verbal (V=Verbal)
• Berorientasi (5) • Bicara membingungkan (4) • Kata-kata tidak tepat (3) • Suara tidak dimengerti (2) • Tidak ada respons (1)
Respons Motorik (M=Motorik)
• Dengan perintah (6) • Melokalisasi nyeri (5) • Menarik area yang nyeri (4) • Fleksi abnormal/postur dekortilasi (3) • Ekstensi abnormal/postur deserbrasi (2)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tidak merespons (1) |
|---|

Tabel 2. 2 Glaw Coma Scale (GCS)

2) Pemeriksaan Nervus Cranialis

a) Test Nervus I (olfactory)

Tes pemeriksaan fungsi penciuman. Tutup mata klien dan minta ia mencium benda yang baunya mudah dikenal, seperti sabun, tembakau, kopi dan sebagainya. Bandingkan dengan hidung bagian kiri dan kanan.

b) Test Nervus II (Optikus)

Fungsi aktivitas visual dan lapang pandang.

(1) Tes aktivitas visual

Tutup satu mata klien kemudian minta ia membaca dua baris darisebuah artikel koran. Ulangi untuk mata satunya

(2) Test lapang pandang\

Minta klien menutup mata kiri, sementara pemeriksa di sebelah kanan. Klien memandang hidung pemeriksa yang memegang pena warna cerah. Gerakkan perlahan objek tersebut, informasikan agar klien langsung memberitahu jika ia melihat benda tersebut.

c) Test Nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlear, dan Abducens)

Fungsi koordinasi gerakan mata dan kontriksi pupil mata (N III).

(1) Test Nervus III (oculomotorius) atau respons pupil terhadap cahaya. Sorotkan senter ke dalam tiap pupil klien. Mulai menyinari dari arah belakang dari sisi klien dan sinari satu mata (jangan keduanya). Perhatikan kontriksi pupil kena sinar.

(2) Test Nervus IV (trochlear). Kepala tegak lurus, letakkan objek kurang lebih 60cm sejajar dengan mid-

line mata. Gerakkan objek ke arah kanan. Observasi adanya deviasi bola mata, diplopia, dan nistagmus.

- (3) Test Nervus VI (abducens). Minta klien untuk melihat ke arah kiri dan kanan tanpa menengok.

d) Test Nervus V (Trigeminus)

- (1) Fungsi Sensasi. Usap pilihan kapas pada kelopak mata atas dan bawah. Perhatikan jika ada refleks kornea langsung maka gerakan mengedip ipsilateral. Sedangkan jika ada refleks kornea konsensual maka gerakan mengedip kontralateral. Usap pula dengan pilihan kapas pada maxilla dan mandibula sementara mata klien tertutup. Perhatikan apakah klien merasakan adanya sentuhan.
- (2) Fungsi Motorik. Minta klien mengunyah, sementara pemeriksa melakukan palpasi pada otot temporal dan masseter.

e) Test Nervus VII (Facialis)

- (1) Fungsi sensasi.. Kaji sensasi rasa bagian anterior lidah terhadap asam, manis, asin. Klien diminta untuk menutup mata. Teteskan atau usapkan larutan berasa dengan kapas. Awasi agar klien tidak menarik masuk lidahnya karena akan merangsang sisi yang sehat.
- (2) Fungsi motorik. Kontrol ekspresi wajah dengan cara meminta klien untuk tersenyum, mengerutkan dahi, dan menutup mata, sementara pemeriksa berusaha membukanya.

f) Test Nervus VIII (Acustikus)

Fungsi sensoris:

- (1) Fungsi sensoris cochlear (mengkaji pendengaran). Tutup salah satu telinga klien, lantas pemeriksa

berbisik di telinga lain, atau meng- gesekkan jari bergantian kanan-kiri.

- (2) Fungsi sensoris vestibulator (mengkaji keseimbangan). Klien diminta berjalan lurus, dan perhatikan apakah ia dapat melakukan atau tidak.

g) Test Nervus IX (Glossopharyngeal) dan Nervus X (vagus)
Nervus IX mempersarafi pengecap pada 1/3 posterior lidah, tapi bagian ini sulit dites, demikian pula dengan otot stylopharyngeus. Bagian parasimpatik nervus IX mempersarafi otot salivarius inferior, sedangkan nervus X mempersarafi organ viseral dan thoracal, pergerakan ovula, palatum lunak, sensasi pharynx, tonsil dan palatum lunak.

h) Test Nervus XI (Accessorius)
Minta klien menoleh kesamping melawan tahanan. Perhatikan apakah sternocleidomastodeus dapat terlihat atau apakah atrofi. Setelah itu, palpasi kekuatannya. Minta klien mengangkat bahu sementara pemeriksa berusaha menahan.

i) Nervus XII (Hypoglossus)
(1) Mengkaji gerakan lidah saat bicara dan menelan.
(2) Inspeksi posisi lidah (normal, asimetris atau deviasi).
Minta klien mengeluarkan lidah dan kemudian memasukkannya lagi dengan cepat. Setelah itu minta klien untuk menggerakkan lidah ke kiri dan ke kanan.

3) Menilai Kekuatan Otot

Kaji cara berjalan dan keseimbangan. Observasi cara berjalan, kemudahan berjalan, dan koordinasi gerakan tubuh-tangan-kaki. Periksa tonus otot dan kekuatannya. Kekuatan otot dinyatakan dengan menggunakan angka dari 0-5.

0	Tidak didapatkan sedikitpun kontraksi otot; lumpuh total
---	--

1	Terlihat kontraksi otot; tetapi tidak ada pergerakan 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 Kekuatan Otot

4) Pemeriksaan Refleks

Pemeriksaan refleks biasanya dilakukan paling akhir. Klien dalam posisi duduk atau posisi tidur jika kondisi tidak memungkinkan. Evaluasi respons klien dengan menggunakan skala 0-4.

Skala	Respons
0	Tidak ada respons
1	Berkurang (+)
2	Normal (++)
3	Lebih dari normal (+++)
4	Hiperaktif (++++)

Tabel 2. 4 Pemeriksaan Refleks

a) Refleks Fisiologis

(1) Refleks Tendon

(a) Refleks Patella

Pasien berbaring terlentang lutut di- angkat keatas fleksi kurang lebih dari 30°. Tendon patella (ditengah-tengah patella dan

tuberositas tibiae) dipukul dengan reflex hammer. Respons berupa kontraksi otot guardrisep femoris yaitu ekstensi dari lutut.

(b) Refleks Bisep

Lengan difleksikan terhadap siku dengan sudut 90° supinasi dan lengan bawah ditopang di atas meja periksa. Jari pemeriksa ditempatkan pada tendon bisep (di atas lipatan siku) dan kemudian dipukul dengan reflex hammer. Respons dikatakan normal jika ada kontraksi otot bisep, dan sedikit meningkat bila ada fleksi sebagian serta pronasi. Sementara itu, respons dikatakan hiperaktif jika terjadi penyebaran gerakan-gerakan pada jari atau sendi.

(c) Refleks Trisep

Lengan bawah disemifleksikan, lalu tendon bisep dipukul dengan reflex hammer pada jarak 1-2 cm di atas olekronon. Respons dikatakan normal jika ada kontraksi otot trisep, dan sedikit meningkat bila ada ekstensi ringan serta hiperaktif bila ekstensi siku menyebar ke atas sampai ke otot-otot bahu.

(d) Refleks Achilles

Kaki ditempatkan pada posisi dorso fleksi untuk memudahkan pemeriksaan. Kaki diletakan atau disilangkan di atas tungkai bawah kontral lateral, dan kemudian tendon achilles dipukul dengan reflex hammer. Respons dikatakan normal jika terjadi gerakan plantar fleksi kaki.

(e) Refleks Superfisial

- (1) Refleks kulit perut
- (2) Refleks kremeaster
- (3) Refleks kornea
- (4) Refleks bulboavernosus
- (5) Refleks plantar

b) Refleks Patologis

(1) Babinski

Merupakan refleks penting untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit traktus kortikospinal. Tes ini dilakukan dengan menggores kuat-kuat bagian lateral telapak kaki bagian, mulai dari tumit ke arah jari kelingking dan kemudian melintasi bagian jantung kaki. Respons Babinski timbul jika ibu jari kaki melakukan dorsofleksi dan jari-jari lain menyebar, sementara normalnya fleksi akan plantar pada semua jari kaki.

Cara lain untuk membangkitkan rangsangan Babinski adalah:

- (a) Cara Chaddock. Rangsang diberikan dengan jalan menggores bagian lateral malleolus. Hasil dikatakan positif bila ada gerakan dorsoekstensi dari ibu jari dan gerakan abduksi dari jari-jari lainnya.
- (b) Cara Gordon. Memencet (mencubit) otot betis.
- (c) Cara Oppenheim. Mengurut dengan kuat tibia dan otot tibialis anterior dengan arah urut kebawah (distal).

- (d) Cara Gonda. Memencet (menekan) satu jari kaki dan kemudian melepaskannya secara tiba-tiba.

c) Rangsangan Milenial

Untuk mengetahui rangsangan selaput otak (misalnya pada meningitis) dilakukan pemeriksaan:

(1) Kaku Kuduk

Kaku kuduk positif (+) ketika leher ditekuk secara pasif terdapat tahanan, sehingga dagu tidak dapat menempel pada dada.

(2) Tanda Brudzinski I

Letakkan satu tangan pemeriksa di bawah kepala klien dan tangan lain di dada klien untuk mencegah badan tidak terangkat. Setelah itu, Brudzinski I dikatakan positif (+) apabila kepala klien bisa fleksi ke dada secara pasif.

(3) Tanda Brudzinski II

Tanda Brudzinski II positif (+) bila fleksi klien pada sendi panggul secara pasif akan diikuti oleh fleksi tungkai lainnya pada sendi panggul dan lutut.

(4) Tanda Kernig

Fleksi tungkai atas tegak lurus, lalu minta klien mencoba meluruskan tungkai bawah pada sendi lutut normal. Bila tungkai membentuk sudut 135° terhadap tungkai atas, maka tanda Kernig positif (+). Bila ekstensi lutut pasif akan menyebabkan rasa sakit bila ekstensi lutut pasif akan menyebabkan rasa sakit terhadap hambatan.

(5) Tanda Lasague

Fleksi sendi paha dengan sendi lutut yang lurus akan menimbulkan nyeri sepanjang mischiadicus.

e. Data Penunjang

1) Laboratorium

- a. Hematologic
- b. Kimia klinik

2) Radiologi

- a. *CT Scan* untuk mengetahui adanya edema, henatoma, iskemia dan adanya infark
- b. MRI untk mengetahui daerah yang mengalami infark dan hemoragik
- c. Sinar X tengkorak untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan SDKI,²⁸ masalah keperawatan yang mungkin muncul adalah sebagai berikut:

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral
- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme.
- c. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia).
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- f. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

- g. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan ketidakmampuan menghidu dan melihat.
- h. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular.
- i. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

3. Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Bradikardia menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Pola napas membaik 7. Respon pupil membaik 8. Refleks neurologis membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi : a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Monitor status pernapasan. c. Monitor intake dan output cairan Terapeutik a. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang b. Berikan posisi semi fowler. c. Cegah terjadinya kejang d. Hindari penggunaan cairan IV hipotonik e. Pertahankan suhu tubuh normal

			Kolaborasi - Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu. - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu. Pemantauan Tekanan Intrakranial Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik) - Monitor penurunan frekuensi jantung - Monitor iregularitas irama napas - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil - Monitor tekanan perfusi serebral - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Terapeutik
--	--	--	---

			a. Pertahankan posisi kepala dan leher netral b. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien c. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2.	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intracranial (TIK) menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 5. Tekanan darah diastolic membaik 6. Gelisah menurun	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi : d. Identifikasi penyebab peningkatan TIK e. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Monitor status pernapasan. f. Monitor intake dan output cairan g. Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi). Terapeutik f. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang g. Berikan posisi semi fowler. h. Cegah terjadinya

			kejang i. Hindari penggunaan cairan IV hipotonik j. Atur ventilator agar PaCO₂, optimal. k. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi d. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu e. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu. f. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu. Pemantauan Tekanan Intrakranial Observasi a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik) h. Monitor penurunan frekuensi jantung i. Monitor iregularitas irama napas j. Monitor penurunan tingkat kesadaran k. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil l. Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang
--	--	--	--

			diindikasikan m. Monitor tekanan perfusi serebral n. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairanerebrospinal o. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK Terapeutik d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral e. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien f. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi c. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan a. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	Pola Napas Tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka Pola Napas membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik	Manajemen Jalan Napas Observasi a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik a. Pertahankan kepatenan jalan

			napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) b. Posisikan semi-fowler atau fowler c. Berikan minum hangat d. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik f. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal g. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill h. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi a. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi b. Ajarkan Teknik batuk efektif Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
4.	Nyeri Akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri

		3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Diaforesis menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 11. Anoreksia menurun 12. Frekuensi nadi membaik 13. Pola nafas membaik 14. Tekanan darah membaik 15. Proses berpikir membaik 16. Fokus membaik 17. Fungsi berkemih membaik 18. Perilaku membaik 19. Nafsu makan membaik 20. Pola tidur membaik	c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap repson nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresure, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur
--	--	--	--

			d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri Edukasi - 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 Kolaborasi - Memberikan analgetik jika perlu
5.	Defisit nutrisi	Setelah dilakukan Asuhan keperawatan maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : - Porsi makanan yang dihabiskan meningkat - Berat badan membaik - Indeks massa tubuh membaik	Manajemen Nutrisi Observasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. - Identifikasi makanan yang disukai. - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient. - Monitor asupan makanan. - Monitor berat badan. Terapeutik - Lakukan oral hygiene sebelum

			makan. b. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai c. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. d. Berikan makan tinggi kalori dan tinggi protein. e. Berikan suplemen makanan, jika perlu. Edukasi a. Anjurkan posisi duduk. b. Ajarkan diet yang diprogramkan. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan. b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.
6.	Gangguan komunikasi verbal	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Komunikasi Verbal Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat 2. Kemampuan mendengat meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat 4. Afasia menurun 5. Disatria menurun	Promosi komunikasi : deficit bicara Observasi a. Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara b. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara c. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara d. Identifikasi perilaku

		6. Pelo menurun 7. Gagap menurun	emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik - Gunakan metode komunikasi alternative - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Berikan dukungan psikologis - Gunakan juru bicara Edukasi - Anjurkan berbicara perlahan - Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan bicara Kolaborasi - Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis
7.	Gangguan persepsi sensori	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Status Neurologis membaik dengan kriteria hasil : - Tingkat kesadaran meningkat - Status kognitif meningkat - Fungsi sensori kranial meningkat	Dukungan Pengungkapan Kebutuhan Observasi Periksa gangguan komunikasi verbal (mis. Ketidakmampuan berbicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal)

		4. Fungsi motoric kranial meningkat 5. Komunikasi meningkat 6. Sakit kepala menurun	Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Hindari berbicara keras 3. Ajukan pertanyaan dengan jawaban singkat, dengan isyarat anggukan kepala jika mengalami kesulitan berbicara 4. Jadwalkan waktu istirahat sebelum waktu kunjungan dan sesi terapi wicara 5. Fasilitasi komunikasi dengan media (mis. Pensil dan kertas, computer, kartu kata) Edukasi 1. Informasikan keluarga dan tenaga kesehatan lain teknik berkomunikasi, dan gunakan secara konsisten 2. Anjurkan keluarga dan staf mengajak bicara meskipun tidak mampu berbicara Kolaborasi 1. Rujuk pada terapis wicara, jika Perlu
8.	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan	Dukungan mobilisasi Observasi a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

		ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot Meningkat 3. Rentang gerak (ROM)	b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeputik a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. b. Fasilitasi melakukan pergerakan. c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. b. Anjurkan meakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
--	--	---	---

Tabel 2. 5 Diagnosa, Perencanaan, Intervensi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat dan klien. Hal-hal yang harus diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan, keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis. Intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat. Keamanan fisik dan psikologi

dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.²⁹

5. Evaluasi Keperawatan

Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan, dan kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, serta pencapaian tujuan serta ketetapan intervensi keperawatan. Akhirnya, penggunaan proses keperawatan secara tepat pada praktek keperawatan akan memberi keuntungan pada klien dan perawat. Kualitas asuhan keperawatan diharapkan dapat ditingkatkan. Perawat dapat mendemonstrasikan tanggung jawab dan tanggung gugatnya yang merupakan salah satu ciri profesi dan yang amat penting adalah menjamin efisiensi dan efektifitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien.²⁸

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif. Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian studi kasus. Penelitian deskriptif dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Studi kasus merupakan studi intensif yang rinci tentang satu unit realitas yang menekankan pada faktor-faktor yang berkontribusi mengenai keberhasilan atau kegagalannya. Studi kasus termasuk studi analisis perinci yang dilakukan terhadap seseorang atau kelompok, baik sebagai model fenomena psikiatri, psikologi, ataupun sosial.³⁰ Hasil yang didapatkan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah melihat Asuhan Keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Ruang Syaraf RSUP dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari Januari 2025 – Juni 2025. Waktu dalam memberikan asuhan keperawatan dilakukan minimal selama 5 hari,

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah seluruh jumlah orang atau penduduk di suatu daerah; jumlah orang atau pribadi yang mempunyai ciri-ciri yang sama; jumlah penghuni baik manusia maupun makhluk hidup lainnya pada suatu satuan ruang tertentu; sekelompok orang, benda, atau hal yang menjadi sumber pengambilan sampel; atau suatu kumpulan yang memenuhi syarat tertentu yang berkaitan dengan masalah penelitian.³¹ Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien dengan stroke iskemik yang dirawat Ruang Syaraf Saraf RSUP Dr M.Djamil Padang yaitu sebanyak 2 orang

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Tujuan ditentukannya sampel dalam penelitian adalah untuk mempelajari karakteristik suatu populasi.³² Teknik sampling merupakan cara pengambilan sebagian dari populasi sedemikian rupa sehingga walau sampel namun dapat menggeneralisasi atau mewakili.³³ Pengambilan sampel dari penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling. Purposive sampling adalah teknik pengambilan sampel menggunakan penilaian peneliti yang bisa mewakilkan karakteristik populasi.³⁴ Cara pengambilan sampel dilakukan secara acak (*random sampling*), yaitu suatu cara pemilihan setiap elemen dalam populasi dilakukan sedemikian rupa sehingga setiap elemen mendapat kesempatan yang sama untuk dipilih menjadi sampel.³⁵

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. 2 (dua) orang responden disesuaikan dengan kriteris inklusi dan eksklusi sehingga didapat 1 responden yang akan dijadikan sampel dalam penelitian ini.

Adapun cara pemilihan sampel yang dilakukan harus sesuai dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan ciri-ciri utama dari populasi sasaran yang akan direkrut oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan penelitian.³⁵

Kriteria inklusi dari pasien yang akan diteliti diantaranya :

- 1) Pasien dan keluarga yang bersedia dilakukan asuhan keperawatan

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dapat meliputi calon partisipan yang memenuhi kriteria inklusif, tetapi memiliki karakteristik tambahan yang dapat mengganggu keberhasilan studi.³⁶

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang pulang atau meninggal sebelum 5 hari penelitian

D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan. Instrumen lainnya seperti alat-alat pemeriksaan fisik. Instrumen pengumpulan data meliputi:

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas klien dan penanggung jawab (data umum), data riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pola aktifitas sehari, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, data laboratorium, program terapi dokter dan catatan tambahan.
2. Format analisa data terdiri dari: nama pasien, data, masalah, etiologi.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari nama pasien, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah serta tanggal dan paraf teratasi masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria hasil yang ingin dicapai dan intervensi.
5. Format implementasi dan evaluasi keperawatan terdiri dari: hari, tanggal, jam, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.
6. Alat pemeriksaan fisik terdiri dari Tensimeter, stetoskop, termometer reflek hammer, penlight, tongspatel dan lainnya

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah tahapan penelitian yang dilakukan setelah peneliti membangun pemahaman tentang kontribusi penelitian dan menjelaskan tentang dukungan literatur pada aspek penelitian yang diamati. Pengumpulan data harus dilaksanakan dengan mengikuti kaidah-kaidah yang tepat atas suatu metoda guna mendapatkan data yang sesuai untuk dianalisis lebih lanjut pada aspek yang sedang diteliti.³⁷ Teknik pengumpulan data merupakan proses dalam sebuah penelitian dan merupakan bagian yang penting. Teknik pengambilan data harus benar dan sesuai dengan metode agar hasil yang diraih sesuai dengan tujuan.³⁸ Teknik pengumpulan data antara lain wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

1. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan memberi sejumlah pertanyaan yang berhubungan dengan penelitian kepada narasumber yang sudah ditentukan. Dalam sesi wawancara peneliti bebas menanyakan apa saja pertanyaan kepada narasumber yang berhubungan dengan penelitian.³⁷

2. Observasi

Observasi yaitu teknik pengumpulan data dengan peneliti turun langsung ke lapangan, kemudian mengamati gejala yang sedang diteliti setelah itu peneliti bisa menggambarkan masalah yang terjadi yang bisa dihubungkan dengan teknik pengumpulan data yang lain seperti wawancara dan hasil yang diperoleh dihubungkan dengan teori dan penelitian terdahulu.³⁸ Observasi dilakukan untuk mencari tahu tentang keadaan responden, dan mencatat aktivitas yang dilakukan oleh responden.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik merupakan metode pengumpulan data asesmen fisik yang komprehensif untuk mengumpulkan data pasien dan menentukan status kesehatan pasien. Pengumpulan data pemeriksaan fisik yang tepat sangat berpengaruh terhadap ketepatan pemberian Asuhan keperawatan.³⁹ Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada asuhan keperawatan ini meliputi

pemeriksaan status fisiologis dan pemeriksaan secara head to toe mulai dari kepala, rambut, telinga, wajah, hidung, mulut, dada, abdomen, serta ekstermitas, tingkat kesadaran, pemeriksaan nervus cranialis, pemeriksaan kekuatan otot, refleks dan rangsangan meningeal.

4. Studi Dokumentasi

Dokumentasi berasal dari kata dokumen, yang artinya barang-barang tertulis. Metode dokumentasi berarti cara mengumpulkan data dengan mencatat data-data yang sudah ada. Teknik pengumpulan data dengan dokumentasi ialah pengambilan data yang diperoleh melalui dokumen-dokumen.⁴⁰ Dokumentasi dilakukan menggunakan format asuhan keperawatan, yang terdiri dari format pengkajian keperawatan, Analisa data keperawatan, format diagnosa keperawatan, format intervensi keperawatan, format implementasi keperawatan, format implementasi keperawatan dan format dokumentasi keperawatan.

F. Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data atau informasi yang didapatkan secara langsung dari klien atau keluarganya tentang kesehatan klien . Data primer dapat berupa data subjektif atau objektif.⁴¹

a. Data subjektif

Data subjektif adalah informasi yang diberikan oleh pasien tentang pengalaman mereka dan gejala yang mereka rasakan, seperti rasa sakit atau kelemahan. Data subjektif dapat diperoleh melalui wawancara dengan klien atau keluarganya.⁴⁰

b. Data objektif

Data objektif adalah informasi yang diperoleh melalui hasil pengamatan atau pengukuran. Data objektif dapat diperoleh melalui pemeriksaan fisik atau pengamatan langsung.⁴⁰

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah informasi yang diperoleh dari catatan medis, laporan laboratorium, atau catatan keperawatan sebelumnya. Data sekunder dapat membantu memperoleh pemahaman yang lebih lengkap tentang keadaan kesehatan klien.⁴⁰

G. Prosedur Pengambilan Data

1. Peneliti meminta surat izin untuk melakukan penelitian dari instansi asal peneliti yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Peneliti mendatangi diklat RSUP Dr. M. Djamil Padang dan menyerahkan surat izin melakukan penelitian dari instansi.
3. Peneliti meminta izin kepada kepala instalasi IRNA Non Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk melakukan penelitian.
4. Peneliti meminta izin kepada kepala ruangan Syaraf RSUP Dr M. Djamil Padang untuk pengambilan data dan melakukan penelitian.
5. Peneliti menemui responden, menjelaskan tujuan, memberi kesempatan kepada responden untuk bertanya, menyerahkan inform consent.
6. Peneliti melakukan kontrak waktu untuk memulai asuhan keperawatan.

H. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan oleh peneliti pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori pada pasien stroke iskemik. Data yang telah didapatkan oleh peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, melakukan analisa data, kemudian menegakkan diagnosa keperawatan, setelah itu merencanakan tindakan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan sampai dengan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik. Analisa data yang dilakukan

bertujuan untuk menentukan apakah ada kesesuaian dengan teori yang ada dengan kondisi yang dialami pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2025 di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dipimpin oleh seorang Kepala Ruang dan dibantu oleh Ketua Tim serta beberapa perawat pelaksana yang bekerja dalam tiga shift, yaitu pagi, siang, dan malam. Selain dari perawat ruang, terdapat perawat magang dan mahasiswa yang praktik dari berbagai institusi yang turut melaksanakan asuhan keperawatan.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian dilakukan di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan melibatkan 1 pasien yang bernama Tn. S berusia 50 tahun. Penelitian ini dilakukan selama 5 hari dimulai pada tanggal 13 Maret 2025 hingga 17 Maret 2025. Pada saat melakukan penelitian terdapat 2 orang pasien dengan diagnosa Stroke Iskemik, sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi maka diambil 1 orang partisipan untuk dilakukan penelitian.

1. Pengkajian Keperawatan

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

Pasien bernama Tn.S yang berusia 50 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, pendidikan SLTP, agama Islam, pekerjaan Karyawan Swasta, dengan diagnosis medis Stroke infark regio temporoparietal sinistra. Pasien masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 06 Maret 2025 pukul 13.02 WIB dengan keluhan utama penurunan kesadaran sejak 2 hari sebelum masuk Rumah Sakit, anggota Gerak sebelah kiri lemah dan mulut miring ke kanan, GCS: 8 (Samnolen). Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 08.30 WIB. Pasien rawatan hari ke 7 dengan kesadaran compos mentis non cooperative (GCS 14), pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul, sakit terasa di bagian belakang kepala secara tiba tiba, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk, sakit tidak menyebar ke

pundak atau tengkuk, skala nyeri 5, pasien mengatakan tidak sesak dan tidak ada perasaan mual. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota gerak sebelah kiri. Keluarga mengatakan pasien hanya membuka mata saat dipanggil, anggota gerak sebelah kiri lemah, mata sebelah kanan tidak dapat dibuka dan mulut miring ke kanan, berbicara pelo dan kurang terdengar jelas, keluarga mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu dan sudah tidak BAB selama 4 hari, tidak ada muntah dan tidak ada kejang.

Pada riwayat kesehatan dahulu, keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dirawat sebelumnya, tidak ada riwayat stroke sebelumnya, pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, kolesterol atau penyakit jantung. Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan perokok aktif sudah sejak SLTP +/- 35 tahun, pasien menghabiskan 1 bungkus rokok setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan yang bersantan dan gorengan.

Pada riwayat kesehatan keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki Riwayat penyakit stroke, hipertensi, kolesterol, diabetes melitus atau penyakit jantung.

Pada kebutuhan dasar didapatkan pasien sering memakan makanan yang bersantan dan gorengan. Pasien makan 3 kali sehari dengan campuran lauk dan sayur dalam porsi sedang. Pada saat dirawat, pasien diberi diit ML RG II/8 jam dan makan melalui NGT. Pasien minum sekitar 1200 – 1500 cc/hari (air mineral). Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 62,5 cc/jam. Pola tidur pasien biasanya 8 jam sehari, jarang tidur siang. Pada saat dirawat, pasien lebih banyak tidur daripada terjaga. Eliminasi pasien pada saat dirawat menggunakan kateter dan pampers. Keluarga mengatakan urine pasien kurang lebih 1700 cc/hari. Keluarga mengatakan pasien belum BAB sejak 4 hari yang lalu sampai dengan saat dilakukan pengkajian. Pola aktivitas pasien jarang berolahraga. Saat sakit, aktifitas pasien banyak di tempat tidur dan sulit untuk menggerakkan tangan dan kaki kiri, aktifitas pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

Hasil Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran pasien CMNC, GCS E3V5M6, berat badan pasien 60 Kg, tinggi badan pasien 160 cm, IMT 23,4 Kg/m². Hasil pengukuran Tekanan darah 151/92 mmHg, MAP 111,6 mmHg, pengukuran nadi 105 x/menit, suhu 37,9°C, pernapasan 20x /menit. Pada bagian kepala didapatkan kulit kepala bersih, rambut tidak rontok. Pemeriksaan wajah didapatkan wajah pasien tampak tidak simetris, saat senyum mulut pasien miring ke kanan (N. VII Facialis). Pada pemeriksaan mata ditemukan gerak bola mata bebas ke segala arah, penglihatan pasien tidak ada masalah, pasien tidak dapat membuka mata sebelah kanan, pupil mata 2m/2m isokor, pasien dapat melihat dengan jelas benda yang di gerakkan oleh pemeriksa (N. II Optikus), terdapat respons pupil mengecil pada mata kanan dan kiri saat diberi rangsangan cahaya (N. III oculomotorius). Pada test Nervus IV (Trochlear) tidak dilakukan karena pasien tidak dapat duduk dengan kepala tegak lurus. Pada saat dioleskan kapas di kelopak matas atas pasien terdapat respons pasien langsung mengedip (N. V Trigemini). Pada saat diminta untuk melihat kearah kanan dan kiri tanpa menoleh, mata sebelah kiri pasien dapat melakukan sesuai arahan tetapi mata sebelah kanan tidak (N. VI Abducens). Pada pemeriksaan hidung didapatkan penciuman sebelah kiri pasien tidak dapat mencium teh yang diberikan oleh pemeriksa (N.I Olfactory). Pada pemeriksaan telinga, pasien dapat mendengar perkataan yang dibisikkan oleh pemeriksa (N. VIII Acustikus). Pada test Nervus IX (Glossopharyngeal), Nervus X (Vagus) dan Nervus XII (Hypoglossus) tidak dilakukan pemeriksaan karena pasien tidak dapat menelan. Pasien tidak dapat mengangkat bahu sebelah kiri (N.XI Accessorius).

Pada pemeriksaan thorak pasien saat inspeksi dada pasien tampak simetris. Saat palpasi vocal fremitus kiri dan kanan sama, perkusi sonor kiri dan kanan, dan auskultasi bunyi nafas vesikuler dan tidak ada ronki. Pada saat pemeriksaan jantung pasien, saat dilakukan inspeksi iktus kordis tidak terlihat, pada saat palpasi iktus kordis teraba 1 jari pada midklavikula RIC V, pada saat auskultasi suara jantung 1 dan 2 reguler, tidak ada murmur. Pada pemeriksaan abdomen saat dilakukan inspeksi tampak perut pasien

distensi karena belum BAB. Pada saat auskultasi bising usus normal dan tidak ada nyeri tekan, saat dilakukan perkusi perut pasien timpani. Pada pemeriksaan genetalia pasien tampak terpasang kateter dan pampers. Pada pemeriksaan ekstremitas tidak ada edema dan tidak ada luka, didapatkan ekstremitas atas dan bawah pasien di sebelah kiri lemah dan tidak dapat digerakkan, CRT <2 detik. Pasien terpasang IVFD NaCl 0.9% 62,5 cc/jam. Pada pemeriksaan kekuatan otot esktremitas atas sebelah kiri pasien 000 sedangkan sebelah kanan pasien 555. Pada ekstremitas bawah pasien sebelah kiri kekuatan otot 000 dan sebelah kanan 555.

Pemeriksaan refleks fisiologis tidak dapat dilakukan karena keluarga tidak berkenan dilakukannya pemeriksaan. Pada pemeriksaan refleks patologis Babinski negatif, Chaddock negative, Gordon negatif. Pada pemeriksaaan rangsangan meningeal kaku kuduk didapatkan negatif.

Hasil pemeriksaan diagnostik Brain CT Scan pasien menunjukkan infark temporoparietal sinistra. Terapi pengobatan yang diberikan pada Tn. S yaitu IVFD Nacl 0,9% 6,5 cc/jam, mannitol 2x150 cc, ranitidine 2x50 mg, paracetamol 3x750 mg, asetosal 1x100 mg, atovartastin 1x40 mg, ampicilin sulbaktan 4x1,5 gr, moxifloxacin 1x400 mg, n-asetilsistein 3x400 mg, sukralfat syr 3x10 cc, candesartan 1x16 mg, amlodipine 1x10 mg, Dulcolax (supp) 1x10 mg

2. Diagnosa Keperawatan

a. Diagnosis Keperawatan I

Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik), pada tanggal 13 Maret 2024 ditemukan data subjektif pasien mengatakan sakit kepala. Pada data objektif didapatkan pasien tekanan darah meningkat yaitu 151/92 mmHg, Tingkat kesadaran menurun (GCS 14), terdapat peningkatan TIK yaitu MAP 111,6 mmHg, Nadi 105x/menit, suhu 37,9°C.

b. Diagnosis Keperawatan 2

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Data subjektif yang ditemukan pada pasien, Pasien

mengatakan ekstremitas sebelah kiri lemah, pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri, keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif ekstremitas sebelah kiri pasien terasa berat, lemah, susah digerakkan, Gerakan terbatas, pasien sulit mengangkat bahu sebelah kiri (N.XI aksessorius), kekuatan otot pasien menurun, esktremitas atas sebelah kiri pasien 000 sedangkan sebelah kanan pasien 555. Pada ekstremitas bawah pasien sebelah kiri kekuatan otot 000 dan sebelah kanan 555.

c. Diagnosa Keperawatan 3

Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen. Data subjektif yang ditemukan pada pasien, keluarga pasien mengatakan sudah tidak BAB sejak 4 hari yang lalu, keluarga mengatakan pasien sulit untuk mengeluarkan BAB, pasien tidak bisa mengejan. Data objektif ditemukan pada perut pasien tampak distensi.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada SIKI dan SLKI. Berikut adalah rencana asuhan keperawatan pada pasien :

a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik)

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), minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, hindari pemberian cairan IV hipotonik, Pertahankan suhu tubuh normal, kolaborasi pemberian diuresis osmotic, jika perlu. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu Kapasitas adaptif

intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, tekanan intrakranial membaik dan dilakukann luaran Status Neurologis membaik dengan kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat, komunikasi meningkat, sakit kepala menurun, hipertermia menurun, frekuensi nadi membaik.

b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu dukungan mobilisasi dengan tindakan intervensi memonitor kondisi umum sebelum pergerakan, memfasilitasi melakukan pergerakan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Teknik latihan penguatan sendi dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, 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, anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan, anjurkan ambulansi 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.

c. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen

Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen eliminasi fekal dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal,

monitor buang air besar (mis. warna, frekuensi, konsistensi, volume), anjurkan mencatat warna, frekuensi, meningkatkan konsistensi, aktivitas fisik, dan volume, anjurkan untuk sesuai toleransi, anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas, anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi dan kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil distensi abdomen menurun, frekuensi defekasi membaik.

4. Implementasi Keperawatan

a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d stroke iskemik

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti adalah melakukan identifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, memposisikan pasien semi fowler, mempertahankan suhu tubuh pasien normal, berkolaborasi memberikan obat mannitol 2x500 cc, memberikan obat paracetamol 3x750 mg.

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti adalah memonitor kondisi umum sebelum pergerakan, memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 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, dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk melakukan ROM secara mandiri dan bertahap di rumah

c. Konstipasi b.d kelemahan otot abdomen

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti adalah memantau buang air besar pasien, menjelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan

peristaltic usus, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, menganjurkan meningkatkan asupan cairan, pemberian obat supositoria anal sesuai order dokter yaitu Dulcolax (supp)

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 5 (lima) hari, maka didapatkan hasil kesehatan Tn. S sebagai berikut :

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan stroke iskemik, hasil evaluasi keperawatan pada hari kelima didapatkan data subjektif pasien mengatakan sakit kepala sudah tidak terasa, keluarga mengatakan pasien masih berbicara pelo dan apa yang dibicarakan pasien belum sepenuhnya terdengar jelas, didapatkan data objektif GCS 15, TD membaik yaitu 130/83 mmHg, tekanan intrakranial membaik : MAP 99 mmHg, hipertermia menurun : suhu 36,8°C. Dari hasil analisis didapatkan masalah belum teratasi, intervensi dihentikan.
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular, hasil evaluasi keperawatan pada hari ke lima, didukung data subjektif pasien mengatakan gerak masih terbatas, anggota gerak sebelah kiri belum bisa digerakkan, aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga dan perawat kekuatan otot pasien : ekstremitas atas (kiri 000/ kanan 555) ekstremitas bawah (kiri 000/ kanan 555). Dari hasil analisis didapatkan masalah belum teratasi, intervensi dihentikan.
- c. Evaluasi pada diagnosis konstipasi b.d kelemahan otot abdomen, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari kelima, didukung oleh data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa BAB berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat. Data objektif perut pasien tampak distensi sudah mulai berkurang. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

C. Pembahasan Kasus

Setelah terlaksananya asuhan keperawatan yang di mulai dari pengkajian, menegakkan diagnosis, membuat rencana/intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan/implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Maka dalam bab ini peneliti akan membandingkan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan di lapangan saat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik dan dapat di uraikan dari hasil melakukan asuhan keperawatan yang dimulai dari tanggal 13 Maret 2025 hingga 17 Maret 2025 di ruangan Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai berikut:

1. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Maret 2025, pasien bernama Tn. S berusia 50 tahun berjenis kelamin laki-laki. Penelitian Handayani, dkk, mengatakan bahwa 55% yang mengalami stroke iskemik adalah laki-laki, hal ini diperkirakan berhubungan dengan hormon estrogen. Hormon Estrogen berperan dalam pencegahan plak aterosklerosis seluruh pembuluh darah, termasuk pembuluh darah serebral. Dengan demikian, perempuan pada usia produktif memiliki proteksi terhadap kejadian penyakit vaskular dan aterosklerosis yang menyebabkan kejadian kejadian stroke lebih rendah dibandingkan lelaki.⁴² Pasien masuk dengan keluhan utama penurunan kesadaran sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit dan anggota gerak sebelah kiri tidak dapat digerakkan. Saat dikaji pasien mengeluh sakit kepala hilang timbul, sakit terasa di bagian belakang kepala secara tiba-tiba, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk, sakit tidak menyebar ke pundak atau tengkuk, skala nyeri 5. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota gerak sebelah kiri, keluarga mengatakan mulut pasien miring ke kanan, pasien tidak dapat membuka mata sebelah kanan, pasien berbicara pelo dan kurang terdengar jelas, demam sejak 1 hari yang lalu dan sudah tidak BAB selama 4 hari. Menurut Mirfaidah, gambaran klinis stroke iskemik berupa kelemahan sebelah anggota tubuh, hiperrefleksia anggota tubuh, kelemahan otot-otot wajah, dysarthria, dysfagia, peningkatan reflex muntah, diplopia, kelemahan otot mata, dan penurunan kesadaran.⁴³

Didukung oleh penelitian Agnes, mengemukakan bahwa keluhan utama pasien stroke iskemik yaitu penurunan kesadaran merupakan persentase terbesar yaitu 60% sedangkan kelemahan anggota gerak yaitu 40%. Berdasarkan keluhan Tambahan yang terbanyak yaitu nyeri kepala (38%), berbicara pelo (20%) dan mulut mencong (4%).⁴⁴ Berdasarkan hasil yang peneliti dapatkan ada kesamaan antara hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya yaitu penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, nyeri kepala, bicara pelo dan mulut mencong.

Pada riwayat kesehatan dahulu, keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dirawat sebelumnya, tidak ada riwayat stroke sebelumnya, pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, kolesterol atau penyakit jantung. Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan perokok aktif, pasien menghabiskan 1 bungkus rokok setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan yang bersantan dan gorengan.

Pada riwayat kesehatan keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki Riwayat penyakit stroke, hipertensi, kolesterol, diabetes melitus atau penyakit jantung.

2. Diagnosa Keperawatan

Hasil studi dokumentasi pada kasus pasien ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu Penurunan kapasitas adaptif intrakranial, gangguan mobilitas fisik dan konstipasi. Penelitian Rahmadia, 2024 ditemukan 4 diagnosis keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan konstipasi.¹⁶ Berdasarkan penelitian Rahmadia, peneliti menemukan perbedaan terhadap masalah keperawatan yang muncul yaitu Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial. Peneliti menegakkan diagnosa Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial karena pasien mengeluh sakit kepala dan mengalami penurunan kesadaran. Hal ini terjadi karena pada pasien stroke iskemik terjadi penurunan oksigen ke

otak yang dapat mengakibatkan penurunan tingkat kesadaran serta terjadi peningkatan tekanan darah sehingga pasien juga mengalami sakit kepala.⁴⁵

Diagnosa pertama, Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik) pada tanggal 13 Maret 2025 ditemukan data subjektif pasien mengatakan sakit kepala yang terasa hilang timbul, sakit terasa di bagian belakang kepala, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5. keluarga mengatakan mata sebelah kanan pasien tidak dapat dibuka dan mulut miring ke kanan, berbicara pelo dan kurang terdengar jelas, keluarga mengatakan pasien demam sejak 1 hari. Data objektif GCS compos mentis non cooperative (14), pada wajah pasien tampak tidak simetris (N. VII Facialis), senyum pasien tidak simetris (N. VII Facialis), pasien tidak dapat mengangkat bahu sebelah kiri Nervus XI (Accessorius), pasien tampak bicaranya pelo (N. XII Hipoglossus), TD: 151/92 mmHg, MAP:111,6 Nafas 20x/menit, suhu 37,9. terpasang oksigen nasal kanul 3 liter/menit, hasil CT scan non kontras tampak lesi hipolens pada regio temporoparietal dextra.

Hal ini sesuai dengan SDKI yang menjelaskan bahwa Penurunan kapasitas adaptif intrakranial merupakan gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial dengan gejala mayor/minor mengeluh sakit kepala, tekanan darah meningkat, tingkat kesadaran menurun dan refleks neurologis terganggu.²⁸

Diagnosa kedua, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditemukan data subjektif pasien mengatakan ekstremitas sebelah kiri lemah, pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, keluarga pasien mengatakan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Data objektif ekstremitas sebelah kiri pasien terasa berat, lemah, susah digerakkan, gerakan terbatas, pasien sulit mengangkat bahu sebelah kiri (N.XI aksessorius), kekuatan otot pasien menurun, esktremitas atas sebelah kiri pasien 000 sedangkan sebelah

kanan pasien 555. Pada ekstremitas bawah pasien sebelah kiri kekuatan otot 000 dan sebelah kanan 555.

Hal ini sesuai dengan SDKI yang menjelaskan bahwa gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri, tanda dan gejalanya adalah pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah.²⁸

Diagnosa ketiga, Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen. Data subjektif yang ditemukan pada pasien, keluarga pasien mengatakan sudah tidak BAB sejak 4 hari yang lalu, keluarga mengatakan pasien sulit untuk mengeluarkan BAB, pasien tidak bisa mengejan. Data objektif ditemukan pada perut pasien tampak distensi.

Hal ini sesuai dengan SDKI bahwa gejalanya adalah defekasi kurang dari 2 kali seminggu, pengeluaran feses sulit, dan distensi abdomen.²⁸ Menurut Windahandayani, Konstipasi pada pasien stroke iskemik disebabkan oleh perubahan tingkat aktivitas yang membuat impuls saraf melambat dan penurunan peristaltik di usus besar, penurunan tonus dinding usus dan kekuatan abdomen juga berkurang.⁴⁶

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):¹⁷

Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema serebral (stroke iskemik) 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), minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, hindari pemberian cairan IV hipotonik, pertahankan suhu tubuh normal kolaborasi sedasi dan antikonsulvan, jika perlu. pemberian Pemantauan neurologis dengan tindakan intervensi keperawatan monitor tingkat kesadaran, monitor tanda-tanda vital, monitor kesimetrisan wajah, monitor gangguan visual (penglihatan kabur dan ketajaman penglihatan), monitor keluhan sakit kepala, hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intra kranial. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu Kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, tekanan darah membaik, refleks neurologis membaik, diharapkan Status Neurologis membaik dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, komunikasi meningkat, sakit kepala menurun, hipertermia menurun frekuensi nadi membaik.

Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu dukungan mobilisasi dengan intervensi memonitor kondisi umum sebelum pergerakan, memfasilitasi melakukan pergerakan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. 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.

Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen, Rencana intervensi keperawatan sesuai dengan SIKI untuk diagnosis ini yaitu manajemen eliminasi fekal dengan tindakan intervensi keperawatan identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar, identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal, monitor buang air besar (mis. warna, frekuensi, konsistensi, volume), berikan air hangat setelah makan, sediakan makanan yang tinggi serat, jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus, anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, dan volume, anjurkan untuk meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi, anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas, anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi dan kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu. Setelah intervensi dilakukan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil keluhan defekasi lama dan sulit menurun, distensi abdomen menurun, frekuensi defekasi membaik.

4. Implementasi Keperawatan

Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (stroke iskemik), tindakan keperawatan yang dilakukan adalah identifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor TTV, mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS, memposisikan pasien semi fowler, menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial memonitor kesimetrisan wajah, memonitor keluhan sakit kepala,

memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, memonitor gerakan motoric, mempertahankan suhu tubuh normal, berkolaborasi pemberian obat manitol 2x500 cc, paracetamol 3x 750 mg dan asetosal 1x 100 mg.

Menurut Mustikarani & Afif, elevasi kepala berdasarkan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Pengaturan elevasi kepala bertujuan untuk memaksimalkan oksigenasi jaringan otak, memfasilitasi peningkatan aliran serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral.⁴⁷ Penelitian Nugraheni, menyatakan bahwa pemberian teknik elevasi kepala 30 derajat memberikan pengaruh dan memiliki keefektifan dalam memperbaiki saturasi oksigen pasien stroke.⁴⁸ Menurut analisis peneliti, tindakan pemberian elevasi kepala 30 derajat perlu dilakukan untuk membantu meningkatkan kapasitas adaptif intrakranial.

Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular, 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 *Range of Motion* (ROM) kepada pasien dan keluarga 2 kali/hari selama 15 menit, mendokumentasikan perkembangan pasien, dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk melakukan ROM secara mandiri dan bertahap di rumah.

Pada saat dilakukan wawancara dengan perawat, Tindakan ROM memang tidak dilakukan. Pada saat dilakukan implementasi, penelitian tentang ROM dapat membantu pasien dalam meningkatkan fleksibilitas otot dan sendi pada pasien stroke.

Menurut Mulat, Gangguan mobilitas fisik adalah salah satu komplikasi umum yang dialami oleh pasien stroke. Kehilangan kekuatan otot, kekakuan otot, dan ketidakseimbangan dapat menyebabkan keterbatasan gerakan dan aktivitas sehari-hari. Untuk membantu memulihkan mobilitas fisik pasien stroke, ROM menjadi penting. ROM, atau rentang gerak,

merujuk pada kemampuan sendi untuk bergerak dalam lingkup penuh atau normal. Penerapan ROM pada pasien stroke bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan fleksibilitas otot dan sendi, mencegah kontraktur otot, dan meminimalkan risiko kekakuan sendi.⁴⁹ Penelitian Kusuma, menjelaskan bahwa pemberian latihan ROM dengan durasi waktu 15-35 menit dilakukan 2x perhari. Latihan ROM yang dilakukan berkelanjutan terbukti dapat meningkatkan kekuatan otot, meningkatkan ADL dan kekuatan otot, pasien terhindar dari depresi serta dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien stroke.⁵⁰ Menurut analisis peneliti, tindakan pelaksanaan ROM pada pasien stroke iskemik mampu meningkatkan kekuatan otot pada pasien yang mengalami penurunan kekuatan otot.

Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen, Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti adalah memonitor buang air besar pasien, memonitor tanda dan gejala konstipasi, memberikan air hangat setelah makan, menjelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, pemberian obat supositoria sesuai order dokter yaitu dulcolax (Supos).

Menurut Soputri dan Lado, Air hangat dapat memperlancar buang air besar. Mengonsumsi air hangat dalam jumlah yang cukup, pencernaan akan berjalan lebih maksimal. Air hangat akan melembabkan feses yang ada di dalam usus sehingga feses akan mudah keluar saat buang air besar.⁵¹ Penelitian Desiana, dkk, ada pengaruh yang signifikan antara sebelum dan sesudah diberikan terapi minum air putih hangat terhadap pola eliminasi konstipasi pada pasien stroke.⁵²

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema serebral (stroke iskemik), hasil evaluasi keperawatan teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan tidak merasakan sakit

kepala, pasien mengatakan tidak merasa mual, keluarga mengatakan pasien bicaranya sudah mulau tedengar jelas dan data objektif pasien tampak bicaranya sudah lebih mudah dipahami, mulut masih miring ke kanan, TD: 135/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,7 °C, kekuatan otot pasien : atas (555 / 111) bawah (555 / 111). Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi, intervensi dihentikan.

Evaluasi pada diagnosis gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima, data subjektif pasien mengatakan anggota gerak sebelah kiri masih terasa lemah dan tidak dapat digerakkan, aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga dan perawat, data objektif didapatkan kekuatan otot pasien : atas (555 / 111) bawah (555 / 111). Dari hasil analisis didapatkan masalah belum teratasi, intervensi dihentikan.

Evaluasi pada diagnosis konstipasi b.d kelemahan otot abdomen, hasil evaluasi keperawatan sudah teratasi pada hari ke lima, didukung oleh data subjektif keluarga pasien mengatakan bab sudah keluar dan sudah bisa bab, pasien mengatakan keluhan sulit untuk mengeluarkan BAB berkurang dan tidak bisa mengejan berkurang. Data objektif perut pasien tampak distensi sudah mulai berkurang. Dari hasil analisis didapatkan masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian didapatkan pada pasien stroke iskemik ditemukan keluhan pasien mengatakan pasien mengatakan sakit kepala hilang timbul, sakit terasa di bagian belakang kepala secara tiba tiba, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk, sakit tidak menyebar ke pundak atau tengkuk, skala nyeri 5, pasien mengatakan tidak sesak dan tidak ada perasaan mual. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota gerak sebelah kiri. Keluarga mengatakan pasien hanya membuka mata saat dipanggil, anggota gerak sebelah kiri lemah, mata sebelah kanan tidak dapat dibuka dan mulut miring ke kanan, berbicara pelo dan kurang terdengar jelas, keluarga mengatakan pasien demam sejak 1 hari yang lalu dan sudah tidak BAB selama 4 hari, tidak ada muntah dan tidak ada kejang. keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah dirawat sebelumnya, tidak ada riwayat stroke sebelumnya, pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, kolesterol atau penyakit jantung. Keluarga pasien mengatakan pasien merupakan perokok aktif sudah sejak SLTP +/- 35 tahun, pasien menghabiskan 1 bungkus rokok setiap hari. Keluarga pasien mengatakan pasien suka mengonsumsi makanan yang bersantan dan gorengan. Nervus XII (Hipoglossus) : klien tidak bisa berbicara/pelo. Nervus I (Olfactory) : didapatkan penciuman sebelah kiri pasien tidak dapat mencium teh yang diberikan oleh pemeriksa. Nervus XI (Asesorius) : klien kesulitan mengangkat bahu sebelah kiri dan tidak mampu menahan tahanan yang diberikan. Nervus VII (Facialis) : wajah klien tidak simetris, senyum klien tidak simetris pencong ke kanan.

2. Diagnosis keperawatan yang muncul yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral (stroke iskemik), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dan konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen.
3. Intervensi Keperawatan yang direncanakan tergantung pada masalah yang ditemukan yaitu manajemen peningkatan tekanan intracranial, teknik latihan penguatan sendi dan manajemen eliminasi fekal.
4. Implementasi Keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik dilakukan selama 5 hari. Implementasi yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun yaitu mengukur Tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS, memposisikan pasien elevasi 30 derajat, melakukan ROM, memberikan air hangat setelah makan.
5. Evaluasi Keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan Dilakukan selama 5 hari dalam bentuk SOAP. Hasil yang tercapai berdasarkan SLKI yaitu kapasitas adaptif intrakranial meningkat, status neurologis membaik, mobilitas fisik membaik dan eliminasi fekal membaik.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini menambah wawasan ilmu pengetahuan dalam keperawatan medikal bedah dan kemampuan serta pengalaman peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik

2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan kepada perawat ruangan agar dapat menggiatkan intervensi *Range Of Motion* (ROM).

3. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah studi kepustakaan dan memberikan sumbangan pikiran serta pembelajaran bagi mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang terutama jurusan keperawatan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dan data pembandingan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien stroke iskemik.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Retnaningsih D. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke*. Jawa Tengah: NEM; 2023.
2. Kementerian Kesehatan RI. *Kenali Stroke dan Penyebabnya* [Internet]. [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://ayosehat.kemkes.go.id/kenali-stroke-dan-penyebabnya>
3. Andika M, Hasanah R, Ariny S, Nouti S, Afif T, Sesnawati, et al. *Kardiovaskular "Hipertensi, Stroke, Anemia, Dislipidemia."* Indramayu: CV. Adanu Abimata; 2023.
4. World Health Organization. *Stroke Cerebrovascular Accident* [Internet]. 2022. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
5. World Stroke Organization. *Global Stroke Fact Sheet 2022*. 2022.
6. Kementerian Kesehatan RI. *Cegah Stroke dengan Aktivitas Fisik* [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 12]. Available from: <https://kemkes.go.id/id/cegah-stroke-dengan-aktivitas-fisik>
7. Sutejo Putri Maharani, Hasanah U, Dewi Nia Risa. *Penerapan ROM Spherical Grip Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Di Ruang Syaraf RSUD Jend. Ahmad Yani Metro*. Cendikia Muda. 2023;3:521–35.
8. Ferawati, Rita I, Amira S, Ida Y. *Stroke "Bukan Akhir Segalanya" Cegah dan Atasi Sejak Dini*. Bogor: Guapedia; 2020.
9. Rahayu TG. *Analisis Faktor Risiko terjadinya Stroke dan Tipe Stroke*. 2023;10:48–53.
10. Kementerian Kesehatan RI. *Survei Kesehatan Indonesia*. Jakarta; 2023.
11. Gofir A. *Tatalaksana Stroke Dan Penyakit Vaskular Lain*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 2020.
12. Darmawan I, Utami Indhit T, Pakarti Asri Tri. *Penerapan Range Of Motion (ROM) Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Tangan Pasien Pasca Stroke Non Hemoragik*. Cendikia Muda. 2024;04:246–67.
13. Widarti L, Mahfoed moh. hasan, Kuntoro, Sudiana K. *Respons Psikologis (Kecemasan Dan Depresi) Dan Respons Biologis (Cortisol, Ifn- γ Dan Tnf- α) Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Pendekatan Model Home Care Holistic*. Ners. 2022;07:1–12.
14. Suka adzimi loveta ginting, Kasih laras chyntia, Safuni N. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Saraf Pria: Suatu Studi Kasus*. Ilm Mhs. 2022;1:141–7.
15. Firdarany F, Saudi L, Rahmawati agustini liviana. *Asuhan Keperawatan*

Pada Pasien Cerebro Vaskuler Disease Stroke Iskemik Berdasarkan SDKI Dan SIKI Di Rumah Sakit Wilayah Jakarta Selatan. Indones J Nurs Sci. 2022;2:26–33.

16. Rahmadia, Gebi Putri. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Bangsal Syaraf Rsup Dr. M. Djamil Padang.* Kemenkes poltekkes padang; 2024.
17. PPNI. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi Dan Tindakan Keperawatan, edisi 1.* Jakarta: DPP PPNI; 2018.
18. PPNI. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Kriteria hasil keperawatan, edisi 1.* Jakarta: DPP PPNI; 2018.
19. Dharma Kelana Kusuma. *Pemberdayaan Keluarga Untuk Mengoptimalkan Kualitas Hidup Pasien Stroke.* Yogyakarta: deepublish; 2018.
20. Hutagalung M. Siregar. *Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati Dan Menyembuhkan.* Bandung: Nusa Media; 2019.
21. Utomo Trenggono Yudo. *Buku Ajar Stroke.* Jawa Tengah: Eureka Media Aksara; 2024.
22. Auryn V. *Mengenal & Memahami Stroke.* Yogyakarta: KATAHATI; 2021.
23. Que Bertha Jean. *Stroke Iskemik Peran Heat Shock Protein 70 Dan Heat Shock Protein 60 Terhadap Derajat Fungsional Penderita Stroke Iskemik Trombotik Akut.* Adab, editor. indramayu; 2023 p.
24. Yuswanto, Anam Agus Khoirul, Prihantono J. *Panduan Pencegahan Stroke Dan Penatalaksanaan Pre Hospital Stroke Pada Keluarga.* Malang: Media Nusa Creative Publishing; 2022.
25. Susilo Catur Budi. *Keperawatan Medikal Bedah Persarafan.* Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2019.
26. Kusyani A, Khayudin Bayu Akbar. *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa Dan Perawat Profesional.* Bogor: Guapedia; 2022.
27. Huda Nurarif Amin, Kusuma H. *Asuhan Keperawatan Praktis Jilid 2.* Yogyakarta: Mediaction; 2016.
28. PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi Dan Indikator Diagnostik.* Jakarta: DPP PPNI; 2018.
29. Rohayati E. *Keperawatan Dasar 1.* Jawa Barat: Lovrinz Publishing; 2019.
30. Nuriman. *Memahami Metodologi Studi Kasus, Grounded Theory Dan Mixed Method : Untuk Penelitian Komunikasi, Psikologi, Sosiologi Dan Pendidikan.* Jakarta: Kencana; 2021.
31. Roflin E, Liberty Ice Andriyanti, Pariyana. *Populasi, Sampel, Variabel Dalam Penelitian Kedokteran.* Bojong: Nasya Expanding Management; 2021.

32. Hidayat Aziz Alimul. *Cara Mudah Hitung Besar Sampel*. Surabaya: Health Books Publishing; 2021.
33. Sumargo B. *Teknik Sampling*. Jakarta: UNJ Press; 2020.
34. Sulistiyo U. *Buku Ajar Metode Penelitian Kualitatif*. Jambi: Salim Media Indonesia; 2019.
35. Prawiyogi Anggy Giri, Sunarjo Richard Andre, Oganda Fitra Putri, Andayani D, Anjani Sheila Aulia. *Menuju Karya Ilmiah Unggulan Jurusan Jitu Penulisan Penelitian*. Jakarta: APTIKOM; 2024.
36. Utarini A. *Metode Penelitian : Prinsip Dan Aplikasi Untuk Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press; 2023.
37. Hartono J. *Metoda Pengumpulan Dan Teknik Analisa Data*. Yogyakarta: ANDI;
38. Sahir Syafrida Hafni. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: KMB Indonesia; 2021.
39. Fathonah S, Supatmi, Mufidah N, Faridah, Suarningsih, Ayu K, et al. *Buku Ajar Keterampilan Dasar Keperawatan*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia; 2023.
40. Hardani. *metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*. Yogyakarta: Pustaka Ilmu Group Yogyakarta; 2020.
41. Mustamu Alva Cherry, Fabanyo Rizqi Alvian, Mobalen O, Djanmona Rolyn Frisca. *Buku Ajar Metodologi Keperawatan*. Jawa Tengah: NEM; 2023.
42. Handayani R, Rachman Moch Erwin, Maricar N, Hamzah Pratiwi Nasir, Pancawati E. *Fakumi Medical Journal*. *Fakumi Med J*. 2023;3(5):359–67.
43. Nadjamuddin M, Manggau M, Kaelan C, Irfayanti NA, Pratama AS. *Efek Penggunaan Antihipertensi Pasien Stroke Iskemik*. Pekalongan: NEM; 2022.
44. Charismah A, Putri I. *Gambaran Dan Tatalaksana Stroke Iskemik Pasien Rawat Inap Di Rsu Royal Prima Medan Tahun 2019 Description And Management Of Ischemic Stroke Patients At Royal Prima General Hospital Medan 2019* Pendahuluan. 2021;IV(I):1–9.
45. Putri SR, Afni ACN. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stoke Iskemik: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial Dengan Intervensi Elevasi Kepala 30°*. 2023;31(1):82–7.
46. Windahandayani VY. *Gambaran Konstipasi Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*. *Pros Penelit Pendidik dan Pengabdi* 2021. 2021;1(1):1348–53.
47. Mustikarani A, Mustofa A. *Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke melalui Pemberian Posisi Head Up*. *Ners Muda*. 2020;1(2):114.
48. Lartia Nugraheni, Joko Tri Atmojo ASM. *Efektivitas Pemberian Elevasi*

Kepala 30 Derajat Dalam Peningkatan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke: Literature Review. J Lang Heal [Internet]. 2024;5(2):561–70. Available from: <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JLH>

49. Mulat TC, Asmi AS, Suprpto S, Muridah M. *Penerapan Range of Motion Pada Pasien Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik* Penerbit : Edukasi Ilmiah Indonesia. J Edukasi Ilm Keshatan. 2023;1(2).
50. Kusuma AS, Sara O. *Implementation of Early Passive Range of Motion (ROM) Exercise Procedures in Non-Hemorrhagic Stroke (NHS) Patients.* Syntax Lit [Internet]. 2020;5(10):1015–21. Available from: <https://www.jurnal.syntaxliterate.co.id/index.php/syntax-literate/article/view/1706/1614>
51. Soputri N, Lado WO. *The Effectiveness of Warm Water Therapy for Constipation.* Abstr Proc Int Sch Conf. 2019;7(1):475–82.
52. Desiana, Misparsih, Fitri, Masmun. *Pengaruh Pemberian Terapi Minum Air Putih Hangat.* 2018;25.

LAMPIRAN

Galuh Putri

new_KTI_ADTRI_YUARNI_4_JUNI.docx

 KTI an. Adtri Yuarni

 Karya Ilmiah Mahasiswa Tahun 2025

 Politeknik Kesehatan Kernerikes Padang

Document Details

Submission ID

trnoid:1.3289139125

Submission Date

Jun 5, 2025, 2:34 PM GMT+7

Download Date

Jun 5, 2025, 2:29 PM GMT+7

File Name

new_KTI_ADTRI_YUARNI_4_JUNI.docx

File Size

2.5 MB

85 Pages

15,442 Words

111,236 Characters

4% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

Exclusions

- 11 Excluded Sources

Top Sources

- 4%  Internet sources
- 1%  Publications
- 1%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.