



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG

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

KARYA TULIS ILMIAH

FADHILA ISMATUL IFFA
NIM : 193110133

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

FADHILA ISMATUL IFFA
NIM : 193110133

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang" Telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, 25 Mei 2022

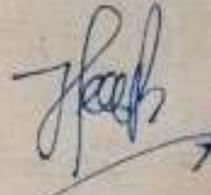
Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II



Ns. Hl. Defia Roza, S.Kep, M. Biomed
NIP. 19730503 199503 2 00 2

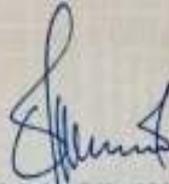


Ns. Hendri Budi, M. Kep, Sp. MB
NIP. 19740118 199703 1 00 2

Mengetahui,

Ketua Prodi D- III Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan Padang



Heppi Sasmika, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa
NIP. 19701020 199303 200 2

LEMBAR PENGESAHAN

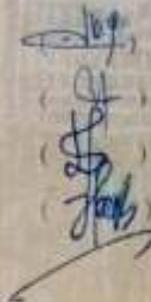
Karya Tulis Ilmiah diajukan Oleh:

Nama : Fadhiha Ismatul Iffa
NIM : 193119133
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUD Dr. M. Djamil Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

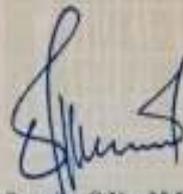
Dewan Penguji

Ketua Penguji : Ns. Yosi Suryarinih, Sp. Kep. MH
Penguji 1 : Ns. Nova Yanti, M. Kep. Sp. Kep. MB
Penguji 2 : Ns. Hj. Defia Roza, S. Kep. M. Biomed
Penguji 3 : Ns. Hendri Budi, M. Kep. Sp. MB
Di Tempat : Poltekkes Kemenkes Padang
Tanggal : 30 Mei 2022



Mengetahui,

Ketua Prodi D- III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang



Heggi Susmija, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP. 19701020 199303 2 002

LEMBAR ORISINALITAS

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

Nama : Fadhila Ismatul Hifa

NIM : 193110133

Tanda Tangan :

The image shows a handwritten signature in black ink over a red official stamp. The stamp is rectangular and contains the text 'METERAI TAMPIL' and 'CALON' below it. To the left of the stamp is a vertical black bar with some illegible text. The signature is written in a cursive style.

Tanggal : 25 Mei 2022

LEMBAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Fadhila Ismatul Iffa
NIM : 193110133
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang / 03 April 2001
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Nama Orang Tua
Ayah : Ishak
Ibu : Elzetriati
Alamat : Surau Gadang, Nanggalo, Padang
Riwayat Pendidikan :

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	SD N 05 Padang	2013
2	SMP N 12 Padang	2016
3	MAN 2 Padang	2019
4	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2022

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan berkat, rahmat, serta karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang ”**. Penulisan KTI ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma III pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.

Peneliti menyadari dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada, Yth :

1. Ibu Ns. Hj. Defia Roza, S. Kep, M. Biomed selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Ns. Hendri Budi, M. Kep, Sp. MB selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Yosi Suryarinilsih, Sp. Kep. MB selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Ns. Nova Yanti, M. Kep, Sp. Kep. MB selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan KTI ini
5. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
6. Ibu Ns. Sila Dewi Angreini, M.Kep, Sp. KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
7. Ibu Heppi Sasmita, M. Kep, Sp. Jiwa selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
8. Ibu Heppi Sasmita, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Pembimbing Akademik

9. Bapak Dr. dr. Yusirwan Yusuf, Sp. B, Sp. BA(K), MARS selaku Direktur Rumah Sakit RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan
10. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
11. Teristimewa kepada orang tua dan saudara saya yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
12. Teman-teman dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu, peneliti menerima kritik dan saran dari pembaca. Akhir kata peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan mendapat balasan dari Allah SWT. Aamiin.

Padang, Mei 2022

Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2022
Fadhila Ismatul Iffa**

Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah (Saraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

Isi : xiii + 80 Halaman + 1 Tabel + 9 Lampiran

ABSTRAK

Stroke iskemik menjadi penyebab kematian nomor satu didunia dan mengalami peningkatan tiap tahunnya. Penyebabnya yaitu karena ada penyumbatan pembuluh darah dan pasokan darah ke otak menurun yang mengakibatkan fungsi otak terganggu dan berdampak kelemahan pada fungsi tumbuh. Tujuan dilakukan penelitian ini untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di IRNA Non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022.

Desain penelitian yang digunakan secara deskriptif berbentuk studi kasus. Waktu penelitian dari Desember 2021 sampai Mei 2022 di IRNA Non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi yaitu 4 orang dan didapatkan 1 orang sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan format pengkajian, wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Analisis data membandingkan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian didapatkan pada pasien stroke iskemik tekanan darah 182/98 mmHg, GCS: 14, GDS : 308 mg/dl, pelo hemiparise dextra. Diagnosa keperawatan yaitu perfusi serebral tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal. Intervensi dan Implementasi yang dilakukan melatih ROM, manajemen hiperglikemia, pemantauan neurologis, promosi komunikasi defisit bicara dan pemantauan TIK. Implementasi dan evaluasi dilakukan selama 5 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan yang muncul sebagian teratasi.

Disimpulkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian dan diharapkan intervensi mobilisasi dan terapi bicara dapat terus dilakukan secara efektif pada pasien sehingga asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dapat tercapai dengan optimal.

**Kata Kunci : Stroke Iskemik, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 25 (2010-2020)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR ORISINALITAS	iv
LEMBAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat	6
1. Manfaat Teoritis	6
2. Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	7
A. Konsep Stroke Iskemik	7
1. Defenisi	7
2. Etiologi.....	7
3. Klasifikasi	9
4. Faktor resiko	10
5. Patofisiologi	11
6. WOC	15
7. Manifestasi Klinis	16
8. Komplikasi	17
9. Penatalaksanaan	18
10. Pemeriksaan Penunjang	19
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik	20

1. Pengkajian Keperawatan	20
2. Diagnosis Keperawatan	24
3. Rencana Keperawatan	25
4. Implementasi Keperawatan	42
5. Evaluasi Keperawatan	43
BAB III METODE PENELITIAN.....	44
A. Jenis dan Desain Penelitian	44
B. Tempat dan Waktu Penelitian	44
C. Subyek penelitian	44
1. Populasi.....	44
2. Sampel	44
D. Alat dan Instrumen Penelitian	45
E. Jenis dan Cara Pengumpulan Data	46
1. Jenis-jenis data	46
F. Teknik Pengumpulan Data	47
G. Analisa Data	48
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS.....	50
A. Deskripsi Kasus.....	50
1. Pengkajian Keperawatan	50
2. Diagnosa keperawatan.....	54
3. Intervensi Keperawatan	56
4. Implementasi Keperawatan	58
5. Evaluasi Keperawatan	59
B. Pembahasan Kasus	60
1. Pengkajian Keperawatan	60
2. Diagnose Keperawatan.....	65
3. Rencana Keperawatan	68
4. Implementasi Keperawatan	70
5. Evaluasi Keperawatan	72
BAB V PENUTUP.....	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA.....	76

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosa, Perencanaan SDKI, SLKI, dan SIKI.....

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.....	8
Gambar 2.2	15

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Asuhan Keperawatan Medical Bedah
- Lampiran 2 Informed Consent
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing I
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing II
- Lampiran 5 Gantchart Kegiatan Penelitian
- Lampiran 6 Format Persetujuan Responden
- Lampiran 7 Surat Persetujuan Pembimbing
- Lampiran 8 Surat Izin Pengambilan Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 9 Surat Izin Survey Pengambilan Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Otak merupakan organ yang paling banyak memakai energi dalam seluruh tubuh manusia, terutama energi yang berasal dari proses metabolisme glukosa. Kebutuhan otak akan oksigen dan glukosa melalui aliran darah adalah konstan atau menetap dan terus – menerus. Fungsi otak sangatlah penting. Jika aliran darah ke otak terhenti selama 10 detik saja maka kesadaran akan hilang dan apabila penghentian aliran darah ke otak terjadi dalam hitungan menit maka akan menimbulkan kerusakan dan kematian sel – sel otak hal ini lah yang menjadi penyebab terjadinya stroke (Indrawati, 2016)

Stroke adalah kondisi dimana pasokan darah ke otak terhenti akibat adanya pembuluh darah yang tersumbat atau pembuluh darah yang pecah, dan mengakibatkan terjadinya kematian sel – sel pada sebagian area di otak (Kemenkes RI, 2020). Stroke adalah salah satu penyakit degeneratif didefinisikan sebagai gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global berlangsung selama lebih dari 24 jam yang disebabkan oleh terhambatnya aliran darah ke otak karena adanya pendarahan ataupun sumbatan (Junaidi, 2012). Pada penderita pasca stroke dijumpai gejala sisa akibat fungsi otak yang tidak membaik sepenuhnya. Beberapa diantaranya kelumpuhan sebagian tubuh, menurunnya indra perasa, gangguan keseimbangan, gangguan koordinasi, gangguan bahasa hingga gangguan status mental (Leniwia, 2019).

Stroke dapat dibedakan menjadi dua yaitu Stroke Hemoragik dan Stroke Iskemik. Stroke Hemoragik adalah stroke yang terjadi karena adanya aneurisma (pelebaran pembuluh darah), angioma (Tumor jinak pada pembuluh darah), lesi arteriosklerosis (penebalan dinding arteri) atau juga terjadi karena perdarahan pada pembuluh darah akibat cedera yang mengakibatkan perdarahan pada otak (Junaidi, 2012). Stroke Iskemik

adalah kematian jaringan otak akibat adanya gangguan aliran darah karena tersumbatnya arteri serebral atau vena serebral yang mengakibatkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan menjadi berhenti. Hampir 83% pasien mengalami stroke jenis ini (Mutiarasari, 2019). Aliran darah ke otak yang berhenti mengakibatkan otak mengalami hipoksia dan mati otak. Sebagian besar kasus terjadi secara mendadak, dan menyebabkan kerusakan saraf otak dalam beberapa menit. Kerusakan pada jaringan saraf otak mengakibatkan terjadinya gangguan kognitif, fungsional dan deficit sensorik (Junaidi, 2012)

Pada serangan awal stroke iskemik, tanda dan gejala yang dirasakan penderita adalah rasa lemas atau kelumpuhan pada lengan dan tungkai, baal, rasa kebas, kesemutan pada wajah, lengan dan tungkai, daya ingat menurun, kebingungan, kelemahan otot, menurunnya kemampuan mencium, mengecap, mendengar dan refleks turun (Sudarsini, 2017).

Faktor risiko dari stroke iskemik meliputi penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah di otak, hipertensi, merokok, diabetes melitus, penyakit jantung, hiperlipidemia, kegemukan, pola hidup, stress dan alkohol (Usman, 2014). Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti sekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin atau bowel (Tarwoto, 2013)

Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2020 stroke adalah penyebab utama kecacatan dan kematian secara global di dunia secara tidak proporsional mempengaruhi orang – orang di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Sekitar 70% stroke terjadi di negara – negara berpenghasilan rendah dan menengah, dimana insiden stroke meningkat lebih dari dua kali lipat selama empat dekade terakhir. Sementara itu kejadian stroke menurun sebanyak 42% pada negara berpendapatan tinggi.

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung coroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Salah satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke (*American Heart Association*, 2014). Di Amerika setiap tahunnya diperkirakan sekitar 500.000 pasien terkena stroke dan 150.000 pasien meninggal karena stroke. Di negara maju insiden stroke iskemik terjadi sekitar 60% - 70%, akan tetapi untuk negara berkembang seperti Asia kejadian stroke iskemik terjadi sekitar 70% - 80% (Junaidi, 2011)

Berdasarkan Riskesdas (2018) prevalensi stroke (permil) di Indonesia pada tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk usia di atas 15 tahun menurut provinsi di Indonesia yang tertinggi adalah Kalimantan Timur (14,7 permil) dan yang terendah adalah Papua (4,1 per mil). Provinsi Sumatera Barat berada pada urutan ke lima belas dengan penderita stroke paling banyak di Indonesia, tercatat sebanyak 10,8 per mil penduduk usia di atas 15 tahun yang menderita stroke berdasarkan diagnosis dokter.

Menurut laporan dinas kesehatan Kota Padang (2021), didapatkan data bahwa stroke merupakan salah satu penyakit terbanyak yang terjadi di Kota Padang dengan prevalensi sebanyak 812 kasus. Berdasarkan data dari rekam medik RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2017 sebanyak 95 orang menderita stroke iskemik, dan mengalami penurunan pada tahun 2018 menjadi 47 orang. Pada tahun 2019 mengalami kenaikan Kembali yaitu sebanyak 79 orang (Hanifah, 2020)

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien agar masalah kesehatannya dapat teratasi. Asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan kaidah – kaidah ilmu keperawatan (Brunner & Suddarth, 2016). Perawat mempunyai peranan peting dalam perawatan pasien stroke iskemik dimana yaitu melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dan mengurangi keluhan yang dirasakan pasien. Tindakan yang dilakukan perawat berupa melakukan elevasi kepala pasien setinggi 15° – 30° guna memperbaiki perfusi serebral supaya aliran darah ke otak menjadi

lancar dan menurunkan tekanan intrakranial, lalu melakukan pemberian terapi oksigen untuk mengurangi hipoksia, juga melakukan *range of motion* (ROM) pada pasien yaitu pergerakan pada sendi untuk meningkatkan aliran darah perifer dan mencegah kekakuan sendi. serta memposisikan pasien atau memiringkan pasien agar tidak terjadi decubitus (Sudarsini, 2017)

Berdasarkan penelitian Hanifah (2020) tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik di Ruang IRNA Non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang ditemukan pasien dengan keluhan tangan kanan terasa kebas dan kaku, kesulitan mengangkat/menggerakkan tangan kanan, sering merasa haus dan lapar, dan sering mengantuk serta kelelahan. Peneliti menegakkan dua diagnosa keperawatan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan thrombosis dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Implementasi yang dilakukan oleh peneliti yaitu memonitor TIK serta memberikan terapi dan mengajarkan ROM secara aktif dan pasif pada pasien.

Menurut data dari Rekam Medik dan bangsal syaraf di RSUP M. Djamil Padang tercatat jumlah pasien rawat inap stroke iskemik lebih banyak daripada stroke hemoragik. Pada tahun 2020 tercatat sebanyak 203 orang pasien menderita stroke iskemik dan sebanyak 107 orang pasien menderita stroke hemoragik sedangkan pada tahun 2021 tercatat sebanyak 209 orang pasien menderita stroke iskemik dan 106 orang pasien menderita stroke hemoragik dirawat di bangsal syaraf RSUP Dr. M.Djamil Padang.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 21 Desember 2021 peneliti melakukan pengamatan pada 1 orang pasien stroke iskemik dengan hari rawatan ke empat. Hasil pengamatan didapatkan, pasien tampak sadar dan anggota gerak atas sebelah kiri lemah dan tidak dapat digerakkan. Hasil wawancara yang dilakukan dengan pasien dan keluarga pasien didapatkan bahwa keluarga pasien tidak tahu cara melakukan mobilisasi pada anggota gerak pasien yang lemah. Keluarga pasien mengatakan hanya melakukan miring kanan dan miring kiri agar tidak terjadi lecet pada punggung (decubitus) pasien. Informasi yang didapatkan dari perawat di ruangan

diketahui bahwa penatalaksanaan yang diberikan pada pasien stroke iskemik pasca melewati masa kritis adalah memfasilitasi istirahat tidur dan setelah kondisi pasien stabil penatalaksanaan yang diberikan adalah pemberian obat anti koagulan dan tindakan melatih kekuatan otot (ROM). Pada pendokumentasian, diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan oleh perawat yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif.

Berdasarkan data dan fenomena yang peneliti uraikan di atas, maka peneliti telah melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka perumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2022?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penelitian bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- c. Mendeskripsikan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022
- e. Mendeskripsikan hasil evaluasi keperawatan pada pasien Stroke Iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat terkait dengan bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik

b. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi mahasiswa jurusan keperawatan terkait dengan bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai gambaran bagi peneliti selanjutnya dan dapat dijadikan sebagai data dasar terkait dengan bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik

2. Manfaat Praktis

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat memberikan sumbang pikiran dalam mentapkan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di RSUP Dr. M, Djamil Padang.

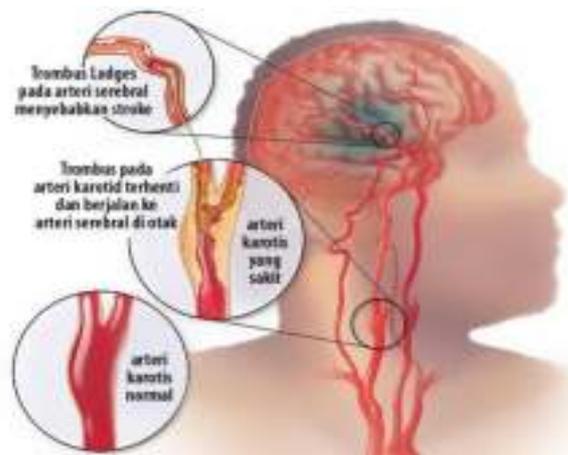
BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Stroke Iskemik

1. Defenisi

Stroke iskemik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif Huda, 2016) Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013)



Gambar 2.1 Pembuluh darah Otak

Stroke iskemik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak. Stroke iskemik dapat disebabkan oleh thrombosis dan emboli, sekitar 80-85% menderita penyakit stroke iskemi dan 20% sisanya adalah stroke hemoragik yang dapat disebabkan oleh perdarahan intra serebrum hipertensi dan perdarahan subarachnoid (Wilson & Price, 2012)

2. Etiologi

Stroke iskemik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan zat lemak

pada pembuluh darah arteri yang menyebabkan terbentuknya plak pada dinding pembuluh darah (Pudiastuti, 2011).

Menurut Nugroho dkk (2016) ada beberapa hal yang menyebabkan stroke iskemik atau stroke non hemoragik bisa terjadi diantaranya :

a. Thrombosis serebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak atau kurangnya aliran darah ke otak yang menimbulkan oedem dan kongesti disekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi saat tidur atau bangun tidur. Hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemik serebral.

Beberapa hal yang menyebabkan thrombosis otak diantaranya :

1) Arteriosclerosis

Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah kerusakan dapat terjadi melalui mekanismer berikut:

- a) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi thrombosis
- c) Tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus)

2) Hypercoagulasi pada polysitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

3) Arteritis

Radang pada arteri.

b. Emboli serebral

Emboli serebral merupakan penyumbatan oembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul

kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan emboli :

- 1) Katup-katup jantung yang rusak akibat rematik heart disease (RHD)
- 2) Myokard infark (kematian otot jantung)
Menjadi factor terbesar terjadinya penyakit stroke. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak, gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.
- 3) Fibrilasi
Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu waktu kosong sama sekalu dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.
- 4) Suatu oeradangan oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

3. Klasifikasi

Stroke iskemik biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namu terjadi iskemik yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder serta kesadaran umumnya baik.

Ada beberapa klasifikasi stroke iskemik menurut (Nugroho dkk, 2016) yaitu :

a. TIA (*Transient Ischemik Attack*)

Gangguan neurologis local yang terjadi selama beberapa menit sampai dengan beberapa jam dan gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. Stroke iskemik trombotik

Stroke jenis ini terjadi karena adanya pengumpulan pada pembuluh darah ke otak yang disebabkan oleh adanya aterosklerosis yang

diikuti gumpalan darah yang cepat sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak menjadi terhalang.

c. Stroke iskemik embolik

Stroke iskemik embolik merupakan penyumbatan pembuluh darah menuju otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli yang terjadi berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan mengakibatkan penyumbatan pembuluh darah di otak

4. Faktor resiko

Factor resiko stroke iskemik :

a. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke, karena hipertensi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang. Dengan adanya pengurangan aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, dan lama-kelamaan jaringan akan mati.

b. Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya penyakit stroke. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

c. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus atau kencing manis mempunyai resiko mengalami stroke. Pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga menyebabkan aliran darah ke otak terganggu dan menyebabkan kekurangan suplai oksigen, yang lama kelamaan menyebabkan jaringan otak akan mati.

d. **Obesitas**

Obesitas dapat menjadi salah satu faktor pemicu stroke, hal ini terkait dengan Hiperkolesterol, kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih, sehingga mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak. Pada orang obesitas biasanya kadar kolesterolnya lebih tinggi.

e. **Merokok**

Orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi di banding orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah (Arum, 2015).

5. Patofisiologi

Stroke iskemik terjadi karena aliran darah ke otak berkurang akibat sumbatan, sehingga oksigen yang sampai ke otak juga berkurang atau tidak ada tergantung berat ringannya aliran darah yang tersumbat. Sumbatan oleh plak arterosklerosis, thrombus (pecahan bekuan darah/plak), emboli (udara dan lemak) pada arteri otak yang bersangkutan merupakan sumber terjadinya iskemik otak. Iskemik otak terjadi bila aliran darah ke otak kurang dari 20 ml per 100 gram otak per menit. Plak penyebab sumbatan terbentuk karena adanya proses arterosklerosis yang diperkuat dengan adanya berbagai faktor resiko seperti obesitas, kolesterol dan hipertensi (Junaidi, Iskandar, 2011).

Plak yang terbentuk akan menjadi matang dan lama-kelamaan dapat pecah dan kemudian mengikuti aliran darah yang akan menyebabkan emboli dan menyumbat aliran darah sehingga terjadi gangguan suplai oksigen (iskemik) baik di pembuluh darah maupun jaringan otak. Terjadinya sumbatan aliran darah akan dilawan dengan meningkatkan tekanan darah. Usaha paksa ini akan menyebabkan turbulensi (arus

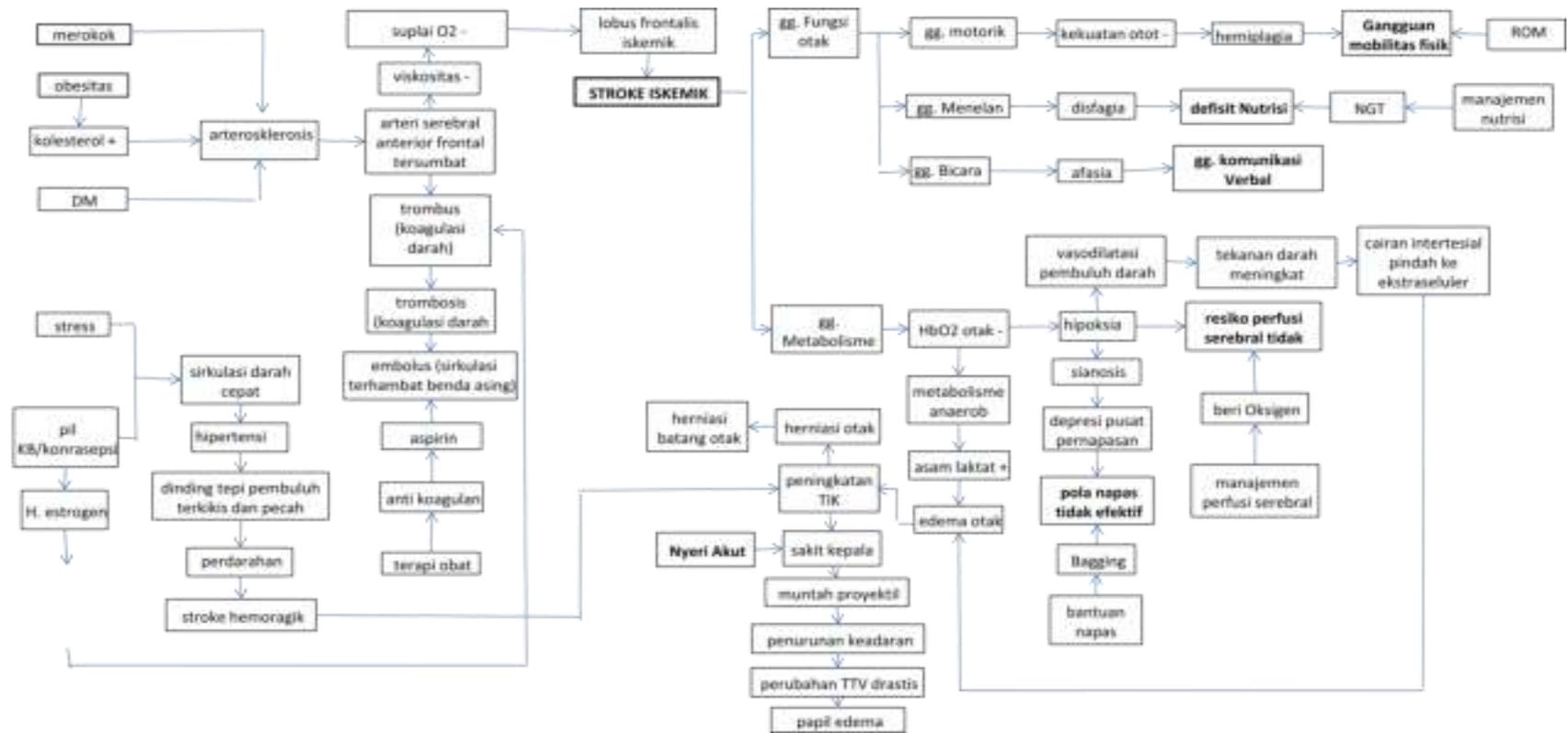
balik) darah yang menyebabkan luka pada endotel semakin besar sehingga plak yang terbentuk semakin besar pula (Joyce, 2014).

Akibat dari tumpukan plak pada dinding arteri semakin banyak membuat lapisan bawah garis pelindung arteri perlahan-lahan mulai menebal dan jumlah sel otot bertambah. Setelah beberapa waktu, jaringan penghubung yang menutupi daerah itu berubah menjadi jaringan perut (sklerosis). Jaringan perut tersebut akan mengurangi elastisitas dinding pembuluh darah sehingga pembuluh darah mudah pecah. Hal ini mengakibatkan selsel darah yang beredar dalam pembuluh darah menempel pada daerah perut yang lama-kelamaan akan menumpuk pada permukaan arteri yang robek. Semakin lama semakin banyak tumpukan yang terbentuk sehingga menimbulkan penyempitan arteri, lalu terjadi penyumbatan total dimana proses ini disebut arterosklerosis (Joyce, 2014).

Arterosklerosis yang terjadi dalam arteri otot jantung akan menimbulkan kekurangan pasokan oksigen akut sehingga terjadi serangan jantung. Apabila ini terjadi pada arteri otak maka terjadi serangan stroke (iskemik/non perdarahan). Arterosklerosis sendiri merupakan respon normal atas terjadinya rangsangan pada sel endotel arteri. Itu sebabnya sel endotel memegang peranan yang sangat penting dalam proses terjadinya arterosklerosis (Junaidi, 2011).

Akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak, maka aliran darah keotak menjaditidak lancar. Sehingga terjadi hipoksia dan mengakibatkan terjadinya iskemik otak. Pada fase akut, jika tidak segera ditangani maka akan terjadi udem serebral dan mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan TIK yang tinggi dapat meningkatkan herniasi serebral yang dapat menyebabkan kematian (Joyce, 2014). Sedangkan pada fase rehabilitasi, terjadinya kerusakan otak akibat iskemik menyebabkan defisit neurologis yaitu gangguan motorik, gangguan menelan, gangguan bicara dan gangguan penglihatan (Joyce, 2014)

6. WOC



Gambar 2.2 WOC Stroke Iskemik

Sumber : (Nurarif Huda, 2016) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI,2017)

7. Manifestasi Klinis

Berikut adalah tanda dan gejala stroke menurut Tarwoto, 2013 :

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan yang terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan sensorik
- c. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, latergi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

e. Disartia (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitan berbicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Pasien juga mengalami kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f. Gangguan penglihatan (diplopia)

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lons temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.

g. Disfagia

Disfagia merupakan kesulitan menelan yang terjadi karena kerusakan nerveus cranial XI. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemu dian makanan masuk ke esophagus.

h. Inkontinensia

Inkontinensia baik boel maupun badder sering terjadi, hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang yang mensarafi bladder dan bowel.

8. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bararah, & Jauhar, 2013).

Komplikasi Stroke Menurut (Pudiastuti, 2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional, diantaranya:

- a. Bekuan darah (Trombosis) Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan (edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.

- b. Dekubitus Bagian tubuh yang sering mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit. Bila memar ini tidak pengaruh dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi.
- c. Pneumonia Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumoni.
- d. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur) Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.
- e. Depresi dan kecemasan Gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh

9. Penatalaksanaan

Menurut penelitian oleh (Bararah, 2013) penatalaksanaan pada stroke iskemik atau stroke non hemoragik adalah :

- a. Penatalaksanaan medis
 - 1) Membatasi atau memulihkan infark yang sedang berlangsung dengan menggunakan trombolisis dengan rt-PA (*recombinant tissue-plasminogen Activator*).
 - 2) Mencegah perburukan neurologis :
 - a) Edema yang progresif dan pembengkakan akibat infark yaitu terapi dengan manitol.
- b. Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik bertujuan untuk mencegah keadaan yang lebih buruk dan komplikasi yang dapat ditimbulkan. Untuk itu dalam merawat pasien stroke perlu diperhatikan faktor-faktor kritis seperti mengkaji status pernapasan dan melakukan pemberian O₂ pada pasien, mengobservasi tanda-tanda vital seperti mempertahankan suhu dalam batas normal (36,5°c-37,5°c) supaya tidak terjadinya hipertermia.

c. Penatalaksanaan diet

Penatalaksanaan nutrisi yang dianjurkan pada pasien stroke iskemik yaitu memberikan makanan cair agar tidak terjadi aspirasi dan cairan hendaknya dibatasi dari hari pertama setelah cedera serebrovaskuler (CVA) sebagai upaya untuk mencegah edema otak, serta memberikan diet rendah garam dan hindari makanan tinggi lemak dan kolesterol.

10. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tarwoto (2013), pemeriksaan penunjang adalah sebagai berikut :

a. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) CT Scan : mengetahui area infark, edema hematoma, struktur dan system ventrikel otak
- 2) *MRI* : menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovenal
- 3) *EEG* : mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
- 4) Angiografi serebral : membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti, perdarahan, obstruksi, arteri, adanya titik oklusi atau rupture
- 5) Sinar x : mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada thrombosis serebral
- 6) EKG : mengetahui adanya gangguan di jantung yang juga menjadi factor penyebab stroke

b. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED
- 2) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- 3) Kolesterol, lipid
- 4) Asam urat
- 5) Elektrolit

6) Masa pembekuan dan masa perdarahan

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Andra Saferi (2017), pengkajian pada pasien stroke iskemik adalah sebagai berikut :

a. Identitas Klien

Identitas klien yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor register, usia, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk rumah sakit.

b. Identitas Penanggung jawab

Identitas penanggungjawab yang perlu dikaji meliputi nama, umur, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama pada klien dengan stroke iskemik biasanya akan terlihat bila sudah terjadi disfungsi neurologis. Keluhan yang sering didapatkan meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, konvulsi (kejang), sakit kepala yang hebat, nyeri otot, kaku kuduk, sakit punggung, tingkat kesadaran menurun (GCS <15), ekstermitas dingin, dan ekspresi rasa takut, dan membutuhkan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yang berupa mengalami bibir berdarah, bau badan, bau rambut, kuku tangan atau kuku kaki kotor, bau mulut, kulit kering.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada stroke iskemik, riwayat penyakit sekarang yang mungkin didapatkan meliputi biasanya terjadi nyeri kepala, lalu keluhan pada gastrointestinal (mual dan muntah), bahkan kejang sampai tidak sadar. Selain itu didapatkan pula gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Perubahan perilaku juga umum

terjadi, sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi seperti gelisah, letargi, lelah, apatis, perubahan pupil, pemakaian obat-obatan (sedatif, antipsikotik, perangsang saraf) dan koma.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya Riwayat hipertensi, Riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat – obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat – obat adiktif, dan kegemukan. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol. Pengkajian Riwayat ini dapat mendukung pengkajian Riwayat kesehatan sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

d. Pola aktivitas sehari-hari

Bararah (2013) menjelaskan pola aktivitas

1) Aktivitas/ istirahat

Pada klien dengan stroke iskemik dapat ditemukan klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas/ istirahat, Gejala: merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk istirahat. Penurunan kemampuan penglihatan, gangguan tonus otot, penurunan kesadaran. Tanda: gangguan tonus, paralitik (hemiplegia), kelemahan umum, gangguan penglihatan dan gangguan tingkatan kesadaran.

2) Sirkulasi

Pada klien dengan stroke iskemik dapat ditemukan klien mengalami perubahan dalam sistem sirkulasi, Gejala: adanya penyakit jantung, disritmia, gagal jantung kronis. Tanda: hipertensi, frekuensi nadi dapat bervariasi, disritmia perubahan EKG.

3) Integritas Ego

Pada klien dengan stroke iskemik dapat ditemukan suatu perubahan keadaan emosional dalam dirinya, Gejala: perasaan tidak berdaya dan putus asa. Tanda: emosi yang labil, ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira dan kesulitan untuk mengekspresikan diri.

4) Eliminasi

Pada pasien yang mengalami stroke iskemik akan mengalami perubahan dalam kebutuhan eliminasinya baik kebutuhan bak ataupun bab, Gejala: perubahan pola kemih, distensi abdomen, bising usus negatif.

5) Makan/ Minum

Pada klien dengan stroke iskemik akan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan makan dan minum, Gejala: nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan, disfagia, ada riwayat diabetes melitus, peningkatan lemak dalam darah, hilang sensasi pengecapan pada lidah. Tanda: kesulitan menelan, obesitas

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Tingkat kesadaran : delirium, latergi, stupor, atau koma

Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, adanya peningkatan TIK (Saferi, 2017).

2) Mata

Ditemukan adanya kehilangan penglihatan atau pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi

(Nervus kranial II), pupil tidak dapat digerakkan ke atas, kebawah dan medial (Nervus kranial III, IV, V, VI) (Saferi, 2017)

3) Hidung

Ditemukan adanya perubahan pada daya penciuman (Nervus kranial I), (Saferi, 2017)

4) Mulut

Ditemukan adanya kesulitan menelan/disfagia (nervus kranial X), bicara cadel atau pelo (nervus cranial X) dan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah (Nervus Kranial XII) (Saferi, 2017)

5) Gigi

Ditemukan tidak adanya kekuatan untuk merapatkan gigi, dan adanya deviasi rahang bawah (Nervus Kranial V) (Saferi, 2017)

6) Telinga

Ditemukan adanya perubahan daya pendengaran (Nervus Kranial VIII) (Saferi, 2017)

7) Wajah

Kelumpuhan atau asimetris pada wajah bagian atas dan bawah (Nervus Kranial VII) (Saferi, 2017)

8) Kulit

Ditemukan kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembapan) dan kebersihannya, adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi.

9) Genitalia

Adanya inkontinensia bowel dan bladder

10) Ekstremitas

Biasanya ditemukan pada pasien stroke akan mengalami kelumpuhan sebagian pada anggota gerak atas maupun anggota gerak bagian bawah (Nervus Kranial XI) (Saferi, 2017).

11) Kemampuan Mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas dilakukan dengan tujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, bangun dan berpindah tanpa bantuan.

2. **Diagnosis Keperawatan**

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

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan
- c. Resiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- e. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
- g. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial

3. Rencana Keperawatan

Tabel 2.1

Diagnosa dan Rencana Keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral tidak efektif dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> a. tingkat kesadaran meningkat b. tekanan intracranial menurun c. sakit kepala berkurang d. gelisah berkurang e. kecemasan berkurang f. tekanan darah sistolik normal g. tekanan darah diastolic normal 	Manajemen peningkatan tekanan intracranial <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

			<p>c. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</p> <p>d. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</p> <p>e. Monitor PAWP, jika perlu</p> <p>f. Monitor PAP, jika perlu</p> <p>g. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia</p> <p>h. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)</p> <p>i. Monitor gelombang ICP</p> <p>j. Monitor status pernapasan</p> <p>k. Monitor intake dan output cairan</p> <p>l. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)</p> <p><i>Terapeutik</i></p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">a. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenangb. Berikan posisi semi fowlerc. Cegah terjadinya kejangd. Hindari pemberian cairan IV hipotonike. Pertahankan suhu tubuh normal <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none">a. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlub. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perluc. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
--	--	--	--

2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (stroke iskemik)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas Kembali efektif dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> a. dispnea berkurang b. penggunaan otot bantu pernapasan berkurang c. ortopnea berkurang d. pernapasan cuping hidung tidak ada e. frekuensi napas meningkat 	Manajemen jalan napas <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering) c. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <i>Terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Posisikan pasien elevasi atau supinasi dengan kemiringan 15-3 derajat b. Berikan minum hangat c. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu d. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
----	--	---	---

			<p>e. Lakukan hiperoksigenasi sebelum</p> <p>f. Penghisapan endotrakeal</p> <p>g. Berikan oksigen</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Dukungan ventilasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas</p> <p>b. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan</p> <p>c. Monitor status respirasi dan oksigenasi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Pertahankan kepatenan jalan nafas</p> <p>b. Berikan posisi elevasi atau supinasi</p>
--	--	--	--

			<p>kemiringan 15-30 derajat</p> <p>c. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin</p> <p>d. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>e. Gunakan bag- valve mask, jika perlu</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Ajarkan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>b. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	---

3.	Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatn diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. porsi makan dihabiskan/ meningkat b. berat badan membaik c. frekuensi makan membaik d. nafsu makan membaik e. bising usus membaik f. membrane mukosa membaik 	<p>Manajemen nutrisi</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric f. Monitor asupan makanan g. Monitor berat badan h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Terapeutik</i></p>
----	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none">a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlub. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuaid. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasie. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi proteinf. Berikan suplemen makanan, jika perlug. Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none">a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
--	--	--	---

			<p>b. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika pe</p>
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. kekuatan otot meningkat</p> <p>b. pergerakan ekstremitas membaik</p> <p>c. ROM meningkat</p> <p>d. Kaku sendi berkurang</p>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>c. Monitor frekwensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p>

		<p>e. Gerak terbatas berkurang</p> <p>f. Kelemahan fisik berkurang</p>	<p>d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>b. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>Latihan rentang gerak</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi indikasi dilakukan latihan</p>
--	--	--	---

			<p>b. Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>c. Montor okasi ketidaknyamanan atau nyeri saat bergerak</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Gunakan pakaian yang longgar</p> <p>b. Cegah terjadinya cedera selama latihan tentang gerak dilakukan</p> <p>c. Fasilitasi untuk mengoptimalakan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>d. Lakukan Gerakan pasid dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>e. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan</p>
--	--	--	---

			<p>b. Anjurkan melakukan renang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>c. Anjurkan duduk ditempat tidur atau dikursi jika perlu</p> <p>d. Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Kolaborasi dengan fisioterapi mengembangkan program latihan jika perlu</p> <p>Teknik Latihan Penguatan Otot</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi resiko latihan</p> <p>b. Monitor efektifitas latihan</p> <p>c. Lakukan latihan sesuai program yang ditentukan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Ajarkan tanda dan gejala intoleransi</p>
--	--	--	--

			selama dan setelah sesi latihan (misal : kelemahan, kelelahan ekstrim)
5.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> a. keluhan nyeri b. meringis menurun c. sikap protekrif menurun d. gelisah menurun e. ttv membaik 	Manajemen Nyeri <i>Observasi</i> <ul style="list-style-type: none"> a. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

			<p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing)</p> <p>b. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber</p>
--	--	--	---

			<p>nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyerib. Jelaskan strategi meredakan nyeric. Anjurkan memonitor nyeri secara mandirid. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepate. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none">a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

6.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil : a. kemampuan bicara meningkat b. kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat c. respon perilaku pemahaman komunikasi membaik d. pelon menurun	Promosi komunikasi deficit bicara Observasi a. Monitor kecepatan, tekanan, 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 emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <i>Terapeutik</i> a. Gunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip, papan Komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat
----	--	--	---

			<p>tangan, dan computer)</p> <p>b. Sesuaikan gaya Komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan Komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.</p> <p>c. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>d. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>e. Berikan dukungan psikologis</p> <p><i>Edukasi</i></p>
--	--	--	---

			<p>a. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>b. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
--	--	--	--

Sumber : (Nurarif Huda, 2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019)

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi berpusat pada pelaksanaan intervensi yang diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan dan pemantauan reaksi pasien terhadap intervensi tersebut. Tahap ini harus mendukung pendapat medis dan pendapat professional kesehatan lainnya, misalnya terapis okupasional atau ahli gizi. Aspek intervensi keperawatan ini untuk mencapai tujuan dan hasil yang disetujui untuk menyembuhkan penyakit dan meningkatkan kesehatan, dan jika mungkin, mengoptimalkan kemandirian.

Peran perawat selama tahap ini adalah bertindak sebagai pendidik dan mengajari pasien bagaimana mempelajari cara baru untuk mencapai kebersihan setelah mengalami penyakit atau trauma dan juga menjelaskan bagaimana aspek mempertahankan kebersihan menjadi penting untuk kesehatan pasien secara keseluruhan. Misalnya, pasien mungkin tidak

menyadari hubungan antara ketidaksesuaian gigi palsu atau gigi palsu yang patah, status nutrisi yang buruk dengan kelambatan penyembuhan penyakit.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan digambarkan sebagai bagian akhir proses keperawatan, evaluasi keefektifan tahap implementasi (dan intervensi keperawatan) memungkinkan perawat dan pasien untuk memantau dan menilai tujuan dan hasil yang telah tercapai. Akan tetapi, pendekatan sistematis merupakan proses yang berkelanjutan dan evaluasi adalah aspek yang konstan pada asuhan keperawatan, tergantung kepada situasi perawatan dan status kesehatan pasien, beberapa intervensi keperawatan harus dievaluasi per-jam, dan terkadang per-hari, per-minggu atau bahkan per-bulan. Pasien yang dirawat di bangsal atau di unit perawatan intensif mungkin memerlukan pemantauan kondisi per-jam, sementara pasien yang tinggal di panti werda membutuhkan beberapa aspek perawatan, misalnya pengendalian nyeri, pemantauan yang terus menerus, dan perawatan kebersihan mulut yang dipantau perminggu atau per bulan.

Metode evaluasi yang digunakan sama dan dengan menggunakan instrument yang sama seperti pengkajian awal. Pengumpulan data memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi apakah terdapat perubahan pada kondisi pasien dan menentukan apakah asuhan keperawatan telah efektif atau belum efektif. Tujuan yang tidak tercapai dapat terjadi karena berbagai pengaruh; kondisi pasien secara keseluruhan yang memburuk.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan peristiwa – peristiwa penting yang terjadi atau suatu keadaan secara objektif dengan desain penelitian yang digunakan yaitu studi kasus (kartika, 2017). Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif (Nursalam, 2016). Penelitian yang dilakukan bertujuan untuk menggambarkan bagaimana Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan stroke iskemik di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tahun 2022.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IRNA non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022. Waktu penelitian dimulai dari survey awal Desember 2021 sampai selesainya waktu penelitian bulan April 2022. Waktu pengambilan data dan pemberian asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari pada tanggal 13-17 April 2022.

C. Subyek penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (misalnya manusia: klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang dirawat dengan stroke iskemik di IRNA non Bedah Syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data yang didapatkan di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 4 orang pasien.

2. Sampel

Sampel terdiri dari bagian yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah satu

orang dengan diagnose medis stroke iskemik di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2022.

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling* bagi yang memenuhi kriteria. Jika terdapat lebih dari satu orang pasien yang memenuhi kriteria maka digunakan metode *random sampling*. Cara pengambilan sampel dilakukan secara acak sehingga setiap kasus atau elemen memiliki kesempatan yang besar untuk dipilih sebagai sampel penelitian. Pengambilan dilakukan dengan metode lot (Nursalam, 2016) Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Kartika, 2017)

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
- 2) Pasien dengan minimal hari rawatan pertama atau kedua

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab (Kartika, 2017)

Kriteris eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang pulang sebelum 5 hari perawatan saat diberikan asuhan keperawatan

Pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik *purposive sampling*, sampel yang diambil adalah 1 orang dari 4 orang dengan stroke iskemik. Dalam pengambilan sampel didapatkan 1 sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, sehingga didapatkan Ny. Y menjadi partisipan dalam penelitian.

D. Alat dan Instrumen Penelitian

Pada Penelitian ini alat yang dibutuhkan adalah format pengkajian asuhan keperawatan medical bedah (pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi). Alat pelindung diri yang terdiri dari handscoon,

masker dan gown pelindung baju. Alat pemeriksaan fisik yaitu handscoon, tensimeter, reflek hammer, stetoskop, penlight dan thermometer.

1. Format pengkajian keperawatan meliputi, identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, Riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data social, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang dan program pengobatan.
2. Format Analisa data meliputi nama pasien, nomor rekam medik, masalah dan etiologi.
3. Format diagnosis keperawatan meliputi, nama pasien, nomor rekam medik, diagnose keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf terselasaikannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI
5. Format implementasi keperawatan meliputi nama pasien ,nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi yang meliputi, nama pasien, nommor rekam medik, hari tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatn, dan paraf yang melakukan evaluasi tindakan keperawatan.

E. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Jenis-jenis data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari responden. Data primer meliputi : identitas pasien, Riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

b. Data sekunder

umumnya berupa rekam medis dokter, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan (Bungin, 2017). Data sekunder adalah data dari

rekam medik serta dokumentasi di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr M.Djamil Padang.

2. Cara Pengumpulan Data

Adapun Langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti yaitu :

- a. Peneliti meminta izin penelitian dengan meminta surat pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Peneiti memasukkan surat izin penelitian yang diberikan kepada instalasi penelitian ke RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Setelah dapat surat izin dari RSUP Dr. M. Djamil Padang surat tersebut diserahkan ke pihak instalasi
- d. Meminta izin kepada kepala instalasi IRNA Non Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Meminta izin kepada kepala ruangan Neurologis RSUP Dr. M. Djamil Padang
- f. Melakukan pemilihan sampel satu orang pasien dengan stroke iskemik dengan metode purposive sampling
- g. Peneliti mendatangi pasien dan menjelaskan tujuan penelitian tentang asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada responden
- h. Peneliti memberikan informed concent kepada pasien lalu pasien bersedia menandatangani dan bersedia untuk diberikan asuhan keperawatan oleh peneliti.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi

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

2. Wawancara

Wawancara adalah salah satu teknik yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data penelitian antara pewawancara dan sumber informasi melalui komunikasi langsung (Yusuf, 2014). Dalam penelitian terhadap pasien stroke iskemik yang dilakukan adalah wawancara terpimpin. Wawancara dilakukan dengan mewawancarai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama klien, pola aktivitas sehari-hari klien (pola nutrisi, pola tidur, pola eliminasi), apakah klien aktivitasnya dibantu oleh keluarga atau biasa melakukan aktivitas mandiri. Menanyakan riwayat kesehatan pasien apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung, stroke dan riwayat penyakit lainnya yang menjadi pemicu penyakit stroke dan juga menanyakan riwayat penyakit keluarga. Kemudian juga menanyakan pola hidup pasien sebelum sakit, menanyakan pola coping stress pasien dalam menghadapi penyakit yang dialaminya.

3. Pengukuran

Pada penelitian ini dalam melakukan asuhan keperawatan pengukuran yang dilakukan pada klien adalah pengukuran tekanan darah. Nadi, pernapasan, suhu, pemeriksaan pupil, pemeriksaan nervus kranial, pemeriksaan reflek fisiologis dan patologis, dan penilaian kekuatan otot.

4. Dokumentasi

Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengambil data dari dokumen asli berupa gambar, tabel dan daftar periksa. Pendokumentasian yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini berasal dari rumah sakit yaitu data dari rekam medik sebagai penunjang dalam penelitian. Didapatkan data pasien yang mengalami stroke iskemik dari rekam medik meliputi identitas klien.

G. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan peneliti pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien stroke iskemik. Data yang telah didapatkan peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, melakukan Analisa data, kemudian menegakkan diagnose

keperawatan, lalu merencanakan tindakan keperawatan, kemudian melakukan implementasi keperawatan sampai dengan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan akan dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik. Analisa data yang dilakukan bertujuan untuk menentukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi yang dialami pasien.

BAB IV

DESKRIPSI HASIL DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Ny. Y (53 th) dirawat di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang, masuk melalui IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang. Ny. Y masuk pada tanggal 13 April 2022 pukul 18.24 WIB dengan keluhan tidak bisa bicara sejak 1 hari yang lalu, mengalami kelemahan pada anggota gerak kanan sejak 1 hari yang lalu, berjalan menyeret kakinya dan mulut pencong ke kanan.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 April 2022 pukul 20.10 WIB. Keluarga mengatakan bahwa Ny. Y tidak dapat berbicara dan menggerakkan lidahnya, keluarga mengatakan Ny. Y sulit menggerakkan anggota gerak sebelah kanannya. Keluarga mengatakan saat makan Ny. Y kesulitan menelan dan saat diberikan minum sebagian airnya keluar lagi. Pada saat dilakukan pengkajian tekanan darah pasien 182/98 mmHg. Keluarga mengatakan sehari sebelum dibawa ke M. Djamil klien sudah dibawa ke RSUD Padang dengan keluhan tidak bisa bicara dan pada saat di IGD di cek tekanan darah systole mencapai 200. Saat diberi tindakan keperawatan tekanan darah mulai turun, klien mulai dapat berbicara kembali, namun besoknya klien tidak dapat berbicara lagi dan anggota gerak kanan klien lemah. Keluarga mengatakan saat sudah di bawa ke RSUP M. Djamil Padang baru mengetahui bahwa klien mengidap penyakit DM dengan gula darah yang tinggi yaitu 308 mg/dL.

Pada riwayat kesehatan dahulu, keluarga mengatakan bahwa Ny. Y baru pertama kali dirawat di rumah sakit dan Ny. Y memiliki Riwayat penyakit hipertensi sejak 7 tahun yang lalu. Ny. Y tidak berobat, hanya membeli obat langsung di apotik saja dan tidak rutin meminum obat. Keluarga Ny. Y mengatakan Ny. Y suka makan makanan manis seperti

kue coklat, teh manis, es krim dan juga sering makan makanan berlemak dan bersantan.

Pada riwayat kesehatan keluarga, keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien. Keluarga mengatakan tidak memiliki Riwayat penyakit DM, jantung, hipertensi dan stroke.

Pada kegiatan aktivitas sehari-hari didapatkan data Ny. Y memiliki kebiasaan makan saat sehat yaitu sering mengkonsumsi makanan berlemak dan bersantan, Ny. Y juga suka makan makanan manis seperti es krim, teh, kue coklat dan lain-lain. Keluarga mengatakan saat sehat klien makan 3 kali sehari dengan porsi yang sedang serta lengkap dengan sayur, lauk dan selalu habis. Keluarga mengatakan klien saat sehat minum air putih sekitar 9-10 gelas sehari (2000-2500 cc/hari). Ketika sakit klien diberikan diit MLDD III/IV dan sering bersisa karna klien susah untuk menelan. Ketika sakit keluarga mengatakan klien kesulitan minum karna susah menelan tetapi klien minum dengan sedikit sedikit namun sering walaupun saat disuapkan air oleh keluarga airnya keluar lagi dari mulut (1500-1800 cc/hari). Klien diberikan diit MC 3x150 kkal dan klien terpasang IVFD NaCl 0,9%. Pola Eliminasi keluarga klien mengatakan saat sehat BAB klien lancar 1x sehari, konsistensi lunak, warna kuning, bau khas dan tidak ada keluhan. Keluarga klien mengatakan saat sehat klien BAK 7-9x sehari (1500-1800 cc/hari), klien sering BAK di malam hari. Saat sakit keluarga klien mengatakan klien sudah 2 hari tidak BAB terhitung sejak 1 hari yang lalu. Keluarga klien mengatakan klien BAK di pampers dan menggantinya 5-6 kali sehari. Keluarga mengatakan saat sehat klien tidur siang 2-3 jam dan malam 8-9 jam sehari dan sering mengantuk. Ketika sakit keluarga mengatakan klien lebih banyak tidur dan lebih sering mengantuk. Pola aktivitas klien saat sehat keluarga mengatakan klien melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga namun terkadang mudah lelah. Ketika sakit keluarga mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga

Hasil Pemeriksaan fisik yang dilakukan tanggal 13 April 2022 didapatkan keadaan umum sedang, GCS 14, berat badan 45kg, dan tinggi badan 150 cm, hasil pengukuran suhu 36.5⁰C, TD 182/98 mmHg, Nadi 68x/I, pernafasan 20x/I.

Pemeriksaan kepala ditemukan tidak ada lesi/bengkak pada kepala, rambut sebau, kulit kepala bersih, normocephal, rambut tidak rontok.

Pemeriksaan mata gerak bola mata bebas ke segala arah, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Klien dapat melihat jelas tetapi lapang pandang klien pendek (**N. II Optikus ada kelainan**). Reflek pupil mengecil saat diberi cahaya, pupil isokor 3mm/3mm (N. III Okumotoris normal). Gerakan bola mata klien dapat digerakkan ke atas bawah sesuai kemauan klien (N. IV Trokhlearis normal). Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke kiri (N. VI Abdusen normal).

Pemeriksaan wajah klien masih dapat membuka rahang dan dapat merasakan benda yang bersentuhan pada pipi (N. V Trigemirus normal) Wajah klien tidak simetris, klien tidak dapat menggerakkan otot wajah seperti menggembungkan pipi, senyum klien tidak simetris, (**N. VII Facialis ada kelainan**)

Pemeriksaan hidung klien tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung, klien dapat membedakan aroma jeruk dan susu (N.I Olfaktori normal)

Pemeriksaan mulut klien, mukosa bibir kering dan pucat, klien susah menggerakkan lidah ke kiri dan ke kanan, sulit menelan dan sulit berbicara/pelo (**N. XII hipoglosus ada kelainan**).

Pemeriksaan telinga klien dapat mendengar apa yang disampaikan dengan jelas (N. VIII Akustikus normal)

Pemeriksaan leher klien tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Klien kesulitan menelan (**N. X Vagus ada kelainan**) klien sulit mengangkat bahu sebelah kanan dan

tidak bisa menahan tahanan yang diberikan (**N. XI Accesorius ada kelainan**)

Pemeriksaan Thorax (paru-paru) klien saat di inspeksi ditemukan dada simetris dan tidak ada suara napas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada, pada saat dipalpasi fremitus kiri-kanan, pada saat di perkusi terdengar sonor, dan pada saat di auskultasi terdengar vesikuler

Pemeriksaan jantung klien pada saat inspeksi iktus kordis tidak terlihat, pada saat di palpasi ictus cordis teraba 1 jari pada RIC V, saat di perkusi batas jantung tidak melebar, dan pada saat di auskultasi tidak terdengar ada bunyi jantung tambahan.

Pemeriksaan Abdomen klien pada inspeksi tidak ada distensi abdomen ataupun asites, pada saat di auskultasi bising usus normal, pada saat di palpasi tidak ada nyeri tekan pada perut dan pada saat diperkusi terdengar tympani.

Pada pemeriksaan ekstremitas, ekstremitas atas klien lemah anggota gerak atas sebelah kanan, klien kesulitan mengangkat/menggerakkan tangan sebelah kanan, klien terpasang IVFD NaCl 0,9%, CRT <2 detik., Ekstremitas bawah klien lemah sebelah kanan klien kesulitan menggerakkan kaki kananya, CRT <2 detik. Penilaian kekuatan otot :

333	555
444	555

Pemeriksaan penunjang pada tanggal 13 April 2022 didapatkan data pemeriksaan hematologi : Hb 12, 2 g/dl (12,0-14.0), leukosit 6,19 $10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0), trombosit 294 $10^3/\text{mm}^3$ (150-400), **hematokrit 34 %** (37.0-43.0), eritrosit 4,39 $10^6/\mu\text{L}$ (4.00-4.50), **MCV 78 fL** (82.0-92.0), MCH 28 pg (27.0-31.0), MCHC 36 % (32.0-36.0), DW-CV 12,4 % (11.5-14.5). data pemeriksaan hitung jenis : basofil 0% (0-1), basinofil 0% (1-3), neutrofil segmen 50% (50.0-70.0), limfosit 43%

(20.0-40.0), monosit 7% (2.0-8.0), sel patogis -. Data pemeriksaan hemostasis : **APTT 20.7 detik** (22.06-29.46), APTT control 23.9, PT 9,7 detik (9.35-12.55), INR 0,88, PT kontrol 10.5, **D-dimer 553 ng/mL** (<500). Data pemeriksaan kimia klinik : total protein 7.3 g/dL (6.6-8.7), albumin 3,8 g/dL (3.8-5.0), **globulin 3.5 g/d/L** (1.3-2.7), SGOT 18 U/L (<32), SGPT 18 U/L (<31), Kalsium 9.7 mg/ dL (8.1-10.4), Ureum Darah 19 mg/dL (10-50), Kreatinin darah 1.0 mg/Dl (0.6-1.2), **Gula darah sewaktu 308 mg/dL** (50-200). Data Pemeriksaan Elektrolit: Natrium 143 mmol/L (136-145), Kalium 3,7 mmol/L (3.5-5.1), Klorida 97 mmol/L (97-111)

Pemeriksaan diagnostic : ekg klien sinus rhytm, rontgen thorax dalam batas normal, brain CT-Scan infark parietal sinistra

Terapi pengobatan : umum : IVFD NaCl 0,9% 12jam/kolf, diit ML 1700kkal. Khusus : aspilet 1x80po, inj piracetam 4x3gr iv H3, ranitidin 2x150 j (po), novorapid 3x8 iv. Sliding scale/4 jam 10 unit.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keperawatan diangkat berdasarkan data yang didapatkan dari pengkajian berupa data subjektif, data objektif dan data penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan diagnostik dan pengobatan pasien. Berikut ini merupakan diagnose keperawatan yang ditegakkan peneliti pada partisipan :

- a. Diagnosa Keperawatan I : Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Koagulopati. Diagnose ini ditandai dengan hasil pemeriksaan brain CT Scan yang menunjukkan adanya infark lobus parietal sinistra. Nervus XII (hipoglosus) : klien tidak bisa berbicara/pelo, kesulitan menggerakkan lidah, Nervus X (Vagus) : klien kesulitan menelan karena lidahnya tidak simetris, Nervus XI (Accesorius) : klien kesulitan mengangkat bahu sebelah kanan dan tidak mampu menahan tahanan yang diberikan, Nervus VII (Facialis) : klien tidak dapat menggerakkan otot wajah seperti mengembungkan pipi, wajah klien tidak simetris, senyum klien

tidak simetris, pencong ke kanan, Nervus II (Optikus) : klien mengalami penurunan lapang pandang (pendek). Pasien mengalami hemiparise dextra dengan kekuatan otot:

333	555
444	555

- b. Diagnosa keperawatan II : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah. Diagnose ini didukung dengan data subjektif keluarga mengatakan klien sering tidur 8-9 jam sehari, keluarga mengatakan klien sering mengantuk, keluarga mengatakan klien suka akan makanan manis seperti es krim, teh dan kue coklat, keluarga mengataka klien sering merasa haus, keluarga mengatakan klien sering BAK di malam hari. Sedangkan untuk data objektif gula darah klien 252mg/dL, klien diberikan novorapid 3x8 iv, klien diberikan terapi insulin sliding scale/ 4 jam 10 unit, klien BAK di waktu sehat 1800-2000 cc/hari, klien minum saat sehat 2000-2500 cc/hari, klien diberikan diit MLDD III/IV
- c. Diagnosa keperawatan III : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Diagnose ini didukung dengan data subjektif keluarga mengatakan klien kesulitan menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga. Sedangkan untuk data objektif klien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan, pada saat diberikan tahanan klien tidak dapat menahan tahanan yang diberikan, penilaian kekuatan otot

333	555
444	555

klien tampak berjalan menyeret kaki kanannya, dan aktivitas klien dibantu oleh keluarganya

- d. Diagnosa keperawatan IV : Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Penurunan Sirkulasi Serebral. Diagnose ini

didukung dengan data subjektif yaitu keluarga klien mengatakan klien tidak bisa bicara, keluarga klien mengatakan untuk memanggil klien hanya menggunakan suara tanpa berkata-kata. Sedangkan untuk data objektif yaitu klien tampak kesulitan berbicara, klien mengeluarkan kata kata yang sulit dipahami, pemeriksaan Nervus XII Hipoglossus klien berbicara pelo, disartria dan afasia.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan diagnosa keperawatan seperti yang telah diuraikan di atas, maka selanjutnya intervensi keperawatan yang terdapat pada diagnosa keperawatan klien yaitu :

- a. Perfusi serebral tidak efektif : intervensi yang direncanakan adalah pemantauan tekanan intrakranial seperti identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tekanan darah, monitor penurunan tingkat kesadaran, pertahankan posisi kepala dan leher netral, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Pemantauan neurologis yaitu monitor tingkat kesadaran, monitor TTV, monitor status pernapasan, monitor irama otot dan gerakan motoric, gaya berjalan, monitor kekuatan pegangan, monitor kesimetrisan wajah, monitor karakteristik bicara, monitor parestesi (mati rasa dan kesemutan), hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intracranial, jelaskan prosedur pemantauan. Pemberian obat yaitu identifikasi kemungkinan alergi, interaksi atau kontraindikasi, verifikasi order obat sesuai indikasi, monitor ttv dan nilai labor sebelum pemberian obat, monitor efek samping, perhatikan prosedur pemberian obat, lakukan prinsip enam benar, fasilitasi pemberian obat, dokumentasi pemberian obat dan respon terhadap obat dan jelaskan jenis obat, alasan pemberian tindakan dan efek samping.
- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah : intervensi yang direncanakan yaitu manajemen hiperglikemia seperti, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan

kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar gula dalam darah, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia teta ada atau memburuk, anjurkan memonitoring kadar gula darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet, kolaborasi pemberian insulin jika perlu, kolbarosai pemberian cairan iv jika perlu.

- c. Gangguan mobilitas fisik : intervensi yang direncanakan yaitu teknik penguatan sendi seperti, identifikasi keterbatasan fungsi 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, Faslitasi 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
- d. Gangguan komunikasi verbal : intervensi yang direncanakan yaitu promosi komunikasi deficit bicara seperti monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara, monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara, identifikasi prilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, gunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer), sesuaikan gaya Komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan Komunikasi tertulis, atau meminta

bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien, modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, ulangi apa yang disampaikan pasien, berikan dukungan psikologis, anjurkan berbicara perlahan, ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara, rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari dari tanggal 13-17 April 2022 dan didapatkan :

- a. Untuk diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif implementasi yang dilakukan adalah pemantauan tekanan intracranial, pemantauan neurologis dan pemberian obat yaitu mengukur TTV, mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS, memposisikan pasien elevasi 30 derajat, memonitor kesimetrisan wajah, memonitor keluhan sakit kepala, memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, ada atau tidaknya pelo. memberikan obat ranitidine 2x/hari, injeksi piracetam 4x3 gr, aspilet 1x80 po
- b. Untuk diagnose ketidakseimbangan kadar glukosa darah yang dilakukan adalah manajemen hiperglikemia yaitu memonitor gula darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, mengenali penyebab hiperglikemia, memberikan terapu insulin sliding scale/4 jam
- c. Untuk diagnose gangguan mobilitas fisik yang dilakukan adalah teknik latihan penguatan otot yaitu memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama Gerakan, mengukur kekuatan otot, memberikan posisi tubuh optimal untuk Gerakan sendi pasif atau aktif, mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga
- d. Untuk diagnose gangguan komunikasi verbal yang dilakukan adalah promosi komunikasi deficit berbicara yaitu memonitor kecepatan

volume dan kuantitas bicara pasien, menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip isyarat tangan, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien dan bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindari bicara dengan teriakan, melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vocal “a i u e o”, memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien, mengulangi apa yang dilakukan oleh pasien, menganjurkan berbicara perlahan.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi pada Ny. Y, diagnose keperawatan perfusi serebral didapatkan evaluasi yaitu masalah sudah mulai teratasi pada hari ke 4 dan intervensi dilanjutkan oleh perawat. ditandai dengan berat pada Pundak sudah mulai berkurang, tekanan darah menurun menjadi 159/83mmHg, nadi 98x/I, suhu 36 C. Perkataan pasien sudah mulai bisa untuk dimengerti dan dipahami (N. XII hipoglosus sudah mulai membaik)

Pada diagnosis ketidakseimbangan kadar glukosa darah didapatkan evaluasi yaitu masalah sudah teratasi pada hari ke 5 dan intervensi dilanjutkan oleh perawat dengan ditandai GDS klien sudah menurun dari 308 mg/dL menjadi 202 mg/dL dan mukosa bibir sudah lembab. Rasa mengantuk klien sudah berkurang. Klien juga mengatakan diit yang diberikan sudah mulai habis. Masalah ketidakstabilan glukosa darah klien sudah teratasi, namun intervensi pemberian insulin tetap dilanjutkan guna mengontrol glukosa darah klien

Pada diagnosis gangguan mobilitas fisik didapatkan evaluasi yaitu masalah sudah teratasi sebagian pada hari ke 4 dan sampai hari ke 5 masalah masih sebagian yang teratasi dan intervensi di lanjutkan oleh perawat, dengan ditandai anggota gerak sebelah kanan sudah mulai bisa digerakkan yaitu tangan kanan sudah dapat ditekukkan dan sudah bisa sedikit menahan tahanan yang diberikan pada tangan kanan. Pada kaki

kanan pasien sudah bisa menekuk dan juga sudah bisa menahan tahanan yang diberikan pada kaki kanan. Aktivitas ADL pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat, kekuatan otot pasien :

333	555
444	555

Keluarga mengatakan tetap melakukan latihan ROM kepada pasien terutama pada ekstremitas atas sebelah kanan yang masih sedikit lemah.

Pada diagnosis gangguan komunikasi verbal didapatkan evaluasi masalah teratasi sebagian pada hari ke 4 dan sampai hari ke 5 masalah masih sebagian teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh perawat dengan ditandai perkataan yang diucapkan oleh pasien sudah mulai bisa dipahami walaupun masih susah membuka mulut dengan sempurna.

B. Pembahasan Kasus

Setelah melakukan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, maka pada bab ini peneliti akan membahas korelasi antara teori dengan kenyataan yang ditemukan dalam perawatan kasus stroke iskemik pada Ny. Y yang telah dilakukan pengkajian serta asuhan keperawatan pada tanggal 13-17 April 2022 di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang, yang diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Pada saat pengkajian yang dilakukan tanggal 13 April 2022 pukul 20.10 WIB didapatkan pasien Ny. Y berusia 53 tahun. Menurut Smeltzer, Susan. C (2013) Usia merupakan salah satu faktor penyebab stroke yang tidak bisa diubah. Bertambahnya usia maka resiko terjadinya stroke akan menjadi semakin besar. Hal ini terkait dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah Pada orang lanjut usia pembuluh darah lebih kaku karena banyak

penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebihan dapat membuat aliran darah yang masuk ke tubuh ataupun ke otak berkurang

Dalam penelitian Glen, dkk (2015) penyakit stroke iskemik cenderung terjadi pada golongan umur yang lebih tua. Hal ini disebabkan karena pembuluh darah orang yang lebih tua cenderung mengalami perubahan secara degeneratif (penuaan). Pada usia tersebut sangat rentan pada penimbunan plak yang dapat menyumbat pembuluh darah, sehingga aliran darah ke otak menjadi tidak lancar

Berdasarkan pada kasus Ny. Y ditemukan bahwa Ny. Y berumur 53 tahun, dan itu termasuk dalam kategori lanjut usia, yang dialami Ny. Y sama dengan teori yaitu semakin bertambahnya umur maka resiko terkena stroke iskemik akan semakin besar karena orang lanjut usia cenderung mengalami penuaan dan mengakibatkan mudahnya terjadi penimbunan plak yang dapat menyumbat pembuluh darah kemudian mengakibatkan aliran darah ke otak tidak lancar.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama dari Ny. Y adalah tidak bisa bicara atau pelo, mulut pencong, anggota gerak kanan lemah (hemiparise dextra) dan sulit digerakkan.

Menurut teori yang dikemukakan oleh Tarwoto (2013) tanda dan gejala yang terjadi pada penderita stroke iskmik diantaranya adalah mengalami kelumpuhan wajah atau anggota gerak badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada area motoric di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan di sebelah kiri begitupun sebaliknya.

Penelitian yang dilakukan oleh Arum (2015) tanda dan gejala pada pasien stroke iskemik diantaranya adalah merasakan lemah pada

bagian wajah atau ekstremitas terutama salah satu bagian tubuh, gangguan bicara atau tidak bisa bicara.

Berdasarkan yang dialami oleh Ny. Y sesuai dengan teori yaitu Ny. Y mengalami lemah anggota gerak kanan, tidak bisa bicara, dan mulut mencong ke kanan Menurut peneliti, tanda dan gejala tersebut sesuai dengan yang terjadi pada partisipan dimana Ny. Y mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan atas dan bawah.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 13 April 2022 klien hari rawatan pertama. Klien dalam keadaan sadar. Keluarga mengatakan klien mengalami lemah anggota gerak sebelah kanan, tidak bisa berbicara atau pelo, keluarga mengatakan klien sulit menelan, sering merasa haus. Keluarga mengatakan klien sering mengantuk dan terkadang lelah.

Menurut teori Tarwoto (2013), manifestasi klinis dari stroke iskemik yaitu adanya serangan deficit neurologis fokal berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai pada salah satu sisi tubuh, mengalami gangguan menelan (disfagia), mulut tidak simetris dan tidak bisa berbicara atau pelo. Sedangkan sering merasa haus, lapar, mengantuk, dan lelah menurut SDKI (2017) merupakan gejala terjadinya hiperglikemia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Risa (2019), terjadinya hiperglikemia menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya stroke iskemik. Risa (2019) juga menambahkan bahwa penderita yang mempunyai tekanan darah sistolik diatas 180 mmHg memiliki resiko tiga kali lebih besar

terkena stroke iskemik daripada orang yang tekanan darah sistoliknya dibawah 140 mmHg.

Menurut peneliti, gejala yang diuraikan diatas sama dengan yang terjadi pada partisipan, dimana Ny. Y mengalami kelemahan anggota gerak kanan, tidak bisa bicara, mulut pencong ke kanan, sulit menelan, merasa haus, mengantuk, dan lelah. Namun pada partisipan belum terjadi penurunan kesadaran dan tanda tanda peningkatan TIK. Mohammad bahrudin pada penelitiannya tahun 2010 mengatakan bahwa pada stroke iskemik tidak terlalu banyak menimbulkan efek masa karena tidak ada hematoma, sehingga lesi jarang menimbulkan efek peningkatan TIK yang membuat kesadaran pada pasien masih cukup baik. Berdasarkan teori ini, terlihat penyebab tidak terjadinya penurunan kesadaran dan peningkatan TIK pada Ny. Y.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Ny. Y (53) memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu yang tidak terkontrol dan baru mengetahui mengidap DM dan kadar gulanya tinggi saat dirawat di rumah sakit.

Menurut analisis peneliti, seseorang yang memiliki riwayat hipertensi mudah terserang penyakit stroke iskemik. Hal ini sesuai dengan penelitian Laily, Siti Rohmatul (2017) yang mengatakan bahwa stroke iskemik paling banyak terjadi pada pasien hipertensi (97,8%) lebih besar dibandingkan dengan pasien yang tidak hipertensi. Selain itu Risa (2019) juga menambahkan dalam penelitiannya bahwa terjadinya hiperglikemia juga menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia dan hipertensi dapat disebabkan karena pola makan yang tidak baik, diantaranya sering mengkonsumsi makanan berlemak, jarang berolahraga, sering makan makanan manis.

Menurut asumsi peneliti uraian di atas sesuai dengan yang terjadi pada partisipan, dimana Ny. Y memiliki riwayat hipertensi dan DM yang tidak terkontrol. Ny. Y juga memiliki pola makan yang tidak baik yaitu sering mengonsumsi makanan berlemak atau bersantan dan manis. Hal ini lah yang menyebabkan kadar gula darah menjadi meningkat sehingga menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah otak dan mengakibatkan terjadinya stroke iskemik.

e. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik Ny. Y yaitu tingkat kesadaran sedang compos mentis, tekanan darah 182/98 mmHg, mukosa bibir kering, lemah anggota gerak kanan, tidak bisa berbicara/pelo, tidak ada nyeri kepala dan muntah. Klien sering mengantuk. Klien sering haus. Kekuatan otot :

333	555
444	555

Hasil labor menunjukkan, Hb 12, 2 g/dl (12,0-14.0), leukosit $6,19 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5.0-10.0), trombosit $294 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400), hematokrit 34 % (37.0-43.0), eritrosit $4,39 \times 10^6/\mu\text{L}$ (4.00-4.50), gula darah sewaktu 308 mg/dL (50-200). CT-Scan otak menunjukkan infark parietal sinistra

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

cedel/pelo (disatria), gangguan penglihatan (diplopia), gangguan menelan (disfagia), inkontinensia bowel dan urine, vertigo, mual, muntah, nyeri kepala (Tarwoto, 2013). Dalam hasil labor didapatkan bahwa kadar hematokrit menurun dan kadar gula darah yang tinggi. Hal ini dijelaskan oleh Maria dkk (2018) dalam penelitiannya bahwa nilai hematokrit merupakan faktor resiko minor bagi pasien stroke iskemik. Kadar hematokrit rendah disebabkan oleh berbagai faktor seperti umur yang menua, gagal ginjal kronik, penyakit jantung, malignancy dan lainnya. Hematokrit menurun dapat menyebabkan penyakit stroke dimana penurunan hematokrit lebih berhubungan dengan perluasan infark, Risa (2019) juga menambahkan dalam penelitiannya bahwa terjadinya hiperglikemia juga menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer disamping ini juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis.

Menurut peneliti uraian teori di atas sesuai dengan kasus yang terjadi pada partisipan, yaitu adanya kelemahan anggota gerak kanan atau hemiparisi dextra, adanya pelo, adanya penurunan hematokrit dan kenaikan kadar gula darah.

2. Diagnose Keperawatan

Menurut SDKI, masalah keperawatan muncul pada pasien stroke iskemik diantaranya resiko perfusi serebral tidak efektif, pola napas tidak efektif, deficit nutrisi, gangguan komunikasi verbal, gangguan menelan, gangguan mobilitas fisik, gangguan memori, nyeri akut. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Dwi Rahayu (2021) diagnose yang didapatkan pada stroke iskemik adalah resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan nyeri akut.

Hasil studi dokumentasi pada kasus Ny. Y ditemukan 4 diagnosis keperawatan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan koagulopati, ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan

dengan gangguan toleransi glukosa darah, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Berdasarkan SDKI dan penelitian dwi, peneliti menemukan perbedaan terhadap masalah keperawatan yang muncul pada Ny. Y yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah. Peneliti menegakkan diagnosis keperawatan mengenai ketidakstabilan glukosa darah karena kadar glukosa darah yang tinggi merupakan penyebab terjadinya stroke iskemik pada Ny. Y. hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Risa (2019), terjadinya hiperglikemia menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer serta meninggal agregat platelet dimana kedua proses tersebut menyebabkan arteriosklerosis yang merupakan penyebab stroke iskemik.

Diagnose pertama yang muncul pada Ny. Y yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan koagulopati. Pasien mengalami deficit neurologis yaitu pasien tidak bisa bicara/pelo, kesulitan menggerakkan lidah (N.XII Hipoglossus). Pasien tampak kesusahan menelan (N. X Vagus), lidah pasien tampak tidak simetris (N. X vagus). Pasien tampak kesulitan mengangkat bahu sebelah kanan dan tidak mampu menahan taanan yang diberikan pada ekstremitas bagian kanan (N. XI Accesorius). Klien tampak tidak bisa menggerakkan otot wajah seperti menggembungkan pipi, senyum tidak simetris pencong ke kanan (N. VII Facialis). Lapangan pandang klien pendek (N.II Optikus). klien tampak mengalami hemiparise dextra, dengan kekuatan otot

Hal ini sejalan dengan penelitian (hanifah, harmes, 2019) dalam asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di RSUP Dr. M. Djamil Padang yang mengangkat salah satu diagnosis keperawatannya yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif. Hal ini sesuai dengan SDKI perfusi serebral tidak efektif yaitu penurunan sirkulasi darah ke otak yang menyebabkan penurunan jumlah oksigen ke otak yang dapat mengakibatkan perubahan staus mental, perubahan prilaku, perubahan

respons motoric, kesulitan menelan dan ketidaknormalan dalam berbicara.

Diagnose keperawatan kedua yaitu ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, hal ini terlihat dari gejala yang ditimbulkan oleh klien yaitu gula darah diatas 200 mg/dL, mulut kering, haus meningkat, jumlah urin meningkat. Hal ini sesuai dengan SDKI (2017) yang menjelaskan bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah tanda dan gejalanya adalah kada glukosa darah tinggi, mulut kering, haus meningkat, jumlah urin meningkat. Peneliti berasumsi untuk mengatasi glukosa darah klien terlebih dahulu dibandingkan dengan mobilitas fisik. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya peningkatan TIK pada Ny. Y. Pada fase akut, mobilisasi belum boleh dilakukan pada klien dikarenakan untuk mengurangi kerja perfusi serebral klien sehingga klien diharuskan untuk bedrest total. Namun mobilisasi bertahap sudah boleh dilakukan setelah 3 hari rawatan.

Diagnose ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot ditegakkan pada Ny. Y karena berdasarkan hasil pemeriksaan fisik Ny. Y mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kanan dengan kekuatan otot :

333	555
444	555

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

Diagnose keempat yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular yaitu ditandai dengan pasien tidak bisa berbicara/pelo, kata kata yang diucapkan pasien sulit untuk dipaami, pemeriksaan (Nervus XII Hipoglossus), klien tidak bisa bicara/ pelo dan

sulit menggerakkan lidah. (Nervus X Vagus) klien tampak sulit menelan dan lidah klien tidak simetris.

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

3. Rencana 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).

Diagnosis keperawatan pertama yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. Y dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat menunjukkan tekanan intrakranial menurun, tekanan darah menurun, reflex saraf meningkat, kognitif meningkat, demam berkurang. Dengan perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu pemantauan tekanan intrakranial : identifikasi penyebab peningkatan TIK, monitor tekanan darah, monitor penurunan tingkat kesadaran, pertahankan posisi elevasi 30 derajat, dokumentasikan hasil pemantauan. Pemantauan neurologis : Monitor tingkat kesadaran, Monitor ttv, Monitor irama otot dan gerakan motorik, gaya berjalan, Monitor kekuatan pegangan, Monitor kesimetrisan wajah, Monitor keluhan sakit kepala, Monitor karakteristik bicara, Monitor parestesi (mati rasa dan kesemutan), hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intra kranial, jelaskan prosedur pemantauan. Pemberian obat : identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi, verifikasi order obat sesuai dengan indikasi, monitor tanda tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat, perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat, lakukan prinsip enam benar, fasilitasi pemberian obat, dokumentasi pemberian

obat dan respon terhadap obat, jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping.

Menurut penelitian (Geofani, 2017), intervensi yang dilakukan untuk diagnosis perfusi serebral tidak efektif yaitu pengkajian tingkat kesadaran dengan GCS gunanya adalah untuk melihat tingkat kesadaran pasien yang berhubungan dengan perubahan neurologi.

Diagnosis keperawatan kedua yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah. Intervensi yang dilakukan pada Ny. Y dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan mengantuk berkurang, keluhan lapar berkurang, mulut kering berkurang, rasa haus berkurang. Dengan rencana keperawatan (SIKI) yang diberikan adalah identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan memonitor kadar gula secara mandiri, anjurkan kepatuhan diit, kolaborasi pemberian insulin atau pemberian cairan iv jika perlu.

Diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik, rencana keperawatan yang diberikan pada Ny Y dengan tujuan setelah diberikan tindakan keperawatan pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun. Dengan perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu teknik latihan penguatan sendi : identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas , berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga, dokumentasikan perkembangan pasien.

Rencana keperawatan untuk diagnosis mobilitas fisik diantaranya melakukan tindakan ROM pasif. Menurut (Tarwoto, 2013), mobilisasi sangat penting untuk meningkatkan kekuatan otot, jantung dan

pengembangan paru pasien stroke sehingga dapat meminimalkan terjadinya stroke kedua

Diagnosis keperawatan keempat adalah gangguan komunikasi verbal rencana asuhan keperawatan bertujuan kemampuan bicara meningkat, pelo menurun, pemahaman komunikasi membaik. Dengan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu promosi komunikasi defisit bicara : monitor kecepata, volume dan kuantitas bicara, gunakan metode komunikasi alternatif, sesuaikan gaya kominikasi dengan kebutuhan, modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan, ulangi apa yang disampaikan pasien, anjurkan berbicara perlahan.

Menurut penelitian (Nugroho, 2018), intervensi yang dilakukan untuk pasien stroke iskemik dengan diagnosis keperawatan gangguan komunikasi verbal yaitu dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan, Dengarkan dengan penuh perhatian, Berdiri didepan pasien ketika berbicara, Berikan pujian positive bila diperlukan, Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberikan stimulus komunikasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang mulai dilakukan pada tanggal 13-17 Aprilm 2022. Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam perencanaan keperawatan menurut SLIK=SIKI Implementasi keperawatan untuk diagnosis pertama Ny. Y resiko perfusi serebral tidak efektif, peneliti melakukan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan keadaan pasien. Implementasi yang dilakukan yaitu pemantauan tekanan intrakarnial : mengukur dan memantua tekanan darah, memonitor penurunan tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS, memberikan posisi elevasi 30 derajat, mendokumentasikan hasil pemantauan untuk melihat perkembangan pasien, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Pemantauan Neurologis : memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan , dan reaktifitas pupil, memonitor tingkat

kesadaran dengan menggunakan nilai GCS, mengukur dan memantau apakah ada peningkatan atau penurunan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, frekuensi nafas dan suhu, memonitor kesimetrisan wajah, menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan sakit kepala, memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, ada tidaknya pelu, mendokumentasikan hasil pemantauan, menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Pemberian obat : Memberikan obat seperti ranitidin 2x/hari, memberikan obat aspilet 1x80 po, injeksi piracetam 4x3gr.

Menurut penelitian (Hanifah, 2019), implementasi yang dilakukan memposisikan pasien elevasi 30 derajat, monitor perubahan tanda-tanda vital. Memonitor tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS

Implementasi keperawatan untuk diagnosis kedua Ny. Y yaitu ketidakefektifan kadar glukosa darah, Tindakan yang dilakukan adalah mengenali penyebab hiperglikemia pasien, memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, memberikan terapi insulin sliding scale/4 jam 10 unit. Pemberian insulin basal bertujuan untuk memperbaiki kadar glukosa darah puasa atau sebelum makan. Oleh karena glukosa darah setelah makan dipengaruhi oleh kadar glukosa puasa, maka diharapkan dengan menurunkan glukosa basal, kadar glukosa darah setelah makan juga menurun (Decroli, Eva, 2019). Implementasi keperawatan untuk diagnosis ketiga Ny. Y yaitu gangguan mobilitas fisik, peneliti melakukan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan keadaan pasien. Implementasi yang dilakukan yaitu teknik latihan penguatan sendi : mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak sendi, memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas , memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga, mendokumentasikan perkembangan pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Puspitasari,dkk, 2020), salah satu tindakan untuk mengatasi masalah mobilisasi pasien stroke iskemik adalah dengan pemberian range of motion (ROM).

Implementasi keperawatan untuk diagnosis keempat Ny. Y yaitu gangguan komunikasi verbal, peneliti melakukan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya berdasarkan keadaan pasien. Implementasi yang dilakukan yaitu promosi komunikasi defisit bicara : memonitor kecepatan, volume dan kuantitas bicara, menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan, menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien, mendengarkan pasien dengan seksama, bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindari bicara dengan teriakan, melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “ , memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien, mengulangi apa yang disampaikan pasien, menganjurkan berbicara perlahan.

Menurut penelitian (Nugraha, 2018) implementasi untuk diagnosis gangguan komunikasi verbal yaitu mengkonsultasikan dengan dokter, mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan, mendengarkan dengan penuh perhatian, Berdiri didepan pasien ketika berbicara, memberikan pujian positive bila diperlukan, menganjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberikan stimulus komunikasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan.

- a. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan koagulopati. Masalah teratasi sebagian pada hari ke 4 dan hari ke 5 masalah masih teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh

perawat, ditandai dengan kesadaran pasien compos mentis, tekanan darah menurun menjadi 158 / 95 mmHg, nadi 80x/i, suhu 36 0C. Berat pada pundak sudah tiidak ada, kaki kanan sudah dapat ditekukkan dan tangan kanan sudah mulai bisa diangkat

- b. Ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah. Masalah teratasi pada hari ke 5 dan intervensi dilanjutkan perawat ditandai dengan gula darah pasien sudah turun menjadi 202 mg/dL tetapi pemberian terapi insulin tetap diberikan guna mengontrol gula darah pasien
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Masalah teratasi sebagian pada hari ke 4 dan hari ke 5 masih teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ditandai dengan anggota gerak pasien yang mengalami kelemahan seperti kaki kanan sudah dapat ditekukkan dan saat diberi tahanan sudah dapat menahannya. Pada tangan kanan pada saat diberikan tahanan pasien sudah bisa sedikit menahan tahanan yang diberikan dan sudah bisa menekuk tangan kanannya kekuatan otot :

333	555
444	555

keluarga tetap melakukan latihan ROM kepada pasien terutama pada ekstremitas kanan atas yang masih belum kuat saat diberi tahanan

- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan neuromuskular. Masalah teratasi sebagian pada hari ke 4 dan pada hari ke 5 masih teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ditandai dengan pasien sudah bisa berbicara dengan jelas walaupun masih berbicara dengan mulut agak tertutup dan masih susah untuk membuka mulutnya dengan sempurna. Perkataan pasien sudah dapat dimengerti.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

1. Hasil pengkajian didapatkan pada pasien stroke iskemik didapatkan keluhan pasien tidak bisa bicara/pelo, mulut tidak simetris, anggota gerak sebelah kanan sulit digerakkan dan ketika makan dan minum klien kesulitan menelan. Pasien mempunyai riwayat hipertensi dan gula darah yang tinggi baru diketahui saat dirawat di rumah sakit. Pemeriksaan Nervus XII (Hipoglossus) : klien tidak bisa berbicara/pelo, kesulitan menggerakkan lidah. Pada Nervus X (Vagus) : klien kesulitan menelan karena lidahnya tidak simetris. Nervus XI (Asesorius) : klien kesulitan mengangkat bahu sebelah kanan dan tidak mampu menahan tahanan yang diberikan. Nervus VII (Facialis) : klien tidak dapat mnggerakkan otot wajah seperti menggembungkan pipi, wajah klien tidak simetris, senyum klien tidak simetris pencong ke kanan. Nervus II (Optikus) : klien mengalami penurunan lapang pandang (pendek).
2. Diagnosis Keperawatan yang muncul yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan koagulopati, ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular
3. Intervensi Keperawatan yang direncanakan tergantung pada masalah yang ditemukan yaitu pemantauan tekanan intrakarnial, pemantauan neurologis, manajemen hiperglikemia, teknik latihan penguatan sendi dan promosi komunikasi defisit bicara

4. Implementasi Keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik dilakukan selama 5 hari. Implementasi yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun yaitu melakukan ROM, pemantauan TIK, pemantauan neurologis, mengukur tingkat GCS, memposisikan pasien elevasi 30 derajat, melatih pasien bicara pelan seperti “a i u e o “, memberikan injeksi piracetam, aspilet, dan insulin sliding scale.
5. Evaluasi Keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan. Dilakukan selama 5 hari dalam bentuk SOAP. Hasil yang tercapai berdasarkan SLKI yaitu tekanan darah menurun, perfusi serebral membaik, kadar glukosa darah membaik, kekuatan otot meningkat, kemampuan berbicara meningkat.

B. Saran

1. Bagi perawat ruangan
Diharapkan intervensi mobilisasi bertahap dan terapi bicara dapat dilakukan secara efektif pada klien selama klien dirawat di rumah sakit, sehingga asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dapat tercapai dengan optimal.
2. Bagi peneliti selanjutnya
Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dan data pembanding bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien stroke iskemik.

DAFTAR PUSTAKA

- A.Aziz Alimul Hidayat. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Salemba Medika
- Anggraini. Meri. (2014). *Gambaran Faktor Resiko Pada Pasien Stroke di Poliklinik Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2014*. https://pustaka.poltekkespdgc.id/index.php?=show_detail&id=2169&keyword=s=
- Arum, Sheria Puspita. (2015). *Stroke, kenali, cegah & obati*. Yogyakarta : Suka Buku
- Bararah, T dan Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustakaray
- Bararah, Taqiyah & Jauhar, Mohammad. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustaka Raya
- Bungin, Burhan. (2017). *Metode Penelitian Kualitatif*. Depok : PT Raja Grafindo
- Indrawati, L., Sari, W., & Dewi, C. S. (2016). *Care Yourself STROKE cegah dan obati sendiri*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Joyce. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapura : Elsevier
- Junaidi, Iskandar. (2012). *Stroke, Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta : Andi
- Kartika, I. I. (2017). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan dan Pengolahan Data Statistik*. CV. Trans Info Media.
- Leniwia, Hasian., Dewi., & Wihelmus. (2019). *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Perubahan Aktivitas Fungsional Pada Pasien Stroke Rawat Inap Di RSU UKI Jakarta*. Jurnal JKFT : Universita Muhammadiyah Tangerang.
- Nugroho. Dkk. (2016). *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta : Nuha Medika

- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus (jilid 2.)*. Jogjakarta: Mediacion Publishing
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Price Sylvia A, Wilson Lorraine M. (2012) *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika
- RISKESDAS (2018). *Kementrian Kesehatan RI*, 1–582. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : CV Sagung Seto
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Wijaya, Andra Saferi. (2017). *KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yusuf, A. M. (2014). *Metode Penelitian : Kuantitatif, Kualitatif & Penelitian Gabungan*. Jakarta : Prenadamedia Group.

Lampiran 1 : Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah

FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

- 1) Nama : Ny. Y
- 2) Tempat / Tanggal Lahir : Padang Panjang / 01-01-1969
- 3) Umur : 53 tahun
- 4) Jenis Kelamin : Perempuan
- 5) Status Kawin : Sudah menikah
- 6) Agama : Islam
- 7) Pendidikan : Tamat SMP
- 8) Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- 9) Alamat : JL. Rambutan, Kuranji
- 10) Diagnose Medis : Stroke iskemik hemiparise dextra

b. Identitas Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny. A
- 2) Pekerjaan : Swasta
- 3) Alamat : JL. Rambutan, Kuranji
- 4) Hubungan : Anak kandung

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama

Ny. Y masuk melalui IGD RSUP Dr. M, Djamil Padang pada tanggal 13 April 2022 pukul 18.24 WIB dengan keluhan tidak bisa bicara sejak 1 hari yang lalu. Ny. Y masih dapat mengerti isi pembicaraan orang lain dan mengikuti perintah seperti menutup mata, mengangkat lengan. Ny. Y juga mengalami kelemahan pada anggota gerak kanan sejak 1 hari yang lalu.

Ny. Y berjalan menyeret kakinya dan tidak dapat mengancingkan bajunya. Mulut tampak pencong ke kanan

b) Keluhan saat dikaji

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 April pukul 20.10 WIB klien tidak bisa berbicara dan pengkajian dilakukan pada keluarganya. Keluarga mengatakan klien kesulitan menggerakkan lidahnya dan menggerakkan anggota gerak sebelah kanan, keluarga mengatakan saat makan klien kesulitan menelan dan saat diberikan minum terkadang sebagian airnya keluar lagi dari mulut. Keluarga mengatakan sebelum dibawa ke IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang, pada tanggal 12 April 2022 klien sudah dibawa ke RSUD Air Pacah dengan keluhan pasien tidak bisa bicara dan pada saat di IGD di cek tekanan darah systole mencapai diatas 200 dan setelah diberi tindakan tekanan darah klien mulai turun dan klien kembali bisa berbicara namun pada tanggal 13 April 2022 klien tidak berbicara kembali dan anggota gerak kanan klien lemah. Saat dikaji tekanan darah klien 182/98. Keluarga mengatakan baru mengetahui bahwa gula darah klien tinggi pada saat di rawat yaitu 308 mg/dL.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Saat dilakukan wawancara dengan keluarga mengenai riwayat kesehatan dahulu klien, keluarga mengatakan bahwa klien baru pertama kali di rawat di rumah sakit dan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu namun pasien jarang berobat serta hanya membeli obat di apotik dan tidak rutin meminumnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien. Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM, jantung, hipertensi dan stroke.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

a) Makan dan Minum

Sehat : keluarga mengatakan saat sehat klien makan 3 kali sehari dengan porsi sedang dan menghabiskan porsi makanannya, klien rutin makan sayur dan buah-buahan, klien sering makan makanan yang bersantan seperti dan berlemak, klien juga suka makan makanan manis seperti es krim, teh, kue coklat dan lain-lain. Keluarga pasien mengatakan saat sehat pasien biasanya minum sekitar 9-10 gelas sehari (2000-2500 cc/hari)

Sakit : keluarga mengatakan saat sakit klien diberi diet MLDD III/IV dan sering bersisa karena klien susah untuk menelan. Keluarga mengatakan saat sakit klien kesulitan untuk minum karena susah menelan tetapi klien minum dengan sedikit dikit namun sering walaupun terkadang saat minum airnya keluar lagi dari mulut klien (1500-1800 cc/hari) Klien juga diberikan diet MC 3x150cc dan klien terpasang IVFD NaCl 0,9%.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat : keluarga mengatakan saat sehat klien BAB 1x/sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas, dan tidak ada keluhan lainnya.

Sakit : keluarga mengatakan saat sakit klien belum BAB sejak 1 hari yang lalu

b) BAK

Sehat : keluarga mengatakan saat sehat klien BAK 7-9x sehari (1500-1800 cc/ hari), klien sering BAK di malam hari

Sakit : keluarga mengatakan klien menggunakan pampers dan diganti 5-6 kali sehari

3) Pola Istirahat dan Tidur

Sehat : keluarga mengatakan klien saat sehat sering tidur (8-9 jam) sehari dan sering mengantuk

Sakit : keluarga mengatakan klien lebih sering tidur dari biasanya dan sering mengantuk

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Sehat : keluarga mengatakan saat sehat klien melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga namun terkadang mudah lelah

Sakit : saat sakit keluarga mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : compos mentis

GCS : E4M5Vapasia

TTV : TD : 182/98 mmHg, N : 68x/I, RR: 20x/I,
suhu : 36.5⁰C, TB : 150 cm, BB : 48 kg

2) Kepala

Kepala pasien simetris, tidak ada lesi/bengkak, rambut sebau, kulit kepala bersih, nomocephal, rambut tidak rontok

3) Mata

Gerak bola mata bebas kesegala arah, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor 3mm/3mm. Pemeriksaan saraf pada mata adalah : klien dapat melihat dengan jelas jumlah jari tangan dalam jarak 15cm namun lapang pandang klien pendek (N. II Optikus ada kelainan). Reflek pupil mengecil saat diberikan cahaya dan juga isokor +/+ (N. III Okumotoris normal) Gerakan bola mata klien dapat bergerak normal ke kanan dan kiri (N. VI Abdusen normal). Klien dapat menggerakkan mata atas dan bawah (N. IV Trokhlearis normal)

4) Wajah

Pemeriksaan saraf pada wajah, klien dapat membuka rahang dan dapat merasakan benda yang bersentuhan pada pipi (N. V

Trigemirus normal). Wajah klien tidak simetris, klien tidak dapat menggerakkan otot wajah seperti menggembungkan pipi dan senyum klien tidak simetris (N. VII Facialis ada kelainann

5) Hidung

Pada pemeriksaan saraf pada hidung pasien klien dapat membedakan mana aroma jeruk dan susu (N.I Olfaktori normal). Tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung.

6) Mulut

Mukosa bibir kering dan pucat. Pemeriksaan saraf pada mulut, pasien sulit menelan, sulit menggerakkan lidah ke kiri dan kanan, tidak bisa bicara/pelo (N. XII hipoglossus ada kelainan)

7) Telinga

Klien dapat mendengar apa yang disampaikan dengan jelas (N. VIII Akustokus normal)

8) Leher

Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Pemeriksaan saraf pada leher, klien kesulitan menelan (N. X ada kelainan), klien sulit mengangkat bahu sebelah kanan dan tidak bisa menahan tahanan yang diberikan (N. XI Accesorius ada kelainan)

9) Pemeriksaan Dada

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

P : fremitus kiri kanan

P : sonor

A : vesikuler

10) Pemeriksaan Jantung

I : iktus kordis tidak terlihat

P : iktus kordis teraba 1 jari pada RIC V

P : jantung tidak melebar

A : tidak ada bunyi jantung tambahan

11) Pemeriksaan Abdomen

I : tidak ada distensi abdomen ataupun asites

A: bising usus normal

P : tidak ada nyeri tekan

P : tympani

12) Pemeriksaan ekstremitas

Atas : pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9 % pada tangan kanan, CRT <2 detik, tangan kanan pasien lemah dan susah digerakkan

Bawah : kaki kanan pasien lemah dan susah digerakkan, klien saat berjalan menyeret menyeret kaki kanannya, CRT <2 detik

333	555
444	555

f. Data Psikologis

Pasien tampak menerima dengan tenang dan masih terlihat ceria, tidak amnesia.

g. Data Sosial Ekono

Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga yang mengurus anak dan suaminya. Selain mengurus rumah dan anak-anak terkadang pasien mengikuti acara yang ada di sekitar rumah. Untuk kebutuhan sehari-hari dari suami yang bekerja sebagai buruh lepas dan juga dibantu anaknya.

h. Data Spiritual

Saat sehat pasien tidak pernah meninggalkan shalat lima waktu, saat sakit klien shalat di tempat tidur.

i. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 13 April 2022 :

hematologi :

Hb 12,2 g/dl (12,0-14,0)

leukosit $6,19 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5,0-10,0),

trombosit $294 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150-400),

hematokrit 34 % (37,0-43,0),

eritrosit $4,39 \times 10^6/\mu\text{L}$ (4,00-4,50),

MCV 78 fL (82,0-92,0),

MCH 28 pg (27.0-31.0),
MCHC 36 % (32.0-36.0),
DW-CV 12,4 % (11.5-14.5).

hitung jenis :

basofil 0% (0-1),
basinofil 0% (1-3),
neutrofil segmen 50% (50.0-70.0),
limfosit 43% (20.0-40.0),
monosit 7% (2.0-8.0),
sel patogis -.

hemostasis :

APTT 20.7 detik (22.06-29.46),
APTT control 23.9,
PT 9,7 detik (9.35-12.55),
INR 0,88,
PT kontrol 10.5,
D-dimer 553 ng/mL (<500).

Data pemeriksaan kimia klinik :

total protein 7.3 g/dL (6.6-8.7)
albumin 3,8 g/dL(3.8-5.0)
globulin 3.5 g/d/L (1.3-2.7)
SGOT 18 U/L (<32)
SGPT 18 U/L (<31)
Kalsium 9.7 mg/ dL (8.1-10.4)
Ureum Darah 19 mg/dL (10-50)
Kreatinin darah 1.0 mg/Dl (0.6-1.2)
Gula darah sewaktu 308 mg/dL (50-200)

Pemeriksaan Elektrolit:

Natrium 143 mmol/L (136-145)
Kalium 3,7 mmol/L (3.5-5.1)
Klorida 97 mmol/L (97-111)

j. Pemeriksaan Diagnostic

Ekg klien sinus rhytm, rontgen thorax dalam batas normal. Brain CT scan infark parietal sinistra.

k. Terapi Pengobatan

Umum : IVFD NaCl 0,9% 12 jam/kolf, diit ML I700kkal. Diit MC 3x150cc

Khusus : aspilet 1x80po, injeksi piracetam 4x3grr iv H3, ranitidine 2x150 j (po), novorapid 3x8 iv, sliding scale/4 jam 10 unit

2. Analisa Data

Nama Pasien : Ny. Y

No MR : 01.13.50.96

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">a. keluarga klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sulit digerakkanb. keluarga klien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu tapi jarang berobat dan hanya membeli obat di apotek saja dan juga jarang meminumnya. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Klien tampak tidak bisa bicara/pelo, kesulitan menggerakkan lidah (N. XII Hipoglossus)b. Klien tampak kesulitan menelan (N. X Vagus)c. Lidah klien tampak tidak simetris (N. X Vagus)	Koagulopati	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

	<p>d. Klien tampak kesulitan mengangkat bahu sebelah kanan dan tidak mampu menahan tahanan yang diberikan (N. XI Accesorius)</p> <p>e. Klien tampak tidak bisa menggerakkan otot wajah seperti mengembungkan pipi, senyum tidak simetris dan wajah tidak simetris pencong ke kanan (N. VII Facialis)</p> <p>f. Lapangan pandang klien pendek (N. II Optikus)</p> <p>g. Klien tampak mengalami hemiparise dextra dengan kekuatan otot : 333 555/444 555</p> <p>h. TD 182/98 mmHg</p> <p>i. Hasil CT scan adanya infark lobus parietal sinistra</p>		
--	---	--	--

2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga mengatakan klien sering tidur sekitar 8-9 jam sehari b. Keluarga mengatakan klien sering mengantuk c. Keluarga mengatakan klien suka makan makanan manis seperti es krim, teh, dan kue coklat d. Keluarga mengatakan klien sering pipis di malam hari e. Keluarga mengatakan klien sering merasa haus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gula darah : 308 mg/dL b. Novorapid 3x8 iv c. Sliding scale/4jam 10 unit d. Pada saat sehat klien BAK 1800-2000cc/hari e. Minum 2000-2500 cc/hari f. Diet MLDD III/IV 	Gangguan toleransi glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
----	--	----------------------------------	-------------------------------------

3.	<p>DS :</p> <p>a. Keluarga mengatakan klien kesulitan menggerakkan anggota gerak sebelah kanan</p> <p>b. Keluarga mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>DO :</p> <p>a. Klien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan</p> <p>b. Pada saat diberikan tahanan klien tidak mampu menahan tahanan yang diberikan</p> <p>c. Kekuatan otot menurun 333 555/ 444 555</p> <p>d. Klien tampak berjalan menyeret kaki kanannya</p> <p>e. Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya</p>	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik
----	--	-------------------------	--------------------------

4.	<p>DS :</p> <p>a. Keluarga mengatakan klien tidak bisa bicara/pelo</p> <p>b. Keluarga mengatakan klien hanya bisa mengeluarkan suara dan kata-kata yang diucapkan tidak jelas</p> <p>DO:</p> <p>a. Klien tampak tidak bisa bicara</p> <p>b. Klien tampak mengucapkan kata kata yang tidak jelas</p> <p>c. Klien tampak pelo dan afasia (N. XII Hipoglosus)</p>	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Komunikasi Verbal
----	--	------------------------	----------------------------

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan Masalah		Dipecahkan Masalah	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Koagulopati	13 April 2022		17 April 2022	
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah	13 April 2022		17 April 2022	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	13 April 2022		17 April 2022	
3	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	13 April 2022		17 April 2022	

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	Diagnosa keperawatan	Intervensi	
		SLKI	SIKI
1.	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Koagulopati	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5x 34 jam diharapkan perfusi serebral membaik dengan kriteria hasil : a. Tekanan intracranial menurun b. Tekanan darah menurun c. Reflex saraf meningkat d. Kognitif meningkat e. Demam berkurang	Pemantauan Tekanan Intrakranial : <i>Observasi :</i> a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK b. Monitor tekanan darah c. Monitor penurunan kesadaran <i>Terapeutik :</i> a. Pertahankan posisi pasien yaitu elevasi 30 derajat b. Dokumentasikan hasil pemantauan <i>Edukasi :</i> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pamantauan Pemantauan Neurologis <i>Observasi :</i> a. Monitor tingkat kesadaran b. Monitor ttv c. Monitor irama otot dan gerakan motorik, gaya berjalan d. Monitor kekuatan pegangan e. Monitor

			<p>kesimetrisan wajah</p> <p>f. Monitor keluhan sakit kepala</p> <p>g. Monitor karakteristik bicara</p> <p>h. Monitor parestesi (mati rasa dan kesemutan)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. hindari aktivitas yang meningkatkan tekanan intra kranial</p> <p><i>edukasi</i></p> <p>a. jelaskan prosedur pemantauan</p> <p>Pemberian Obat</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>a. identifikasi kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi</p> <p>b. verifikasi order obat sesuai dengan indikasi</p> <p>c. monitor tanda tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat</p> <p>d. monitor efek samping, toksisitas, dan interaksi obat</p>
--	--	--	---

			<p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat b. lakukan prinsip enam benar c. fasilitasi pemberian obat d. dokumentasi pemberian obat dan respon terhadap obat <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping.
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah	<p>Setelah dilakukan tindakan 5x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengantuk berkurang b. Keluhan lapar berkurang c. Mulut kering berkurang d. Rasa haus berkurang 	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat c. Monitor kadar glukosa dalam darah d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <p><i>Terapeutik</i></p>

			<p>a. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p><i>Edukasi :</i></p> <p>a. Anjurkan memonitor kadar gula darah secara mandiri</p> <p>b. Anjurkan kepatuhan terhadap diet</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian insulin, jika peril</p> <p>b. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</p>
3.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	Setelah dilakukan tindakan 5x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> a. Kekuatan otot meningkat b. pergerakan ekstremitas membaik c. ROM meningkat d. Kaku sendi berkurang 	Teknik latihan penguatan sendi <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi b. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan

		<p>e. Gerak terbatas berkurang</p> <p>f. Kelemahan fisik berkurang</p>	<p>pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>b. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</p> <p>c. Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif</p> <p>d. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batasan-batasan rasa sakit, ketahanan, dan mobilisasi sendi</p> <p>e. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</p> <p>f. Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama</p> <p>g. Anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur (menjantai), atau di kursi, sesuai toleransi</p> <p>h. Anjurkan</p>
--	--	--	---

			<p>memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan</p> <p>i. Anjurkan ambulasi sesuai toleransi</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>a. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>
4.	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	<p>Setelah dilakukan tindakan 5x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kemampuan berbicara meningkat</p> <p>b. Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat</p> <p>c. Pelo menurun</p> <p>d. Pemahaman komunikasi baik</p>	<p>Promosi komunikasi deficit bicara :</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</p> <p>b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>c. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal lain yang mengganggu bicara</p> <p>d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai</p>

			<p>bentuk komunikasi</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Gunakan metode Komunikasi alternative (mis: menulis, berkedip, papan Komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer)</p> <p>b. Sesuaikan gaya Komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan Komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien.</p> <p>c. Modifikasi lingkungan untuk</p>
--	--	--	---

			<p>meminimalkan bantuan</p> <p>d. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>e. Berikan dukungan psikologis</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan berbicara perlahan</p> <p>b. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>a. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
--	--	--	---

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
13 April 2022	Resiko perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan koaguopati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilaiGCS 3. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat 4. Memonitor kesimetrisan wajah 5. Memonitor keluhanakit kepala 6. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, ada tidaknya pelo 7. Memberikan obat ranitidin 2x/hari ,injeksi piracetam 4x3gr dan aspilet 1x80 po 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien tidak bisa bicara dan hanya mengeluarkan suara dengan kata kata yg tidak jelas - Keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan sulit digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan menggerakan anggota gerak sebelah kanan - Kekuatan otot pasien 333 555 444 555 - TD : 182 / 98 mmHg - N : 68 x/i - RR : 20 x/i - S : 36,5 C <p>A : Masalah resiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	

13 April 2022	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah	<p>6. Memonitor gula darah</p> <p>7. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>8. Mengenali penyebab hiperglikemia</p> <p>9. Memberikan terapi insulin sliding scale/4jam</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga klien mengatakan baru tahu gula darah klien tinggi pada saat klien dirawat di rumah sakit - Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita DM - Keluarga mengatakan klien sering mengantuk - Keluarga mengatakan klien sering haus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengantuk - Klien tampak sering tidur - GDS klien 308 mg/Dl - Mukosa bibir kering - Sliding scale/4jam <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------	--	---	---	--

13 April 2022	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas 2. Mengukur kekuatan otot 3. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 4. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga 5. Mendokumentasikan perkembangan pasien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak bisa digerakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anggota gerak sebelah kanan tampak lemah - Aktivitas ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien 333 555 444 555 <p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
13 April 2022	Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kecepatan, volume dan kuantitas bicara pasien 2. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan perkataan pasien sulit untuk dimengerti dan dipahami <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbicarapelo - Pembicaraan pasien sulit dipahami 	

		<p>kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindarkan bicara dengan teriakan,</p> <p>4. melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “</p> <p>5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien</p> <p>6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>7. Menganjurkan berbicara perlahan.</p>	<p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--

<p>14 April 2022</p>	<p>Resiko perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Embolisme</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memposisikan pasien elevasi 30 derajat 3. Mengkaji fungsi neurologis 4. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, ada tidaknya pelo 5. Memberikan obat ranitidin 2x/hari, injeksi piracetam 4x3gr dan aspil 1x80 po 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pundaknya masih terasa berat - Keluarga mengatakan anggota gerak sebelah kanan pasien masih berat untuk digerakkan - Keluarga mengatakan pasien sering tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesulitan menggerakkan anggota gerak sebelah kanan - Kekuatan otot pasien 333 555 444 555 - TD : 176/81 mmHg - Suhu : 37,6 - N : 87x/i - RR : 20x/i <p>A : Masalah resiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--------------------------	---	---	--	--

14 April 2022	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar gula darah klien 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Memberikan terapi insulin sliding scale/4jam 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien sering mengantuk - Keluarga mengatakan klien sering haus - Keluarga mengatakan diit tidak habis karna klien sulit menelan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengantuk - Klien tampak sering tidur - GDS klien 270 mg/Dl - Mukosa bibir kering - Sliding scale/4jam <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------	--	---	---	--

<p>14 April 2022</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktivitas 2. Mengukur kekuatan otot 3. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 4. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga 5. Mendokumentasikan perkembangan pasien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih sulit untuk digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anggota gerak sebelah kanan tampak lemah - Aktivitas ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien 333 555 444 555 <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
----------------------	--	--	---	--

<p>14 April 2022</p>	<p>Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan volume dan kuantitas bicara pasien 2. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan 3. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindari bicara dengan teriakan, 4. melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “ 5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien 6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 7. Mengajarkan berbicara perlahan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan perkataan pasien masih sulit untuk dipahami - Keluarga mengatakan pasien masih sulit untuk mengucapkan kata kata <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbicara pelo - Pembicaraan pasien sulit dipahami karena tidak jelas <p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
----------------------	--	--	---	--

15 April 2022	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV 2. Memposisikan pasien elevasi 30 3. Mengkaji fungsi neurologis 4. Memonitor karakteristik bicara seperti kelancaran bicara, ada tidaknya pelo 5. memberikan obat ranitidine 2x/hari , injeksi piracetam 4x3gr dan aspilet 1x80 po 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan berat pada pundaknya sudah mulai berkurang - keluarga mengatakan anggota gerak sebelah kanan masih sult digerakkan - keluarga mengatakan pasien sering tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak kesulitan menggerakkan anggota gerak sebelah kanan - TD : 161/71 N : 87 x/i RR 20x/i S : 36.8 C - kekuatan otot pasien 333 555 444 555 <p>A :</p> <p>Masalah resiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
---------------	--	---	--	--

<p>15 April 2022</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. memonitor kadar gula darah 2. memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. memberikan terapi insulin 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien sering mengantuk - Keluarga mengatakan klien sering haus - Keluarga mengatakan diit yang diberikan masih bersisa karna klien masih sulit menelan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengantuk - Klien tampak sering tidur - GDS klien 254 mg/Dl - Mukosa bibir kering - Sliding scale/4jam <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
----------------------	---	--	--	--

<p>15 April 2022</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kekuatanotot 2. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 3. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga 4. Mendokumentasikan perkembangan pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anggota gerak kanan masih berat digerakkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anggota gerak kanan tampak masih lemah - Aktivitas ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot pasien 333 555 444 555 <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--------------------------	--	--	--	--

<p>15 April 2022</p>	<p>Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan 2. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien dengarkan pasien dengan seksama, bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindari bicara dengan teriakan 3. melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “ 4. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien 5. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 6. Mengajarkan berbicara perlahan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan perkataan pasien masih belum bisa untuk dimengerti dan dipahami - Keluarga mengatakan pasien masih sulit membuka mulutnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbicarapelo - Pembicaraan pasien sulitdipahami karena tidak jelas <p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
----------------------	---	--	--	--

<p>16 April 2022</p>	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memberikan posisi elevasi 30 derajat 3. Memberikan obat kepada pasien seperti ranitidine 2x/hari, injeksi piracetam 4x3gr dan aspilet 1x80 po 4. Monitor karakteristik seperti kelancaran bicara, adanya pelo 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan berat pada pundak mulai berkurang - Keluarga mengatakan anggota gerak sebelah kanan sudah mulai bisa digerakkan - Keluarga mengatakan pasien sering tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah mulai bisa menggerakkan anggota gerak kanannya yaitu tangan kanannya - Kekuatan otot pasien <p>444 555 444 555</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 159/83 mmHg - ND : 98 x/i - RR : 20 x/i - S : 36 C <p>A :</p> <p>Masalah resiko perfusi serebral teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
--------------------------	--	--	--

16 April 2022	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. memonitor kadar gula darah 2. memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. memberikan terapi insulin 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien sering mengantuk berkurang - Keluarga mengatakan diit yang diberikan sudah mulai habis <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS klien 248 mg/Dl - Mukosa bibir kering - Sliding scale/4jam <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	
16 April 2022	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kekuatan otot 2. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 3. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga 4. Mendokumentasikan perkembangan pasien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan anggota gerak sebelah kanan sudah mulai bisa digerakkan yaitu tangan kanan seperti menekuk. - Keluarga mengatakan kaki kanan sudah bisa ditekuk dan saat diberikan tahanan pasien sudah dapat menahan tahanan yang diberikan, tetapi pada tangan kanan belum bisa 	

			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anggota gerak sebelahkiri tampak lemah - Aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga danperawat - Kekuatan otot pasien 444 555 444 555 <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
16 April 2022	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan 2. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien dengarkan pasien dengan seksama, bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindarkan bicara dengan teriakan 3. melatih pasien untuk berbicara pelan seperti 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan perkataan pasien sudah mulai bisa untuk dimengerti dan dipahami - Keluarga mengatakan pasien sudah mulai bisa membuka mulutnya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak berbicara pelo - Pembicaraan pasien sudah mulai bisa dipahami 	

		<p>menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “</p> <p>4. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan</p> <p>5. Mengulangi apa yang di sampaikan pasien</p> <p>6. Menganjurkan berbicara perlahan</p>	<p>A : Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
17 April 2022	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme	<p>1. Memonitor TTV</p> <p>2. Memberikan posisi elevasi 30 derajat</p> <p>3. Memberikan obat kepada pasien seperti ranitidine 2x/hari, injeksi piracetam 4x3gr dan aspilet 1x80 po</p> <p>4. Monitor karakteristik seperti kelancaran bicara, adanya pelo</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan berat pada pundaknya sudah tidak ada - Pasien mengatakan kaki kanan sudah dapat ditekukkan dan tangan kanan sudah mulai bisa diangkat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah bisa melawan tahanan yang diberikan pada kaki kanan - Kekuatan otot pasien <p>444 555 555 555</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak terpasang oksigen nasal kanul 2 liter - TD : 158 / 95 mmHg - ND : 80 x/i - RR : 20 x/i - S : 36 C <p>A :</p> <p>Masalah resiko perfusi serebral teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat</p>	
17 April 2022	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toletransi glukosa darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar gula darah 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Memberikan terapi insulin 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien mengantuk berkurang - Keluarga mengatakan diit yang diberikan sudah mulai habis <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menghabiskan diit yang diberikan - GDS klien 202 mg/Dl - Mukosa bibir lembab - Sliding scale dihentikan <p>A:</p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan perawat</p>	

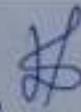
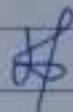
<p>17 April 2022</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kekuatanotot 2. Memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif 3. Mengajarkan latihan ROM kepada pasien dan keluarga 4. Mendokumentasikan perkembangan pasien. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan kaki kanan sudah bisa ditekuk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sudah bisamenekukkan kaki kanannya dan sudah bisa menekuk tangan kanannya - Pada saat diberikan tahanan pada tangan kanan pasien, pasien tampak sedikit bisa menahan tahanan yang diberikan sedangkan pada kaki kanan sudah bisa. - Aktivitas ADL masih dibantu oleh keluarga danperawat - Kekuatan otot pasien 444 555 555 555 <p>A: Masalah gangguan mobilotas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan oleh perawat</p>	
----------------------	---	---	--	--

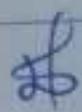
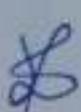
<p>17 April 2022</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d Gangguan neuromuskular</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode komunikasi alternatif seperti menulis, mata berkedip, isyarat tangan 2. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan seperti berdiri tepat di depan pasien dengarkan pasien dengan seksama, bicara perlahan dengan menggunakan artikulasi yang tepat dan menghindari bicara dengan teriakan 3. melatih pasien untuk berbicara pelan seperti menyebutkan huruf vokal “ a i u e o “ 4. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan dengan tidak menjauhkan kebutuhan pasien 5. Mengulangi apa yang disampaikan pasien 6. Menganjurkan berbicara perlahan. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan kalimat yang diucapkan sudah mulai bisa dimengerti <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pembicaraan pasien sudah mulai bisa dipahami walaupun mulut pasien belum terbuka sempurna <p>A :</p> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh perawat</p>	
----------------------	--	--	---	--

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi KTI Pembimbing I

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Fadhila Ismatul Iffa
 NIM : 193110133
 Pembimbing I : Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep., M.Biomed
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	11 Agustus 2021	ACC judul proposal dan diskusi dengan pembimbing	
2	24 Agustus 2021	Bab 1 Revisi	
3	4 spt 2021	Bab 1 Revisi	
4	21 Des 2021	Bab 1-3 Revisi	
5	10 Januari 2022	Bab 1-3 Revisi	
6	11 Januari 2022	Bab 1-3 Revisi	
7	12 Januari 2022	lengkap data pengantar laporan	

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
8	13 Januari 2021	ACC UBT Ujian	
9	18 April 2022	konsultasi Askep & perbaikan	
10	19 April 2022	konsultasi Askep & perbaikan	
11	19 Mei 2021	konultasi Askep & perbaikan	
12	20 Mei 2021	Perbaikan pembahasan, konsul Bab IV dan Bab V	
13	23 Mei 2021	Perbaikan Abstrak, konsul Bab IV dan Bab V	
14	25 Mei 2021	ACC perbaikan Abstrak, ACC ujian	

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

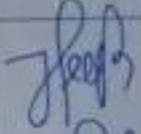
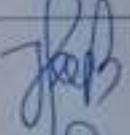
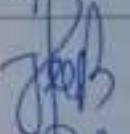
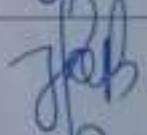
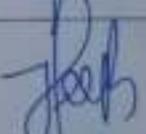
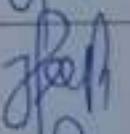
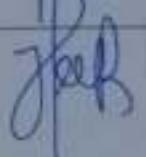


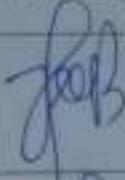
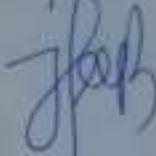
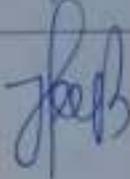
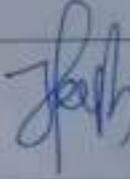
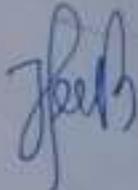
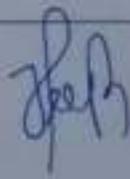
Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Pembimbing 2

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Fadhila Ismatul Iffa
 NIM : 193110133
 Pembimbing II : Ns. Hendri Budi, M. Kep, Sp. MB
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik Di IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M.Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	11 agst 2021	ACC judul proposal KTI	
2	27 agst 2021	konsul bab 1	
3	30 sep 2021	konsul bab 3 revisi	
4	27 okt 2021	konsul bab 1, revisi	
5	14 des 2021	konsul bab 1, 1), 11) revisi	
6	11 jan 2022	Revisi konsul bab 3, 1), 11) revisi	
7	13 jan 2022	Perbaiki daftar pustaka & Penulisan	

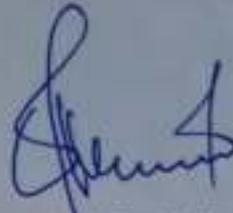
No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
8	11 Jan 2021	Acc Sidang proposal	
9	19 Apr 2021	konsul Bab IV, & Bab V,	
10	16 Mei 2021	konsul Bab IV, & Bab V, revisi	
11	19 Mei 2021	konsul pembahasan	
12	20 Mei 2021	konsul Aktep	
13	23 Mei 2021	... Lengkapi KTI	
14	25 Mei 2021	ACC ujian KTI	

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai saah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
Jl. SIMPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP: (0751) 7051300 FAX: (0751) 7051128 PADANG 25146
Website : <http://www.poltekkes.pdp.ac.id>

Nomor : PP.03.01/9140/2022
Perihal : Izin Penelitian 15 Februari 2022

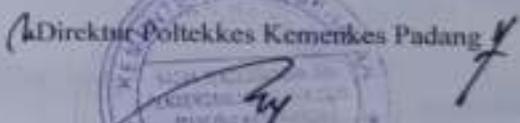
Kepada Yth. :
Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Fadhila Ismatul Iffa/ 193110133	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.


Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si
Nip : 19610113-198603-1-002

Lampuran 6 : Surat Izin Penelitian dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax : (0751) 323731
Website : www.rsudjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com



No. : LB.01.02/KVI.1.3.2/191/VI/2022
Perihal : Izin Melakukan Penelitian
a.n. Fadhila Ismatul Iffa
04 April 2022

Yang terhormat,
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/01140/2022 tanggal 15 Februari 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada

Nama	Fadhila Ismatul Iffa
NIM/SP	193110133
Institusi	DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M Djamil Padang TAHUN 2022 "

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panita etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Dikit RSUP. Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk CD/soft copy/upload link: bit.ly/1tbangtraxpmjwmi).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adrian Zani
NIK 197301112006012008

Tembusan :
1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan

 TERAKREDITASI KARS
INTERNASIONAL

Lampiran 7 : Surat Izin Selesai Penelitian dari RSUP Dr. M. Djamil Padang

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax. (0751) 323731
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com



SURAT KETERANGAN
LB.01.02/XVI.1.3.2/900/V/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adriani Zahar
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Fadhila Ismatul Iffa
NIM/BP : 193110133
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di IRNA Non Bedah (Bangsal Syaraf) RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 13 April 2022 s/d 17 April 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang IRNA Non Bedah (Syaraf) RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2022 "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 25 Mei 2022

s.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adriani Zahar
NIP. 197309112008012008

 TERAKREDITASI KARS
★ ★ ★ ★ ★ ★