KARYA TULIS ILMIAH

LAPORAN STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. M DENGAN STROKE ISKEMIK DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGIRSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017

OLEH :

NUR ARDILLA
14103084015421

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2017

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. M DENGAN STROKE ISKEMIK DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017

LAPORAN STUDI KASUS

DiajukanUntukMemenuhi Salah SatuSyaratDalammenyelesaikanPendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKesPerintis Padang

OLEH :

NUR ARDILLA
14103084015421

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2017

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2017

NUR ARDILLA
14103084015421

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. M DENGAN STROKE ISKEMIK DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017.

77 halaman + 8 tabel + 1 gambar

ABSTRAK

Stroke Iskemik adalah *cedera vascula akut* pada otak. Ini berarti bahwa *Stroke* adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak, cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, pecahnya pembuluh darah. Insiden *Stroke Iskemik* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 18 pasien pada bulan januari sampai juni 2017. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien *Stroke Iskemik.* Hasil laporan kasus ditemukan data pada Tn. M yaitu keluarga mengatakan klien tidak ada mengalami gangguan kesadaran, keluarga mengatakan bibir klien mencong ke bagian kiri, keluarga mengatakan bicara klien pelo, keluarga mengatakan bicara klien kurang jelas, keluarga mengatakan anggota gerak klien lemah sebelah kanan, keluarga mengatakan aktivitas klien di bantu, klien mengatakan sulit untuk melihat, klien mengatakan bahwa klien hanya bisa melihat bayangan saja. Hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada Tn. M yaitu Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme), Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas, Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/oral, Ansietas berhubungan dengan Status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit, Gangguan persepsi sensori: penglihatan berhubungan dengan penurunan system sensori. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan krikteria hasil. *Stroke Iskemik* merupakan kejadian yang sering terjadi dikalangan masyarakat indonesia yang dimana *Stroke Iskemik* jika tidak ditangani secara tepat bisa mengancam kehidupan psien.
Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan Asuhan Keperawatan pasien *Stroke Iskemik* secara tepat dan benar.

Kata kunci: Asuhan Keperaawatan, Stroke Iskemik,cedera vascular akut

Daftar pustaka: 15 (2001-2017)

High School of Pioneer Health Sciences
DIII Study Program of Nursing
Script Writing, July2017

NUR ARDILLA
14103084015421

NURSING CARE IN CLIENTS M WITH ISKEMIC STROKE IN THE NEUROLOGY ROOMS OF RSUD Dr. ACHMAD MOCHTARBUKITTINGGI IN 2017.

77 page + 8 table + 1 picture

ABSTRACT

Ischemic stroke is an acute vascular injury to the brain. This means that a stroke is a sudden and severe injury to the blood vessels of the brain, injury can be caused by blood clot blockage, blood vessel constriction, rupture of the blood vessels. Incidence of Ischemic Stroke in Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 18 patients in january to june 2017. The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients with Ischemic Stroke. The result of case report found on the data of Mr. M ie the family said the client does not have any disturbance of consciousness, the family said the client's lips are leaning to the left side, the family said the client talk pelo, the family said the client talk less clear, the family said weak limb weak client, the family said client activity assisted, Hard to see, the client says that the client can only see the shadow only. The result of the study was obtained by nursing problem on Tn. M The risk of perfusion in brain tissue (cerebral) is associated with decreased cerebral blood flow (atherosclerosis, embolism), physical mobility impairment associated with activity intolerance, verbal communication barrier associated with decreased facial / oral muscular function, Anxiety associated with health status / lack of information About disease, Sensory perception disorders: vision associated with decreased sensory system. Based on the above nursing problem, the plan is prepared and implement the action of nursing as well as evaluation which refers to the purpose and the result krikteria. Ischemic stroke is an occurrence that often occurs among indonesian communities where Ischemic Stroke if not handled properly can threaten psien life.
It is therefore advisable to the institution of the hospital to conduct care Nursing Ischemic Stroke patients correctly and correctly.

Keywords: Nursing Care, Ischemic Stroke, acute vascular injury

References: 15 (2001-2017)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa	:NUR ARDILLA
NIM	:14103084015421
Judul KTI	:Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. M dengan Stroke Iskemik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.

Karya Tulis Ilmiah ini telah di setujui, di periksa dan telah di pertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 31 Juli 2017

Pembimbing,

Ns. Yuli Permata Sari, M.Kep
NIK.1440122078614104

Mengetahui,
Ka Prodi DIII Keperawatan
STIKesPerintis Padang

Ns. EndraAmalia, M.Kep
NIK.1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa	:NUR ARDILLA
NIM	:14103084015421
Judul KTI	:Asuhan Keperawatan Pada Tn. M dengan Stroke Iskemik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil di pertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan penguji

Penguji I,

Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK. 1420114098511072

Penguji II,

Ns. Yuli PermataSari, M.Kep
NIK. 1440122078614104

HALAMAN PERSEMBAHAN

Bacalah dengan menyebut nama Tuhanmu
Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah Bacalah, dan Tuhanmulah yang maha mulia
Yang mengajar manusia dengan pena,Dia mengajarkan manusia apa yang tidak diketahuinya (QS: Al-'Alaq 1-5)
Maka nikmat Tuhanmu yang manakah yang kamu dustakan ? (QS: Ar-Rahman 13)
Niscaya Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu beberapa derajat
(QS : Al-Mujadilah 11)
Dia memberikan hikmah ilmu yang berguna kepada siapa yang dikehendaki-nya barang siapa yang mendapat hikmah itu sesungguhnya ia telah mendapat kebajikan yang banyak.dan tiadalah yang menerima peringatan melainkan orang-orang yang berakal (Q.S Al-Baqarah269)

Kaki yang akan berjalan lebih jauh,tangan yang akan berbuat lebih banyak,mata yang akan menatap lebih lama,leher yang akan lebih sering melihat ke atas.
Semoga sebuah karya mungil ini menjadi amal shaleh bagiku dan menjadi kebanggaan bagi keluarga tercinta

Ya Allah,
Waktu yang sudah kujalani dengan jalan hidup yang sudah menjadi takdirku, sedih, bahagia, dan bertemu orang-orang yang memberiku sejuta pengalaman bagiku, yang telah memberi warna-warni kehidupanku. Kubersujud dihadapan Mu,
Engaku berikan aku kesempatan untuk bisa sampai
Di penghujung awal perjuanganku
Segala Puji bagi Mu ya Allah,

Alhamdulillah..Alhamdulillah..Alhamdulillahirobbil'alamin..

Sujud syukurku kusembahkan kepadamu Tuhan yang Maha Agung nan Maha Tinggi nan Maha Adil nan Maha Penyayang, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku.

Lantunan Al-fatihah beriring Shalawat dalam silahku merintih, menadahkan doa dalam syukur yang tiada terkira, terima kasihku untukmu. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk ayah dan mama tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku.,,yah,..ma..terimalah bukti kecil ini sebagai kado keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu.. dalam hidupmu demi hidupku kalian ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga segalanya.. Maafkan anakmu yah,,, ma,, masih saja menyusahkanmu..

Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam.. seraya tangaku menadah"..ya Allah ya Rahman ya Rahim...Terimakasih telah kau tempatkan aku diantara kedua malaikatmu yang setiap waktu ikhlas menjagaku,, mendidikku,, membimbingku dengan baik,, ya Allah berikanlah balasan setimpal syurga firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka nanti dari panasnya sengat hawa api nerakamu..

Untukmu ayah (DAMANHURI), Aku bukan putri kecilmu lagi yang bisa kau bohonggi, ketika ayah berkata baik-baik saja, aku tau ia berbohong, Semoga seluruh peluh dan tetesan keringat yang kau keluarkan dalam perjuanganmu mencari nafkah untuk kami senantiasa berkah dan dibalas dengan SURGA, terimakasih banyak ayah.

Untukmu mama (ERDA YELNI)Semoga air mata yang jatuh dari matamu atas segala kepentinganku, menjadi sungai untukmu di SURGA nantiAAAMIIINNN we always loving you...(ttd.Anakmu)

Dalam setiap langkahku aku berusaha mewujudkan harapan-harapan yang kalian impikan didiriku, meski belum semua itu kuraih' insyallah atas dukungan doa dan restu semua mimpi itu kan terjawab di masa penuh kehangatan nanti. Untuk itu kupersembahkan ungkapan terimakasihku kepada:

Kepada adik-adikku (TEGUH WAHYURI PUTRA DAN CINTA WAHYURI PUTRI)Kakak kalian akhirnya bisa wisuda juga. Semoga ini menjadi kebahagiaan dan sebuah motivasi untuk kalian berdua. klian harus bisa sukses, jadilah orangyang hebat, dan membanggakan kedua orang tua kita, tanamkan dalam hati seperti batu karang yang tidak takut dihatam ombak berkal-kali.

... i love you all" : ...*

"Hidupku terlalu berat untuk mengandalkan diri sendiri tanpa melibatkan bantuan Tuhan dan orang lain.
"Tak ada tempat terbaik untuk berkeluh kesah selain bersama sahabat-sahabat terbaik"..

Terimakasih kuucapkan Kepada Teman sejawat Saudara seperjuangan D III KEPERAWATAN 2017.

"Tanpamu teman aku tak pernah berarti,,tanpamu teman aku bukan siapa-siapa yang takkan jadi apa-apa"sekaligus sahabatku selama Berada di BUKITTINGGI, Special TOO MISSAYO(DELILA DAN RISKA) "terimakasih untuk kebersamaannya, motivasi dan dukungannya. Buat KAK ROS (DOLA OKTARA)Makasih kak ros atas segala dan bantuannya. Hehehe

Spesial buat kesayangan (NOFRIZAL EFENDI) terimakasih popoy atas dukungan dan semangat serta doanya. Kamu adalah obat pelipur lara hatiku yang selalu menghiburku dalam keadaan terjatuh.

Kalian semua bukan hanya menjadi teman, adik dan kakak yang baik,
kalian adalah saudara bagiku!!

Dan yang terakhir saya ucapkan terima kasih banyak kepada pembimbing saya Ibu Ns. Yuli Permata Sari,M.Kep yang telah membimbing saya dalam pembuatan KTI (Karya Tulis Ilmiah) dan untuk Ibu Ns. Lisa Mustika Sari,M.Kep, saya mengucapkan banyak terima kasih karna Ibu telah menguji sekaligus mengajarkan saya sehingga apa yang saya tidak tau menjadi tau.

Untuk ribuan tujuan yang harus dicapai, untuk jutaan impian yang akan dikejar, untuk sebuah pengharapan, agar hidup jauh lebih bermakna, hidup tanpa mimpi ibarat arus sungai. Mengalir tanpa tujuan. Teruslah belajar, berusaha, dan berdoa untuk menggapainya.

Jatuh berdiri lagi. Kalah mencoba lagi. Gagal Bangkit lagi.

Never give up!

Sampai Allah SWT berkata "waktunya pulang"

Hanya sebuah karya kecil dan untaian kata-kata ini yang dapat kupersembahkan kepada kalian semua,, Terimakasih beribu terimakasih kuucapkan..

Atas segala kekhilafan salah dan kekuranganku,

kurendahkan hati serta diri menjabat tangan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah.

KTI ini kupersembahkan.

-by" ELLA"

KATA PENGANTAR

بسم الله الرحمن الرحيم

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala Puji Syukur bagi Sang Kholik yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan iman sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikan Penyusunan Laporan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **"Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. M dengan Stroke IskemikDi Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017"** tanpa nikmat sehat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah ini.

Sholawat berangkaian salam juga selalu tercurahkan kepada junjungaan Nabi Muhammad SAW, semoga atas ijin ALLAH SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan Syafaatnya nanti. Aamiin Aamiin Yarobbal Aalamiin.

Penulisan Laporan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D-III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karna itu, Penulis mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada Yth. Ibu Ns. Yuli Permata Sari,M.Kep dan Ibu Ns. Reni Mulyanti, S.Kep Kepala Ruangan Rawat Inap Neurologi RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat selaku pembimbing yang telah

meluangakan waktunya dengan penuh perhatian memberi arahan, petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapaat terselesaikan. Seterusnya ucapan terima kasih saya yang sebesar – besarnya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri,S.Kp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperwatan STIKes Perintis Padang
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan
4. Bapak Ns. Falerisiska Yunere,M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan
5. Bapak dan ibu dosen pengajar D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
6. Bapak dan ibu dosen serta Staf STIKes Perintis Padang, yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan
7. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tersayang, saudaraku tercinta dan seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do’a yang tulus dan ikhlas demi kesuksesan penulis.
8. Terimakasih rekan – rekan mahasiswa lain yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan sampai terselesainya Laporan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan ilmu, waktu dan pengalaman yang penulis miliki. Untuk itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan ini.

Akhir kata kepada ALLAH SWT jualah penulis menyerahkan segalanya dan berharap semoga Laporan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah ini bisa diterima dan dapat dijadikan bahan bacaan untukpenulisan – penulisan yang berhubungan dengan stroke iskemik

Bukittinggi, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBARAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR…….…….. i

DAFTAR ISI……..... iv

DAFTAR GAMBAR……..…….…. vi

DAFTAR TABEL...…….. vii

DAFTAR LAMPIRAN……..... viii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang……... 1
1.2 Tujuan
1.2.1 Tujuan Umum…… 3
1.2.2 Tujuan Khusus…… 3
1.3 Manfaat
1.3.1 Bagi Institusi Rumah Sakit……. 4
1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan……..... 4
1.3.3 Bagi Penulis…….....4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep dasar
2.1.1 Pengertian Stroke ……... 5
2.1.2 Klasifikasi Stroke……...…..... 6
2.1.3 Anatomi Fisiologi .....……..... 7
2.1.4 Etiologi Stroke Iskemik……..... 13
2.1.5 Manifestasi Klinis……... 18
2.1.6 Patofisiologi…..…….. 18
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang…….. 22
2.1.8 Penatalaksanaan……..... 23
2.1.9 Komplikasi……..... 24
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis Dengan Stroke Iskemik
2.2.1 Pengkajian……... 26
2.2.2 Diagnosa……..33
2.2.3 Intervensi……34
2.2.4 Implementasi……... 39

2.2.5 Evaluasi……... 39

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Keperawatan
3.1.1 Pengkajian……... 40
3.1.2 Diagnosa……..57
3.1.3 Intervensi……58
3.1.4 Catatan Perkembangan.……...61

BA IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian……..... 65
4.2 Intervensi……..... 68
4.3 Implementasi……..... 71
4.4 Evaluasi…….....73

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan……..... 76
5.2 Saran……..... 77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.3 : Gambar Potongan Midsagital Otak……..... 7

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2.1 : Tingkat Kesadaran GCS ……..28

Tabel 2.2.1 : Kekuatan otot……29

Tabel 2.2.1 : Pemeriksaan syaraf cranial…….. 29

Tabel 2.2.3 : Intervensi Teoritis……..34

Tabel 3.1.1 : Data Biologis .....…… 48

Tabel 3.1.1 : Analisa Data……... 54

Tabel 3.3 : Intervensi……... 58

Tabel 3.4 : Catatan perkrmbangan……61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembaran Konsul

Lampiran II Absensi

BAB I

PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization (WHO)* Stroke atau *Cerebrovascular disease* adalah "tanda dan gejala yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian".Penyebab tersering terjadinya stroke adalah penyakit degeneratif arterial, baik aterosklerosis pada pembuluhdarah besar (dengan tromboemboli) maupun penyakit pembuluh darah kecil (lipohialinosis). Kemungkinan berkembangnya penyakit degeneratif arteri yang signifikan meningkat pada beberapa faktor resiko vaskular, salah satunya adalah hipertensi (Hasmono 2013,Ginsberg, 2008).

Stroke dapat dibagi berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan atau rusaknya pembulu darah otak. Sedangkan stroke iskemik terjadi akibat suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Stroke iskemik adalah tipe yang paling sering ditemukan, 85% dari seluruh kasus stroke. Sedangkan stroke hemoragik mencakup 15% dari seluruh kasus stroke (Lisiswanti, et. al 2015,p.89). Faktor resiko stroke terbagi menjadi faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, merokok, diabetes, dan obesitas. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin, berat badan lahir rendah (BBLR) dan genetik (Human, 2015).

Stroke masih menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Pada tahun 2002 penyakit stroke merupakan penyebab kematian utama di dunia,

terhitung sebanyak 7.200.000 (12,2%) kematian terjadi akibat penyakit infark di seluruh dunia (Van der Worp, 2007; WHO, 2006).

Di Indonesia, stroke merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. dengan prevalensi sebanyak 500.000 jiwa setiap tahun. Dari jumlah itu, sekitar 250.000 orang meninggal dunia, dan sisanya cacat ringan maupun berat (Lefrina dan Yeni, 2010). Diperkirakan angka ini akan terus meningkat, mengingat gaya hidup yang terus serba mudah, usia seseorang meningkat, kemiskinan, dan akses pelayanan kesehatan yang kurang memuaskan. Apabila angka kematian, kesakitan dan kecacatan ini terus meningkat maka akan berpengaruh terhadap produktivitas kerja dan meningkatnya biaya pengobatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Di sumatera barat, prevalensi penyakit stroke iskemik menepati urutan keenam dari 33 provinsi setelah Provinsi NAD, Kepri, Gorontalo, DKI Jakarta, NTB dengan pesentase 10,6%. Menurut data BPS Kota Padang, stroke adalah penyebab kematian kelima di Kota Padang dengan persentase 8% setelah penyakit ketuaan/lansia, DM, Hipertensi, Jantung (Badan Pusat Statistik [BPS],).

Berdasarkan data dari rekam medis RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi di dapatkan kejadian stroke hemoragik dan stroke non hemoragik dari januari 2016 sampai mai 2017 sebanyak 344 orang. Penyakit stroke non hemoragik merupakan penyakit 2 terbanyak yang terdapat di rungan Neurologi RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017.

Berdasarkan surve awal melalui wawancara dengan salah satu pasien di ruangan rawat inap neurologi RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi klien mengatakan bahwa penyakit stroke memiliki tanda dan gejala seperti gangguan kesadaran,

kelumpuhan atau kelemahan pada anggota gerak tangan dan kaki, kesulitan untuk berbicara, dan gejala lainnya. Ini di sebabkan oleh gangguan pembuluh darah di otak, baik berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak.

Berdasarkan uraian dan data di atas maka penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan yang berjudul "**Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Stroke Iskemik di Ruangan Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017".**

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn. M dengan stroke iskemik di ruangan rawat inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.

1.2.2 Tujuan Khusus

a. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar stroke (pengertian, etiologi, anatomi fisiologi, manisfestasi klinis, patofisiologi, dan penatalaksanaan) Stroke Iskemik di ruangan Neorologi RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada klien Tn. M dengan stroke iskemik di ruangan rawat inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
c. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Tn. M dengan stroke iskemik di ruangan rawat inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.

d. Mahasiswa mampu merencanakan intervensi keperawatan pada klien Tn. M dengan stroke iskemik di ruangan rawat inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
e. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien Tn. M dengan stroke iskemik di ruangan rawat inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.
f. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian pada klien Tn. M dengan stroke iskemik di ruangan rawat inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017.

1.3 Manfaat

1.3.1 Institusi rumah sakit

Untuk mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu petugas rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan ilmu dan keterampilan yang terus diperbaruhi serta di jadikan bahan diskusi antar perawat di Ruang Rawat Inap Neurologi Bukittinggi

1.3.2 Institusi pendidikan

Digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang akan datang

1.3.3 Penulis

Penulis mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klie dengan stroke iskemik.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah cedera vascular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Stroke mungkin menampakan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut silent stroke), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan. (valery feigin, 2002).

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja.

Stroke Iskemik (Non Hemoragic) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. (nanda nic-noc).

Menurut Ir. B Mahendra dan dr. Evi Rachmawati N.H. Stroke iskemik merupakan 80% dari semua kejadian stroke. Stroke iskemik dapat terjadi bila asupan darah ke otak berkurang atau terhenti. Derajat dan gangguan dari otak berfariasi tergantung

dari pembuluh darah yang terkena dan luas daerah yang dialiri darah oleh pembuluh darah tersebut. Bila stroke terjadi, otak akan mengalami gangguan homeostasis (keseimbangan dalam pengaturan cairan dan elektrolit), terjadi penimbunan cairan dalam sel dan ion-ion kalsium serta kalium yang berlebihan didalam sel otak. Akibatnya, otak akan membengkak dan terjadilah udema otak. Udema otak ini sangat berbahaya jika tidak di tangani karna dapat menyebabkan kematian.

Stroke non hemoragik atau disebut juga dengan stroke iskemik atau stroke infark biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Namun menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. (Wijaya, 2013).

Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa stroke iskemik adalah terjadi ketika terdapat sumbatan bekuan darah dalam pembuluh darah di otak atau arteri yang menuju ke otak, sindroma klinis yang awalnya timbul mendadak, progresi cepat berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbul kematian yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non straumatik.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

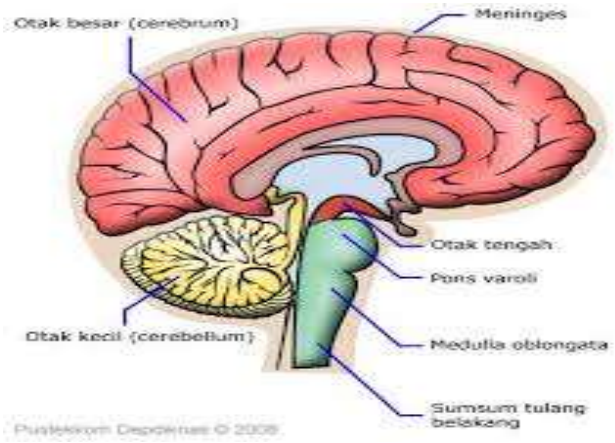
Stroke dapat dibagi berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan atau pecahnya pembulu darah otak. Sedangkaan stroke iskemik adalah yang paling sering terjadi. Hal ini sering terjadi ketika thrombus terbentuk dan mengakibatkan hambatan pada arteri di otak. Jika hal ini terjadi sel-sel otak (neuron) tidak memiliki cukup energi sehingga dapat berhenti bekerja, jika arteri terhambat selama beberapa menit sel-sel otak akan mati. Pada Stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena arterosklerotik atau

bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses arterosklerosis (Iskandar, 2011).

2.1.3 Anatomi Fisiologi

a. **Otak**

Otak merupakan pengendali utama dari tubuh manusia, otak terbungkus dalam tengkorak kepala dan dilindungi oleh cairan *serebrospinal*. Cairan ini yang berfungsi untuk melindungi otak dari berbagai gangguan baik getaran maupun benturan di kepala. Otak manusia lebih besar dibandingkan dengan otak hewan, beratnya kira-kira 1,4 kg dan terdiri dari 100 milyar sel saraf. Otak terdiri atas beberapa bagian utama seperti serebrum, serebelum dan batang otak. Serebrum merupakan bagian terbesar dari otak. Beratnya sekitar 85% dari berat otak, serebrum terbagi atas dua hemisfer. Batang otak menghubungkan otak dengan sumsum tulang belakang (Evelyn C Pearce 2009)



Gambar I : potongan midsagital otak

1) **Bagian Otak**

Seperti terlihat pada gambar di atas, otak dibagi menjadi empat bagian, yaitu:

a) *Cerebrum* (Otak Besar)

Cerebrum adalah bagian terbesar dari otak manusia yang juga disebut dengan nama Cerebral Cortex, Forebrain atau Otak Depan. Cerebrum merupakan bagian otak yang membedakan manusia dengan binatang. Cerebrum membuat manusia memiliki kemampuan berpikir, analisa, logika, bahasa, kesadaran, perencanaan, memori dan kemampuan visual. Kecerdasan intelektual atau IQ juga ditentukan oleh kualitas bagian ini. Cerebrum terbagi menjadi 4 (empat) bagian yang disebut Lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulcus. Keempat Lobus tersebut masing-masing adalah: Lobus Frontal, Lobus Parietal, Lobus Occipital dan Lobus Temporal.

(1). *Lobus Frontal* merupakan bagian lobus yang ada dipaling depan dari Otak Besar. Lobus ini berhubungan dengan kemampuan membuat alasan, kemampuan gerak, kognisi, perencanaan, penyelesaian masalah, memberi penilaian, kreativitas, kontrol perasaan, kontrol perilaku seksual dan kemampuan bahasa secara umum.

(2). *Lobus Parietal* berada di tengah, berhubungan dengan proses sensor perasaan seperti tekanan, sentuhan dan rasa sakit.

(3). *Lobus Temporal* berada di bagian bawah berhubungan dengan kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara.

(4). *Lobus Occipital*ada di bagian paling belakang, berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata.

Selain dibagi menjadi 4 lobus, cerebrum (otak besar) juga bisa dibagi menjadi dua belahan, yaitu *belahan otak kanan* dan *belahan otak kiri*. Kedua belahan itu terhubung oleh *kabel-kabel saraf* di bagian bawahnya. Secara umum, belahan otak kanan mengontrol sisi kiri tubuh, dan belahan otak kiri mengontrol sisi kanan tubuh. Otak kanan terlibat dalam kreativitas dan kemampuan artistik. Sedangkan otak kiri untuk logika dan berpikir rasional (Syarifuddin, 2006)

b) *Cerebellum* (Otak Kecil)

Otak Kecil atau Cerebellum terletak di bagian belakang kepala, dekat dengan ujung leher bagian atas. Cerebellum mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya: mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. Otak kecil juga menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis, gerakan mengunci pintu dan sebagainya.Jika terjadi cedera pada otak kecil, dapat mengakibatkan gangguan pada sikap dan koordinasi gerak otot. Gerakan menjadi tidak terkoordinasi, misalnya orang tersebut tidak mampu memasukkan makanan ke dalam mulutnya atau tidak mampu mengancingkan baju.

c) *Brainstem* (Batang Otak)

Batang otak (*brainstem*) berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung atau sumsum tulang belakang. Bagian otak ini mengatur fungsi dasar manusia termasuk pernapasan, denyut jantung, mengatur suhu tubuh, mengatur

proses pencernaan, dan merupakan sumber insting dasar manusia yaitu *fight or flight* (lawan atau lari) saat datangnya bahaya. Batang otak dijumpai juga pada hewan seperti kadal dan buaya. Oleh karena itu, batang otak sering juga disebut dengan otak reptil. Otak reptil mengatur "perasaan teritorial" sebagai insting primitif. Contohnya seseorang akan merasa tidak nyaman atau terancam ketika orang yang tidak dikenal terlalu dekat dengan anda. Batang Otak terdiri dari tiga bagian, yaitu:

(1). ***Mesencephalon*** atau Otak Tengah (disebut juga *Mid Brain*) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan Otak Besar dan Otak Kecil. Otak tengah berfungsi dalam hal mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh dan pendengaran.

(2). ***Medulla oblongata*** adalah titik awal saraf tulang belakang dari sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan, begitu juga sebaliknya. Medulla mengontrol fungsi otomatis otak, seperti detak jantung, sirkulasi darah, pernafasan, dan pencernaan.

(3). ***Pons*** merupakan stasiun pemancar yang mengirimkan data ke pusat otak bersama dengan formasi reticular. Pons yang menentukan apakah kita terjaga atau tertidur.

Susunan saraf pusat terdapat pada bagian kepala yang keluar dari otak melewati lubang yang terdapat pada tulang tengkorak, berhubungan erat dengan otot panca indra mata, telinga, hidung, lidah dan kulit. Di dalam kepala ada 2 saraf cranial. Beberapa diantaranya adalah serabut campuran gabungan saraf motorik

dan saraf sensorik tetapi ada yang terdiri dari saraf motorik saja atau hanya sensorik saja.

Menurut (Pahria, dkk 1996, p.2)syaraf kranial terdiri dari:

1) *N.Olfactorius* (N.I)

   Saraf ini berfungsi sebagai syaraf sensasi penghidu, bertanggung jawab terhadap persepsi penciuman, impuls saraf menjalar ke lobus temporal untuk diinterpretasikan.

2) *N.Optikus* (N.II)

   Saraf ini penting untukk fungsi penglihatan dan merupakan saraf eferen sensori khusus.Pada dasarnya saraf ini merupakan penonjolan dari otak ke perifer.

3) *N.Oculomotorius* (N.III)

   Saraf ini mempunyai nucleus yang terdapat pada mesensephalon. Saraf ini berfungsi sebagai saraf untuk mengangkat bola mata dan pembuka kelopak mata.

4) *N.Trochlearis* (N.IV)

   Pusat saraf ini terdapat pada mesencephalon, saraf ini mensarafi muskulus oblique yang berfungsi memutar bola mata.

5) *N.Trigeminus* (N.V)

   Saraf ini terdiri dari tiga buah saraf yaitu saraf optalmikus, saraf maxilaris dan saraf mendibularis yang merupakan gabungan saraf sensoris.Ketiga saraf ini mengurus sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut, pipi dan meningen, serta bertangung jawab untuk mengunyah.

6) *N.Abducens* (N.VI)

Berpusat di pons bagian bawah, saraf ini mempersarafi muskulus rectus lateralis. Kerusakan saraf ini dapat menyebabkan bola mata dapat digerakan ke lateral dan sikap bola mata tertarik ke medial seperti pada stabismus konvergen.

7) *N.Facialis* (N.VII)

Saraf ini merupakan gabungan saraf aferen dan eferen.Saraf eferen berfungsi untuk sensasi umum dan pengecapan sedangkan saraf untuk otot wajah.

8) *N.Statoacusticus* (N.VIII)

Saraf ini terdiri dari komponen saraf pendengaran dan saraf keseimbangan.

9) *N.Glossopharyngeus* (N.IX)

Saraf ini mempersarafi lidah dan pharing.Saraf ini mengandung serabut sensori khusus. Komponen motoris saraf ini mengurus otot-otot pharing untuk menghasilkan gerakan menelan. Serabut sensori khusus mengurus pegecapan di lidah. Disamping itu juga mengandung serabut sensasi umum di bagian belakang lidah, pharing, tuba, eustachius dan telinga tengah.

10) *N.Vagus* (N.X)

Saraf ini terdiri dari tiga komponen yaitu komponen motoris yang mempersarafi otot-otot pharing yang menggerakan pita suara, komponen sensori yang mempersarafi bagian bawah pharing, dan komponen saraf parasimpatis yang mempersarafi sebagian alat-alat dalam tubuh.

11) *N.Accesorius* (N.XI)

Merupakan komponen saraf kranial yang berpusat pada nucleus ambigues dan komponen spinal yang terdiri dari nucleus motoris segmen C 1-2-3.

12) *N.Hypoglosus* (N.XII)

Saraf ini merupakan saraf eferen atau motoris yang mempersarafi otot-otot lidah.

2.1.4 Etiologi Stroke Iskemik

Stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian : (1) trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher), (2) embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain), (3) iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), dan (4) hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori bicara, atau sensasi.

Trombosis serebral. Arteosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral, yang adalah penyebab paling umum stroke.

Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah awitan yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intracerebral tidak terjadi dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan pralisis berat pada beberapa jam atau hari.

Embolisme serebral. Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infektif, penyakit jantung reumatik, dan infark miokard, serta infeksi pulmonal,

adalah tempat-tempat di asal emboli. Mungkin saja bhwa pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena terdapat peningkatan insiden embolisme setelah prosedur ini. (Brunner & suddarth edisi 8).

Menurut dr. Valery Feigin, PhD faktor resiko yang tidak dapat di modifikasi ini mencakup penuaan, kecendrungan genetis, dan suku bangsa.

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke :

1. Faktor yang tidak dapat dirubah (Non Reversible)

   Jenis kelamin dan penuaan

   Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki resiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum lebih tinggi 20% daripada wanita. Namun, wanita usia berapa pun memiliki resiko perdarahan subaraknoid sekitar 50% lebih besar. Dibandingkan pria, wanita juga tiga kali lipat lebih mungkin mengalami aneurisma intrakranium yang tidak pecah. Perbedaan gender ini tidak terlalu mencolok pada kelompok usia dewasa muda, dimana stroke mengenai pria dan wanita hampir sama banyak.

   Resiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun. Setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11-20%, dengan peningkatan bertambah seiring usia. Orang berusia lebih dari 65 tahun memiliki risiko paling tinggi, tetapi hampir 25% dari semua stroke terjadi pada orang berusia kurang dari ini, dan hampir 4% terjadi pada orang berusia antara 15-40 tahun. Stroke jarang terjadi pada anak berusia kurang dari 15 tahun, tetapi jika terjadi, stroke ini biasanya disebabkan oleh penyakit jantung bawaan, kelainan pembuluh darah, trauma kepala atau leher, migrain, atau penyakit darah.

2. Faktor yang dapat dirubah (Reversible)

a. Hipertensi

Meningkatnya risisko stroke dan penyakit kardiovaskuler lain berawal pada tekanan 115/75 mmHg dan meningkat dua kali lipat setiap peningkatan 20/10 mmHg. Orang yang jelas menderita hipertensi (tekanan darah sistolik sama atau lebih besar dari 140mmHg atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg) memiliki resiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal atau rendah. Untuk orang yang berusia di atas 50 tahun, tekanan darah sistolik yang tinggi (140 mmHg atau lebih) dianggap sebagai faktor risiko untuk stroke atau penyakit kardiovaskuler lain yang lebih besar dibandingkan dengan tekanan darah diastolik yang tinggi. Namun, tekanan darah meningkat seiring usia dan orang yang memiliki tekanan darah normal pada usia 55 tahun mempunyai risiko stroke hampir dua kali lipat dibandingkan orang berusia muda.

b. Penyakit jantung

Orang yang mengidap masalah jantung, misalnya angina, fibrilasi atrium, gagal jantung, kelainan katup, katup buatan, dan cacat jantung bawaan, berisiko besar mengalami stroke. Bekuan darah yang dikenal sebagai embolus, kadang-kadang terbentuk di jantung akibat adanya kelainan di katup jantung, irama jantung yang tidak teratur, atau setelah serangan jantung. Embolus ini terlepas dan mengalir ke otak atau bagian tubuh lain. Setelah berada di otak, bekuan darah tersebut dapat menyumbat arteri dan menimbulkan stroke iskemik.

c. Kolesterol Tinggi

Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dari tubuh kita, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigleserida) yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Keadaan ini juga dikaitkan dengan peningkatan 20% risiko stroke iskemik atau TIA.

d. Obesitas

Untuk mempertahankan berat badan, seorang dewasa yang sehat rata-rata memerlukan asupan makanan harian sekitar 30-35 kkal untuk setiap kilogram beratnya. Bagi orang yang lebih tua kebutuhan ini mungkin lebih sedikit, terutama jika mereka tidak banyak beraktivitas fisik. Makanan yang tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya, makanan yang kaya lemak jenuh, kolesterol, atau garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko stroke yang paling signifikan.

e. Diabetes Melitus

Mengidap penyakit ini akan menggandakan kemungkinan terkena stroke, karena diabetes menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis.

f. Stress Emosional

g. Kadang-kadang pekerjaan, hubungan pribadi, keuangan, dan faktor-faktor lain menimbulkan stres psikologis, dan penyebebnya tidak selalu dapat dihilangkan. Meskipun sebagian besar pakar stroke menganggap bahwa serangan stres yang timbul sekali-sekali bukan merupakan faktor risiko stroke, namun stres jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kadar kolesterol.

3. Kebiasaan Hidup

a. Merokok

Merokok dapat meningkatkan risiko terkena stroke empat kali lipat. Hal ini berlaku bagi semua jenis rokok (sigaret, pipa, atau cerutu) dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid dan stroke iskemik. Merokok menyebabkan penyempitan dan pengerasan arteri diseluruh tubuh (termasuk yang ada di otak, jantung, dan tungkai), sehingga merokok mendorong terjadinya arterosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah mudah munggumpal. Merokok juga meningkatkan pembentukan dan pertumbuhan aneurisma intrakranium.

b. Peminum Alkohol

Meskipun mengonsumsi alkohol dalam jumlah ringan (kurang dari 30 gram per hari untuk pria kurang dari 15 gram untuk wanita) sedikitpun dapat meningkatkan tekanan darah.

c. Obat-obatan terlarang

Heroin, amfetamin, kokain, fensiklidin, mariyuana, dan obat-obat untuk kesenangan lainya dapat menyebabkan stroke akibat peradangan arteri dan vena, spsme (kejang) arteri di otak, disfungsi jantung, peningkatan pembekuan darah, atau peningkatan mendadak tekanan darah.

d. Aktivitas yang tidak sehat

Orang yang kurang aktivitas aktif secara fisik (mereka yang berolahraga kurang dari tiga kali atau kurang per minggu, masing-masing selama 30 menit) memiliki hampir 50% peningkatan resiko terkena stroke dibandingkan dengan mereka yang aktif.

2.1.5 Manifestasi Klinis(Nanda Nic-Noc jilid 3)

a. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan

b. Tiba-tiba hilang rasa peka

c. Bicara cedel atau pelo

d. Gangguan biacara atau bahasa

e. Gangguan penglihatan

f. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai

g. gangguan daya ingat

h. Nyeri kepala hebat

i. Vertigo

j. Kesadaran menurun

k. Proses kencing terganggu

l. Gangguan fungsi otak.

2.1.6 Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Arterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak

arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukan perbaikan. Oleh karena itu trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian dibandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebei atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus peradarahan otak di nekleus kaudatus, talamus, dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan inversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan perenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena dan sekitarnya tertekan lagi. (Arif Mutaqin, 2013).

WOC STROKE

Faktor-faktor risiko stroke

atherosklerosis, hiperkoagulasi, arteritis

Trombosis serebral.

pembuluh darah oklusi
↓
iskemik jaringan otak
↓
edema dan kongesti jaringan sekitar

katup jantung rusak, miokard infark, fibrilasi, endokarditis

Penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara

penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara

emboli serebral

Stroke
(cerebrovascular accident)

defisit neurologis

aneurisma malformasi arteriovenous

Perdarahan intraserebral

Perembesan darah ke dalam parenkim otak
↓
Penekanan jaringan otak
↓
infark otak, edema, dan herniasi otak

infark serebral

2. Penurunan perfusi jaringan serebral

Kehilangan kontrol volunter

Hemiplegi hemiparesis

4. Kerusakan mobilitas fisik

1. Risiko peningkatan TIK

Herniasi falk serebri dan ke foramen magnum
↓
kompresi batang otak

Herniasi falk serebri dan ke foramen magnum
↓
Kompresi batang otak

Depresi saraf kardiovaskular dan pernapasan

Kerusakan terjadi pada lobus kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal

Kerusakan terjadi pada lobus frontal kapasitas memori, atau fungsi intelektual kortikal

Lapang perhatian terbatas, kesulitan, dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, frustasi labilitas emosional bermusuhan, dendam dan kurang kerja sama, penurunan gainh sekual

10. Koping individu tidak efektif
11. Perubahan proses berpikir
12. Penurunan gainh sekual
13. Resiko ketidak-patuhan terhadap pengobatanan

Gangguan dengar dan komunikasi

Afasia, disfasia/afasia sensorik

9. Kerusakan komunikasi verbal

Kama

Intake nutrisi tidak adekuat

5.Perubahan pemenuhan nutrisi

Kelemahan fisik umum

Kelemahan fisik umum

Kematian

Kegagalan kardiovaskular dan pernapasan

14. Gangguan psikologis
15. Perubahan pola keluarga
16. Koping individu dan keluarga
17. Risiko penurunan pelaksanaan ibadah

Ketidak-mampuan batuk menurun, kurang mobilitas fisik, dan produksi sekret

3. Risiko ketidakefektifan jalan napas

Gangguan persepsi visual spasial dan kehilangan sensori

12. Perubahan persepsi sensorik

Gangguan persepsi sensorik

8. Risiko tinggi kerusakan integritas kulit

Penurunan tingkat kesadaran

6. Risiko trauma (cedera)

Penekanan jaringan sekitar

Gangguan fungsi kandung kemih dan saluran pencernaan

7. Gangguan eliminasi uri dan alvi

Patofisiologi dan masalah keperawatan stroke (Arief Nurhaqiq; 2015)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Darah yang diperiksa antara lain jumlah sel darah merah, sel darah putih, leukosit, trombosit, dan lain-lain.

2) Tes darah Koagulasi

3) Tes ini terdiri dari tiga pemeriksaan, yaitu prothombin time, partial thromboplastin time (PTT), international normalized ratio (INR), dan agregasi trombosit. Keempat tes ini gunanya untuk mengukur seberapa cepat darah si pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah.

4) Tes Kimia Darah

Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dan lain-lain. Andai kata kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes atau jantung. Kedua penyakit ini termasuk kedalam salah satu pemicu stroke.

Pemeriksaan penunjang menurut (Arif Mutaqin, 2008) :

a. Angiografi serebri

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti pendarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

b. Magnetic Imaging Resnance (MRI)

MRI mampu mendeteksi berbagai kelainan otak dan pembuluh darah otak yang sangat kecil yang tak mungkin dijangkau CT-Scan. Juga

dapat menetukan daerah-daerah mana saja yang rusak oleh stroke iskemik.

c. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

d. *Computerized Tomography Scanning* (CT-Scan)

CT-Scan memanfaatkan sinar-X untuk mengambil gambar otak dan kepala. Sinar-X diserap secara berbeda-beda oleh beberapa bagian tubuh. Dari situ nanti akan tergambar jaringan lunak, tulang, pembuluh darah, dan jaringan otak.

e. *Cerebral Angiography*

Peralatan ini dimanfaatkan untuk memindai aliran darah yang melewati pembuluh darah otak. Angiography dilakukan dengan cara memasukan kateter kedalam tubuh. Didalam kateter itu disuntikan cairan kontras ke dalam pembuluh darah arteri dileher maupun lipat paha. Cairan kontras bertujuan memberikan jalan sekaligus memberikan “lampu penerangan” bagi kateter. Kemudian sinar-X akan mengikuti gambar yang diarahkan oleh cairan kontras itu melalui pembuluh darah.

2.1.8 Penatalaksanaan menurut Brunner & Suddarth edisi 8 :

a. penatalaksanaan keperawatan

1) Fase akut

Pasien yang koma dalam pada saat masuk ruamah sakit dipertimbangkan mempunyai prognosis buruk. Sebaliknya, pasien sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat diharapkan. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72

jam. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini.

a) Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
b) Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, kerena henti pernafasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
c) Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, immobilitas, atau hipoventilasi.
d) Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

b. Penatalaksanaan Medis :

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari trombosit dapat diserepkan karena trombosit memainkan peran sangat dalam pembentukan trombus dan embolisasi.

2.1.9 Komplikasi Stroke Iskemik.

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera.

a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta

hematrokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenisasi jaringan.

b. Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah. Curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hiprtensi atau hipotensi eksterm perlu dihindari dari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

c. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan pengehentika trombus lokal. Selain itu, disritmia dapat menyebebkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

2.2 ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS PADA KLIEN DENGAN STROKE ISKEMIK

2.2.1 PENGKAJIAN

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua) dimana setelah umur 55 tahun resiko stroke iskemik 2 kali lipat tiap dekade, jenis kelamin: laki-laki lebih cenderung untuk terkena stroke lebih tinggi dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1,3 : 1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda. Laki-laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 tahun kemungkinan terkena stroke 20%. Sementara itu jenis kelamin: laki-laki lebih cenderung untuk terkena stroke lebih tinggi dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1,3 : 1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus

f. Pengkajian Fokus:

1) Aktivitas/istirahat

Klien akan mengalami kesulitan aktivitas akibat kelemahan, hilangnya rasa, paralisis, hemiplegi, mudah lelah, dan susah tidur.

2) Sirkulasi

Adanya riwayat penyakit jantung, katup jantung, disritmia, CHF, polisitemia. Dan hipertensi arterial.

3) Integritas Ego.

Emosi labil, respon yang tak tepat, mudah marah, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

4) Eliminasi

Perubahan kebiasaan Bab. dan Bak. Misalnya inkoontinentia urine, anuria, distensi kandung kemih, distensi abdomen, suara usus menghilang.

5) Makanan/cairan

Nausea, vomiting, daya sensori hilang, di lidah, pipi, tenggorokan, dysfagia

6) Neuro Sensori

Pusing, sakit kepala, perdarahan sub arachnoid, dan intrakranial. Kelemahan dengan berbagai tingkatan, gangguan penglihatan, kabur, dyspalopia, lapang

pandang menyempit. Hilangnya daya sensori pada bagian yang berlawanan dibagian ekstremitas dan kadang-kadang pada sisi yang sama di muka.

7) Nyaman/nyeri

Sakit kepala, perubahan tingkah laku kelemahan, tegang pada otak/muka

8) Respirasi

Ketidakmampuan menelan, batuk, melindungi jalan nafas. Suara nafas, whezing, ronchi.

9) Keamanan

Sensorik motorik menurun atau hilang mudah terjadi injury. Perubahan persepsi dan orientasi Tidak mampu menelan sampai ketidakmampuan mengatur kebutuhan nutrisi. Tidak mampu mengambil keputusan.

10) Interaksi social

Gangguan dalam bicara, Ketidakmampuan berkomunikasi. Disamping itu pemeriksaan Neurologis yang harus diperhatikan kepada pasien stroke adalah:

a) Tingkat Kesadaran : GCS

Tabel 2.2.1 : Tingkat Kesadaran GCS

Respon Membuka Mata	**Nilai**
Spontan Terhadap bicara Terhadap nyeri Tidak ada respon	4 3 2 1
Respon Verbal	**Nilai**
Terorientasi Percakapan membingungkan Penggunaan kata-kata yang tidak sesuai Suara menggumam Tidak ada respon	5 4 3 2 1

Respon Motorik	Nilai
Mengikuti perintah Menunjuk tempat rangsangan Menghindar dari stimulus Fleksi abnormal (dekortikasi) Fleksi abnormal (deserebrasi) Tidak ada respon	6 5 4 3 2 1

b) Kekuatan otot

Tabel 2.2.1 : Kekuatan Otot

Respon	Nilai
Tidak ada kontraksi otot. Ada tanda dari kontraksi. Bergerak tapi tak mampu menahan gaya gravitasi. Beregerak melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan otot pemeriksa. Bergerak dengan lemah terhadap tahanan dari otot pemeriksa Kekuatan dan rangsangan yang normal.	0 1 2 3 4 5

c) Pemeriksaan syaraf cranial

Tabel 2.2.1 : pemerikaan syaraf kranial

NO.	Syaraf Kranial	Cara Pemeriksaan
1.	N. Olfactori Saraf sensorik Untuk penciuman.	Pasien memejamkan mata, disuruh membedakan bau yang dirasakan (kopi, teh, dll)
2.	N. Optikus Saraf sensorik. Untuk penglihatan.	Dengan *snelend card*, dan periksa lapang pandang.
3.	N. Okulomotoris Saraf motorik. Untuk mengangkat kelopak mata keatas, kontraksi pupil, dan sebagian gerak ekstraokuler.	Tes putaran bola mata, menggerakan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi kelopak mata.

4.	N. Trochlearis. Saraf motorik. Gerakan mata ke bawah dan ke dalam.	Sama seperti nervus III
5.	N. Trigeminus. Saraf motorik. Gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, refleks kornea dan refleks kedip.	Menggerakan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas pada dahi atau pipi, menyentuh permukaan kornea dengan kapas.
6.	N. Abdusen Saraf motorik. Deviasi mata kelateral.	Sama seperti nervus III
7.	N. Fasialis. Saraf motorik. Untuk ekspresi, wajah.	Senyum, bersiul, mengangkat alis mata, menutup kelopak mata dengan tahanan, menjulurkan lidah untuk membedakan gula dan garam.
8.	N. Verstibulocochlearis. Saraf sensorik. Untuk pendengaran dan keseimbangan.	Test webber dan rinne.
9.	N. Glosofaringeus. Saraf sensorik dan motorik, Untuk sensasi rasa.	Membedakan rasa manis dan asam.
10.	N. Vagus. Saraf sensorik dan motoric. Refleks muntah dan menelan.	Menyentuh faring posterior, pasien menelan saliva, disuruh mengucap ah…
11.	N. Asesoris. Saraf motoric. Untuk menggerakan bahu.	Suruh pasien untuk menggerakan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut.
12.	N. Hipoglosus. Saraf motoric. Untuk gerakan lidah.	Pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakan dari sisi ke sisi.

d) Pemeriksaan Fungsi Refleks

1) Refleks Bisep

Pasien duduk dilantai, Lengan rileks, posisi antara fleksi dan ekstensi dan sedikit pronasi, lengan diletakkan diatas lengan pemeriksa

Stimulus: ketokan pada jari pemeriksa pada tendon m. biceps brachii, posisi lengan setengah ditekuk pada sendi siku.

Respon: fleksi lengan pada sendi siku

2) Refleks Trisep

Pasien duduk dengan rileks, Lengan pasien diletakan diatas lengan pemeriksa, Pukul tendon trisep melalui fosa olekrani

Stimulus: ketukan pada tendon otot triceps brachii, posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi.

Respon: ekstensi lengan bawah disendi siku.

3) Refleks Platella

Pasien duduk santai dengan tungkai menjuntai, Raba daerah kanan-kiri tendon untuk menentukan daerah yang tepat, Tangan pemeriksa memegang paha pasien, Ketuk tendon patella dengan palu refleks menggunakan tangan yang lain.

Respon: pemeriksa akan merasakan kontraksi otot kuadrisep, ekstensi tungkai bawah

Stimulus: ketukan pada tendon patella

Respon: ekstensi tungkai bawah karena kontraksi m.quadrisep femoris.

4) Refleks Babinski

lakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit kea rah jari melalui sisi lateral. Orang normal akan memberikan respon fleksi jari-jari dan penarikan tungkai. Pada lesi UMN maka akan timbul respon jempol kaki akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain akan menyebar atau membuka. Normal pada bayi masih ada.

5) Refleks Achilles

Ketukan pada tendon Achilles. Respon: plantar fleksi longlegs karena kontraksi m.gastroenemius.

6) Refleks Kornea

Dengan cara menyentuhkan kapas pada limbus, hasil positif bila mengedip N IV & X)

7) Refleks Faring

Faring digores dengan spatel, reaksi positif bila ada reaksi muntahan (N IX & X).

2.2.2 Kemungkinan Diagnosa Keperawatan yang muncul

a. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme)
b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan, penurunan fungsi nerfus hipoglosus.
c. Gangguan menelan berhubungan dengan penurunan fungsi nerfus vagus atau hilangnya refluks muntah
d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan fungsi otot facial/oral
e. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Intoleransi aktivitas
f. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan kerusakan neurovaskuler
g. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik
h. Ansietas berhubungan dengan status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit

Sumber : Aplikasi Asuhanan Keperawatan Dx. Medis dan Nanda Nic Noc

2.2.3 Intervensi teoritis

No	Dignosa	NOC	NIC	Aktivitas
1.	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme)	a. Perfusi jaringan Indikator : 1. Aliran darah melalui pembuluh darah jantung dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 2. Aliran darah melalui pembuluh darah serebral dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 b. Perfusi jaringan serebral Indikator : 1. Tekanan darah sistolik dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 2. Tekanan darah diastolik dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 3. Nilai rata – rata tekanan darah dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5	**Monitor neurologi**	a. Monitor tingkat kesadaran b. Monitor tanda – tanda vital c. Monitor ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan di masa lalu, suasana perasaan, efek dan prilaku d. Monitor refleks kornea e. Monitor releks batuk dan muntah f. Monitor kekuatan pegangan g. Monitor terhadap adanya tremor h. Monitor kesimetrisan wajah i. Monitor respon cara berjalan j. Monitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya aphasia, atau kesulitan menemukan kata k. Monitor perbedaan terhadap tajam / tumpul atau panas/dingin l. Monitor indera penciuman
2	Ketidak seimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidak mampuan untuk mencerna makanan,	a. Status nutrisi Indikator : 1. Asupan gizi dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Asupan makanan dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 b. Status nutrisi : Asupan nutrisi	**Manajemen nutrisi**	a. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi b. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien c. Tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien d. Instruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi e. Atur diet yang diperlukan f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori

	penurunan fungsi nerfus hipoglosus	Indikator : 1. Asupan kalori dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 2. Asupan protein dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 3. Asupan lemak dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5	**Manajemen gangguan makan**	dan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien g. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi h. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat i. Anjurkan makan sedikit tapi sering a. Ajarkan dan dukung konsep nutrisi yang baik dengan klien dan orang terdekat klien dengan tepat b. Dorong klien untuk mendiskusikan makanan yang disukai bersama dengan ahli gizi c. Monitor intake/asupan dan asupan cairan secara tepat d. Berikan dukungan terhadap peningkatan berat badan dan prilaku yang meningkatkan berat badan e. Batasi aktifitas fisik sesuai kebutuhan untuk meningkatkan berat badan
3	Gangguan menelan b.d penurunan fungsi nerfus vagus atau hilangnya refluks muntah	a. Status menelan : fase oral Indikator : 1. Kemampuan mengunyah dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 2. Menutup bibir dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 b. Status menelan : fase esofagus Indikator : 1. Penerimaan makanan dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 2. Tersedak dengan menelan dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5	**Pencegahan aspirasi** **Pemberian makan**	a. Monitor tingkat kesadaran, reflek batuk, kemampuan menelan b. Jaga kepala tempat tidur ditinggikan 30 sampai 45 menit setelah pemberian makan c. Pantau cara makan atau bantu jika diperlukan d. Berikan makanan dalam jumlah sedikit e. Tawarkan makanan atau cairan yang bisa dibentuk di dalam bolus sebelum ditelan f. Potong makanan menjadi potong – potongan kecil a. Identifikasi diet yang disarankan b. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan c. Lakukan kebersihan mulut sebelum makan d. Identifikasi adanya refleks menelan, jika diperlukan e. Tawarkan kesempatan untuk mencium makanan untuk menstimulasi nafsu makan

				f. Jaga posisi tegak, dengan kepala dan leher sedikit fleksi kedepan selama makan g. Sediakan sedotan minum, sesuai kebutuhan atau sesuai keinginan
4	Hambatan komunikasi verbal b.d penurunan fungsi otot facial/oral	a. Komunikasi : mengekspresikan Indikator : 1. Kejelasan berbicara dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Menggunakan bahasa non verbal dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 b. Komunikasi : penerimaan Indikator : 1. Interpretasi bahasa tertulis dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Interpretasi bahasa isyarat dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5	**Mendengar aktif** **Peningkatan komunikasi: kurang bicara**	a. Dengarkan isi pesan maupun perasaan yang tidak terungkap selama percakapan b. Sadari tempo suara, volume, kecepatan maupun tekanan suara c. Berespon segera sehingga menunjukkan pemahaman terhadap pesan yang diterima dari pasien d. Verifikasi pemahaman mengenai pesan – pesan yang disampaikan dengan menggunakan pertanyaan maupun memberikan umpan balik a. Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, dan volume b. Monitor proses kognitif, anatomis dan isiologis terkait dengan kemampuan berbicara c. Ulangi apa yang disampaikan pasien untuk bicara pelan d. Instruksikan pasien untuk bicara pelan e. Gunakan penerjemah, jika diperlukan f. Sediakan rujukan pada terapis bicara patologis
5	Hambatan mobilitas fisik b.d Intoleransi aktivitas	a. Ambulasi Indikator : 1. Berjalan dengan langkah yang efektif dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Berjalan dengan pelan dipertahankan pada skala 4,	**Perawatan Tirah Baring** **Pengaturan Posisi**	a. Berikan latihan : Rom aktif / pasif b. Monitor kondisi kulit a. Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan b. Ajarkan klien atau tenagakesehatan lain tentang teknik

		ditingkatkan ke skala 5 b. Pergerakan Indikator : 1. Keseimbangan dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Gerakan otot dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 3. Gerakan sendi dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5		ambulasi c. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi d. Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan e. Dampingi dan Bantu klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan. f. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan g. Berikan perawatan diri : eliminasi
6	Defisit perawatan diri: mandi b.d Gangguan neuromuskular	a. Perawatan diri : mandi Indikator : 1. Masuk dan keluar dari kamar mandi dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Mengambil alat/bahan mandi dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 b. Perawatan diri : kebersihan Indikator : 1. Mencuci tangan dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Mengeramas rambut dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5	**Bantuan perawatan diri: mandi/ kebersihan**	a. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri b. Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat c. Monitor kebersihan kuku sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien d. Monitor integritas kulit pasien e. Berikan bantuan sampai pasien benar – benar mampu merawat diri secara mandiri f. Fasilitasi pasien menggosok gigi g. Sediakan barang pribadi yang di inginkan h. Tentukan jumlah dan tipe terkait dengan bantuan yang diperlukan
7	Resiko kerusakan integritas kulit b.d imobilitas	a. Integritas jaringan : kulit dan membran mukosa Indikator : 1. Suhu kulit dipertahankan pada	**Perawatan tirah baring**	a. Jelaskan alasan diperlukannya tirah baring b. Hindari menggunakan kain linen kasur yang teksturenya kasar c. Jaga kain linen kasur tetap bersih kering dan bebas kerutan

	fisik	skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Sensasi dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 3. Elastisitas dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 4. Keringat dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5		d. Letakkan alat untuk memposisikan tempat tidur dalam jangkauan yang mudah e. Balikkan pasien sesuai dengan kondisi kulit f. Balikkan pasien yang tidak dapat mobilisasi paling tidak setiap 2 jam sesuai dengan jadwal yang spesifik g. Monitor kondosi kulit h. Ajarkan latihan ditempat tidur i. Bantu klien untuk menjaga kebersihan
8.	Ansietas b.d status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit	a. Tingkat kecemasan Indikator : 1. Distress dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 3. peningkatan tekanan darah dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 b. Tingkat kecemasan sosial Indikator : 1. Menghindari situasi sosial dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Antisipasi cemas pada situasi sosialdipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5	**Teknik menenangkan** **Pengurangan kecemasan**	a. Pertahankan sikap yang tenang dan hati – hati b. Kurangi stimuli yang menciptakan perasaan takut maupun cemas c. Yakinkan keselamatan dan keamanan pasien d. Duduk dan bicara dengan pasien a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan b. Nyatakan dengan jelas harapan dan prilaku pasien c. Berikan inormasi faktual terkait diagnosis perawatan dan prognosis d. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat e. Berikan objek yang menunjukkan perasaan aman f. Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

2.2.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan observasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang akan kita lakukan.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan planning). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Asuhan Keperawataan

3.1.1 Pengkajian

I. Identitas Klien

Nama	: Tn. M	No MR	: 474427
Umur	: 45 Th	Ruang Rawat	: Neurologi
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Tgl masuk	: 15-06-2017
Status	: Menikah	Tgl Pengkajian	: 20-06-2017
Agama	: Islam		
Suku	: Jambak		
Pendidikan	:SD		
Pekerjaan	: Wiraswasta		
Alamat	: Jln. Cindua mato		

Penanggung Jawab

Nama	: Ny. D
Umur	: 44 Th
Hub keluarga	: Istri
Pekerjaan	: IRT
Pendidikan	: SD

II. Alasan Masuk

Klien diantar oleh keluarga melalui IGD RSUD Dr. Achmad mochtar Bukittinggi pada tanggal 15 Juni 2017 dengan keluhan badan klien tiba-tiba lemas ketika sedang istirahat, ekstremitas lemah sebelah kanan, bibir mencong ke bagian kiri, bicara pelo, demam (-), mual (-), muntah(-) dengan tekanan darah 170/110 mmHg, Nadi 80x/menit, Pernafasan : 24x/menit, Suhu 36,5ºc, GCS : E3 V5 M6 = 14 kesadaran : composmentis

III. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 juni 2017, tingkat kesadaran : Composmentis,GCS : E4, V5, M6 = 15 keluarga klien mengatakan anggota gerak klien bagian kanan mengalami kelemahan, ekstremitas klien tampak lemah, klien terpasang injekpam sebelah kanan, keluarga mengatakan bibir mencong klien kebagian kiri dan bicara pelo, bibir klien tampak mencong kebagian kiri dan bicara klien pelo, keluarga mengatakan bicara klien kurang jelas, bicara klien terdengar kurang jelas, keluarga mengatakan aktivitas klien dibantu, klien mengatakan susah untuk melihat, klien hanya bisa melihat bayangan saja, klien tampak di bantu ketika berjalan

b. Riwayat kesehatan dahulu

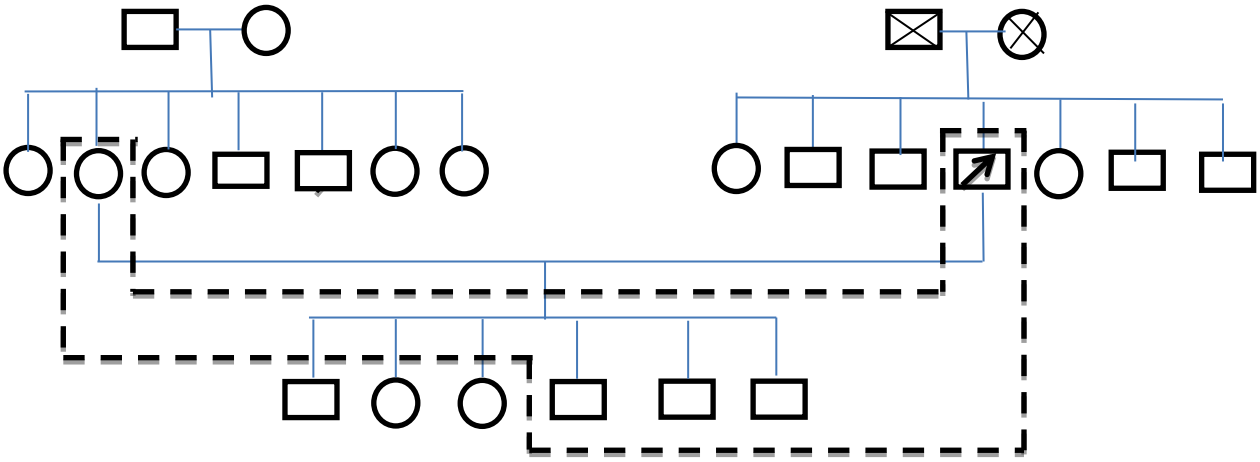
Keluarga mengatakan bahwa klien tidak pernah dirawat sebelumnya, klien tidak pernah mengalami riwayat penyakit seperti penyakit yang di alami sekarang ataupun penyakit menular. Klien juga tidak pernah mengalami

riwayat penyakit DM,jantung, hipertensi dan penyakit lainnya. Klien pernah mengkonsumsi rokok dan minum kopi.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluraganya yang mengalami penyakit yang sama dialami oleh klien. Keluarga mengatakan tidak ada keluarganya yang menderita riwayat penyakit kronik, hipertensi, DM , jantung, gangguan jiwa dan penyakit menular seperti HIV,TBC dan penyakit lainnya.

GENOGRAM :



Keterangan

:Meninggal

:Laki – laki

:Perempuan

:Klien

:Tinggal serumah

IV. Pemeriksaan Fisik

BB/TB	:65 kg/155 cm		
Tanda Vital			
TD	: 150/100mmHg	Suhu	: 36,1ºc
Pernafasan	:20x/menit	Nadi	:70x/menit

a. Kepala

1) Rambut

I : Keadaan rambut beruban,rambut tampak kusam kusam

P :Tidak ada pembengkakan atau lesi di kepala

2) Mata

I : Mata simetris kiri dan kanan,ada gangguan pada penglihatan, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor 2mm, reflek cahaya +/+

3) Telinga

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada serumen tidak ada menggunakan alat bantu pendengaran

P : tidak ada nyeri tekan pada area telinga

4) Hidung

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, tidak ada polip pada hidung, tidak ada pembengkakan pada sinus, penciuman tidak terganggu

5) Mulut dan gigi

I :Mukosa mulut lembab,bibir klien mengalami mencong ke bagian kiri, bicara pelo, gigi bersih, ada caries, lidah bersih

b. Leher

I : simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, vena jugularis tidak terlihat

P: Tidak ada pembengkakan pada leher, vena jugularis teraba

c. Thorak

1) Paru – paru

I:dada simetris kiri dan kanan, frekuensi nafas 20 x/i , pola nafas teratur, tidak menggunakan otot bantu, tidak ada ditemukan benjolan pada dada

Pp: traktil fermitus sama kiri dan kanan, pergerakan dinding dada teratur

Pk: sonor

A : Irama pernafasan klien vesikule , ronchi (-), wheezing (-)

2) Jantung

I : ictus cordis tidak terlihat , tidak terdapat edema

Pp : ictus cordis teraba di ICS ke 5 , tidak ditemukan benjolan

Pk : gallop

A : bunyi jantung(I dan II) lup dup

d. Abdomen

I: simetris,tidak terdapat benjolan,warna abdomen sama dengan kulit lainnya

Pp: tidak ada oedem atau masa, nyeri tekan tidak ada, nyeri lepas tidak ada, pembesaran hepar tidak ada

Pk: tympani

A : bising usus normal 12x/i (normal 5-30x/i)

e. Punggung

I : Bersih, tidak ada terdapat luka dekubitus, tidak ada lesi atau goresan

P: Tidak terdapat nyeri tekan

f. Ektremitas

1) Atas

I: Simetris kiri dan kanan terpasang injek pam sebelah kanan, tangan sebelah kanan mengalami kelemahan

P: Tidak terdapat oedema dan tidak ada nyeri tekan

2) Bawah

I: Simetris kiri dan kanan, terdapat kelemahan pada kaki sebelah kanan

P: Tidak terdapat oedema dan tidak ada nyeri tekan

3) Kekuatan otot :

444	555
444	555

Kekuatan normal	:	5
Kelemahan sedang	:	4
Kelemahan berat (antigravity)	:	3
Kelemahan berat (non antigravity)	:	2
Gerakan trace	:	1
Tak ada gerakan	:	0

Ket:

Klien mengalami gangguan pada kekuatan otot yaitu terdapat kelemahan pada anggota gerak bagian kanan

g. Genitalia

I : Klien tidak ada menggunakan cateter, tidak ada keluhan

h. Intergumen

I : Warna kulit sao matang , turgor kulit elastis, kembali dalam 3 detik, suhu kulit sama dengan suhu tubuh , 36,1º , mukosa kulit lembab

V. Pemeriksaan Neurologis

a. Pemeriksaan Tingkat Kesadaran dan GCS

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : E4, V5, M6 = 15

b. Refleks fisiologis

1) Refleks Patella (KPR) : Adanya respon spontan saat diberikan pukulan pada lutu dengan menggunakan hammer

2) Reflek Triceps (TPS) : adanya respon ekstensi lengan bawah pada sendi klien, namun tangan sebelah kanan mengalami kelemahan pada saat ekstensi

3) Refleks Biceps (BPR) : adanya respon fleksi lengan pada sendi klien

4) Reflek Achilles (APR): adanya respon pada punggung kaki saat diberikan rangsangan pada mata kaki

c. Refleks patologis

1) Reflek Babinsky : adanya respon ekstensi pada ibu jari longlegs dan pengembangan jari longlegs lainya saat diberikan rangsangan.

2) Hofman : adanya respon pada ibu jari, telunjuk dan jari lainya saat diberikan goresan pada kuku jari tengan

Kesimpulan : pemeriksaan reflek pada Tn. M normal (+)/tidak ada gangguan, namun pada ekstremitas kanan klien mengalami kelemahan.

d. Pemeriksaan Nervus

1) Pemeriksaan saraf I (N, Olfaktorius)/ penciuman

Tidak ada terdapat kelainan pada penciuman, klien masih bisa membedakan antara bau kopi dan teh ataupun lainnya

2) Saraf II (N, Optikus)/ ketajaman penglihatan

Penglihatan klien kabur,klien hanya dapat melihat bayang-bayangan saja

3) Saraf III, IV dan VI (Okulomotoris , Troklearis, Abducen)

Mata klien bisa digerakan ke atas , pergerakan bola matabagian kanan terlihat lambat

4) Saraf V (N. Trigeminus)

Reflek kornea negative pada saat pemeriksaan mata klien bisa berkedip

5) Saraf VII (N. Vasialis)

Klien dapat tersenyum, dan tertawa, tetapi tidak ada respon jika di beri sentuhan pada wajah klien sebelah kanan,

6) Saraf VIII (N. vestiulococlearis)

Pendengaran klien baik, keseimbangan tubuh saat berjalan juga baik

7) Saraf IX (N. Glasofaringeus)/ menelan

Klien mampu memedakan rasa manis, pahit, asam dan asin

8) Saraf X (N. Vagus)

Klien mampu menelan dengan baik

9) Saraf XI (N. Aksesoris)

Klien bisa menoleh kekanan dan kekiri

10) Saraf XII (N. Hipoglosus)

Klien tidak mampu melawan otot lidahnya

Kesimpulan : hasil dari pemeriksaan nervus, klien mengalami gangguan pada nervus II, III, IV, VI, VII dan XII

VI. Data Biologis

NO.	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
	Makanan dan Minuman/Nutrisi		
	Makan		
	Menu	Nasi+sayur+ikan	Diit RS (MB)
	Porsi	Habis 1 porsi	Habis 1 porsi
	Makanan kesukaan	Tidak ada	Tidak ada
	Pantangan	Tidak ada	Makanan manisan
	Minum		
	Jumlah	7-8 gelas/hari	7-8 gelas/hari
	Minuman kesukaan	kopi	Tidak ada
	Pantangan	Tidak ada	Kopi/minuman gula
	Eliminasi		
	BAB		
	Frekuensi	1 x dalam sehari	1 x sehari
	Warna	Kuning	kuning
	Bau	Khas feses	khas feses
	Konsistensi	padat	padat
	Kesulitan	Tidak ada	tidak ada
	BAK		
	Frekuensi	4-5 x dalam sehari	Tidak menentu
	Warna	Bening	Kuning
	Bau	Khas urine	Khas urine
	Konsistensi	Cair	Cair

	Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	Istirahat dan Tidur Waktu tidur Lama tidur Hal yang mempermudah tidur Kesulitan tidur	 Malam hari 6-8 jam/hari Tidak ada Tidak ada	 Siang dan malam hari Tidak menentu Tidak ada Tidak ada
	Personal Hygiene Mandi Cuci Rambut Gosok Gigi Potong Kuku	 2 x sehari Setiap mandi 2 x sehari 1 x seminggu	 1-2 x sehari 1 x sehari 2 x sehari, Belum ada

VII. Riwayat Alergi

Keluarga klien mengatakan klien tidak ada memiliki riwayat alergi baik makanan, minuman maupun obat-obatan

VIII. Data Psykologis

Selama dirumah sakit interaksi klien dengan keluarga dan orang sekelilingnya bagus, klien cemas dengan penyakit yang diderita saat ini, dan klien slalu bertanya- tanya tentang penyakitnya, kapan penyakitnya akan sembuh, tetapi kllien optimis kalau penyakitnya bisa di sembuhkan, klien bisa menerima kondisinya sekarang, klien berikir klau penyakitnya titipan dari Tuhan

IX. DataSosial Ekonomi

Klien merupakan keluarga ekonomi menengah ke bawah, sehari-hari klien bekerja sebagai seorang pedagang, klien mengatakan hasil kerjanya cukup untuk kehidupan keluarganya, perawatan klien selama dirumah sakit adalah UMUM

X. Data Spiritual

Klien beragama islam, selama dirumah sakit klien ada mengerjakan ibadah sholat dan klien percaya bahwa penyakitnya ini titipan dari Tuhan dan klien percaya penyakitnya bisa disembuhkan.

XI. Data Penunjang

a. Hasil laboratorium

Tanggal 16 – 06 - 2017

HGB	: 16,4 g/dL	(N:13,0-16,0)
RBC	:5,86 (10^6/uL)	(N:4,5-5,5)
WBC	:8,08 (10^3/uL)	(N:5,0-10,0)
PLT	:298 (10^3/uL)	(N:150-400)
LED	:45mm/jam	(N: L:<10 W:<15)
ALB	:3,5 g/dL	(N:3,8-5,4)
Glukosa	:92 mg/dL	(N:74-106)
Creatinin	:0,51 mg/dL	(N:0,8-1,3)
HDL	:41 mg/dL	(N:>60)
LDL	:179 mg/d	(N:<130)
Kolesterol total	: 237mg/dl	(N:<200)

MCH	:28,0	(pg)	(N:26-34)
MCHC	:34,7	(g/dl)	(N:32-36)
MPV	:10,2	(fl)	
ALT	:57	(U/L)	

Kesimpulan : Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada Tn. M di dapatkan HDL 41 mg/dL (↓), LDL 179 mg/d (↑, Kolesterol total237mg/dl (↑.

b. Hasil CT-Scan

Kesan : Stroke Iskemik hematom di ganglion basis kiri dan intraventrikel otak. Hematom/ich berukuran 26,5 mm x 23,7 mm x 35,5 mm.

XII. Data Pengobatan

Terapi obat :

a. Inj. Mecobelamin 2x1 jam 06.00 dan jam 18.00 wib

Indikasi membantu tubuh memproduksi sel darah merah serta menjaga fungsi sistem sara dan otak

Efek samping mual, muntah-muntah dan diare, ruam, sakit kepala

b. Inj. Piracetam 2x3gr jam 06.00 wib dan jam 18.00 wib

Indikasi mengatasi penyakit sirkulasi srebral dan penyakit serebrovaskular dan Pengobatan infrak serebal.

Kontra indikasi Gangguan ginjal berat (bersihan kreatinin kurang dari 20 mL/menit), Hipersensitif terhadap piracetam dan komponen obat ini

Efek samping Agitasi, rasa gugup, iritabilitas, rasa lelah, gangguan tidur. Gangguan gastrointestinal (mual, muntah, diare, gastralgia), pusing, sakit kepala, tremor, peningkatan libido, kegelisahan ringan

c. Inj. Atorvastatin 2x1 jam 06.00 dan jam 18.00 wib

Indikasi menurunkan kolesterol dan lemak jahat LDL serta meningkatkan kolesterol HDL

Kontra indikasi Orang yang mengalami hipersensitivitas terhadap atorvastatin, Penyakit liver aktif atau peningkatan transaminase yang tidak dapat dijelaskan, Kehamilan (tidak boleh digunakan untuk ibu hamil), Ibu menyusui

XIII. DATA FOKUS

a. Data subjektif

1) Keluarga mengatakan klien tidak ada mengalami gangguan kesadaran
2) Keluargamengatakan bibir klien mencong ke bagian kiri
3) Keluargamengatakan bicara klien pelo
4) Keluarga mengatakan anggota gerak klien lemah sebelah kanan
5) Keluargamengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga
6) Klienmengatakan klien sulit untuk melihat
7) Klienmengatakan bahwa klien hanya bisa melihat bayangan saja
8) Keluarga mengatakan bicara klien kurang jelas
9) Klien dan keluarga sering bertanya tentang penyakit klien
10) Keluarga sangat khawatir dengan kondisi klien saat ini

b. Data objektif

1) Ekstremitas klien tampak lemah sebelah kanan

Kekuatan otot : 444 / 555
444 / 555

2) Berbicara klien tampak berbicara pelo

3) Klien tampak berbicara kurang jelas

4) Bibir klien tampak mencong kekiri

5) Bicara klien terdengar kurang jelas

6) Klien tampak kesulitan menggunakan ekspresi wajah

7) Klien tampak sulit mengungkapkan kata-kata

8) Klien tampak dibantu saat berjalan

9) Klien tampak susah melihat

10) Refleks cahaya +/+

11) Klien minta tolong saat melakukan aktivitas

12) Klien dan keluarga tampak sering bertanya tentang penyakit klien

13) Keluarga tampak gelisah

14) Keluarga tampak tidak mengerti kondisi klien saat ini

15) Keluarga klien tampak bingung

16) Klien tampak mengalami gangguan pada nervus II, III, IV, VI, VII dan XII

17) GCS : E3 V5 M6 = 14 kesadaran : composmentis

18) TD: 150/100 mmHg, P : 20x/ menit,N: 70x/menit ,S : 36,1ºC

19) Data klinik :

- HDL : 41 mg/dL (N:>60)
- LDL : 179 mg/d (N:<130)
- Kolesterol total : 237mg/dl (N: <200)

20) Hasil CT-Scan

Kesan : Stroke Iskemik,hematom di ganglion basis kiri dan intraventrikel otak. Hematom/ich berukuran 26,5 mm x 23,7 mm x 35,5 mm

Analisa Data

No	Data	Prolem	Etiologi
1	**DS** a. Keluarga mengatakan anggota gerak klien lemah sebelah kanan b. Keluargamengatakan klien tidak mengalami gangguan kesadaran **DO** a. Data klinik - HDL: 41 mg/dL (N:>60) - LDL:179 mg/d (N:<130) - Kolesterol total : 237mg/dl (N: <200) b. TD: 150/100 mmHg, P : 20x/ menit,N: 70x/menit S : 36,1ºC c. Ekstremitas tampak lemah d. GCS :E3 V5 M6=14 e. Kesadaran : composmentis f. Klien tampak mengalami gangguan pada nervus II, III, IV, VI,VII dan XII g. Hasil CT-Scan Kesan : Stroke Iskemik, hematom di ganglion basis kiri dan intraventrikel otak. Hematom/ich berukuran 26,5 mm x 23,7 mm x 35,5 mm	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral	penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme)
2.	**DS** a. Keluarga mengatakan anggota gerak klien lemah sebelah kanan b. Keluargamengatakan aktivitas klien di bantu oleh keluarga **DO** a. TD : 150/100 mmHg, P : 20x/ menit,N: 70x/menit S : 36,1ºC b. Ekstremitas klien tampak lemah sebelah kanan c. Klien tampak di bantu saat berjalan d. Kekuatan otot : 444 / 555 444 / 555	Hambatan mobilitas fisik	Intoleransi aktivitas

3.	**DS** a. Keluargamengatakan bibirklien mencong ke bagian kiri b. Keluargamengatakan bicara klien pelo c. Keluarga mengatakan bicara klien kurang jelas **DO** a. TD : 150/100 mmHg, P : 20x/ menit,N: 70x/menit S : 36,1ºC b. Berbicara klien tampak pelo c. Klien tampak berbicara kurang jelas d. Bibir klien tampak pencong kekiri e. Klien tampak kesulitan menggunakan ekspresi wajah f. Klien tampak sulit mengungkapkan kata-kata	Hambatan komunikasi verbal	penurunan fungsi otot facial/oral
4.	**DS** a. Klien dan keluarga sering bertanya tentang penyakit klien b. Keluarga sangat khawatir dengan kondisi klien saat ini **DO** a. TD : 150/100 mmHg, P : 20x/ menit,N: 70x/menit S : 36,1ºC b. Klien dan keluarga tampak sering bertanya tentang penyakit klien c. Keluarga tampak gelisah d. Keluarga tampak tidak mengerti kondisi klien saat ini e. Keluarga klien tampak bingung	Ansietas	Status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit
5.	**DS** a. Klien mengatakan klien sulit untuk melihat b. Klien mengatakan bahwa klien hanya bisa melihat bayangan saja **DO** a. TD : 150/100 mmHg, P : 20x/ menit,N: 70x/menit S : 36,1ºC b. Klien tampak susah melihat	Gangguan persepsi sensori : penglihatan	Penurunan sistem sensori

	c. reflek cahaya +/+ d. Klien tampak mengalami gangguan pada nervus II, III, IV, dan VI e. Klien tidak mampu melihat snellen chart dengan jarak 6 meter maupun dengan jarak yang dekat f. Klien tidak mampu membaca dengan jarak yang jauh maupun dekat g. Visus 4/4		

3.1.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Rumusan masalah:

a. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral)

b. Hambatan mobilitasfisik

c. Hambatan komunikasi verbal

d. Ansietas

e. Gangguan persepsisensori : penglihatan

Dari hasil data yang di dapatkan dari klien munculah diagnosa prioritas klien yaitu :

a. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme)

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas

c. Hambatan komunikasih verbal berhubungan denganpenurunan fungsi otot facial/oral

d. Ansietas berhubungan dengan Status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit

e. Gangguan persepsi sensori : penglihatan berhubungan dengan penurunan sistem sensori

3.1.3 Intervensi

No	Dignosa	NOC	NIC	Aktivitas
1.	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme)	a. Perfusi jaringan Indikator : 1. Aliran darah melalui pembuluh darah jantung dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 2. Aliran darah melalui pembuluh darah serebral dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 b. Perfusi jaringan serebral Indikator : 1. Tekanan darah sistolik dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 2. Tekanan darah diastolik dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 3. Nilai rata–rata tekanan darah dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5	**Monitor neurologi**	a. Monitor tingkat kesadaran b. Monitor tanda – tanda vital c. Monitor ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan di masa lalu, suasana perasaan, efek dan prilaku d. Monitor refleks kornea e. Monitor releks batuk dan muntah f. Monitor kekuatan pegangan g. Monitor terhadap adanya tremor h. Monitor kesimetrisan wajah i. Monitor respon cara berjalan j. Monitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya aphasia,atau kesulitan menemukan kata k. Monitor perbedaan terhadap tajam/tumpul atau panas/dingin l. Monitor indera penciuman
2.	Hambatan mobilitas fisik b.d Intoleransi aktivitas	a. Ambulasi Indikator : 1. Berjalan dengan langkah yang efektif dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Berjalan dengan pelan	**Perawatan Tirah Baring** **Pengaturan Posisi**	a. Berikan latihan : Rom aktif / pasif b. Monitor kondisi kulit a. Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan b. Ajarkan klien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik

		dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 b. Pergerakan Indikator : 1. Keseimbangan dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Gerakan otot dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5		ambulasi c. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi d. Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan e. Dampingi dan Bantu klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan. f. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan g. Berikan perawatan diri : eliminasi
3.	Hambatan komunikasi verbal b.d penurunan fungsi otot facial/oral	a. Komunikasi : mengekspresikan Indikator : 1. Kejelasan berbicara dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Menggunakan bahasa non verbal dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 b. Komunikasi : penerimaan Indikator : 1. Interpretasi bahasa tertulis dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Interpretasi bahasa isyarat dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5	**Mendengar aktif** **Peningkatan komunikasi: kurang bicara**	a. Dengarkan isi pesan maupun perasaan yang tidak terungkap selama percakapan b. Sadari tempo suara, volume, kecepatan maupun tekanan suara c. Berespon segera sehingga menunjukkan pemahaman terhadap pesan yang diterima dari pasien d. Verifikasi pemahaman mengenai pesan – pesan yang disampaikan dengan menggunakan pertanyaan maupun memberikan umpan balik a. Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, dan volume b. Monitor proses kognitif, anatomis dan isiologis terkait dengan kemampuan berbicara c. Ulangi apa yang disampaikan pasien untuk bicara pelan d. Instruksikan pasien untuk bicara pelan e. Gunakan penerjemah, jika diperlukan f. Sediakan rujukan pada terapis bicara patologis

4.	Ansietas b.dStatus kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit	a. Tingkat kecemasan Indikator : 1. Distres dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan skala 5 2. Perasaan gelisah dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 3. peningkatan tekanan darah dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 b. Tingkat kecemasan sosial Indikator : 1. Menghindari situasi sosial dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5 2. Antisipasi cemas pada situasi sosial dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan skala 5	**Teknik menenangkan** **Pengurangan kecemasan**	a. Pertahankan sikap yang tenang dan hati – hati b. Kurangi stimuli yang menciptakan perasaan takut maun cemas c. Yakinkan keselamatan dan keamanan pasien d. Duduk dan bicara dengan pasien a. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan b. Nyatakan dengan jelas harapan dan prilaku pasien c. Berikan informasi faktual terkait diagnosis perawatan dan prognosis d. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat e. Berikan objek yang menunjukkan perasaan aman f. Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan g. intruksikan keluarga pasien menggunakan teknik relaksasi
5.	Gangguan persepsi sensori : penglihatan b.d penurunan sistem sensori	a. fungsi sensori: penglihatan Indikator : 1. ketajaman penglihatan pusat (kiri dan kanan) dipertahankan pada skala 2, ditingkatkan ke skala 5 2. lapang pandang dipertahankan pada skala 3, ditingkatkan ke skala 5 3. respon untuk rangsangan penglihatan dipertahankan pada skala 4, ditingkatkan ke skala 5	**Peningkatan komunikasi : kurang penglihatan**	a. lakukan atau atur pengkjian skrining secara rutin b. kenalkan diri saat memasuki ruangan pasien c. sediakan ruangan dengan pencahayaan yang memadai d. minimalkan cahaya silau (yaitu dengan menawarkan kacamata) e. sediakan literatur dengan huruf yang besar f. menerima reaksi pasien terhadap rusaknya penglihatan g. andalkan penglihatan pasien yang tersisa sebagai mana mestinya h. sediakan kaca pembesar atau kacamata yang sewajarnya

3.1.4 Catatan Perkembangan

No	Hari/ tgl	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Selasa/ 20 juni 2017	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme)	1. Memonitor tingkat kesadaran 2. Memonitor tanda – tanda vital 3. Memonitor releks batuk dan muntah 4. Memonitor kekuatan pegangan 5. Memonitor respon cara berjalan 6. Memonitor indera penciuman	**S:** 1. Keluarga mengatakan klien tidak mengalami gangguan kesadaran 2. Klien mengatakan tidak ada batuk dan muntah 3. Klien mengatakan bisa membedakan bau kopi dan teh O : 1. Klien tampak sadar 2. Kesadaran: composmentis 3. GCS : E4 V5 M6 4. Kekuatan otot 444 / 555 444/ 555 5. TD: 150/100 mmHg N: 70 x/i P: 20 x/i S: 36,1ºc 6. Klien tampak dibantu saat berjalan A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan dengan memberikan edukasi discharge planning dan dilanjutkan dengan pengobatan rawat jalan	(Nur ardila)
2.	Selasa/ 20 juni 2017	Hambatan mobilitas fisik b.d Intoleransi aktivitas	1. Memberikan latihan Rom aktif 2. memonitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan 3. mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi 4. Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan 5. Mendampingi dan Bantu klien	**S:** 1. Klien mengatakan nyaman setelah melakukan latihan Rom 2. Keluarga mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga 3. Klien mengatakan ekstremitas lemah sebelah kanan O : 1. Klien tampak dibantu saat berjalan 2. Ekstremitas tampak lemah 3. TD: 150/100 mmHg N: 70 x/i P: 20 x/i S: 36,1ºc	

			saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan.	4. Kekuatan otot 444 / 555 444 / 555 A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan dengan memberikan edukasi discharge planning dan dilanjutkan dengan pengobatan rawat jalan	(Nur ardila)
3.	Selasa/ 20 juni 2017	Hambatan komunikasi verbal b.d penurunan fungsi otot facial/oral	1. Mendengarkan tempo suara, volume, kecepatan maupun tekanan suara 2. Memonitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, dan volume 3. Menginstruksikan pasien untuk bicara pelan	**S:** 1. Keluarga mengatakan bicara klien pelo 2. Keluarga mengatakan klien berbicara kurang jelas O : 1. Klien tampak berbicara pelo 2. Klien tampak berbicara kurang jelas 3. Bibir klien tampak pencong kekiri 4. Klien tampak kesulitan menggunakan ekspresi wajah 5. Klien tampak sulit mengungkapkan kata-kata 6. Klien mengalami gangguan pada nervus VII (vasialis) A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan dengan memberikan edukasi discharge planning dan dilanjutkan dengan pengobatan rawat jalan	(Nur ardila)
4.	Selasa/ 20 juni 2017	Ansietas b.dStatus kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit	1. Mempertahankan sikap yang tenang dan hati – hati 2. Mengurangi stimuli yang menciptakan perasaan takut maun cemas 3. Meyakinkan keselamatan dan keamanan pasien 4. Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat 5. Memberikan objek yang menunjukkan perasaan aman	**S:** 1. Klien dan keluarga sering bertanya tentang penyakit klien 2. Keluarga sangat khawatir dengan kondisi klien saat ini O : 1. Klien dan keluarga tampak sering bertanya tentang penyakit klien 2. Keluarga tampak gelisah 3. Keluarga tampak tidak mengerti kondisi klien saat ini 4. Keluarga klien tampak bingung A : Masalah teratasi sebagian	(Nur ardila)

				P : intervensi dilanjutkan dengan memberikan edukasi discharge planning dan dilanjutkan dengan pengobatan rawat jalan	
5.	Selasa/ 20 juni 2017	Gangguan persepsi sensori : penglihatan b.d penurunan sistem sensori	1. Melakukan atau atur pengkjian skrining secara rutin 2. meminimalkan cahaya silau (yaitu dengan menawarkan kacamata) 3. menyediakan literatur dengan huruf yang besar 4. andalkan penglihatan pasien yang tersisa sebagai mana mestinya 5. memberikan edukasi discharge planning	S c. Klien mengatakan klien sulit untuk melihat d. Klien mengatakan bahwa klien hanya bisa melihat bayangan saja O : a. Klien tampak susah melihat b. Klien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan c. reflek cahaya +/+ A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan dengan memberikan edukasi discharge planning dan dilanjutkan dengan pengobatan rawat jalan	(Nur ardila)

DISCHARGE PLANNING

No. Reg : 474427 Nama : Tn. M JenisKelamin : laki-laki	Alamat :Jln. Cinduamato Ruangrawat :Neurologi
Tanggal MRS : 15 - 06 - 2017 Diagnose MRS : Stroke Iskemik	Tanggal KRS : 20 - 06 – 2017 Diagnose KRS : Stroke Iskemik

Diagnose keperawatan

1. Gangguan perfusi jaringan otak (serebral) berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
3. Hambatan komunikasih verbal berhubungan dengan perubahan sistem saraf pusat

Aturan diet

MB (makanan biasa)

Obat – obat yang masih diminum, dosis.

1. Mecobelamin 2x1
2. Piracetam 2x3gr
3. Autorvastatin 2x1

Aktifitasdanistirahat

1. Makan 3x sehari, minum 7-8 gelas/ hari
2. Eliminasi: bab 1x/hari, bak 4-5x/ hari
3. Istirahat dan tidur: pada malam hari 7-8 jam
4. Personal hygiene: mandi 2x/ hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 1x/hari

Yang di bawah pulang (hasil lab, foto, ECG)

1. Hasil CT-Scan

Dipulangkan dari RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

☐ Sembuh	☐ Pulangpaksa
✓ Meneruskan dengan obat jalan	☐ Lari
☐ Pindahke RS lain	☐ Meninggal

Lain – lain : (surat keterangan istirahat)

Bukittinggi, 20 juni 2017

Pasien dan keluarga Perawat

( ) ( )

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn. M Dengan Stroke Iskemik (Non Hemoragik) Diruangan Rawat Neurologi RSAM Bukittinggi pada tanggal 20 juni 2017. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik (Non Hemoragik) sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

4.1.1. Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis tidak mengalami kesulitan untuk mendapatkan data dari klien sendiri, karena klien tidak mengalami penurunan kesadaran, bicara klien pelo, mulut klien tampak mencong ke kiri, dari data namun penulis mendapatkan data dari keluarga dan klien, catatan medis, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya.

Dari data yang di dapatkan dari keluarga pasien Usia pasien adalah 45 tahun, dapat dikatakan bahwa pasien sudah memasuki dewasa akhir. Secara konsep

angka kejadian stroke meningkat seiring dengan pertambahan usia. Insiden kasus tertinggi terjadi pada usia diatas 65 tahun, namun ada 28% kasus stroke terjadi pada usia kurang dari 65 tahun dan stroke hampir terjadi di setiap kelompok (lemon & burke, 2004).

Klien yang memiliki kebiasaan merokok juga dapat mengakibatkan stroke. Merokok dicirikan dengan peningkatan tekanan darah diastolic dan sistolik yang intermiten atau menetap. Pengukuran tekanan darah serial 150/100 mmHg atau lebih pada orang yang berusia diatas 50 tahun memastikan hipertensi. Insiden hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia (Stockslager, 2008).

Perokok yang menderita TIA, stroke, atau *silent stroke* pasti berisiko stroke-nya kambuh kembali atau lebih parah jika mereka terus merokok. Dengan demikian, kondisi TIA merupakan pertanda yang jelas untuk perokok bahwa ada kerusakan akibat stroke yang berkembang di tubuhnya. Adanya satu atau lebih kejadian *silent stroke* juga harus diwaspadai oleh perokok untuk adanya cedera yang cukup besar yang muncul dalam otak.

Berdasarkan penyebab yang terjadi pada kasus kemudian timbul beberapa masalah keperawatan yang terkait dengan penyakit tersebut. Penegakan masalah keperawatan pada pasien ini berdasarkan asuhan keperawatan, yaitu pengkajian, pemeriksaan fisik, dan data penunjang. Hasil pengkajian yang di lakukan dalam satu hari pada tanggal 20 juni 2017 di dapatkan data bahwa Tn. M (45 tahun) adalah seorang kepala keluarga datang pertama kali ke Rumah Sakit RSUD Dr. Achmad Muchtar karena mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan tubunya,

bibir mencong ke kiri,bicara pelo. Status kesadaran pasien adalah composmentis dengan E4 M6 V5, tekanan darah : 150/100mmHg, Suhu : 36,1^{o}C, P : 20x/i, N : 70x/i, pupil isokor dengan diameter 2mm/2mm, reflek babinski +/+, Hasil Ct-Scan adalah Stroke Iskemik, hematom di ganglion basis kanan dan intraventrikel otak. Hematom/ich berukuran 26,5 mm x 23,7 mm x 36,5 mm. Hasil dari data-data diatas dapat diambil kesimpulan tentang masalah keperawatan yang terjadi yaitu:

Masalah pertama yang muncul yaitu Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral). Terjadinya infark serebral karna gangguan trombus, trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dan akan mengalami aneurisma. Hal ini adalah masalah utama yang terjadi pada pasien, jika tidak segera diatasi akan menimbulkan peningkatan stroke berulang, TIK dan kematian.

Masalah kedua yang muncul dari kasus yang ada adalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Intoleransi aktivitas. Terjadinya penyumbatan pembuluh darah di otak oleh aterosklerosis akan terjadinya kehilangan control volunter dan hemiparesis. Hal ini didapatkan data anggota gerak kanan pasien lemah, kekuatan otot kanan kiri klien 444/555, klien tidak mampu beraktivitas secara mandiri.

Masalah ketiga yang muncul hambatan komunikasi verbal. Ini karna terjadinya kerusakan pada lobus kapitas memori atau fungsi intelektual kortikal maka akan menimbulkan disungsi bahasa, komunikasi, disatria, disfasia/afasia apraksia. dari

data-data yang muncul bibir klien mengalami pencong ke kiri, bicara klien pelo, bicara klien terdengar kurang jelas .

Masalah keempat yang muncul adalah ansietas yang berhubungan dengan status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit. Karna terjadinya stroke, akan menimbulkan kerusakan jaringan pada otak, maka seseorang akan mengalami kelumpuhan, koma, maupun kematian. Maka penderita atau keluarga akan mengalami kecemasan terhadap penyakit yang diderita.

Masalah kelima yang muncul adalah Gangguan persepsi sensori : penglihatan berhubungan dengan penurunan sistem sensori. Terjadinya kerusakan atau gamgguan pada neurologis, maka pada sistem saraf kranial juga akan mengalami kerusakan atau gangguan dan akan menimbulkan disfungsi persepsi visual spasial dan kehilangan sensori.

4.2. Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian dilakukan.

a. Untuk diagnosa pertama

   Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme), rencana tindakan yang dilakukan adalah Monitor tingkat kesadaran, Monitor tanda – tanda vital, Monitor

ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan di masa lalu, suasana perasaan, efek dan prilaku, Monitor refleks kornea, Monitor releks batuk dan muntah, Monitor kekuatan pegangan, Monitor terhadap adanya tremor, Monitor kesimetrisan wajah, Monitor respon cara berjalan, Monitor karakteristik bicara: kelancaran, adanya aphasia,atau kesulitan menemukan kata, Monitor perbedaan terhadap tajam/tumpul atau panas/dingin.

b. Untuk diagnosa kedua

Yaitu Hambatan mobilitas fisik b.d Intoleransi aktivitas, rencana tindakan yang dilakukan adalah Berikan latihan : Rom akti, Monitor kondisi kulit, Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan, Ajarkan klien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi, Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi, Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, Dampingi dan Bantu klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL, Berikan alat Bantu jika klien memerlukan, Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan, Berikan perawatan diri : eliminasi

c. Untuk diagnosa ketiga

Yaitu Hambatan komunikasi verbal b.d penurunan fungsi otot facial/oral, rencana tindakan yang dilakukan adalah Dengarkan isi pesan maupun perasaan yang tidak terungkap selama percakapan, Sadari tempo suara, volume, kecepatan maupun tekanan suara, Berespon segera sehingga menunjukkan pemahaman terhadap pesan yang diterima dari

pasien,Verifikasi pemahaman mengenai pesan – pesan yang disampaikan dengan menggunakan pertanyaan maupun memberikan umpan balik, Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, dan volume, Monitor proses kognitif, anatomis dan isiologis terkait dengan kemampuan berbicara, Ulangi apa yang disampaikan pasien untuk bicara pelan, Instruksikan pasien untuk bicara pelan, Gunakan penerjemah, jika diperlukan, Sediakan rujukan pada terapis bicara patologis

d. Untuk diagnosa keempat

Yaitu Ansietas b.d Status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah Pertahankan sikap yang tenang dan hati – hati, Kurangi stimuli yang menciptakan perasaan takut maun cemas, Yakinkan keselamatan dan keamanan pasien, Duduk dan bicara dengan pasien, Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Nyatakan dengan jelas harapan dan prilaku pasien, Berikan informasi faktual terkait diagnosis perawatan dan prognosis, Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat, Berikan objek yang menunjukkan perasaan aman, Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, intruksikan keluarga pasien menggunakan teknik relaksasi.

e. Untuk diagnosa kelima

Yaitu Gangguan persepsi sensori : penglihatan b.d penurunan sistem sensori, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah lakukan atau atur pengkjian skrining secara rutin, kenalkan diri saat memasuki ruangan pasien, sediakan

ruangan dengan pencahayaan yang memadai, minimal kan cahaya silau (yaitu dengan menawarkan kacamata), sediakan literatur dengan huruf yang besar, menerima reaksi pasien terhadap rusaknya penglihatan,andalkan penglihatan pasien yang tersisa sebagai mana mestinya, sediakan kaca pembesar atau kacamata yang sewajarnya

4.3. Implementasi Keperawatan

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Untuk diagnosa pertama yaitu Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme), tindakan yang penulis lakukan adalah Memonitor tingkat kesadaran, Memonitor tanda – tanda vital, Memonitor releks batuk dan muntah, Memonitor kekuatan pegangan, Memonitor respon cara berjalan, Memonitor indera penciuman

Untuk diagnosa kedua yaitu Hambatan mobilitas fisik b.d Intoleransi aktivitas, tindakan yang penulis lakukan adalah Memberikan latihan : Rom aktif, memonitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan, mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi, Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, Mendampingi

dan Bantu klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL, Berikan alat Bantu jika klien memerlukan.

Untuk diagnosa ketiga yaitu Hambatan komunikasi verbal b.d penurunan fungsi otot facial/ oral, tindakan yang penulis lakukan adalah Mendengarkan tempo suara, volume, kecepatan maupun tekanan suara, Memonitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, dan volume, menginstruksikan pasien untuk bicara pelan.

Untuk diagnosa keempat yaitu Ansietas b.d Status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit, tindakan yang penulis lakukan adalah Mempertahankan sikap yang tenang dan hati – hati, Mengurangi stimuli yang menciptakan perasaan takut maun cemas, Meyakinkan keselamatan dan keamanan pasien, Mendorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat, Memberikan objek yang menunjukkan perasaan aman

Untuk diagnosa kelimayaitu Gangguan persepsi sensori : penglihatan b.d penurunan sistem sensori, tindakan yang penulis lakukan adalah Melakukan atau atur pengkjian skrining secara rutin, meminimalkan cahaya silau (yaitu dengan menawarkan kacamata), menyediakan literatur dengan huruf yang besar, andalkan penglihatan pasien yang tersisa sebagai mana mestinya, memberikan edukasi discharge planning

Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :

a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.
c. Adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

4.4. Evaluasi

Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan waktu yang singkat oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga medis lainnya untuk melanjutkan intervensi yang telah penulis rencanakan. Dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, keluarga, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Untuk diagnosa pertama yaitu Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (serebral) b.d penurunan aliran darah ke otak (aterosklerosis, embolisme), hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga mengatakan klien tidak mengalami gangguan kesadaran, Klien mengatakan tidak ada batuk dan muntah, Klien

mengatakan bisa membedakan bau kopi dan teh, Klien tampak sadar, Kesadaran: composmentis, GCS : E4 V5 M6, TD: 150/100 mmHg, N: 70 x/i,P: 20 x/i,S: 36,1ºc

Untuk diagnosa kedua yaitu Hambatan mobilitas fisik b.d Intoleransi aktivitas, hasil yang penulis dapatkan adalah Klien mengatakan nyaman setelah melakukan latihan Rom, Keluarga mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga, Klien mengatakan ekstremitas lemah sebelah kanan, Klien tampak dibantu saat berjalan, Ekstremitas tampak lemah, TD: 150/100 mmHg, N: 70 x/i,P: 20 x/i, S: 36,1ºc, Kekuatan otot :

444	555
444	555

Untuk diagnosa ketiga yaitu Hambatan Komunikasi Verbal, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga mengatakan bicara klien pelo, Keluarga mengatakan klien berbicara kurang jelas, Klien tampak berbicara pelo, Klien tampak berbicara kurang jelas, Bibir klien tampak pencong kekiri, Klien tampak kesulitan menggunakan ekspresi wajah, Klien tampak sulit mengungkapkan kata-kata, Klien mengalami gangguan pada nervus VII (vasialis)

Untuk diagnosa keempat yaitu Ansietas b.d Status kesehatan/ kurang informasi tentang penyakit, hasil yang penulis dapatkan adalah Klien dan keluarga sering bertanya tentang penyakit klien, Keluarga sangat khawatir dengan kondisi klien saat ini, Klien dan keluarga tampak sering bertanya tentang penyakit klien, Keluarga tampak gelisah, Keluarga tampak tidak mengerti kondisi klien saat ini, Keluarga klien tampak bingung

Untuk diagnosa kelima yaitu Gangguan persepsi sensori : penglihatan b.d penurunan sistem sensori hasil yang penulis dapatkan adalah Klien mengatakan klien sulit untuk melihat, Klien mengatakan bahwa klien hanya bisa melihat bayangan saja, Klien tampak susah melihat, Klien tampak tidak menggunakan alat bantu penglihatan, reflek cahaya +/+

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Penyakit stroke adalah salah satu penyakit dalam bidang neurologi yang dapat menyebabkan kematian dan kesehatan di negara maju ataupun negara berkembang serta penyebab utama kecacatan pada orang dewasa.

Penyakit stroke yang sering diderita adalah stroke iskemik (hampir 80%) dan sisanya (20%) terkena stroke hemoragik.

Stroke dapat dibagi berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan atau rusaknya pembulu darah otak. Sedangkan stroke iskemik terjadi akibat suplai darah ke otak terhambat atau terhenti. Stroke iskemik adalah tipe yang paling sering ditemukan, 85% dari seluruh kasus stroke. Sedangkan stroke hemoragik mencakup 15% dari seluruh kasus stroke (Lisiswanti, 2015).

Faktor resiko stroke terbagi menjadi faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, merokok, diabetes, dan obesitas. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin, berat badan lahir rendah (BBLR) dan genetik (Human, 2015).

5.2 Saran

Setelah pemakalah membuat kesimpulan tentang asuhan keperawatan pada klien Tn. M dengan Stroke Iskemik, maka penulis menganggap perlu adanya saran untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Adapun saran-saran sebagai berikutnya:

5.2.1 Institusi Rumah Sakit

Institusi Rumah Sakit harus menekankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu pengobatan klien dan memberikan kepuasan klien dalam pelayanan di Rumah Sakit, terutama di Ruang Rawat Inap Neurologi Bukittinggi.

5.2.2 Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan kesehatan harus melakukan pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang, agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang profesional untuk klien, khususnya asuhan keperawatan dengan Stroke Iskemik.

5.2.3 Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien, terutama klien dengan Stroke Iskemik. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerja sama yang baik guna mempercepat kesembuhan klien.

STROKE ISKEMIK

Oleh :

Nur Ardilla

14103084015421

STIKes Perintis Padang

Prodi D.III.Keperawatan

TA. 2017

TAHUKAH ANDA APA ITU STROKE...?

Stroke adalah cedera vascular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak.

Stroke dapat dibagi berdasarkan penyebabnya yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik.Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan atau pecaahnya pembulu darah otak. Sedangkaan stroke iskemik adalah terjadi akibat tersumbatnya aliran darah ke otak

APAKAH PENYEBAB STROKE... ?

h. Hipertensi

i. Penyakit jantung

j. Kolesterol Tinggi

k. Obesitas

l. Diabetes Melitus

e. Merokok

f. Peminum Alkohol

g. Obat-obatan terlarang

h. Aktivitas yang tidak sehat

BAGAIMANA TANDA DAN GEJALA STROKE ISKEMIK … ?

c. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan
d. Tiba-tiba hilang rasa peka
e. Bicara cedel atau pelo
f. Gangguan biacara atau bahasa
g. Gangguan penglihatan
h. Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
i. gangguan daya ingat
j. Nyeri kepala hebat
k. Vertigo
l. Kesadaran menurun

KOMPLIKASI STOKE ISKEMIK

a. Hipoksiaserebraldiminimalkandenganm emberioksigenasidarahadekuatkeotak.
b. Alirandarahserebralbergantungpadateka nandarah. Curahjantung, danintegritaspembuluhdarahserebral.
c. Embolisme serebraldapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik

PEMERIKSAAN PENUNJANG PADA STROKE

1. PemeriksaanDarahLengkap
2. Tes Kimia Darah
3. Magnetic Imaging Resnance (MRI)
4. *Computerized Tomography Scanning* (CT-Scan)

DAFTAR PUSTAKA

Hasmono. (2013*). Panduan Praktis Diagnosis & Tata Laksana Penyakit Saraf.* Jakarta:EGC

Iskandar, (2011). Diunduh pada tanggal 20 juli 2017 dari http://www.gangguan-sistem-persyarafan.pdf

NANDA, (2015-2017). *Diagnosa Keperawatan NANDA Definisi & klasifikasi.*

Muttaqin, Arif. (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Brunner dan Suddart,(2010). "*Keperawatan Medical Bedah"*, Edisi 8, EGC: Jakarta.

Van der Worp*et al*, (2007). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Volume 3*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Indonesia, K. (2013). Berita masalah keperawatan stroke di indonesia. Diunduh pada tanggal 20 juli 2017 dari *www.depkes.go.id/index.php/berita-masalah-stroke-di-indonesia.html.Diakses*. dari Kementrian kesehatan Republik Indonesia: /www.depkes.go.id

Doenges, M (2010). *Rencana Asuhan Keperawatan*, Jakarta :EGC

JusufMisbch, dr.Sp.S (K).(2009)." *Aspek diagnostic, Patofisiologi, Manajemen Stroke"*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia : Jakarta

Long. C, Barbara:2003. *KeperawatanMedikalBedah*Jilid 2 Bandung ;YayasanIkatan Alumni Pendidikan Perawatan Pajajaran.

Lumban tobing, prof. DR. (2003)."*Neurologi Klinik*"..Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.EGC:Jakarta

Mansjoer, A. (2001). *Kapita selekta kedokteran.*Edisi 3, Jilid 1. Jakarta: Media Aesculapius

Price, S.A., & Wilson, L. M. (2002). *Patofisiologi Konsep KIinis Proses - proses Penyakit*. Edisi 6. Jakarta : EGC

Pinzon, rizaldi.(2010).*Awas Stroke!* Yokyakarta:ANDI

Stockslager, J., & Schaeffer, L. (2008). Buku Saku : *Asuhan Keperawatan Stroke*. Edisi 2. Alih Bahasa: Nike BS. Jakarta :EGC

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : NUR ARDILLA
NIM : 14103084015421
Jurusan : D III KEPERAWATAN
Pembimbing : NS. YULI PERMATA SARI, M.Kep
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.M Dengan Stroke Iskemik Di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Bbg Ke :	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pbbg
I	Selasa 11-7-2017.	- konsul bab I - V - perbaiki sistematika penulis - lengkapi sesuai dosen	
II	Selasa. 15-7-2017.	- konsul bab I - III - lanjutkan bab IV - V - perbaiki sesuai masukan	
III	Selasa 18-7-2017.	konsul bab I - IV - perbaiki sesuai saran lanjutkan bab V & daftar pustaka	
IV	Rabu 19-07-2017	perbaiki bab IV & V.	
V	Kamis 20-07-2017	perbaiki sistematika penulisan lengkapi daftar pustaka.	
VI	Jumat 20-07-2017	Acc ujian	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : NUR ARDILLA
NIM : 1410308401542 1
Jurusan : D III KEPERAWATAN
Pembimbing : NS. RENI MULYANTI, S.Kep
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.M Dengan Stroke Iskemik Di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Bbg Ke :	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pbbg
I	Kamis - 13-07-2017	[illegible]	
II	Selasa - 18-07-2017	[illegible]	
III	Jumat - 20-7-2017	[illegible]	
IV			
V			
VI			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/REVISI KTI

Nama Mahasiswa: NUR ARDILLA
NIM : 14103084015421
Jurusan : D III KEPERAWATAN
Pembimbing : NS. LISA MUSTIKA SARI, M.Kep
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.M Dengan Stroke Iskemik Di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Bbg Ke :	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pbbg
I	Selasa / 8 Agustus 2017	Rebuh latar belakang - Teori dikabahar - kasus dikabahulu	
II	Rabu / 9 Agustus 2017	Rabahi Sawar Saran	
III	Selasa 19/08-2017	- ACC di Sidang	
IV			
V			
VI			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
LEMBAR KONSULTASI/BIMBINGAN ABSTRAK

Nama Mahasiswa : NUR ARDILLA
NIM : 14103084015421
Jurusan : D III KEPERAWATAN
Pembimbing : NS. YULI PERMATA SARI, M.Kep
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.M Dengan Stroke Iskemik Di Ruangan Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

Bbg Ke :	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pbbg
I	Selasa 15/08-2017	perbaiki sesuai saran	
II	Rabu 16/08-2017	perbaiki sesuai saran.	
III	Rabu 16/08-2017	Acc.	

DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI DIII KEPERWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017

NAMA MAHASISWA	**: NUR ARDILLA**
NIM	**: 14103084015421**
RUANGAN	**: NEUROLOGI**
JUDUL STUDI KASUS	**: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN. M DENGAN STROKE ISKEMIK DI RUANGAN RAWAT INAP NEUROLOGI RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

NO	HARI/ TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
	Selasa / 20-06-2017.	07:15		12:00		
	Rabu / 21-06-2017.	07:30		12:00		
	Kamis / 22-06-2017.	07:30		12:00		

Bukittinggi,

Ka Ruangan

(NS. Reni Mulyanti, S.Kep)

Preceptor

(NS. Reni Mulyanti, S.Kep)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Penulis

Nama	:	**Nur Ardilla**
Tempat / Tanggal Lahir	:	**Pasar Kambang/ 01 januari 1996**
Alamat	:	**Kambang, Lubuk Sarik**

II. Nama Orang Tua

Ayah	:	**Damanhuri**
Ibu	:	**Erda Yelni**

III. Pendidikan

- **TK Asiya Lubuk sarik : 2001 - 2002**
- **SD No 35 Lubuk sarik : 2002 - 2008**
- **SMP N 4 Lengayang : 2008 - 2011**
- **SMA N 1 Lengayang : 2011 - 2014**
- **STIKes Perintis Padang : 2014 - 2017**