

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI
RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO
TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

WIDYA MAHARANI

NIM :P17240223056



**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN TRENGGALEK
2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI
RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan Di Program
Studi Keperawatan Trenggalek Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang**

WIDYA MAHARANI

NIM :P17240223056



**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
TRENGGALEK**

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Widya Maharani

Tempat tanggal lahir : Denpasar 18 Februari 2004

Agama : Islam

Alamat : RT/W 09/02 Desa Jatisari Kec. Tajinan
Kab.Malang

Handphone : 081234801706

Email : widyamaharani1804@gmail.com



Riwayat pendidikan :

1. TK Negeri Widya Mandala lulus tahun 2011
2. SD Negeri 3 Mengwi lulus tahun 2017
3. SMP Negeri 1 Mengwi lulus tahun 2019
4. SMA Negeri 1 Bululawang lulus tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Study DIII Keperawatan
Trenggalek tahun 2022-2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Widya Maharani

NIM : P17240223056

Program Studi : DIII Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar – benar tulisan saya dan bukan merupakan plagiat baik sebagian maupun keseluruhan. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini hasil plagiasi baik sebagian maupun seluruhnya, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Mengetahui

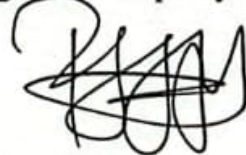
Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing



Ns. Elok Yulidaningsih.S.Kep. M.Kep
NIP. 91984070620191201

Yang membuat pernyataan



Widya Maharani
NIM. P17240211007

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, yang ditulis oleh Widya Maharani NIM. P17240223056 telah disetujui untuk diuji.

Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing



Ns. Elok Yulidaningsih.S.Kep.M.Kep
NIP. 919840706201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Widya Maharani (P17240223056) dengan judul
"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke
RSUD dr. Soedomo Trenggalek", telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada 07 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji

Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Anggota Penguji

Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep
NIP. 919840706201901201

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

MOTTO

"It's not always easy, but that's life, be strong because there are better days ahead"

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah membenkanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya skripsi yang sederhana ini dapat terselasaikan Shalawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW, untuk menyelesaikan tugas proposal karya ilmiah ini dengan segala kekurangan. Terima kasih, sudah menghadirkan orang-orang yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas proposal karya ilmiah ini dengan baik. Semoga keberhasilan tugas proposal karya ilmiah ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku nanti.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

1. Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terlingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Ayahku yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan, naseh, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ayah bahagia karena kusadar, terima kasih sudah menjadi super heroku. Untuk ayah yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku serta selalu meridhoiku melakukan hal yang lebih baik, Terima kasih Ayah.

2. Pintu surgaku, Mama tercinta. Beliau sangat berperan penting dalam menyelesaikan perkuliahan peneliti, beliau selalu memberikan semangat, memotivasi, menjadi pendengar yang baik, dan selalu mendoakan keberhasilan anak-anaknya. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ayah bahagia karena kusadar, terima kasih sudah menjadi penyemangatku. Untuk mama yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku serta selalu meridhoiku melakukan hal yang lebih baik, Terima kasih mama
3. Kepada adikku sebagai tanda terima kasih, aku persembahkan karya kecil ini untuk adikku terayang. Terima kasih telah memberikan semangat dan menghiburku dalam menyelesaikan tugas ini. Semoga doa dan semua hal yang terbaik yang engkau berikan menjadikan ku orang yang baik lagi, terima kasih.
4. Untuk Bapak / Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan Prodi D-III Keperawatan Trenggalek, Saya ucapkan Terimakasih , karena selama ini sudah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan haragnya, agar saya menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terima kasih atas ilmu yang kalian berikan, semoga ilmu yang saya dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana. Aamiin....
5. Untuk Dosen Pembimbing saya, Ibu Elok Yulidaningsih., S.Kep., Ns.M., Kep. Saya ucapkan terimakasih karena telah memberikan dampingan, memberikan masukan, memberikan bimbingan kepada peneliti untuk menyelesaikan tugas proposal karya ilmiah ini.
6. Buat teman-temanku yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan

moral serta material yang selalu membuatku semangat untuk menyelesaikan tugas proposal karya ilmiah ini, teman seperjuangan, terima kasih untuk teman-temanku semua atas segala pengalaman dan cerita yang pastinya akan saya rindukan dimasa nanti. Terima kasih sudah mau berjuang bersama hingga kita bisa lulus bersama.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Penelitian Studi Kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan melaksanakan penelitian.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen, M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Dr. H. Moh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah menyediakan lahan penelitian dan memberi izin untuk melakukan penelitian.
- 4) Ns. Rahayu, S.Kep., M.Kes. selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

- 5) Ns. Zuliana, S.Kep. selaku Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah memperkenankan melakukan penelitian dan membimbing serta mengarahkan peneliti dalam melaksanakan penelitian.
- 6) Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep, selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang memberikan pengarahan, saran, bimbingan dan revisi kepada penulis dalam menyempurnakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 7) Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep. selaku penguji Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan saran, pengarahan dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
- 8) Dosen dan Staf Poltiteknik Kesehatan Kemnkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan fasilitas serta bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 9) Klien yang bersedia menjadi responden dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berusaha dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya dan mungkin masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi peneliti dan masyarakat.

Trenggalek, Mei 2025

Widya Maharani

ABSTRAK

Widya Maharani (2025). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Iskemik Diruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep

Stroke Iskemik dapat menyebabkan masalah yang serius bila tidak segera ditangani lebih dari enam jam atau telah melewati masa golden periode yang akan mengakibatkan kecacatan, kelemahan, bahkan kematian baik pada usia produktif maupun usia lanjut. Pemulihan pada pasien Stroke Iskemik memerlukan waktu yang cukup lama, maka perlu adanya perawatan yang intensif dan berkelanjutan. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada klien yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Pasien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Desain atau rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami Stroke Iskemik dengan kesadaran composmentis. Analisa data dilakukan dengan membandingkan kesenjangan antara teori dan fakta.. Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan ada kesenjangan antara teori dan fakta yang ditemukan. Hasil pengkajian di temukan kesenjangan pada pemeriksaan kepala dan wajah, dada/thorax, genitalia, pola eliminasi, pola makan. Diagnosa keperawatan ditemukan ada tiga. Diagnosa yang muncul diantaranya meliputi resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria. Intervensi yang disusun dan di sesuaikan berdasarkan teori dari kepustakaan. Implementasi dilakukan berdasarkan dengan kebutuhan kondisi klien. Hasil yang didapatkan dari penelitian ini bahwa pasien dengan Stroke Iskemik memerlukan pemulihan yang membutuhkan waktu yang lama, maka perlu perawatan yang *intensif* dan berkelanjutan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Iskemik, Klien.

ABSTRACT

Widya Maharani (2025). Nursing Care for Patients with Stroke Ischemic in the Stroke Unit of dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Scientific Paper Case Study, Polytechnic Ministry Of Health Malang Diploma-3 Nursing Study Program Trenggalek Regency Campus. Advisor : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep

Stroke Ischemic can cause serious problems if it is not treated immediately for more than 6 hours or has passed the golden period which will result in disability, weakness, and even death in both productive and elderly ages. Recovery in Stroke Ischemic patients takes quite a long time, so intensive and continuous care is needed. Nursing care is a series of nursing practice activities carried out directly with clients consisting of assessment, nursing diagnosis, nursing action plans, implementation and evaluation. The research design used is descriptive qualitative research with a case study approach. The participants in this study were one client who experienced a Stroke Ischemic with composmentis awareness without comorbidities. Data analysis was carried out by comparing the gap between theory and fact. Based on the analysis of the results of the study found conformity and some gaps between the facts found in the client and the theory. The formulation of the diagnosis found gaps, namely not all the diagnoses mentioned in the theory appeared on the client. Interventions based on literature and client conditions. Implementation is carried out according to the plan but not all interventions that have been made can be implemented. The results obtained from this study that patients with Stroke Ischemic require recovery from Stroke Ischemic disease which requires a long time, so intensive and continuous care is needed.

Keyword : Nursing Care, Stroke Ischemic, Client

DAFTAR ISI

SAMPUL.....	i
CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR SINGKATAN	xxii
DAFTAR ISTILAH	xxiii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Dasar Stroke	10
2.1.1 Definisi Stroke	10
2.1.2 Klasifikasi Stroke.....	10

2.1.3 Etiologi Stroke	11
2.1.4 Faktor Resiko	12
2.1.5 Manifestasi Klinis	15
2.1.6 Patofisiologi Stroke.....	20
2.1.7 Uraian Patofisiologi	23
2.1.8 Komplikasi.....	25
2.1.9 Pencegahan	25
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.....	28
2.1.11 Penatalaksanaan.....	30
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke	32
2.2.1 Pengkajian.....	32
2.2.2 Analisa Data.....	43
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	43
2.2.4 Intervensi Keperawatan	50
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	59
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	59
2.2.7 Dokumentasi	61
BAB 3 METODE PENELITIAN	62
3.1 Rancangan penelitian.....	62
3.2 Batasan Istilah.....	63
3.3 Partisipan	63
3.4 Lokasi dan waktu.....	64
3.4.1 Lokasi dan Waktu Penelitian	64
3.5 Pengumpulan Data.....	64
3.5.1 Bahan / Instrumen.....	64
3.5.2 Metode Pengumpulan Data.....	64
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data.....	64
3.6 Uji Keabsahan Data	67
3.6.1 Creadibility(kepercayaan).....	67
3.6.2 Transferability (keteralihan)	67
3.6.3 <i>Dependability</i> (Kebergantungan).....	68
3.6.4 Confirmability (Kepastian)	68

3.7 Analisa Data.....	68
3.7.1 Proses Mencari.....	69
3.7.2 Tahap Menyusun.....	69
3.7.3 Analisa Data.....	70
3.8 Etika Penelitian.....	70
3.8.1 Inform Consent	70
3.8.2 Confidentially	71
3.8.3 Anonymity	71
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	72
4.1 Hasil	72
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	72
4.1.2 Identitas Umum.....	73
4.1.3 Analisa Data.....	83
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	85
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	87
4.1.6 Implementasi Keperawatan	92
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	94
4.1.8 Catatan Perkembangan.....	96
4.1.8 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	101
4.2 Pembahasan	117
4.2.1 Pengkajian.....	117
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	126
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	127
4.2.4 Implementasi Keperawatan	129
4.2.5 Evaluasi.....	131
BAB 5 KESIMPULAN	133
5.1 Kesimpulan.....	133
5.1.1 Pengkajian.....	133
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	133
5.1.3 Intervensi.....	133
5.1.4 Implementasi.....	134
5.1.5 Evaluasi.....	134
5.2 Saran.....	135

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian	135
5.2.2 Bagi Institusi	136
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	136
5.2.4 Bagi Pasien.....	136
5.2.5 Bagi Penulis	136
DAFTAR PUSTAKA	137
LAMPIRAN.....	140

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif	19
Tabel 2.2 Tingkat Kekuatan Otot.....	20
Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor.....	40
Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor.....	44
Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor.....	45
Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor.....	45
Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Mayor.....	46
Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor.....	47
Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor.....	47
Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor.....	48
Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor.....	48
Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor.....	49
Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor.....	50
Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor.....	50
Tabel 2.13 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI	51
Tabel 4.1 Identitas Umum.....	73
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	73
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari	75
Tabel 4.4 Konsep Diri	76
Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori	77
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	78
Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap.....	81
Tabel 4.8 Kimia Klinik	83
Tabel 4.9 Penatalaksanaan	83

Tabel 4.10 Analisa Data	84
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan.....	86
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan.....	88
Tabel 4.13 Implemtasi Keperawatan.....	93
Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan	95
Tabel 4.12 Catatan Perkembangan.....	97
Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	103

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi	22
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent	140
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	141
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	142
Lampiran 4 Format Pengkajian.....	145
Lampiran 5 Lembar Konsul.....	168

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Lifying</i>
CT-Scan	: <i>Computerized Termografi Scanning</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
MRI	: <i>Magneting Imaging Resonance</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
EEG	: <i>Elektro Encephalografi</i>
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
TIA	: <i>Transient Isskemik Attack</i>
TIK	: Tekanan Intra Kranial
TTV	: Tanda-tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
CRT	: Capillary Refil Time
Hb	: <i>Hemoglobin</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
ADC	: Antibodi Drug Conjugate
MRA	: <i>Magnetic Resonance Angiography</i>
TIA	: Transient Ischemic Attack
LDL	: Low Density Lipoprotein

DAFTAR ISTILAH

Afasia	: Kesulitan dalam berbicara
Abdomen	: Rongga tubuh besar yang terletak tepat dibawah thorax dan pisahkan dari rongga thorax oleh diafragma
Analgesik	: Obat untuk meningkatkan nyeri, bahan yang mengandung nyeri tanpa menyebabkan hilangnya kesadaran.
Aritmia	: Gangguan irama jantung, suatu kondisi dimana jantung berdenyut tidak normal
Artheroklerosis	: Menumpuknya lemak, kolesterol, dan zat lain di dalam dan di dinding arteri.
Bed rest	: Tirah baring
Dehidrasi	: Kehilangan cairan tubuh terlalu banyak
Decubitus	: Luka tekan akibat lama tirah baring
Disatria	: Bicara cedal atau pelo
Disfagia	: Kesulitan menelan
Diastole	: Tekanan terendah dimana tekanan jatuh diantara kontraksi ventrikel
Diplopia	: Kondisi ketika mata melihat satu objek menjadi dua (penglihatan ganda)
Ekstremitas	: Anggota gerak tubuh
Elektrolit	: Garam yang <i>terionisasi</i> (terurai menjadi ion positif dan negatif dalam cairan tubuh).
Edema	: Penumpukan dalam tubuh atau pembengkakan
Eliminasi	: Pelepasan air seni dan tinja (BAK dan BAB)
Eritrosit	: Sel darah merah yang membawa <i>oksigen</i> kedalam sel tubuh dan <i>karbondioksida</i> keluar sel tubuh

Fibrilasi	:	Kondisi dimana ruas atas jantung (<i>atrium</i>) berdenyut berdenyut terlalu cepat dan kacau
Goldenperiode	:	Waktu paling bagus untuk menangani penyakit stroke
Hipertensi	:	Peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg
Hemoragik	:	Perdarahan
Himiplegia	:	Kondisi kelumpuhan yang terjadi pada salah satu sisi tubuh
Hemiparesia	:	Hemiparesis adalah kondisi ketika salah satu sisi tubuh, dari kepala hingga kaki, mengalami kelemahan sehingga sulit digerakkan
Ischemik	:	Keadaan di mana aliran darah ke otak terhambat
Motorik	:	Otot otot yang menerima sinyal impuls saraf system saraf pusat jalur saraf
Perfusi	:	Pengaliran zat cair seperti darah lewat organ atau Jaringan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Proses keperawatan memiliki enam tahapan, yaitu pengkajian, diagnosis, tujuan, rencana tindakan, implementasi, intervensi dan evaluasi (Nabila 2020). Stroke yaitu hasil penyumbatan secara tiba-tiba disebabkan oleh penggumpalan darah atau penyempitan pada pembuluh darah arteri, sehingga menutup aliran darah ke bagian otak, stroke bisa terjadi pada siapa dan kapan saja (Suwaryo et al., 2019). Stroke ini bersifat mendadak, sehingga perlu diperhatikan sejak dini terutama mengenai tanda dan gejala yang menjadi kunci utama dalam penanganannya. Klasifikasi stroke ada dua yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik. Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah pecah dan membuat aliran darah menurun ke otak sehingga menyebabkan kerusakan di otak sedangkan stroke iskemik terjadi karena adanya arteriosklerotik atau bekuan darah pada pembuluh darah yang menyebabkan penurunan aliran darah ke otak (Black, J.M., & Hawk, 2014). Masih banyak masyarakat yang terlambat dalam penanganan gejala penyakit stroke karena kebanyakan yang saya lihat pasien di bawake rumah sakit atau di ruang unit stroke sudah dalam keadaan parah seperti, tidak bisa berjalan, keadaan tidak sadar diri, tidak bisa bicara dan lain-lain Penderita

stroke Iskemik berpotensi terkena serangan jika terjadi perubahan pola hidupnya, seperti makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja yang berlebihan serta sering konsumsi makanan cepat saji (Anita, 2018). Pada stroke iskemik tanda dan gejala yang sering ditemui meliputi peningkatan tekanan darah, pusing, mengalami kelemahan otot, rasa kebas, bicara pelo, nyeri kepala, mual muntah, kesulitan menelan, dan pandangan kabur (Indrawati, Sari, & Dewi, 2016). Serangan stroke iskemik ini mengakibatkan timbulnya manifestasi klinis berupa gejala seperti kelemahan (pada wajah, lengan, kaki), ketidakmampuan untuk berbicara, vertigo, kehilangan penglihatan dan jatuh. pada defisit neurologis pada pemeriksaan fisik tergantung pada daerah otak yang terlibat (Suzanne, 2013). Penanganan stroke iskemik dalam waktu 6 jam pertama atau disebut *golden periode* dimana penderita bisa dikatakan sembuh sempurna dengan presentase sebesar 30% 40%, namun penderita. akan mengalami kecacatan atau kelemahan fisik apabila tidak mendapat penanganan dalam kurun waktu tersebut (Anggriani, 2018). Seseorang dengan pengetahuan yang baik tentang faktor risiko maupun peringatan gejala steoke, maka akan melakukan tindakan dengan segera menghubungi layanan kegawatdaruratan untuk mendapatkan bantuan segera. Oleh karena itu, kecepatan pasien datang ke instalansi gawat darurat dan perawatan dapat menurunkan risiko perburukan neurologis, meminimalkan kecacatan bahkan mengancam jiwa (Dewi Rachmawati, 2017). Jika muncul salah satu atau beberapa tanda dan gejala yang mengarah pada tanda gejala stroke iskemik maka harus segera diberikan penanganan maupun pertolongan pertama. Tetapi, penanganan stroke iskemik sering mengalami kesulitan apabila ada keterlambatan pasien datang ke rumah sakit dengan keadaan yang parah seperti penurunan tingkat kesadaran dan anggota gerak tubuh sulit

digerakan. (Rachmawati, Andarini, & Ningsih, 2017). Hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan klien dan keluarga mengenai tanda gejala dan kurang memahami bahwa penyakit ini merupakan kegawatdaruratan medis yang membutuhkan pertolongan pertama untuk mengoptimalkan penanganan stroke iskemik. Berdasarkan uraian latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek".

Menurut WHO, pada tahun 2021, ada 93,8 juta kasus stroke prevalen dan 11,9 juta kasus stroke insiden di seluruh dunia. Stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah dan stroke menurun sebanyak 42% pada negara berpendapatan tinggi (WHO, 2021). *World Health Organization* (WHO 2022) mengungkapkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan salah satu penyebab utama kecacatan di dunia. Menurut *World Stroke Organization* (WSO), pada tahun 2024 diperkirakan lebih dari 12 juta orang di dunia akan terkena stroke. Dari jumlah tersebut, 6,5 juta orang diprediksi akan meninggal akibat stroke, di Amerika Serikat setelah penyakit jantung dan kanker (Purves, 2015). Sejumlah 500.000 orang di negara ini mengalami stroke dan 150.000 meninggal setiap tahun. Prevalensi secara keseluruhan adalah 750/ 100.000 penderita stroke (Suwaryo et al., 2019) Penyakit stroke di Indonesia memiliki jumlah kematian yang cukup besar di Asia. Prevalensi stroke iskemik atau stroke non hemoragik memiliki persentase terbesar, yaitu sekitar 70%-85% dibandingkan dengan stroke hemoragik yang

sebesar 15-30%. Stroke iskemik menjadi tipe stroke yang paling sering dijumpai dengan angka kejadian 87% sementara stroke hemoragik 13%. Stroke merupakan penyebab kecacatan dan kematian tertinggi di Indonesia. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia adalah 8,3 per 1.000 penduduk. dan Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2023, angka pravalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 persen. Diperkirakan pada tahun 2023 akan ada absolut peningkatan jumlah pasien yang mengalami pertama kali stroke meningkat sekitar 30% dibandingkan dengan di tahun 2022 (kenni et al,2022). Prevalensi stroke di Jawa Timur berada di atas prevalensi stroke nasional yaitu 16 per 1000 penduduk. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya usia. Prevalensi stroke di Jawa Timur pada tahun 2023 yaitu 12,4‰. Prevalensi tersebut masih diatas rata-rata nasional, sedangkan di provinsi Jawa Timur angka penderita mencapai 36,32% dengan angka kematian 1 per 20 dari pada tingkat rehabilitasi maupun kesembuhannya, jika ditinjau dari gejalanya ada sekitar 10,5% dari 302.987 penduduk di Indonesia, serta 39,4% mengalami kecacatan permanen dan 38,7% dapat disembuhkan secara berkala. Menurut data dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek kasus stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke pada tahun 2019 tercatat sekitar 1.159 orang dan pada tahun 2020 menyebutkan ada sekitar 929 orang, rata-rata perbulannya sebanyak 89 orang (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2021). Pada tahun 2022 sebanyak 219 penderita stroke hemorragic dan 775 penderita stroke iskemik. Berdasarkan data yang didapat dari Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo pada tahun 2023 sebanyak 1.288 jiwa menderita stroke(Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo, 2023). Pada tahun 2024 mulai bulan Januari hingga bulan Maret jumlah kasus Stroke Iskemik di Ruang Unit

Stroke RSUD dr. Soedomo sebanyak 113 kasus (Register rawat inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek dalam KTI Pratitis, 2024). Sedangkan pada tahun 2025 berdasarkan hasil studi pendahuluan studi kasus yang dilakukan peneliti di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo didapatkan mulai bulan Januari sampai April jumlah kasus Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo sebanyak 124 kasus (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2025).

Stroke terjadi disebabkan pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (Juach et al., 2014). Penyebab dari stroke iskemik itu sendiri yaitu dari beberapa banyaknya faktor diantaranya yaitu usia, jenis kelamin, genetik, riwayat penyakit stroke atau serangan jantung sebelumnya, riwayat penyakit keturunan, hipertensi, merokok, penyakit jantung, obesitas, diabetes, alkohol, penggunaan kontrasepsi, dan hiperkolestroleemia. (Ariana & Pujarnoko, 2016). Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerotik atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerosis. Secara patologi didapatkan infiltrasi leukosit selama beberapa hari terutama pada daerah tepi infark. Matinya jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan otak tersebut, apabila tidak ditangani secara tepat. Penyakit ini dapat berakibat fatal dan berujung pada kematian. Meskipun dapat diselamatkan, kadang-kadang si penderita mengalami kelumpuhan pada anggota badannya, menghilangnya sebagian ingatan, atau menghilangnya kemampuan berbicara. Bentuknya dapat berupa lumpuh sebelah (hemiplegia), berkurangnya kekuatan sebelah anggota tubuh (hemiparesis), gangguan bicara, serta gangguan rasa di kulit wajah, lengan,

atau tungkai (Agromedia, 2009). Dampak dari stroke Iskemik yaitu dapat berakibat terjadinya kerusakan pada otak yang dapat mengakibatkan gangguan fungsi fisik dan sensorik, fungsi kognitif, kehilangan penglihatan, gangguan pendengaran, dan cara berkomunikasi. Penderita stroke juga dapat mengalami gangguan motorik ringan hingga berat yang biasanya berupa tanda klinis yaitu hemiplegi atau hemiparasi (Ariana & Pujarnoko, 2016).

Pelaksanaan asuhan keperawatan mempunyai peranan yang sangat penting pada pasien stroke di instalasi rumah sakit untuk menekan serendah-rendahnya dampak negatif yang ditimbulkan (Hartikasari, 2015). Penatalaksanaan stroke memerlukan penanganan secara tepat dan maksimal untuk mengurangi kecatatan atau kematian dengan cara farmakologis, non farmakologis, dan pencegahan stroke (Brunner & Suddart, 2013). Terapi farmakologis yaitu terapi menggunakan obat atau senyawa yang dalam kerjanya dapat mempengaruhi tekanan darah pasien, sedangkan terapi non farmakologis adalah terapi yang dilakukan tanpa menggunakan obat dalam proses terapinya. Penderita atau pasien stroke yang mengalami penurunan atau kelemahan memerlukan pencegahan sehingga jumlah penderita berkurang, peran perawat adalah untuk meningkatkan kekuatan otot. Pencegahan dan pengobatan yang tepat pada penderita stroke merupakan hal yang sangat penting. Stroke yang tidak mendapatkan penanganan yang baik akan menimbulkan berbagai tingkat gangguan, seperti penurunan tonus otot, hilangnya sensibilitas pada sebagian anggota tubuh, menurunnya kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh yang sakit dan ketidakmampuan dalam hal melakukan aktivitas tertentu (Bella et al., 2021). Orang yang mengalami kelemahan otot akan sangat bergantung kepada orang lain. Cara untuk meminimalkan

kecacatan setelah terjadi serangan stroke adalah rehabilitasi. Rehabilitasi pasien stroke salah satunya dengan terapi latihan ROM². Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada penderita stroke. Latihan ini adalah salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada penderita stroke paska perawatan di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanisme koping penderita (Bella et al., 2021). Pemberian terapi ROM pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari kaki atau pada bagian ekstermitas yang mengalami hemiparesis yang sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi dan latihan ROM untuk meningkatkan fleksibilitas sendi lutut. Hal ini didukung juga mengatakan bahwa kekuatan dari terapi ROM dapat menjadi terapi untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan kelemahan otot, pasien dengan tahap rehabilitasi fisik, dan pasien dengan tirah baring lama. Bahkan ROM sebagai salah satu bentuk latihan mobilisasi ini disebut mampu mencegah gangguan fungsional dan meningkatkan kemampuan fungsional jangka panjang, meningkatkan fungsi respirasi, serta mengurangi *length of stay* (LOS) di Rumah Sakit (Wahyu Hidayah et al., 2022).

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah ini dibatasi pada asuhan keperawatan yang diberikan pada klien Stroke Iskemik dengan komplikasi kesadaran composmentis, klien yang

kooperatif, lama hari di rawat lebih dari 3 hari di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan dan menganalisa kesenjangan antara teori dan fakta pada klien dengan Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien dengan diagnose Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Menetapkan diagnose keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan Strokelskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien dengan diagnose Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnose Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan diagnose Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 6) Menganalisa kesenjangan antara teori dan fakta pada asuhan keperawatan klien dengan Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

- 1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan untuk mengembangkan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik.
- 2) Penelitian ini diharapkan dapat sebagai sumber data bagi penelitian berikutnya khususnya yang terkait dengan asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi penulis diharapkan dapat digunakan menjadi pengetahuan dan menambah wawasan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik.
- 2) Bagi institusi pendidikan diharapkan sebagai tambahan informasi dan bahan kepustakaan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik
- 3) Bagi perawat rumah sakit di harapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan pedoman untuk melakukan monitoring atau supervisi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik.
- 4) Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menjadi panduan untuk penelitian pada asuhan keperawatan pada klien dengan

Stroke Iskemik.

- 5) Bagi pasien diharapkan dapat memberikan pengetahuan tentang informasi dalam keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik agar meminimalkan terjadinya resiko yang lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (*World Health Organization* [WHO], 2014). Stroke adalah suatu keadaan yang mengakibatkan seseorang mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009). Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (American Heart Association [AHA], 2015)

2.1.2 Klasifikasi

Stroke di bagi menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, yaitu:

1) Stroke Hemoragic

Merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan subarakhniod karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak (AHA, 2015). Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologik dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorang yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernapasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk, dan hemiplegia (Sylvia, 2005; Yeyen, 2013).

2) Stroke Iskemik

Merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015). Sumbatan tersebut

2.1.3 Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2012) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu:

- 1) Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang adalah penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari (Smeltzer & Bare, 2013)
- 2) Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral (Valante et al, 2015).
- 3) Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Valante et al, 2015).
- 4) Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif. Akibat

dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi. (Smeltzer & Bare, 2013)

Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi.

2.1.4 Faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat di ubah seperti :

1) Genetik

Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan dalam penanda aterosklerosis awal yaitu proses terjadinya timbunan lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. (Agustina & Raharjo, 2015)

2) Umur

Umur lebih tua lebih mudah untuk terkena stroke iskemik dibandingkan dengan usia muda. Hal ini berkaitan dengan teori degeneratif yang menyebabkan perubahan pada struktur dan fungsi pembuluh darah. (Made et al., 2019).

3) Jenis Kelamin.

Penelitian menunjukkan bahwa perempuan mengalami efek neuroprotektif sebelum menopause yang berkaitan dengan hormon estrogen dan cenderung memiliki risiko stroke yang lebih rendah

antara usia 40 sampai dengan 75 tahun dibandingkan dengan laki-laki, tetapi setelah 75 tahun, perempuan mengalami sekitar 50% risiko lebih besar untuk stroke daripada laki-laki. (Samai & Martin-Schild, 2015).

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi :

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi dapat memicu keadaan aterosklerosis yang dapat mendorong *Low Density Lipoprotein* (LDL) kolesterol untuk lebih mudah masuk dalam pembuluh darah dan menurunkan elastisitas pembuluh darah tersebut. (Yueniwati, 2014)

2) Diabetes Melitus

Diabetes memberikan dampak yang tidak baik pada jaringan tubuh, menyebabkan peningkatan deposit lemak atau pembekuan di bagian dalam dinding pembuluh darah dan dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. (American Stroke Association, 2018)

3) Kolesterol

Kadar kolesterol total yang tinggi akan menyebabkan terjadinya arteriosklerosis yang berperan dalam terjadinya stroke (Gofir et al., 2009)

4) Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko terjadinya stroke diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral (Tarwoto, 2013).

5) Merokok

Merokok dapat memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya arterosklerosis. Arterosklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah menjadi lambat. Selain itu merokok meningkatkan oksidasi lemak yang berperan dalam perkembangan arterosklerosis dan menurunkan jumlah HDL (kolesterol baik) atau menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan (Burhanuddin et al, 2012).

6) Alkoholik

Alkoholik dapat mengalami hipertensi karena sifat alkohol mengikat air, memperberat kerja jantung dan penurunan aliran darah ke otak (Hariyanto A, 2015).

7) Obesitas

Obesitas merupakan faktor predisposisi penyakit jantung dan stroke. Jika seseorang memiliki berat badan yang berlebihan maka jantung bekerja keras untuk memompa darah keseluruh tubuh sehingga dapat meningkatkan tekanan darah (Patel, 1995 dalam jurnal jatiningrum 2018).

8) Hiperkolesterolemia

Secara alamiah tubuh kita lewat fungsi hati membentuk kolesterol sekitar 1000 mg setiap hari dari lemak jenuh. Selain itu, tubuh banyak dipenuhi kolesterol jika mengonsumsi makanan berbasis hewani. Kolesterol inilah yang menempel pada permukaan dinding pembuluh darah yang semakin hari semakin menebal dan dapat menyebabkan penyempitan dinding pembuluh darah yang disebut arterosklerosis. Bila di daerah pembuluh darah menuju ke otot jantung terhalang karena penumpukan kolesterol maka akan terjadi serangan jantung. Sementara bila yang tersumbat adalah pembuluh darah pada bagian otak maka sering disebut stroke (Burhanuddin et al, 2012).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, ukuran lesi dan ada sirkulasi kolateral. Jika dalam waktu 24 jam tanda-tanda atau gejala hilang, maka dinyatakan

sebagai Transient Ischemic Attack (TIA) yang merupakan serangan kecil atau serangan awal stroke. Gejala klinis stroke meliputi:

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan anggota badan sebelah (hemipareis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di area korteks bagian frontal. Kerusakan ini bersifat kontralateral yang artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan control volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system syaraf otonom dan gangguan syaraf sensorik.

3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma)

Terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibat hipoksia.

4) Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut (Tarwoto, 2013):

a) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara termasuk dalam membaca, menulis, dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri

dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik, dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi pada area broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan pembicaraan. Afasia sensorik terjadi pada area wernicke yang terletak pada lobus temporal otak. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global tidak dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

b) Disartria (bicara cadel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama pada artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan otot bibir, lidah, dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

5) Gangguan pada area mata, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan lobus temporal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena

kerusakan pada saraf okulomotoris, troklearis, dan abduksen (saraf cranial III, IV, dan VI).

6) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan saraf krania IX (glossofarineus). Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

7) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

8) Vertigo, muntah dan nyeri kepala terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, edema serebri.

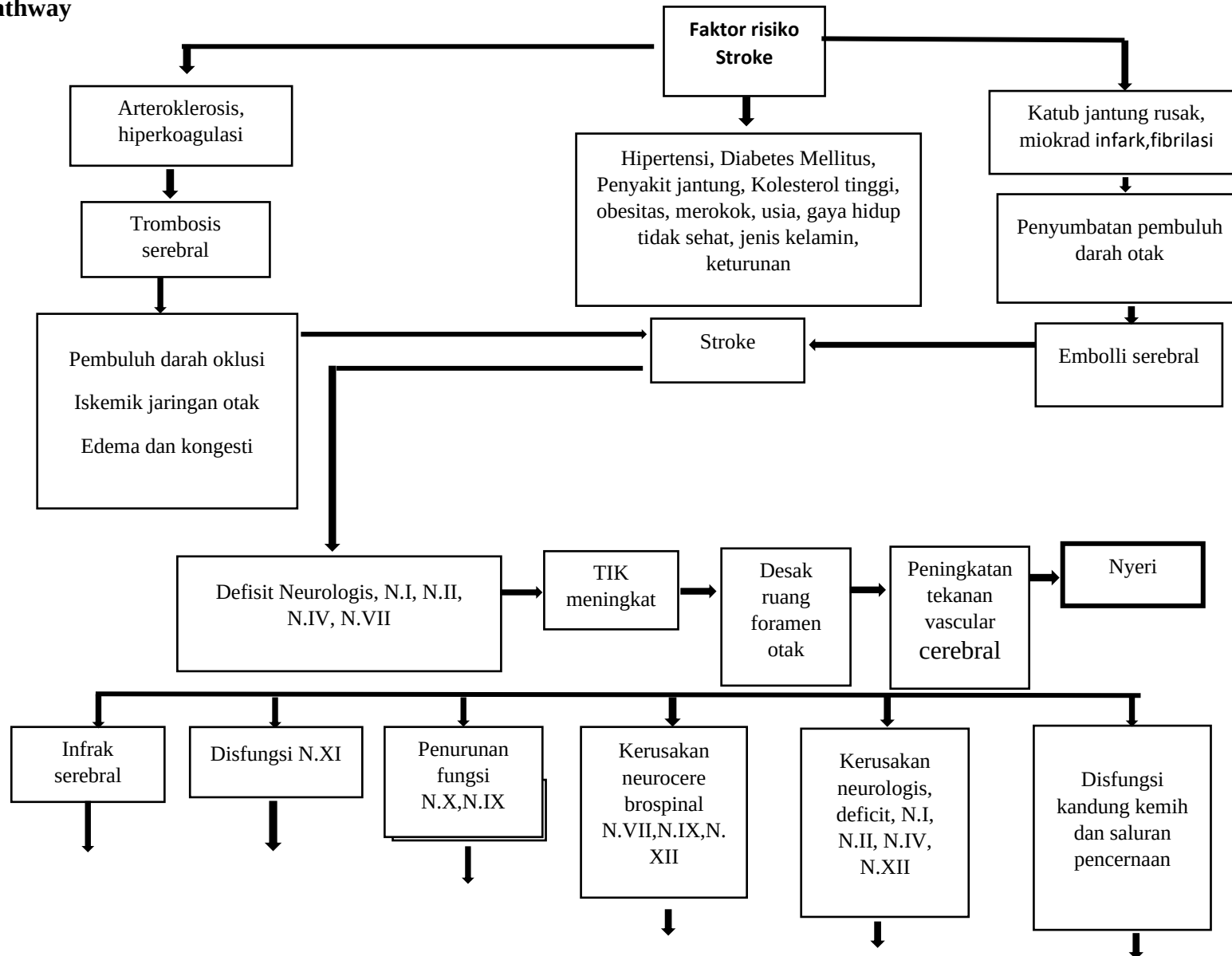
Tabel 2.1. Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif

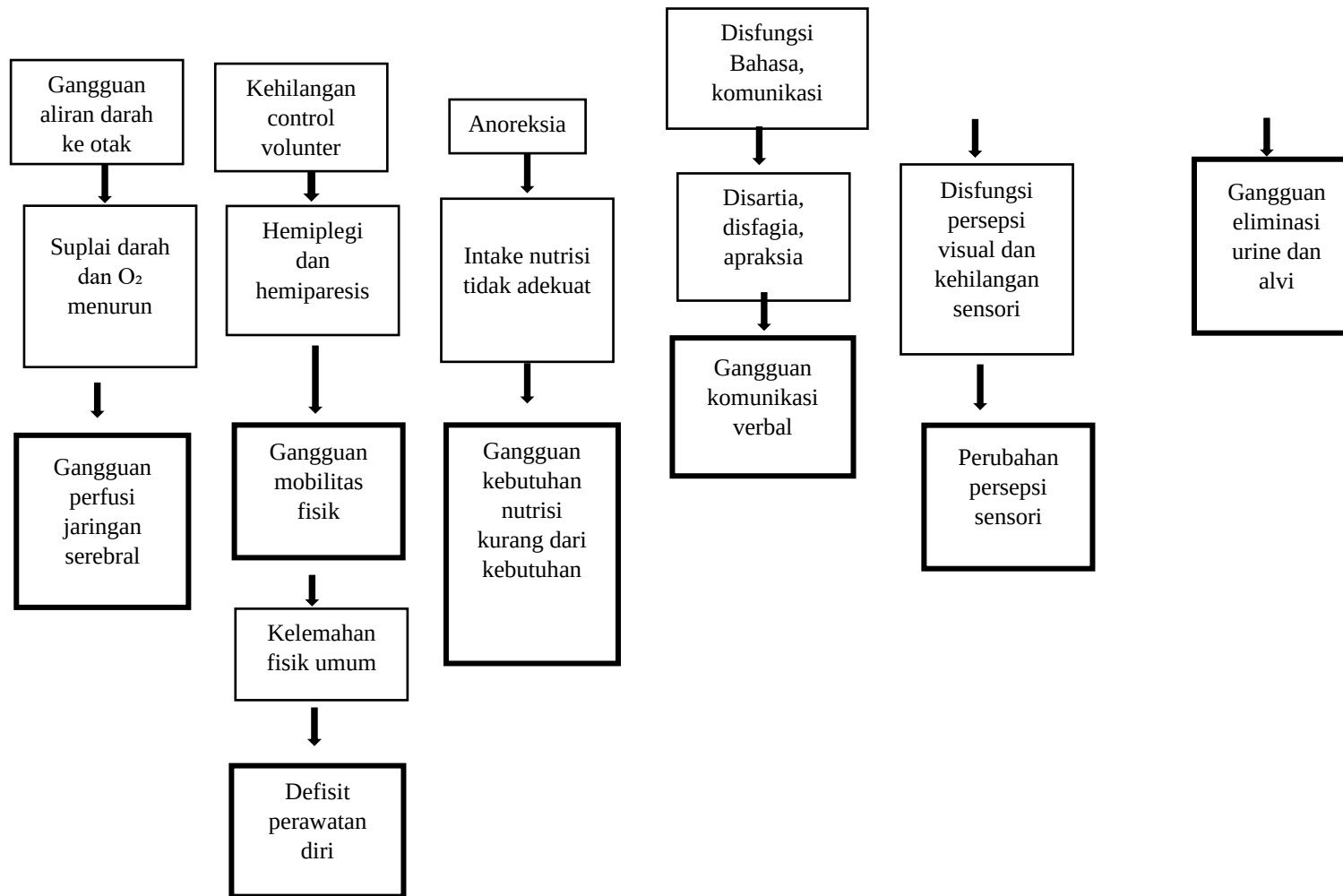
Compos Mentis	Keadaan pasien dalam sadar
<i>Apatis</i>	Keadaan pasien yang segan terhadap lingkungan, acuh tak acuh.
<i>Letargi</i>	Keadaan sadar tapi lesu dan mengantuk
<i>Delirium</i>	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor gelisah.
<i>Somnolen</i>	Keadaan pasien dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri tetapi kembali tidur.
<i>Sopor</i>	Keadaan mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri.
<i>Koma</i>	Keadaan kesadaran yang hilang dengan rangsangan apapun tidak akan timbul.

Tabel 2.2 Tingkat Kekuatan Otot

Skala	Ciri-Ciri
0	Otot sama sekali tidak mampu bergerak, berkontraksipun tidak, bila dilepaskan lengan dan tungkai akan jatuh, 100% pasif.
1	Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh
2	Mampu menahan <i>gravitasi</i> saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh
3	Dapat menahan tegak, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa
4	Gerakan normal penuh, menantang gravitasi dengan sedikit pertahanan (kekuatan kurang)
5	Kekuatan otot penuh

2.1.6 Pathway





Gambar 2.1 Patofisiologi

(Muttaqin A, 2008)

2.1.7 Uraian Patofisiologi

Menjabarkan patofisiologi penyebab terjadinya stroke sebagai berikut; faktor-faktor penyebab terjadinya stroke yang tidak dapat diubah

- genetic: keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan dalam penanda aterosklerosis awal yaitu proses terjadinya timbunan lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke,
- umur: lebih tua lebih mudah untuk terkena stroke iskemik dibandingkan dengan usia muda. Hal ini berkaitan dengan teori degeneratif yang menyebabkan perubahan pada struktur dan fungsi pembuluh darah,
- jenis kelamin: penelitian menunjukkan bahwa perempuan mengalami efek neuroprotektif sebelum menopause yang berkaitan dengan hormon estrogen dan cenderung memiliki risiko stroke yang lebih rendah antara usia 40 sampai dengan 75 tahun dibandingkan dengan laki-laki, tetapi setelah 75 tahun, perempuan mengalami sekitar 50% risiko lebih besar untuk stroke dari-pada laki-laki, sedangkan yang dapat diubah adalah hipertensi tekanan darah tinggi dapat memicu keadaan aterosklerosis yang dapat mendorong *Low Density Lipoprotein (LDL)* kolesterol untuk lebih mudah masuk dalam pembuluh darah dan menurunkan elastisitas pembuluh darah tersebut,
- diabetes mellitus: memberikan dampak yang tidak baik pada jaringan tubuh, menyebabkan peningkatan deposit lemak atau pembekuan di bagian dalam dinding pembuluh darah dan dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak,
- kolesterol: kadar kolesterol total yang tinggi akan menyebabkan terjadinya arteriosklerosis yang berperan dalam

terjadinya stroke, penyakit jantung: penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko terjadinya stroke diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral.

Menurut (Muttaqin A, 2008), Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan *control volunter* atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan *hemiplegi* dan *hemiparesis* akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah deficit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL. Kelemahan control otot *fasial/wajah* berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfagia/afasia*, *disartria* (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan ataupun pengecap mengakibatkan gangguan perubahan persepsi sensori.

Pada saluran pencernaan atas mengalami kesulitan menelan atau *disfagia* sehingga menimbulkan *anoreksia*. Akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan *eliminasi alvi* dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat

kelemahan otot *sfincter* sehingga menimbulkan masalah gangguan *eliminasi urine*.

2.1.8 Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011: 167) komplikasi stroke antara lain:

- a) Bekuan Darah Mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan, pembengkakan selain itu juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalirkan darah ke paru.
- b) Dekubitus
Bagian yang bisa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit bila memar ini tidak bisa dirawat bisa menjadi infeksi.
- c) Pneumonia
Pasien stroke tidak bisa batuk dan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkumpul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia.
- d) Atrofi dan kekakuan sendi
- e) Disritmia
- f) Peningkatan tekanan intra cranial
- g) Kontraktur
- h) Gagal nafas
- i) Kematian

2.1.9 Pencegahan

Pencegahan stroke stroke merupakan tindakan yang paling efektif untuk menghindari kematian, disabilitas, dan penderitaan. Orang yang pernah

terkena stroke memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalaminya kembali, terutama dalam satu tahun pertama setelah stroke. Tindakan untuk mencegah agar stroke tidak berulang, sama dengan menghindari serangan jantung, yakni mempertahankan kesehatan sistem kardiovaskuler dan mempertahankan aliran darah ke otak. Tindakan pertama yang harus dilakukan adalah mengontrol penyakit-penyakit yang berhubungan dengan terjadinya aterosklerosis. Secara umum, pengontrolan dapat dilakukan dengan menerapkan pola diet yang tepat dan olahraga yang teratur untuk mempertahankan kesehatan otak dan sistem saraf.

Faktor-faktor pencegahan stroke saling berkaitan satu sama lain dan saling mendukung mencegah stroke berulang (Sustrani, 2006).

1) Kendalikan tekanan darah

Hipertensi merupakan faktor tunggal yang paling penting dalam hal resiko stroke. Mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg dapat mengurangi resiko stroke hingga 75-85 persen. Pada pasien stroke disarankan untuk memeriksakan tekanan darah maksimal satu bulan sekali.

2) Kendalikan diabetes

Diabetes mellitus meningkatkan resiko stroke hingga 300 persen. Orang dengan tingkat gula darah yang tinggi, seringkali mengalami stroke yang lebih parah dan meninggalkan cacat yang menetap. Pengendalian diabetes adalah faktor penting untuk mengurangi faktor stroke.

3) Miliki jantung sehat

Penyakit jantung, secara signifikan meningkatkan resiko stroke. Bahkan, stroke kadangkala disebut sebagai serangan otak karena adanya persamaan biologis antara serangan jantung dan stroke. Kurangilah faktor resiko penyakit stroke seperti tekanan darah tinggi, merokok, kolesterol tinggi, kurang olahraga, kadar gula darah tinggi, dan berat badan berlebih.

4) Kendalikan kadar kolesterol

Kadar kolesterol tinggi berperan dalam mengembangkan aterosklerosis karotid, yaitu bahan lemak tertimbun di dalam pembuluh karotid, yaitu pembuluh darah yang memasok darah ke otak. Penyempitan pembuluhpembuluh inilah yang dapat meningkatkan resiko stroke. Menurut analisa dari 16 penelitian di Brigham and Women's Hospital di Boston, bila kadar kolesterol diturunkan hingga 25 persen maka dapat mengurangi resiko stroke sampai 29 persen.

5) Berhenti merokok

Perokok memiliki resiko 60 persen lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak merokok. Merokok dapat meningkatkan resiko tekanan darah tinggi dan cenderung untuk membentuk gumpalan darah, dua faktor yang berkaitan erat dengan stroke. Berbagai resiko stroke yang terkait dengan merokok dapat ditiadakan dalam dua hingga tiga tahun setelah berhenti merokok.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk memastikan jenis serangan stroke, letak sumbatan atau penyempitan pembuluh darah, letak perdarahan, serta luas jaringan otak yang mengalami kerusakan (Indarwati, Sari, & Dewi, 2008)

1) CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark (Wijaya & Putri, 2013)

2) Pemeriksaan magnetic resonance imaging (MRI)

Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik (Oktavianus, 2014). MRI mempunyai banyak keunggulan dibanding CT dalam mengevaluasi stroke, MRI lebih sensitif dalam mendeteksi infark, terutama yang berlokasi di batang otak dan serebelum (Farida & Amalia, 2009)

3) Pemeriksaan magnetic resonance angiography (MRA)

Merupakan metode non-invasif yang memperlihatkan arteri karotis dan sirkulasi serebral serta dapat menunjukkan adanya oklusi (Hartono, 2010)

4) Pemeriksaan ultrasonografi karotis dan dopler transkranial

Mengukur aliran darah serebral dan mendeteksi penurunan aliran darah stenosis di dalam arteri karotis dan arteri vertebralis selain menunjukkan luasnya sirkulasi kolateral. Kedua pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mengkaji perkembangan penyakit vaskular dan mengevaluasi efek terapi yang ditimbulkan pada vasospasme, seperti

yang terjadi pada perdarahan subaraknoid. Angiografi serebral merupakan prosedur invasif yang menggunakan media kontras untuk menunjukkan pembuluh darah serebral, kepatenan, dan lokasi stenosis, oklusi atau aneurisma. Pemeriksaan aliran darah serebral membantu menentukan derajat vasopasme (Hartono, 2010).

5) Pemeriksaan lumbal fungsi

Pemeriksaan fungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan (Oktavianus, 2014). Tekanan normal biasanya ada trombosis, emboli dan TIA, sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intrakranial (Wijaya & Putri, 2013).

6) Pemeriksaan EKG

Dapat membantu mengidentifikasi penyebab kardiak jika stroke emboli dicurigai terjadi (Hartono, 2010)

7) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan elektrolit, fungsi ginjal, kadar glukosa, lipid, kolestrol, dan trigliserida dilakukan untuk membantu menegakan diagnose(Hartono, 2010).

8) EEG (Electro Encephalografi)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik (Wijaya & Putri, 2014)

9) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obtruksi arteri, oklusi/ruptur (Wijaya & Putri, 2013)

10) Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid (Wijaya & Putri, 2013).

11) Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas (Doengoes, 2000) (Wijaya & Putri, 2013).

2.1.11 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terapi pada pasien strokie iskemik :

- 1) Terapi Non Farmakologi.
- 2) Terapi relaksasi (Terapi Musik Alfa)
- 3) Posisikan semi fowler
- 4) Cek jalan napas jika ada sumbatan bebaskan terlebih dahulu. Apabila jalan napas belum adekuat pasang selang oksigen dan berikan oksigen 1-2 liter/menit.
- 5) Kosongkan kandung kemih dengan kateter jika perlu

- 6) Jika pasien tidak mengalami gangguan menelan pasien bisa diberikan nutrisi peroral, tetapi jika terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran sebaiknya memasang NGT mobilisasi dan rehabilitasi dini jika terdapat kontra indikasi.
- 7) Terapi cairan Terapi cairan ini penting karena untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. Cairan cukup yaitu 6-8 gelas/hari, kecuali pada keadaan edema dan asites, cairan dibatasi. Pada umumnya kebutuhan cairan 30ml/kgBB/hari (parenteral maupun enteral).
- 8) Terapi oksigen Kontrol tekanan intra cranial
- 9) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- 10) Mempertahankan rentang gerak sendi (ROM) Menurut Smeltzer dan Bare (2007), penatalaksanaan fase rehabilitasi pada stroke meliputi pemberian posisi, posisi tidur yang tepat, posisi tangan dan jari dan mengubah posisi.
- 11) Terapi obat-obatan:
Menurut Tarwoto (2013), terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke yaitu stroke iskemia dan stroke hemoragik.
 1. Pemberian obat trombolisis.
 2. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoxin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada hipertensi.
 3. Trombolitik (Streptokinase)
 4. Obat anti hipertensi
 5. Antiplatelet atau antitrombolitik (Acetylsalicylic acid dan Ticlopidin)
 6. Antikoagulan (Heparin)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami baik aktual maupun potensial. Proses keperawatan digunakan oleh perawat sebagai kerangka fikir untuk mengidentifikasi respon pasien terhadap masalah kesehatan dan membantu pasien dalam mencapai tingkat kesehatan, kesejahteraan dan adaptasi yang maksimal terhadap gaya hidup (Manurung, 2011).

2.2.1 Pengkajian Data

Pengkajian Data adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisanya, sehingga dapat mengidentifikasi masala-masalah yang dialami pasien. Data pengkajian ini dapat diperoleh secara langsung dari pasien maupun keluarga, catatan perkembangan, catatan medis dan sumber lainnya.

1) Pengumpulan Data

a) Identitas pasien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama suku/bangsa alamat, tanggal dan jam MRS dan diagnosa medis (Tarwoto, 2013).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).

b) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak lain. (Tarwoto, 2013).

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013).

d) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus (Tarwoto, 2013).

e) Pola-pola fungsi kesehatan

- 1) Pola pemenuhan nutrisi Biasanya ada Riwayat perokok, penggunaan alcohol, penggunaan obat kontrasepsi oral (Muttaqin, 2008).
- 2) Pola eliminasi Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Dongoes, 2000)
- 3) Pola aktivitas dan latihan Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah Lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang (Tarwoto, 2013).
- 4) Pola tidur dan istirahat Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot/nyeri otot (Tarwoto, 2013).
- 5) Pola hubungan dan peran Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. (Doenges, 2000).
- 6) Pola persepsi dan konsep diri Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. (Doenges, 2000).
- 7) Pola sensori dan kognitif
 Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Tarwoto, 2013).

8) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin. (Doenges, 2000).

9) Pola mekanisme koping Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. (Doenges, 2000).

10) Pola tata nilai dan kepercayaan Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. (Doenges, 2000).

11) Riwayat psikososial Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, pasien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

f) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan pada pasien stroke yaitu:

a) Keadaan umum

Biasanya klien stroke mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (cheplgia) , penurunan kesadaran (apatis,

somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).

Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.

Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

b) Tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

c) Pemeriksaan integumen

(1) Kulit :

Menurut (Mahyar, 2010) pemeriksaan pada kulit dilihat dari warna kulit apakah pucat atau sianosis, peningkatan suhu tubuh diatas normal, turgor kulit cenderung normal kembali <2 detik.

(2) Kuku :

Pemeriksaan kuku perlu dilihat kondisi, warna, tekstur, kelembaban, terdapat edema atau tidak, terdapat clubbing finger dan sianosis atau tidak, CRT cenderung normal kembali <2 detik. (Mahyar, 2010)

(3) Kepala :

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi (Tarwoto, 2013).

(4) Rambut

Penyebaran rambut, alopesia, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala (Tarwoto, 2013).

(5) Mata:

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan lobus temporal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Tarwoto, 2013).

(6) Muka:

Umumnya pada muka tidak simetris ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis (Tarwoto, 2013).

(7) Hidung

Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas nyeri pada hidung (Muttaqin, 2008)

(8) Mulut dan faring

Kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) atau *hemiplegia (paralisis)* yang timbul secara mendadak. mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf. *Disfagia* atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan *glottis* menutup, kemudian makanan masuk ke *esophagus*. (Tarwoto, 2013)

(9) Leher

Kaku kuduk jarang terjadi (Muttaqin, 2008).

d) Pemeriksaan Dada/Thorax

Pemeriksaan dada/thorax pada pasien stroke meliputi:

1) Pemeriksaan sistem pernafasan

Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk

dada cekung), barrel chest (mengembung), Pemeriksaan dada frekuensi pernapasan (Doenges & Marilyn, 2000).

2) Pemeriksaan jantung

Pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung (Doenges & Marilyn, 2000)

e) Pemeriksaan abdomen

Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma), suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung. Adanya inkontinensia alvi atau tidak yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Doenges & Marilyn, 2000).

f) Pemeriksaan genetalia, anus

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine (Doenges & Marilyn, 2000)

g) Pemeriksaan ekstermitas Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

h) Pemeriksaan neurologi

Pengkajian saraf otak Ada 12 saraf kranial (Mutaqin, 2008) yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf Kranial 2 Optik: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.
3. Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
4. Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
5. Nervus 5 Trigeminus: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau sic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.
6. Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral,

etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.

7. Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
8. Nervus 8. Vestibularis: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
9. Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian.
10. Nervus 10 vagus Gangguan, nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.
11. Nervus 11 Assesorius: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot

trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus accessorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.

12. Nervus 12 Hipoglossus: Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat dijulurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam

i) Tes diagnostic (Tarwoto, 2013)

1. MRI (Magnetic Resonance Imaging): menunjukkan daerah yang infark dan hemoragik. CT scan (Computerized Tomografi Scanning): mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak

2. EEG (Elektro Encephalografi): mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
3. Angiografi Serebral mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau reptur
4. ECG (Elektro Kardiogram): mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke
5. Pemeriksaan darah lengkap: Hb, leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit
6. Lubl pungsi

2.2.2 Analisa Data

Menurut Setiawan (2012), Analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk mengkaitkan data klien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan keperawatan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien.

2.2.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI,2017).

Diagnosa keperawatan menurut (SDKI, 2017) pada stroke diantaranya sebagai berikut :

1) Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif (D.0017)

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Hipertensi
- d) Peningkatan Tekanan Darah
- e) Kekurangan volume cairan
- f) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- g) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup, monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi)
- h) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis diabetes melitus, hiperlipidemia)

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Pengisian Kapiler<3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)	1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0,90 4. Bruit femoral

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskulosekeletal
- b) Gangguan neuromaskular
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi minat

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menolak melakukan perawatan diri	1. Tidak mampu mandi / mengenakanpakaian / makan/ ke toilet / berhiassecara mandiri 2. Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

Definisi : Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan

- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
- d) Faktor ekonomi
- e) Faktor psikologis

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Definisi : penurunan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromaskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskulusekelestial
- e) Disatria
- f) Kelainan platum
- g) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotirooidektomi)
- h) Hambatan individu (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- i) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- j) Hambatan lingkungan (ketidak cukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	Tidak mampu berbicara atau mendengar
	Menunjukkan respon tidak sesuai

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mendengarkan suara bisikan atau melihat bayangan	1. Distorsi sensori
2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, atau pengecapan	2. Respon tidak sesuai
	3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orangatau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri

6) Gangguan Eliminasi Urine (D. 0040)Penyebab :

- a) Iritasi kandung kemih
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda –tanda gangguan
- c) Efek tindakan medis dan diagnostic
- d) Kelemahan otot pelvis
- e) Ketidakmampuan mengakses toilet
- f) Hambatan lingkungan
- g) Ketidakmampuan mengakses toilet
- h) Hambatan lingkungan
- i) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- j) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- k) Imaturitas

Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Desakan berkemih	1. Distensi kandung kemih
2. Urine menetes	2. Berkemih tidak tuntas
3. Sering buang air kecil	3. Volume residu urin meningkat
4. Nokturia	
5. Mengompol	
6. Enuresis	

Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular

- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan
- t) Gangguan sensori persepsi

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang Gerak (ROM) menurun

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakkan tidak terkoordinasi
3. Mersa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019). Menurut Standar Intervensi Indonesia (2013), intervensi dari diagnose CVA diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013)

Tabel 2.13 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

No	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Gangguan perfusi jaringan Perifer berhubungan dengan hipertensi (D.0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyerikepala, mual, dan kejang 3) GCS 4,5,6 4) Pupil isokor 5) Reflek cahaya (+) TTV normal	Observasi : 1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2) Monitor perubahan kulit 3) Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) Terapeutik : 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya(terlalu panas atau dingin) Edukasi : 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol 8) Anjurkan minum obat pengontroltekanan darah secara rutin	1) Untuk mengetahui penyebab perubahan sensasi 2) Untuk mengetahui perubahan kulit 3) Untuk mengetahui sirkulasi perififer (mis.nadi perifer, edema, pengisiankapiler) 4) Untuk mencegah terjadinya infeksi 5) Supaya tekanan darah stabil 6) Supaya kolestrol stabil denganpemberiaan obat

2.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular (D.0109)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan diri Kriteria hasil: 1) Klien menunjukan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri 2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik : 4) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi : 8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian 3) Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan 4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri 5) Dengan adanya dukungan dari keluarga maka klien merasa senang 6) Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri
----	--	---	---	---

3. Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil : 1) Intake makanan adekuat 2) Anemis tidak ada 3) Berat badan ideal 4) Tanda tanda vital normal 5) Hb dan tanda albumin normal 6) Lingkar pasien normal	Observasi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Monitor berat badan 4) Identifikasi makanan yang disukai Terapeutik : 5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori Edukasi : 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
---	---	---

4. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromaskular (D.0119)	Setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal Kriteria hasil: Keluarga mengungkapkan pelayang di alami klien berkurang. Klien berkomunikasi dengan jelas. Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.	Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik : 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan dan komputer) 5) Ulangi apa yang disampaikan pasien 6) Berikan dukungan psikologis Edukasi : 7) Anjurkan bicaraperlahan Kolaborasi : 8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
---	--	---

5. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu memethankan fungsi sensori dengan kriteria hasil : 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan	Observasi : 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala Terapeutik : 4) Pertahankan lingkungan yang aman 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal hari ini 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori Edukasi : 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) 9) Ajarkan cara
---	--	---

			meminimalisasi stimulus Kolaborasi : 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan 11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus 12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu
6.	Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan klien mampu BAK dengan normal dengan kriteria hasil : 1) Pola BAK normal 2) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK 3) Kulit bersih dan kering Terhindar dari infeksi	Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) 4) Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu Edukasi :

			6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih 8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi : 9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi. Bertambahnya kekuatan otot Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum selama melakukan Mobilisasi Terapeutik : 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 5) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : 7) Jelaskan tujuan dan

prosedur mobilisasi

8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

9) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)

2.2.5 Implementasi

Langkah ke empat dalam proses keperawatan dimulai setelah melakukan rencana keperawatan atau intervensi, dengan rencana keperawatan yang relevan dan jelas implementasi keperawatan dapat membantu pasien mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan serta dibutuhkan untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan pasien (potter, et.al., 2020). Implementasi keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2019). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.26 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan pasien, perawat dan anggota tim kesehatan lainnya (Padila, 2012). Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terancang tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan

tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi,2019).

Hasil yang diharapkan pada evaluasi pasien stroke iskemik meliputi:

- 1) Mencapai peningkatan mobilisasi
 - a) Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop
 - b) Berpartisipasi dalam program latihan
 - c) Mencapai keseimbangan saat duduk
 - d) Penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia
- 2) Dapat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat
- 3) Pembuangan isi kandung kemih dapat diatur
- 4) Berpartisipasi dalam program meningkatkan kognisi
- 5) Adanya peningkatan komunikasi
 - a) Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme koping
 - b) Tidak terjadi komplikasi
- 6) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk pasien
- 7) Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP, yaitu:

S: Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose keperawatan

A: Analisis dan diagnose

P: Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.

2.2.7 Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Penelitian

Rancangan penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikianrupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yangdipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat danpedoman untuk mencapai tujuan tersebut (Setiadi, 2013). Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan study kasus. Study Kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2014).

Menurut Creswell (2014) studi kasus merupakan strategi penelitian untuk menyelidiki secara cermat suatu hal dengan pengumpulan informasi lengkap menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data. Penelitian deskriptif kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dimulai pengkajian,merumuskan diagnosa keperawatan, merumuskan intervensi keperawatan, penatalaksanaan intervensi dengan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik di ruang unit stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah definisi yang berkenaan dengan judul atau permasalahan penelitian. Batasan istilah dalam penelitian ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Asuhan Keperawatan merupakan tindakan yang digunakan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif yaitu meliputi pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Stroke iskemik merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya thrombus atau embolus. Stroke iskemik dengan komplikasi merupakan suatu kondisi dimana terdapat penyakit komplikasi lainnya seperti decubitus, pneumonia, dan lain-lain. Peneliti akan melakukan penelitian pada klien dengan kondisi dengan adanya komplikasi, klien yang kooperatif, keadaan composmentis dan mendapat lama hari rawat lebih dari 3 hari.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa medis yaitu Stroke Iskemik dengan kriteria pasien yang kooperatif, pasien dengan diagnosis Stroke Iskemik dengan komplikasi, pasien yang mendapatkan lama hari rawat lebih dari 3 hari di Ruang Unit stroke, klien dengan komplikasi dan bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian. Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini berjumlah satu orang.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik dilaksanakan di ruang rawat inap Unit Stroke RSUD dr. Soedomo yang akan dilaksanakan pada 26 Februari-14 April 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan bahan/instrumen pengumpulan data yaitu dokumen wawancara terstruktur, pedoman observasi, pengukuran dengan alat (tensimeter, termometer, dll), alat pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan. Menurut Sugiyono (2007), pada penelitian kualitatif teknik pengumpulan data yang utama yaitu observasi partisipan, wawancara, mendalami study dokumentasi dan gabungan ketiganya.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data menurut (Suryono, 2013) meliputi empat tahap yaitu:

- 1) Tahap persiapan

- a. Peneliti menguus surat perizinan dan mendapat dua blanko untuk diisi judul, tempat dan tanggal melakukan penelitian yang ditanda tangani oleh penguji 1 dan juga penguji 2. Setelah mendapat surat pengantar ijin melakukan penelitian dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang. Kemudian peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian yang di tujukan pada Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek perihal ijin melaksanakan penelitian (studi kasus). Selanjutnya mendapat surat balasan dari pihak RSUD setelah 1 minggu surat pengantar masuk dan pada akhirnya mendapatkan jawaban persetujuan.
- b. Peneliti mendapat surat jawaban dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 14 Maret 2025 dengan nomor 000.9/119/406.010.001/18.00/2025 yang menyatakan tidak keberatan perihal ijin melaksanakan penelitian dan surat yang ditujukan kepada Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.
- c. Peneliti langsung melakukan proses administrasi dan memberikan surat persetujuan dari Direktur Rumah Sakit kepada Kepala Ruang Unit Stroke ruangan. setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Kaprodi D III Keperawatan Trenggalek, peneliti bekerja

sama/berkoordinasi dengan Kepala Ruang Unit Stroke dan perawat yang lainnya untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap Kontrak

Peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data. Waktu pelaksanaan wawancara menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan sedangkan tempat pelaksanaan mempertimbangkan lokasi nyaman, tenang, dan mempermudah partisipan yaitu di bed partisipan. Partisipan menyetujui kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati. Peneliti memberikan lembar inform consent dan lembar persetujuan menjadi responden kepada keluarga partisipan untuk dimintakan tanda tangan.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah (KMB) dan dimulai dari pengkajian yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan klien, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Tahap pelaksanaan diakhiri dengan melakukan validasi hasil wawancara dan membuat kontrak berikutnya dengan partisipan

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa peneliti sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada parstisipan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (Credibility), keteralihan (Transferability), kebergantungan (Dependability) dan kepastian (Confirmability) (Sugiyono, 2011).

3.6.1 Credibility (kepercayaan)

Credibility bermakna kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian yang dilakukan tidak meragukan sebagai karya ilmiah. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (clinical instructure), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Transferability (keteralihan)

Transferability adalah sejauh mana hasil penerapan suatu studi kasus pada suatu objek studi kasus dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang

sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.6.3 Dependability (kebergantungan)

Dependability merupakan kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Misalnya saja kita menggabungkan dua metode pengumpulan data yaitu wawancara dan observasi.

3.6.4 Confirmability (kepastian)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak - pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing satu, dua dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data klien pada saat melakukan asuhan keperawatan

3.7 Analisis Data

Analisa data merupakan sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode atau tanda dan mengkategorikannya sehingga diperoleh suatu temuan berdasarkan fokus atau masalah yang ingin dijawab (Gunawan, 2013). Prinsip analisis studi kasus merupakan jenis penelitian kualitatif yang diawali dari proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaa fisik,

maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan, Sugiono, (2007). Peneliti dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Stroke Iskemik di ruang Anggrek RSUD dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisa secara sistematis. Penjelasan tahapan analisa data pada penelitian ini adalah sebagai berikut

3.7.1 Proses Mencari

Peneliti memulai proses mencari data dengan menemukan partisipan yang memenuhi kriteria. Peneliti memperoleh data dari anamnesis secara mendalam dengan menanyakan identitas, riwayat penyakit, pola aktivitas sehari-hari, pola kognitif dan sensori persepsi, pola peran dan hubungan atau interaksi sosial, pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress, pola seksualitas dan nilai serta pemeriksaan fisik. Peneliti melakukan TTV dan pemeriksaan persistem dengan cara inspeksi, palpasi dan perkusi menggunakan nursingkit.

3.7.2 Tahap Menyusun

Peneliti menyusun data dari anamnesis dan pengkajian yang dimulai dari analisa data, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melakukan tindakan yang telah direncanakan, mengevaluasi dan mencari perkembangan klien

3.7.3 Analisa Data

Peneliti menganalisis data dengan melakukan pemilihan data- data yang telah ada. Dan menemukan kesenjangan antara teori dan fakta. Kesenjangan diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah difahami semuanya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etika Penelitian

Etika peneliti adalah acuan moral bagi peneliti dalam melaksanakan proses penelitian untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Etika penelitian berkaitan dengan beberapa norma, yaitu norma sopan-santun yang memperhatikan konvensi dan kebiasaan dalam tatanan di masyarakat, norma hukum mengenai pengenaan sanksi ketika terjadi pelanggaran, dan norma moral yang meliputi itikad dan kesadaran yang baik dan jujur dalam penelitian. Etika penyusunan KTI harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

3.8.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2008)

3.8.2 Confidentially (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2008)

3.8.3 Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008)

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Tn. “G” dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 10 April 2025 sampai tanggal 12 April 2025. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong kedalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Unit stroke memiliki 22 kamar meliputi 2 HCU, 6 Kamar perawatan kelas 1, 2 kamar perawatan kelas 2 dan 12 kamar perawatan kelas 3. Penyakit dalam pada Ruang Unit Stroke terdiri dari penyakit pada system persyarafan, seperti Stroke, Tumor Otak. Di ruang Unit Stroke terdapat 15 paramedis, 1 Administrasi dan 3 Cleaning Service. 15 paramedis sendiri diantaranya 1 Kepala Ruang, 2 Ketua Tim, 4 Ketua Shift dan 8 Perawat Pelaksana. Ruang Unit stroke memiliki beberapa ruangan lain yaitu 1 ruang konsultasi, 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang obat dan tindakan, 1 ruang mencuci tangan, 1 ruang gym, 1 ruang peralatan dan 9 kamar pasien.

4.1.2 Identitas Umum

1) Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Umum

Nama	Tn. G
Jenis Kelamin	Laki-laki
Umur	59 tahun
Suku/ bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SD
Pekerjaan	Kuli bangunan
Alamat	RT 19/RW 07, Surenlor Bendungan Trenggalek
Status Perkawinan	Kawin
Tgl masuk/ Jam masuk	09 April 2025 jam 16.00 WIB
Ruang / Kelas	Unit Stroke/ III
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	10 April 2025 jam 14.30 WIB

2) **Diagnosa Medis** : CVA Infark

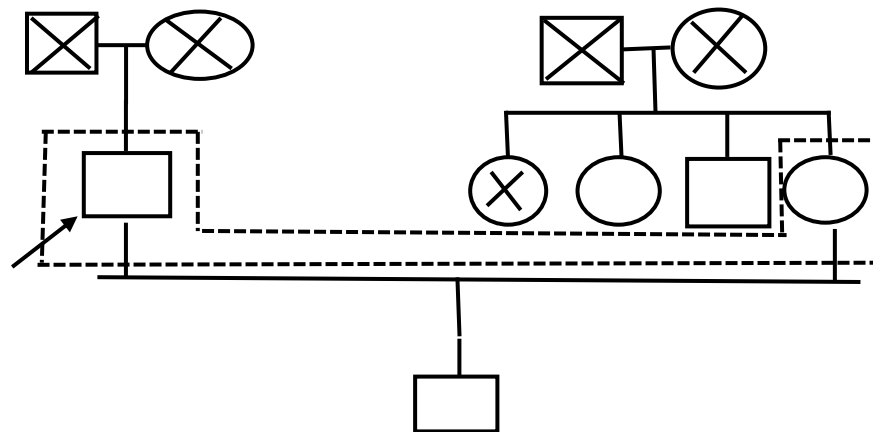
3) **Keluhan Utama**

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : klien mengatakan badannya tiba-tiba lemas, tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan secara pelo, klien mengatakan pusing dan nyeri dibagian belakang kepala Saat Pengkajian : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing.
Riwayat Penyakit Saat Ini (PQRST)	Klien mengatakan pusing mulai tanggal 09 April 2025, sehabis pulang dari menjenguk tetangga klien tidur siang jam 13.00 WIB, kemudian klien bangun tidur tiba-tiba glieng terus lemes kaki dan tangan sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara sedikit pelo. Lalu pukul 15.00 dibawa oleh istri dan anaknya, sampai di IGD pukul 16.00 WIB. Lalu pukul 18.00 klien dibawa pindah ke Ruang Unit

		Stroke untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut P : pusing dirasakan setelah bangun tidur Q : pusing terasa berputar-putar R : pusing dirasakan di kepala bagian belakang S : pusing terasa cekut-cekut T : pusing hilang timbul selama 10 menit
Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu		Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi sejak 1 tahun yang lalu. Klien mengatakan tidak control dan hanya minum obat penurun tensi yan dibeli secara bebas di apotik dan klien tidak memiliki alergi.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Kesehatan	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau.

Genogram :



Keterangan :



: Perempuan



: Pasien



: Laki-laki



: Tinggal Serumah



: Meninggal Dunia

4) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di RS
1.	Makan dan Minum Makan	Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan komposisi jenis makanan nasi, sayur dan lauk. 1 porsi makan habis, $\pm$ 15 sdm	Klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 3x sehari pagi, siang dan sore. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan komposisi makanan nasi, sayur dan lauk. Klien mengatakan menghabiskan satu porsi makanan yang diberikan.
	Minum	Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari.	Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 1 liter (1 aqua tanggung).
2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien BAB 1x .
	BAK	Klien mengatakan BAK 4-7x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK sering $\pm$ 3-5x sehari menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.
3.	Pola Istirahat/ Tidur	Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB saat adzan subuh. Klien mengatakan jarang tidur siang.	Klien mengatakan selama dirumah sakit, klien sering terbangun saat tidur karena kepala yang sedikit pusing. Klien mengatakan tidur siang pukul 13.00-14.30 WIB dan tidur malam pukul 22.00 WIB.
4.	Kebersihan Diri	Klien mengatakan saat dirumah klien mandi 2x	Keluarga klien mengatakan selama di

sehari pagi dan sore dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari dan keramas 1x hari sekali.	rumah sakit klien hanya disibin dan diganti baju 2x sehari pagi dan sore dibantu oleh keluarga. Keluarga mengatakan selama dirumah sakit klien belum sikat gigi hanya berkumur dengan listerine setelah makan. Selain itu klien selama dirumah sakit belum keramas.
---	---

5) Riwayat Psikososial

a) Konsep Diri

Tabel 4.4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini.
Ideal Diri	Klien sangat optimis bisa sembuh dari kondisi yang di derita saat ini.
Harga Diri	Klien saat sakit sering berkumpul dengan tetangga.
Peran	Klien berperan sebagai seorang ayah kepala keluarga (tulang punggung) dan kakek
Identitas Diri	Klien bernama Tn. G berusia 59 tahun, jenis kelamin laki-laki, ia sebagai seorang ayah dari anaknya dan seorang kakek dari cucu-cucunya, ia tinggal di Surenlor, Bendungan. Klien bekerja sebagai kuli bangunan

b) Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan hubungan antara klien dengan keluarganya harmonis dengan lingkungan di sekitarnya tidak memiliki masalah.

Klien dapat mengenali lingkungan sekitarnya

c) Pola Seksual

Klien merupakan seorang suami, klien berjenis kelamin laki-laki, sudah menikah dan memiliki 1 orang laki-laki.

d) Pola Mekanisme Koping

Ketika klien memiliki masalah klien selalu berdoa kepada Allah SWT dan membicarakan masalahnya kepada keluarga klien baik istri maupun anaknya untuk mencari jalan keluarnya.

e) Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik
Bahasa yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa Jawa campur Bahasa Indonesia
Kemampuan Bicara	Bicara klien sedikit pelo
Kemampuan membaca	Klien dapat membaca tulisan
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien baik tidak ada masalah, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT dan sebagai penggugur dosanya

f) Pola Keyakinan dan Nilai

Klien saat masih dirumah klien selalu melaksanakan salat 5 waktu, mengenai sistem kepercayaan klien dengan keluarga tidak ada bertentangan dengan tindakan medis yang dijalani pasien, klien menganut agama Islam dan rajin melakukan ibadah saat di rumah, saat di rumah sakit klien selalu berdoa untuk kesembuhannya dan klien menganggap sakitnya ini sebagai penggugur dosanya

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan sebelah kanan.
b. Tanda-tanda vital	TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%
c. Pemeriksaan kepala dan leher	
1. Kepala dan Rambut	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah simetris. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.
2. Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan sedikit kabur/buram
3. Telinga	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
4. Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.
5. Mulut	Bibir tidak simetris. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, gigi sedikit ompong, mukosa bibir lembab, tidak mengalami kesulitan menelan, bicara seikit pelo, sulit berbicara.
6. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
d. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi.

	Palpasi : Turgor kulit <2 detik, akral hangat, CRT <2 detik, suhu tubuh 36,3 °C				
e. Pemeriksaan dada/ thorax 1. Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, frekuensi nadi 69x/menit Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup				
2. Pemeriksaan Paru	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i>, pernapasan <i>reguler</i>; tidak ada <i>retraksi intercostrat</i>. Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan.				
f. Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, aerola bewarna kecoklatan Palpasi : tidak teraba adanya benjolan				
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada <i>lesi</i>. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : bising usus terdegar 15x/menit				
h. Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.				
i. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, akral teraba dingin, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot <table> <tr> <td>5</td><td>1</td></tr> <tr> <td>5</td><td>1</td></tr> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 1: ada pergerakan tonus otot	5	1	5	1
5	1				
5	1				
j. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (+) (-) -Bisep (+) (-) -Patella (+) (-)				

Kemampuan Sensorik	<i>Reflek Patologis :</i>
	- <i>Babinski</i> (+) (-)
	- <i>Chaddock</i> (+) (-)
Kemampuan Motorik	Sensasi Nyeri (+)
	Sensasi Panas dan Dingin (+)
	Penciuman (+)
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. 2. Opticus : penglihatan klien sedikit buram/kabur, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding. 3. Okulomotorius : pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) 4. Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah 5. Trigeminus : reflek berkedip klien positif 6. Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri 7. Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi 8. Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang. 9. Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan. 10. Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan 11. Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan 12. Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah

6) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
09 April 2025	Hemoglobin	16.9	g/dL	13.5-18.0
	Hematokrit	52.4	%	42.0-51.0
	Lekosit	8.5	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-10.5
	Trombosit	213	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
	Eritrosit	5.77	Juta/ μL	3.50-4.76
	MCV	90.7	fL	78.0-100.0
	HCH	29.2	pg	31.0-37.0
	MCHC	32.2	g/dL	37.0-54.0
	RDW-SD	42.7	%	37.0-54.0
	RDW-CV	13.1	%	11.0-16.0
	PDW	16.3	fL	9.0-17.0
	MPV	9.0	fL	37.0-72.0
	Basofil#	00.0	$10^3/\mu\text{L}$	<0.1
	Eosinofil#	0.3	$10^3/\mu\text{L}$	0.0-14.0
	Neutrofil#	3.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6
	Limfosit#	2.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
	Monosit#	0.5	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0
	Glukosa Darah	152	mg/dL	<180.0

b) CT Scan kepala tanpa kontras (10/04/2025) jam 17.58 WIB

- (1) *Sub acute-Chronic ischemic infarction* di pericornu anterior ventrikel lateralis et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons

(2) Tak nampak ICH

(3) *Ateroklerosis* MCA bilateral

c) Thorax PA/AP (10/04/2025) jam 17.58 WIB

(1) Cardio megaly disertai elongasi aorta

(2) Suspek bronchitis DD/Congestive pulmonum

(3) ECG : Sinus Rhythm

ECG Normal

d) Kimia Klinik (09-04-2025)

Tabel 4.8 Kimia Klinik

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	23.2	u/L	10.0-40.0
SGPT	23.3	u/L	10.0-30.0
UREUM	21.9	mg/dL	15.0-55.0
CREATININ	0.9	mg/dL	0.9-1.3
HbA1c	5.9	%	< 5.8 (Normal) 5.8-6.9 (Pre Diabetes) > 6.9 (Diabetes)
Kolestrol Total	216.8	mg/dL	140-200
Triliserida	320.2	mg/dL	40-150
HDL Kolestrol	46.9	mg/dL	Hig>= 60 Low< 40
LDL Kolestrol	88.2	mg/dL	Optimal < 100
Asam Urat	4.5	mg/dL	3.5-7.2

7) Penatalaksanaan (Terapi/ Pengobatan)

Tabel 4.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
10 April 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
	Ranitidine 2x1 mg	Intravena

	Santagesik 3x1 mg	Intravena
11 April 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
	Santagesik 3x1 mg	Intravena
12 April 2024	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.10 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : - Klien mengatakan merasa pusing dan kepala bagian kepala sedikit cunut-cunut Do : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran compos metis 3. Kaki dan tangan tidak bisa digerakan sama sekali 4. CRT <2 detik 5. Turgor kulit <2 detik P : pusing dirasakan setelah bangun tidur Q : pusing terasa berputar-putar R : pusing dirasakan di kepala bagian belakang S : pusing terasa cekut-cekut T : pusing hilang timbul selama 10 menit TTV TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% - Hasil CT Scan 1. <i>Sub acute-Chronic ischemic infarction</i> di pericornu anterior ventrikel lateralis et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons 2. Tak nampak ICH 3. <i>Ateroklerosis</i> MCA bilater	Gngguan perfusi jaringan cerebral tidak efektif	Hipertensi

2.	Ds : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan Do : - Keadaan umum lemah - Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas - ADL dibantu keluarga dan perawat - BAK menggunakan pispot - Personal hygiene : disibin, di gantikan baju oleh keluarga - Kekuatan otot melemah - Kaki dan tangan sebelah kiri tampak tidak bisa digerakkan - Kekuatan otot 5 1 5 1 - TTV TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot
3.	Ds: - Klien mengatakan bibir sulit digerakkan/ berbicara pelo saat masuk rumah sakit Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis - Sulit berbicara, pelo - TTV TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	Gangguan Komunikasi Verbal	Disatria

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan
1.	10-04-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipertensi Ds: - Klien mengatakan merasa pusing dibagian kepala belakang terasa cenut-cenut Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis - Skala nyeri 5 - Kaki dan tangan tampak tidak bisa digerakan sama sekali - Akral teraba dingin - CRT <2 detik - Turgor kulit <2 detik - P : pusing dirasakan setelah bangun tidur - Q : pusing terasa berputar-putar - R : pusing dirasakan di kepala bagian belakang - S : pusing terasa cekut-cekut - T : pusing hilang timbul selama 10 menit - TTV - TD 179/93 mmHg - N : 69x/ menit - S : 36,3°C - RR : 20x/ menit - SPO2 : 99% - Hasil CT Scan - <i>Sub acute-Chronic ischemic infarction</i> di pericornu anterior ventrikel lateralis et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons - Tak nampak ICH - <i>Ateroklerosis</i> MCA bilateral	12-04-2025	
2.	10-04-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds :	12-04-2025	

		- Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan sama sekali Do : - Keadaan umum lemah - Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas - ADL dibantu keluarga dan perawat - BAK menggunakan pispot - Personal hygiene : disibin, di gantikan baju oleh keluarga - Kekuatan otot melemah - Kaki dan tangan sebelah kiri tampak tidak bisa digerakkan - Kekuatan otot 5 1 5 1 - TTV TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	
3.	10-04-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria ditandai dengan	12-04-2025
		Ds : - Klien mengatakan bibir sulit digerakkan/ berbicara pelo saat masuk rumah sakit Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis - Sulit berbicara, pelo - TTV TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria	Rencana Tindakan	Rasionalisasi
			Hasil		
1.	10-04-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik. 2. Tanda-tanda vital stabil. 3. Peningkatan TIK tidak ada 4. Gangguan lebih lanjut tidak terjadi	1. Kaji status neurologic setiap jam 2. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata 4. Kaji reflek kornea dan gag 5. Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien 6. Monitor tanda-tanda vital 7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur 8. Pertahankan pasien bedrest, berikan	1. Menentukan perubahan deficit neurologic lebih lanjut 2. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 3. Mengetahui fungsi N II dan III 4. Menurunnya reflek kornea dan reflek gag indikasi kerusakan batang otak 5. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak 6. Adanya perubahan tanda-tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak

-
- | | |
|---|--|
| <p>lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas</p> <p>9. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi</p> <p>10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan</p> <p>11. Pertahankan suhu normal</p> <p>12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang</p> <p>13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien semenimal mungkin</p> <p>14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan</p> | <p>7. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung</p> <p>8. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali</p> <p>9. Memfasilitasi drainasi vena dari otak</p> <p>10. Dapa meningkatkan tekanan intracranial</p> <p>11. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK</p> <p>12. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.</p> <p>13. Menimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK</p> <p>14. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction, dapat meningkatkan TIK</p> <p>15. Karbondioksida menimbulkan vasolilatasi, adekuatnya</p> |
|---|--|
-

				suction tidak lebih dari 15 detik 15. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80 mmHg 16. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping 17. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic	oksigen sangat penting dalam mempertahankan metabolisme otak 16. Meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah kloting 17. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut.
2.	10-04-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop 2. Mempertahankan kekuatan/ fungsi tubuh secara optimal 3. Mendemonstrasikan teknik/ perilaku melakukan aktivitas	1. Kaji kemampuan motorik 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 3x sehari bila mungkin 3. Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema atau tanda lain gangguan sirkulasi	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motoric 2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernafasan 3. Mencegah footdrop, mencegah kontraktur fleksi bahu, mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan 4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma 5. Membantu mencegah kerusakan kulit

			4. Mempertahankan integritas kulit 5. Kebutuhan ADL terpenuhi	5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 7. Kolaborasi stimulasi elektrik 8. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus	6. Mengembangkan program khusus 7. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan control volunter 8. Mencegah adanya luka pada daerah yang tertekan
3.	10-04-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kemampuan berbicara membaik dengan kriteria hasil : 1. Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal 2. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar 3. Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain	1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara 2. Pertahankan kotak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa 2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasikan 3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif 4. Memudahkan penerimaan pasien 5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkatkan dan meningkatkan motivasi

-
- | | |
|--|--|
| 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara | untuk memperbaiki bicara |
| 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal | 6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati terhadap pasien |
| 7. Konsultasikan dengan terapis wicara | 7. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus |
-

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan

NO.	TANGGAL / JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/ IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN				
1	10/04/2025 14.30 15.10 15.30 16.00 17.20 18.00	Gangguan Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	1) Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga. (memperkenalkan diri kepada klien, menjelaskan maksud dan tujuan setiap kali melakukan tindakan dan klien menandatangani lembar inform consent). 2) Memonitor kesadaran klien : kesadaran compos metis GCS 4-5-6 3) CRT >3 detik 4) Menajarkan klien untuk miring kanan dan kiri 5) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menimalisir barang bawaan keluarga klien 6) Mengukur TTV TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99% 7) Menggajarkan untuk fleksi leher yang berlebih 8) Mengompres bagian yang nyeri 9) Memberikan obat sesuai program - Citicolin 500 mg - Ranitidine 1 amp - Santagesik 1 amp					
2	10/04/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunn euatn otot	1) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : <table><tr><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td></tr></table> 2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kiri yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki.	5	1	5	1	
5	1							
5	1							

		menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki 3) Membantu klien mengubah posisi sendi (miring kanan miring kiri) setiap 2 jam sekali 4) Memberikan posisi head 30° pada klien 5) Memberikan obat sesuai program - Citicolin 500 mg - Ranitidine 1 amp - Santagesik 1 amp 6) Mengukur TTV TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%
10/04/2025	Gangguan komunikasi verbal b/d disatria	1) Mengkaji kemampuan komunikasi klien : klien bisa berbicara tetapi sedikit pelo, kata-kata sulit dipahami 2) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal 3) Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara : mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek 4) Memberikan respon terhadap perilaku non verbal 5) Menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 6) Mengukur TTV : TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan

NO. DX	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
D.0017	10/04/2025 14.30	Gangguan Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	S : - Klien mengatakan masih pusing di kepala bagian belakang O :
	15.10		- Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis - GCS 4-5-6
	15.30		- CRT <2 detik - Akral teraba hangat - Turgor kulit menurun <2 detik - TTV: TD:150/78 mmHg N :55x/ menit S : 36,3° RR : 20x/ menit SPO2 : 96%
	16.00		
	17.20		A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi
	18.00		
D.0054	23/04/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan O : - Keadaan umum lemah - ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - Klien tampak tidak bisa melakukan aktivitas - TTV: TD: 150/78 mmHg N :55x/ menit S : 36,3° RR : 20x/ menit SPO2 : 96%

-	Kekuatan otot tampak melemah	
	5	1
	5	1

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

D.0119 10/04/2025 Gangguan komunikasi verbal b/d disatria

S :

- Klien mengatakan bicara sulit

O :

- Keadaan umum lemah
- Kesadaran compos metis
- GCS 4-5-6
- Bicara klien pelo dan tidak jelas
- Klien tampak sulit saat berbicara (disatria)
- TTV :
TD: 150/78 mmHg
N :55x/ menit
S : 36,3°
RR : 20x/ menit
SPO2 : 96%

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (S O A P)
11/04/2025	Gangguan Perfusi jaringan serebral tidak efektif bd hipertensi :	1) Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat injeksi injeksi IV : -Citicolin 500 mg -Santagesik 1 amp	S : Klien mengatakan masih sedikit pusing di kepala bagian belakang
15.30			
16.00	DS : Klien mengatakan masih seikit pusing kepala bagian belakaang	2) Mengobservasi TTV TD 165/82 mmHg N : 54x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	O : - K/u lemah -Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 - CRT <2 detik
16.25			
16.45	DO : - K/u lemah Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 - Skala nyeri 4 - CRT <2 detik	3) Mebern posisi head up 30° kepada klien 4) Memonitor tinkat kesadran klien GCS 4-5-6 5) Mengajarkan klien untuk miring kanan dan miring kiri 6) Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK TD : 159/78 mmH N : 56 7) Memberikan kompres wwz	- Mengobservasi TTV TD 141/77 mmHg N : 52x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 96%
17.00			A : Masalah teratasi sebagian
18.00			P : Lanjutkan intervensi

11/02/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunnya otot :	1) Membantu klien miring kanan dan kiri	S :
15.30		2) Memasang pagar tempat tidur	Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah sedikit digeser untuk yang kaki
15.40		3) Memberikan posisi head up 30° kepada klien	O :
15.50	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan	4) TD 165/82 mmHg N : 54x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	- K/u lemah - Tangan dan kaki sebelah kiri sudah sedikit sedikit bisa digeser untuk yang bagian kaki - Gerakan terbatas bahu sudah mulai bisa digerakkan sedikit-sedikit
16.20	DO :	5) Membantu memposisikan klien senyaman mungkin	- ADL sebagian dibantu Keluarga
16.45	1) K/u lemah 2) Tangan dan kaki kanan tampak lemah 3) Kekuatan otot	6) Membantu klien melatih gerak kekuatan otot klien sedikit-sedikit	- Kesadaran coposientis GCS 4-5-6
	$\begin{array}{r} 5 \overline{) 1} \\ 5 \overline{) 1} \end{array}$	7) Membantu klien melakukan gerak aktif pasif, seperti menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki	- Kekuatan otot
17.10	4) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat Menggerakkan bahu sebelah kiri	8) Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat injeksi	$\begin{array}{r} 5 \overline{) 1} \\ 5 \overline{) 1} \end{array}$
18.15	5) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan	injeksi IV : - Citicolin 500 mg -Santagesik 1 amp	- TTV TD 141/77 mmHg N : 52x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 96%
			A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi

11/04/2025	Gangguan komunikasi verbal b/d disatria :	1) Mengkaji kembali kemampuan komunikasi klien : bicara klien masih pelo	S : Klien mengataka masih sulit bicara
15.30	DS :		
15.40	- Klien mengatakan masih sulit bicara	2) Mengobservasi TTV TD 165/82 mmHg N : 54x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	O : - K/U lemah - Kesadaran composimentis GCS 4-5-6 - Bicara masih pelo tetapi sedikit mudah dipahami - TTV :
15.50	DO : - K/U lemah - Kesadaran composimentis GCS 4-5-6		
16.20	- Bicara masih pelo - Disatria	3) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal	TD 141/77 mmHg N : 52x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 96%
16. 45	-	4) Memberikan respon terhadap perilaku non verbal	
		5) Menciptakan lingkungan penerimaan dan privasi	A : Masalah teratasi sebagian
17.10		6) Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat injeksi injeksi IV : - Citicolin 500 - Santagesik 1 amp	P : Lanjutkan intervensi
18.15			

12/04/2025	Gangguan Perfusi jaringan serebral tidak efektif bd hipertensi :	1) Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat injeksi injeksi IV : -Citicolin 500 mg	S : Klien mengatakn pusing dan sakit kepala belakang sudah hilang
15.30			
16.00	DS : Klien mengatakn pusing dan sakit kepala belakang sudah hilang	2) Mengobservasi TTV TD :146/78 mmHg N : 54x/ menit S : 36°C RR : 20x/ menit SPO2 : 97%	O : -K/u baik -Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 - CRT <2 detik
16.25			
16.45	DO : -K/u baik - Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 - CRT <2 detik	3) Mebern posisi head up 30° kepada klien	- TTV : TD :140/86 mmHg N : 52x/ menit S : 36°C RR : 20x/ menit SPO2 : 97%
17.00	- Skala nyeri 2	4) Memonitor tinkat kesadran klien GCS 4-5-6 5) Mengajarkan klien untuk miring kanan dan miring kiri	
18.00		6) Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK TD :143/90 mmHg N : 55	
12/02/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunn euatn otot :	1) Membantu klien miring kanan dan kiri	S : Klien mengatakan tangan dan kaki sudah sedikit di geser untuk yang kaki
15.30		2) Membantu memposisikan klien senyaman mungkin	
15.40	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan	3) Memberikan posisi head up 30° kepada klien	O : - K/u baik - Tangan dan kaki sebelah kiri sudah sedikit sedikit bisa digerakkan tonus ototnya untuk yang bagian kaki
15.50		4) Mengobservasi TTV TD :146/78 mmHg N : 54x/ menit S : 36°C RR : 20x/ menit SPO2 : 97%	
16.20	6) K/u baik 7) Tangan dan kaki kanan tampak lemah 8) Kekuatan otot	5) Membantu klien melakukan gerak aktif pasif, seperti menggenggam dan melebarkan jari-jari tangan dan kaki	- Gerakan terbatas bahu sudah mulai bisa digerakan sedikit
16.45	$\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	6) Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat injeksi IV: -Citicolin 500 mg	- ADL sebagian dibantu Keluarga - Kesadaran coposientis GCS 4-5-6 - Kekuatan otot
17.10	9) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat Menggerakkan bahu sebelah kiri		$\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$
18.15	10)Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan		

- TTV
 TD :140/86 mmHg
 N : 52x/ menit
 S : 36°C
 RR : 20x/ menit
 SPO2 : 97%

A :
 Masalah teratasi
P :
 Lanjutkan intervensi

12/04/2025	Gangguan komunikasi verbal b/d disatria :	1) Mengkaji kembali kemampuan komunikasi klien : bicara klien masih pelo	S : Klien mengatakan masih sedikit sulit bicara
15.30	DS :	2) Mengobservasi TTV	O :
15.40	- Klien mengatakan masih sulit bicara	TD :146/78 mmHg N : 54x/ menit S : 36°C RR : 20x/ menit SPO2 : 97%	- K/u baik - Kesadaran composimentis GCS 4-5-6 - Bicara masih pelo tetapi sedikit mudah dipahami
15.50	DO : - K/u baik - Kesadaran composimentis GCS 4-5-6	3) Mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal	- TTV : TD :140/86 mmHg N : 52x/ menit S : 36°C RR : 20x/ menit SPO2 : 97%
16.20	- Bicara masih pelo	4) Memberikan respon terhadap perilaku non verbal	A : Masalah teratasi
16.45	a.	5) Melakukan tindakan kolaborasi pemberian obat injeksi injeksi IV : -Citicolin 500 mg	P : Hentikan intervensi klien pulang
17.10			
18.15			

4.1.8 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Analisa		
Teori	Fakta	Kesenjangan
Pengkajian	Berdasarkan hasil penelitian klien Stroke Infark pada Tn. G dengan usia 59 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SD, bertempat tinggal di Surenlor , Bendungan. Pekerjaan kuli bangunan, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 09 April 2025, tanggal pengkajian 10 April 2025 dan diagnosa medis CVA Infark.	Sesuai
1. Identitas pasien Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013)		
2. Keluhan Utama Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah kiri, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013)	Saat MRS : klien mengatakan badannya tiba-tiba lemas, tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan secara pelo, klien mengatakan pusing dan nyeri dibagian belakang kepala Saat Pengkajian : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing.	Sesuai
3. Riwayat Penyakit Sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping	Klien mengatakan, pada tanggal 09 April 2025 Klien mengatakan pusing mulai tanggal 09 April 2025, sehabis pulang dari menjenguk tetangga klien tidur siang jam 13.00 WIB, kemudian klien bangun tidur tiba-tiba glieng terus lemes kaki dan tangan sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara sedikit pelo. Lalu	Sesuai

gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2013).	pukul 15.00 dibawa oleh istri dan anaknya, sampai di IGD pukul 16.00 WIB. Lalu pukul 18.00 klien dibawa pindah ke Ruang Unit Stroke untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut	
4. Riwayat Penyakit Dahulu Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulem, aspirin, fasodilator, obat-obatan adiktif, kegumukan (Tarwoto, 2013)	Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi sejak 1 tahun yang lalu. Klien mengatakan tidakk control hanya meminum obat penurun tensi yang dibeli di apotik secara bebas	Sesuai
5. Riwayat Penyakit Keluarga Biasanya ada riwayat keluarga menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus. (Tarwoto, 2013)	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau.	Terdapat kesenjangan
6. Pola Nutrisi dan Cairan Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Tarwoto,2013)	Di rumah : Makan : Klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan komposisi jenis makanan nasi, sayur dan lauk. 1 porsi makan habis, ± 15 sdm. Minum : Klien mengatakan minum air putih ± 1,5 liter / hari. Di RS : Makan : Klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 3x sehari pagi, siang dan sore. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan komposisi jenis makanan nasi, sayur dan lauk. Klien mengatakan menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan.	Terdapat kesenjangan

	Minum : Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 1 liter (1 aqua tanggung).	
7. Pola Eliminasi Gejala : adanya perubahan pola berkemih. Tanda : bising usus negatif, distensi abdomen dan kandung kemih. (Roy & Andrew 1999 dalam jurnal Irawaty, 2012).	Di rumah : BAB : Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning. BAK : Klien mengatakan BAK 4-7x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine Di RS BAB : Klien mengatakan selama di rumah sakit 1x BAB. BAK : Klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK sering $\pm$ 3-5x sehari menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.	Terdapat Kesenjangan
8. Pola Istirahat Tidur Pada klien CVA terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang di alaminya. (Tarwoto, 2013)	Di rumah : Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 04.00 WIB saat adzan maghrib. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Klien mengatakan selama dirumah sakit, klien sering terbangun saat tidur karena kepala yang sedikit pusing dan klien merasa tidak nyaman Klien mengatakan	Sesuai

	tidur siang pukul 13.00-14.30 WIB dan tidur malam pukul 22.00 WIB.	
9. Pola kognitif dan sensori persepsi Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/ kekaburan pandangan, perabaan/ sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif yang biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doengoes & Marilyn, 2000)	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan bicara klien sedikit pelo, klien dapat membaca tulisan, taapi pandangan sedikit buram/kabur fungsi pendengaran klien berfungsi dengan baik, tidak berdenging, Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT. Mampu mengingat namanya Tn. G, mampu mengingat dimana sekarang dan hari apa, di rumah sakit mampu menyebutkan nama pasien Tn.G, umur 59 tahun, alamat Bendungan Trenggalek	Terdapat Kesenjangan
10. Pola Peran Hubungan atau Interaksi Sosial Pola hubungan dan peran adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doengoes & Marilyn, 2000)	Klien mengatakan bicara sedikit sulit tetapi klien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan Bahasa Jawa dan Bahasa Indonesia. Klien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah, tidak ada perubahan hubungan dan peran, tidak ada kesukaran berkomunikasi akibat gangguan bicara	Sesuai
11. Pola Keyakinan dan Nilai Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009)	Klien saat masih dirumah klien selalu melaksanakan salat 5 waktu, mengenai sistem kepercayaan klien dengan keluarga tidak ada bertentangan dengan tindakan medis yang dijalani pasien, klien menganut agama Islam dan rajin melakukan ibadah saat di rumah, saat di rumah sakit klien selalu berdoa untuk kesembuhannya dan klien menganggap sakitnya ini sebagai pengukur dosanya	Sesuai

12. Keadaan Umum Biasanya klien <i>CVA</i> mengalami badan lemah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>), penurunan kesadaran (apatis, samnolen, delirium, stupor/ semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu (>37°C), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013)	Keadaan umum lemah, kesadaran compos metis GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah, bicara pelo, terpasang infus di tangan kanan. Tanda-tanda vital : TD 179/93 mmHg N : 69x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	Terdapat kesenjangan
Pemeriksaan Fisik	Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal, abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, meononjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematom atau riwayat operasi. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) Telinga : biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga) Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah simetris, tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala. Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih, tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedem, pandangan sedikit buram/kabur Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, tidak berdenging, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.	Sesuai Sesuai Terdapat Kesenjangan

4. Hidung : ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.	Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan, tidak ada nyeri hidung	Terdapat kesenjangan
5. Mulut : Kelumpuhan pada wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf. Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup, kemudian makanan masuk ke esophagus. (Tarwoto, 2013)	Bibir tidak simetris, bicara cadel atau pelo dan kesulitan dalam berbicara	Sesuai
6. Pemeriksaan leher: Kaku kuduk jarang terjadi Tidak terdapat benjolan, tidak terdapat vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid(Tarwoto,2013)	Tidak kaku kuduk, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid	Sesuai
7. Dada/ Thorax a) Pemeriksaan paru Bentuk <i>thoraks</i> biasanya normal atau adalah kelainan seperti <i>pigeon chest</i> (bentuk dada burung), <i>funnel chest</i> (bentuk dada cekung), <i>barrel chest</i> (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara	Bentuk dada klien normal <i>chest</i> , pernapasan <i>reguler</i> , tidak ada <i>retraksi intercostal</i> , <i>vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri, suara paru sonor, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing	Sesuai

yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan
(Tarwoto,2013)

b) Pemeriksaan Jantung

Pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung (Doenges & Marilyn, 2000)

Bunyi suara jantung klien pekak, bunyi jantung lup dup, tidak ada kegagalan jantung pada klien

Sesuai

8. Abdomen :

Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. (Tarwoto,2013)

Bentuk abdomen klien datar, tidak ada benjolan, tidak ada *lesi*, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar, terdengar suara *Thympan*, bising usus terdengar 7x/menit, tidak ada nyeri tekan

Terdapat Kesenjangan

9. Pemeriksaan integument:

Menurut (Mahyar, 2010) pemeriksaan pada kulit dilihat dari warna kulit apakah pucat atau sianosis, peningkatan suhu tubuh diatas normal, turgor kulit cenderung normal kembali <2detik, CRT cenderung normal kembali <2detik dikaji tanda- tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu.

Kulit klientampak tidak pucat, akral hangat, CRT< 2 detik, tidak terdapat decubitus, suhu normal 36,3°C, turgor kulit normal kembali <2detik

Sesuai

10. Genetalia :

Adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos & Marilyn, 2000)

Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/inkontinensia urine.

Terdapat Kesenjangan

11. Ekstremitas :

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan/kelumpuhan otot pada salah satu sisi tubuh (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2013)

Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kanan, akril hangat, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot

Sesuai

5	1
5	1

Nilai 5 : kekuatan otot penuh

Nilai 1 : ada pergerakan tonus otot

Saraf Kranial

1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman	Penciuman klien baik, px mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih.	Terdapat kesenjangan
2. Saraf Kranial 2 Optikus : kelainan pada nervus optikus menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang	Klien penglihatan sedikit kabur/buram, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding	Sesuai
3. Nervus 3 Okulomotorius : kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke fase 3, atas dan lateral, kebawah dan keluar	Pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)	Terdapat kesenjangan
4. Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial	Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah	Terdapat kesenjangan
5. Nervus 5 Trigeminus : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus	Refleks berkedip klien positif	Terdapat kesenjangan
6. Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat	Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri	Sesuai

ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.		
7. Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).	Klien tidak mampu mengerutkan dahi	Terdapat kesenjangan
8. Nervus 8 auditorius : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).	Fungsi pendengaran klien bagus, normal, tidak ada gangguan pendengaran	Terdapat kesenjangan
9. Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringikus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian . Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot- otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.	Klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan. Klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan	Terdapat kesenjangan
10. Nervus 11 Asesorius: Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher	Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan	Sesuai

berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sterokleidomastoideus terganggu.		
11. Nervus 12 Hipoglosus: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nnervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat	Klien mampu menjulurkan lidah	Terdapat kesenjangan
Diagnosa Keperawatan 1. Gangguan perfusi jaringan cerebral 2. Gangguan mobilitas fisik 3. Gangguan komunikasi verbal 4. Gangguan persepsi sensori 5. Gangguan kebutuhan nutrisi 6. Defisit perawatan diri 7. Gangguan eliminasi urine	1. Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis 2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Terdapat kesenjangan
Intervensi Menurut Teori (Tarwoto,2013) pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 10 intervensi , pada diagnose Gangguan Komunikasi verbal ada 7 dan pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik ada 8.	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis 1. Kaji status neurologic setiap jam 2. Kaji tingkat kesadaran dan GCS 3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata	Sesuai

-
4. Kaji reflek kornea dan gag
 5. Evaluasi keadaan motorik dan sensori pasien
 6. Monitor tanda-tanda vital
 7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur
 8. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas
 9. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi
 10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan
 11. Pertahankan suhu normal
 12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang
 13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien semenimal mungkin
 14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik
 15. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂>80mmHg
 16. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping
 17. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
1. Kaji kemampuan motorik
 2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4x perhari bila mungkin
 3. Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh
-

	4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak 6. Lakukan massage pada daerah tertekan 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi 8. Kolaborasi stimulus elektrik 8. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria 1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. 2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal 7. Konsul dengan terapis wicara	
Implementasi Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Pada saat penelitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien.

tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019).

Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahapn proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP

Diagnosa 1

Sesuai

S :

- Klien mengatakan masih pusing

O :

- K/u lemah
- Kesadaran compos metis GCS 4-5-6
- CRT <2 detik
- TTV
- TD 179/93 mmHg
- N : 69x/ menit
- S : 36,3°C
- RR : 20x/ menit
- SPO2 : 99%

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

Diagnosa 2

S :

- Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan

O :

- K/u lemah

-
- Kesadaran compos metis GCS 4-5-6
 - CRT <2 detik
 - ADL dibantu oleh keluarga dan perawat
 - TTV
TD 179/93 mmHg
N : 69x/ menit
S : 36,3°C
RR : 20x/ menit
SPO2 : 99%

- Kekuatan otot

5	1
5	1

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan Intervensi

Diagnosa 3

S :

- Klien mengatakan bicara sulit

O :

- K/u lemah
 - Kesadaran compos metis GCS 4-5-6
 - CRT <2 detik
 - Bicara klien pelo dan tidak jelas
 - Klien tampak sulit berbicara (disatria)
 - TTV
-

TD 179/93 mmHg
N : 69x/ menit
S : 36,3°C
RR : 20x/ menit
SPO2 : 99%

A : Masalah belum tertasi

P : Lanjutkan Intervensi

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genitalia), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, glasofaringeus, vagus, hipoglossus), diagnosa keperawatan dan evaluasi.

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Keluarga klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 3 kali sehari makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur. Klien mengatakan menghabiskan porsi makanan yang diberikan.

Menurut teori pada penderita stroke terjadi adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Tarwoto, 2013).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami kesulitan menelan karena klien tidak mengalami masalah pada nervus 10 (vagus), klien tidak mual muntah, nafsu makan baik karena klien tidak dalam fase akut serta adanya keinginan klien untuk cepat sembuh kembali sehingga mendorong klien untuk menjaga polanya.

2) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik, Klien menggunakan Bahasa Jawa, Bicara klien sedikit pelo, Klien dapat membaca tulisan, Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya, Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

Menurut Teori (Doenges & Marilyn, 2000). Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan pandangan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami masalah pada nervus 2 (optikus) sehingga klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien juga tidak mengalami penurunan daya ingat karena klien diberikan terapi citicolin yang salah satu kegunaannya untuk mencegah gangguan memori akibat stroke.

3) Keadaan Umum

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan klien Keadaan umum lemah, Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah, bicara pelo, terpasang infus di tangan kanan.

Menurut Teori (Tarwoto, 2013), biasanya klien stroke mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (cheplgia)

,penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami penurunan kesadaran selama hari perawatan dari tiba di rumah sakit sampai klien pulang karena saturasi oksigen klien dalam batas normal sehingga oksigen pada otak terpenuhi, kesadaran coposimentis, GCS 4-5-6

4) Pemeriksaan Fisik

a) Mata

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema. Pandangan tidak kabur

Menurut teori umumnya pada klien stroke ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) (Muttaqin,2008).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mata.

b) Hidung

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada secret, Tidak ada perdarahan.

Menurut Teori (Muttaqin,2008), umumnya pada klien stroke ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami masalah pada hidung dikarenakan klien tidak mengalami penurunan kesadaran, sehingga klien tidak mengalami gangguan pada sistem pernafasan.

c) Abdomen

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah, tidak ada keluhan mual, bising usus 7 x/menit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa, thympani.

Menurut teori (Doenges & Marilyn, 2000), didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan , nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami masalah pada abdomen yaitu pada klien tidak mengalami keluhan mual dikarenakan tidak ada peningkatan asam lambung pada klien, sehingga tidak terjadi masalah pada bagian abdomen klien.

d) Genetalia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Tidak ada kelainan, tidak ada luka, Tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.

Menurut Teori ditemukan adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doenges & Marilynn, 2000).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil dan tidak ada inkontinensia urine, sehingga tidak ada masalah pada genitalia.

5) Pemeriksaan Neurologis

Berdasarkan CT- Scan tanggal 10 April 2025, didapatkan hasil :

- a) *Sub acute-Chronic ischemic infarction* di pericorru anterior ventrikel lateralis et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons
- b) Tak nampak ICH
- c) *Ateroklerosis MCA* bilateral

Sedangkan pada klien hanya mengalami keterbatasan dalam pengendalian gerak tubuh sebelah kanan dan bicara pelo/disartria. Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf cranial meliputi (*optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abdusen, fasialis, glasofaringeus, vagus, hipoglosus*).

(1) *Optikus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan

alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada jam dinding.

Menurut teori (Muttaqin, 2008), kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 2 optikus (penglihatan), dikarenakan nervus optikus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(2) *Okulomotorius*

Berdasarkan data penelitian didapatkan pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya).

Menurut teori (Muttaqin, 2008), kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 3 okulomotorius (gerakan ekstraokular mata), dikarenakan nervus okulomotorius pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(3) *Toklearis*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas dan bawah.

Menurut Teori (Muttaqin, 2008), kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 4 troklearis (gerakan bola mata ke atas bawah), dikarenakan nervus troklearis pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(4) *Trigeminus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan refleks berkedip klien positif.

Menurut teori (Muttaqin, 2008), untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 5 trigeminus (sensori kulit wajah), dikarenakan nervus trigeminus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(5) *Abdusen*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.

Menurut teori (Muttaqin, 2008), kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predomina otot oblikus inferior.

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 6 abducent (gerakan bola mata menyamping), dikarenakan nervus abducent pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(6) *Glosfaringeus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan.

Menurut teori (Muttaqin, 2008), gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringeus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh.

Penulis berasumsi bahwa klien masih bisa membedakan rasa, sehingga tidak terjadi gangguan perasa pada keadaan klien saat ini.

(7) *Vagus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan.

Menurut teori (Muttaqin, 2008), gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian .Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh.

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 10 vagus (sensasi faring, gerakan pita suara), dikarenakan nervus vagus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(8) *Hipoglossus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien masih mampu menjulurkan lidah.

Menurut teori (Muttaqin, 2008), Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan

makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

Penulis berasumsi bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 12 hipoglossus (posisi lidah), dikarenakan nervus hipoglossus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien CVA Infark, akan tetapi peneliti dapat merumuskan 3 diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Menurut SDKI (2017), diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan CVA yaitu sebanyak 7 diagnosa keperawatan, yaitu resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral, gangguan mobilitas fisik, deficit perawatan diri, gangguan kebutuhan nutrisi, resiko gangguan komunikasi verbal, gangguan persepsi sensori dan gangguan eliminasi urine.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 3 diagnosa yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral, gangguan komunikasi verbal dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan secara teori klien dengan Stroke *iskemik* diagnosa yang muncul ada 7. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan persepsi sensori tidak muncul karena tidak ada gangguan pada persepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa Gangguan eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien Stroke Iskemik disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari (Tarwoto, 2013) dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan

sesuai dengan kondisi klien, pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang direncanakan Kaji status neurologic setiap jam, Kaji tingkat kesadaran dan GCS, Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata, Kaji reflek kornea dan gag, Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien, Monitor tanda vital , Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur, Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang,batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas, Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 deajat dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi,pertahankan suhu normal, Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin, Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping, Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara, Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi, Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi, Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh, Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara, Berikan respon terhadap perilaku non verbal, Konsul dengan terapis wicara. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan motoric, Ajarkan pasien untuk melakukan *ROM* minimal 4x perhari bila mungkin, Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh, Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi, Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak, Lakukan massage pada daerah tertekan,

Konsultasikan dengan ahli fisioterapi, Kolaborasi stimulasi elektrik, Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus

Intervensi keperawatan pada klien Stroke menurut teori (Tarwoto, 2013) pada diagnosa Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 17 intervensi, lalu pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal sebanyak 7 intervensi, dan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik sebanyak 9 intervensi.

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, intervensi yang digunakan sesuai dengan teori yang telah disusun yaitu teori menurut Tarwoto (2013).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 10 April 2025 sampai 12 April 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 8 yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dan juga keluarga, memonitor tingkat kesadaran klien, mempertahankan kepala tempat tidur klien, mempertahankan klien untuk tetap bedrest, memberikan terapi farmakologis, dan mengobservasi TTV. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi verbal dari intervensi yang telah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 5 yaitu mengkaji kemampuan komunikasi klien, mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal, serta mengajarkan

klien untuk memperbaiki bicara. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dari intervensi yang sudah dirumuskan , implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 6 yaitu mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot, mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, membantu klien mengubah posisi sendi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali, dan memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif.

Menurut teori (Walid,2019) Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. sehingga implementasi yang dilakukan pada klien berdasarkan intervensi dari teori Tarwoto (2013).

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa ditemukan adanya kesenjangan teori dan fakta, dimana pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang dapat diimplementasikan terhadap klien sebanyak 8 sedangkan menurut teori terdapat 17 intervensi, lalu pada diagnosa Gangguan komunikasi verbal intervensi yang dapat implementasikan terhadap klien sebanya 5 sedangkan menurut teori terdapat 7 intervensi, dan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 6 sedangkan menurut teori terdapat 9 intervensi. Menurut peneliti Intervensi sudah disusun berdasarkan teori, tetapi tidak semua intervensi yang muncul pada teori dapat dilakukan kepada klien, karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah teratasi sebagian yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar , Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien mampu mempertahankan kekuatan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur dan footdrop, klien dapat mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit dan kebutuhan ADL terpenuhi.

Berdasarkan teori (Tarwoto, 2013), Kriteria hasil pada diagnose Gangguan Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan deficit neurologis yaitu pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik, motoric, tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada, gangguan lebih lanjut tidak terjadi pada diagnose Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disartria yaitu klien mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, terhindar dari tanda-tanda frustrasi, mampu

mengkomunikasikan kebutuhan dasar, mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain. Pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis yaitu klien mampu mempertahankan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop, mempertahankan kekuatan fungsi tubuh secara optimal, mendemonstrasikan teknik perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit, kebutuhan ADL terpenuhi.

Berdasarkan uraian tersebut menurut penulis terdapat adanya kesesuaian antara teori dan fakta, yaitu pada penyusunan evaluasi menggunakan SOAP untuk menilai hasil dari proses keperawatan, selama dilakukan tindakan keperawatan 3 hari kriteria hasil belum semua teratasi tetapi sudah menunjukkan adanya perkembangan pada klien yang lebih baik, menurut penulis hal tersebut terjadi karena pemulihan penyakit stroke membutuhkan waktu yang tidak singkat sehingga memerlukan perawatan yang intensif terlebih pada klien yang sudah mengalami kelemahan anggota tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Masalah yang muncul pada kasus Stroke Iskemik pada penelitian studi kasus ini adalah Resiko perfusi jaringan cerebral, Gangguan Komunikasi Verbal dan Gangguan Mobilitas Fisik. Pada hasil penelitian didapatkan beberapa perbedaan antara teori dan fakta yaitu pada pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genitalia).

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 3 diagnosa, yaitu klien dengan resiko perfusi serebral berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada konsep teori stroke terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa tersebut ditemukan.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan menggunakan dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan Gangguan perfusi jaringan

cerebral berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan yaitu pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang tidak dilakukan seperti berikan obat anti kejang, Pertahankan kepatenan jalan nafas suction jika perlu berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik, Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45mmHg dan PaO₂>80mmHg. Pada diagnose Gangguan Komunikasi Verbal intervensi yang tidak dilakukan seperti berikan respon terhadap perilaku non verbal, gunakan bahasa tubuh. Pada Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang tidak dilakukan adalah kolaborasi stimulasi elektrik, kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus. Hal tersebut tidak dilakukan karena disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan yaitu pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada. Pada

diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah belum teratasi yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar , Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien mampu mempertahankan kekuatan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur dan footdrop, klien dapat mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit dan kebutuhan ADL terpenuhi, meskipun belum mencapai hasil maksimal.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek diharapkan dapat melaksanakan tindakan mandiri perawat secara optimal dengan mengutamakan tindakan independen dan meningkatkan pendokumentasian secara jelas dan akurat. Selain memberikan asuhan keperawatan, seharusnya juga memberikan penyuluhan tentang perawatan pada klien Stroke Iskemik setelah dibolehkan pulang dari rumah sakit. Dengan demikian diharapkan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi dan juga mempercepat proses penyembuhan terutama pada klien yang mengalami kelemahan fungsi tubuh.

5.2.2 Bagi Institusi

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada klien yang mengalami Stroke *iskemik*.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pembendaharaan kepustakaan dan pengetahuan bagi pendidikan keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke *iskemik*.

5.2.4 Bagi Pasien

Di harapkan klien dan keluarga mengikuti semua anjuran dari para medis agar dapat mempercepat proses penyembuhan. Pada klien yang telah mengalami kelemahan bisa melakukan terapi di rumah dengan cara melaksanakan gerakan aktif dan pasif dan sering kontrol ke puskesmas terdekat ataupun kerumah sakit.

5.2.5 Bagi Penulis

Di harapkan penulis mampu meningkatkan kemampuan dan pengetahuan lebih baik lagi sehingga bisa bermanfaat bagi kedepanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Doenges, & Marilyn, E. (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien (edisi 3). Jakarta: EGC.
- Fadliyat R. (2015). Penggunaan media S2DLS dalam meningkatkan hasil belajar. Indonesia : Universitas Pendidikan Indonesia.
- Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosis NANDA International*. Jogjakarta: AR-RUZZ MEDIA.
- Kristanto, v. H. (2018). *Metodologi penelitian pedoman penulisan karya tulis ilmiah (kti)*. Yogyakarta: cv budi utama.
- Kusyani, A. &. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional*. Bojonegoro: Guepedia.
- Malkis, Y. &. (2022). Penerapan Teori Roy Dalam Meningkatkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemia Berulang. *Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 7, 176-183.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan. Cetakan 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Novida rizky wardhani, s. M. (2014). Faktor yang berhubungan dengan pengetahuan tentang stroke ada pekerja institusi pendidikan tinggi . *Berkala epidemiologi*, 14.
- Nurarif & Kusuma 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC. Jogjakarta : MediAction.
- Nursalam. (2017). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: salemba mmedika
- PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1 Jakarta Selatan: DPP PPNI
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi1. Jakarta Selatan: DPP PPNI
- Retnaningsih, D. (2023). *Asuhan Keperawatan Pasien Stroke* (edisi 1 ed.). Pekalongan: PT. Nasya Expanding Managemant.
- Register Rawat Inap, 2022; Vella, 2023. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. KTI. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Rofifah, n. (2019). *Implementasi keperawatan pada perawat di puskesmas pembantu rongga wilayah gunung halu kabupaten bandung barat : studi kasus*. Bandung: repository.

- Rofifah, n. (2019). *Implementasi keperawatan pada perawat di puskesmas pembantu rongga wilayah gunung halu kabupaten bandung barat : studi kasus*. Bandung: repository.
- Riskesdas, K. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Journal of Physics A: Mathematical and Theoretica (Online). Diakses pada tanggal 5 Februari 2023 dari [:https://kesmas.kemkes.go.id/asset/upload/dir519d41d8cd98f00/files/Has-il-riskesdas-2018-1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/asset/upload/dir519d41d8cd98f00/files/Has-il-riskesdas-2018-1274.pdf)
- Register Rawat Inap, 2022; Vella, 2023. Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan CVA (Cerebro Vaskuler Accident) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. KTI. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
- Salman, I. P. (2022). Perbedaan Diagnosis Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik dengan Hasil Transcranial Doppler di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Scientific Journal*, 1, no 5, 393.
- Sarani. (2021). ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIC YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT. (Online), (<file:///C:/Users/User/Downloads/KTI%20SULISTIYAWATI.pdf>) diakses 16 Januari 2024.
- Silfia, m. (2021). *Asuhan keperawatan pada ny.m dengan gangguan mobilitas fisik pada diagnosa medis CVA infark di desa kepel bugul kidul pasuruan*. Sidoarjo: kertacendekia.
- Sosial dan Budaya, P. P. (2016, september 19). IDENTIFIKASI MASALAH, BATASAN MASALAH, DAN RUMUSAN MASALAH. Retrieved oktober 21, 2020, from <http://ppisb.unsyiah.ac.id/http://ppisb.unsyiah.ac.id/berita/identifikasi-masalah-batasan-masalah-dan-rumusan-masalah#:~:text=Batasan%20masalah%20adalah%20ruang%20lingkup,lebih%20bisa%20fokus%20untuk%20dilakukan>
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D* . Bandung: Alfabeta
- Suryono, A. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan medikal bedah : gangguan sistem persarafan*. Jakarta: cv sagung seto.
- Tarwoto, T. (2021). Pengaruh model Deteksi Dini Kartu Kendali Stroke Terhadap Kemampuan Klien Dalam Pengendalian Faktor resiko stroke. *Jurnal Health Sains*, 682-688.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto. Edisi II

- Tim pokja sdki dpp ppni. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta : dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional Indonesia.
- Terry, C. L. (2013). *Keperawatan Kritis*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Utami, R. H. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wijaya, A. &. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Walid, n. R. (2019). *Proses keperawatan berbasis kkni*. Malang : edulitera.
- Yueniwati, y. (2016). *Pencitraan pada stroke*. Malang: kertacendekia.
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.
- Wijaya, A. &. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- WHO (2018). *Heart Disease and Stroke Statistic 2015 Update*. American.
- Walid.n.R. (2019). *Proses keperawatan berbasis kkni*. Malang : edulitera.
- Yueniwati, Y. (2016). *Pencitraan Pada Stroke*. Malang: UB Press.

Lampiran 1

Lembar Informed Consent

Nama saya Widya Maharani. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke Dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda tangan :



Tn. G

Tanggal

: 16 April 2025

Lampiran 2

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama WIDYA MAHARANI yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke Dr. Soedomo Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 2025

(.....
Tn. 5.....)

Lampiran 3



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsudrsosedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ *236* /406.010.001/18.00/2025

Yang bertandatangan di bawah ini Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek:

Nama : **dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S.**
 NIP : 196710302002121002
 Pangkat/Gol. Ruang : Pembina Tk. I (IV/b)
 Jabatan : Direktur
 Unit Kerja : RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama : **WIDYA MAHARANI**
 NIM : P17240223056
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

sehubungan dengan pendidikan yang sedang dijalannya, benar-benar telah melaksanakan Praktik Klinik Keperawatan Medical Bedah, Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Kegawatdaruratan RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek, terhitung mulai tanggal 10 Februari 2025 s.d 12 April 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, *24* Maret 2025
 DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK

dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
 Pembina Tk. I
 NIP. 196710302002121002



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO

Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 14 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 119 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
Poltekkes Kemenkes Malang
di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/113/2025 tanggal 26 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **WIDYA MAHARANI**
NIM : P17240223056
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kab. Pengembangan dan Pengendalian



Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
3. Sdr. Ka.
RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
4. Sdr. Peneliti
5. Arsip



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar, Tem 77C
 Malang, Jawa Timur 65121
 Telp. (0341) 360111
 Email: info@poltekkes-malang.ac.id
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 26 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/113/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth. Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : WIDYA MAHARANI

NIM : P17240223056

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Maret s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

- Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.
 2. Sdr. Karu. Unit Stroke
 3. Peneliti.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



DISUSUN OLEH :

NAMA :

N I M :

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK**

TRENGGALEK

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



-Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C MALANG 65112 Telp. (0341) 556746
 -Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 JEMBER Telp. (0331) 486613
 -Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong LAWANG Telp. (0341) 427847
 -Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 56 BLITAR 66133 Telp. (0342) 801043
 -Kampus IV : Jl. KH. Wakhid Hasyim No. 64B KEDIRI Telp. (0354) 773095
 -Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 TRENGGALEK Telp. (0355) 791293
 -Kampus VI : Jl. Dr. Ciptomangunkusumo No. 82A PONOROGO Telp. (0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

★ Nama :
 ★ Jenis kelamin :
 ★ Umur :
 ★ Status perkawinan :
 ★ Pekerjaan :
 ★ Agama :
 ★ Pendidikan terakhir :
 ★ Alamat :
 ★ Tanggal/Jam MRS :
 ★ Tanggal/Jam pengkajian :

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA

4. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG (P Q R S T)

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Genogram :

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum		
b.	Pola eliminasi		
c.	Pola istirahat / tidur		

d.	Kebersihan diri		
-----------	------------------------	--	--

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri

Gambaran diri / Citra diri :

Ideal diri :

Harga diri :

Peran :

Identitas diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain

C. Pola seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori :

Status mental :

Pola komunikasi :

Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

b. Tanda – tanda vital :

Suhu tubuh :

Tekanan darah :

SpO2 :

Nadi :

Respirasi :

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

1. Kepala dan rambut

a) Bentuk kepala :

Ubun – ubun :

Kulit kepala :

b) Rambut :

Penyebaran dan keadaan rambut:

Bau :

Warna :

c) Wajah :

Warna kulit :

Struktur wajah :

2. Mata

a) Kelengkapan dan kesimetrisan :

b) Kelopak mata (Palpera) :

c) Konjungtiva dan sclera :

d) Pupil :

e) Kornea dan iris :

f) Pergerakan bola mata :

g) Ketajaman penglihatan / visus *) :

h) Medan penglihatan :

i) Tekanan bola mata *) :

3. Hidung

a) Tulang hidung dan posisi septum nasi :

b) Lubang hidung :

c) Cuping hidung :

4. Telinga

a) Bentuk telinga :

b) Ukuran telinga :

c) Lubang telinga :

d) Pemeriksaan pendengaran :

5. Mulut dan faring

a) Keadaan bibir :

b) Keadaan gusi dan gigi :

c) Keadaan lidah :

d) Faring :

6. Leher :

a) Posisi trakea :

b) Tiroid :

c) Suara ucapan :

d) Kelenjar lymphe :

e) Vena jugularis :

f) Denyut nadi carotis :

d. Pemeriksaan integumen :

Inspeksi :

Palpasi :

e. Pemeriksaan dada / thorax :

1. Pemeriksaan Jantung

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :
Auskultasi :

2. Pemeriksaan Paru

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

g. Abdomen :

Inspeksi :

Auskultasi :
 Perkusi :

Palpasi :

h. Genetalia :

Inspeksi :

Palpasi :

i. Ekstremitas :

Inspeksi :

Palpasi :

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Tingkat Kesadaran/GCS:

Kemampuan sensorik :

Kemampuan motorik :

Reflek :

a) Reflek fisiologis :

b) Refleks patologis :

Nervus cranialis :

a) Nervus I (Olfaktorius) :

b) Nervus II (Optikus) :

c) Nervus III (Okulomotorius) :

d) Nervus IV (Troklearis) :

e) Nervus V (Trigeminus) :

f) Nervus VI (Abdusen) :

g) Nervus VII (Fasialis) :

- h) Nervus VIII (Vestibulokoklearis) :
- i) Nervus IX (Glosofaringeus) :
- j) Nervus X (Vagus) :
- k) Nervus XI (Aksesorius) :
- l) Nervus XII (Hipoglossus) :

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

Trenggalek, 2025
Pembimbing

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :

UMUR :

NO. REGISTER :

RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC	NIC	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI

NAMA :

UMUR :

NO. REG :

RUANG :

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan

EVALUASI**NAMA :****UMUR :****NO. REG. :****RUANG :**

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)

Lampiran 5 Lembar Konsul



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Widya Maharani
NIM : P17240223056
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit
Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek
Dosen Pembimbing : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep.

No	Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf
1.	07-01-2025	• Revisi latar belakang • Batasan istilah • Penulisan bahasa asing • Batasan masalah • Revisi lokasi dan waktu penelitian	
2.	08-01-2025	• Revisi untuk BAB 1, 2, 3 • Penulisan sesuai EYD • Lihat kebenarannya di setiap BAB	
3.	15-01-2025	• Patofisiologi stroke belum sesuai • Diagnosa yang diambil sesuai dengan diagnosa yang muncul di patofisiologi • Konsep askep mengacu pada manifestasi klinis • Diagnosa yang diangkat ada DS dan DO	
4.	17-01-2025	• Konsep askep di sesuaikan dengan manifestasi klinis • Konsep patofisiologi diambil dari konsep-konsep sebelumnya	
5.	17-01-2025	• ACC Sempro	
6.	24-02-2025	• ACC Penelitian	

7.	25-04-2025	• Kata pengantar, hilangkan kata proposal semua dan ditambah orang-orang yang berperan dalam proses penyusunan • Analisis ulang sesuai teori & fakta acuan pada pembahasan • Bawa Buku yang dipakai acuan dan pembahasan.	
8.	30-04-2025	• Kata pengantar, abstrak, analisis dan pembahasan dibenahi sesuai dengan masukan	
9.	02-05-2025	• ACC semhas • Buat PPT	
10.	19-05-2025	• Abstrak sesuai buku pedoman yang terbaru	
11.	19-05-2025	• ACC	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Nama : Widya Maharani
NIM : P17240223056
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit
Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek
Dosen Pembimbing : Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep.

No	Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf
1.	20-02-2025	Revisi Sesuai Masukkan	<i>Hs</i>
2.	24-02-2025	• ACC • Lanjutkan Penelitian	<i>Hs</i>
3.	15-05-2025	Revisi sesuai masukan	<i>Hs</i>
4.	16-05-2025	ACC	<i>Hs</i>