

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

KARYA TULIS ILMIAH

Puput Asma Nadiya

NIM. P17240223055



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN KABUPATEN
TRENGGALEK**

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah studi kasus ini disusun sebagai satu persyaratan
menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan di Program
Studi Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang**

PUPUT ASMA NADIYA

NIM. P17240223055



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN KABUPATEN
TRENGGALEK**

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Puput Asma Nadiya

Tempat, tanggal lahir : Tulungagung, 06 Mei 2004

Agama : Islam

Alamat : RT 05 RW 01 Dsn. Tanggul Ds.
Tanggulturus Kec. Besuki Kab.
Tulungagung



Riwayat Pendidikan :

1. TK lulus tahun 2010 : TK ABA Tanggulwelahan
2. SD lulus tahun 2016 : SDN 1 Tanggulturus
3. SMP lulus tahun 2019 : SMPN 1 Bandung
4. SMA lulus tahun 2022 : SMA 1 Kauman
5. 2022 – 2025 : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Puput Asma Nadiya

NIM : P17240223055

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Jurusan

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Trenggalek,

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201



Puput Asma Nadiya
NIM. P17240223055

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Puput Asma Nadiya (P17240223055) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit
Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah diperiksa dan disetujui untuk
diujikan.

Trenggalek, 29 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. . 919830225201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Puput Asma Nadiya (P17240223055) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit
Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” telah dipertahankan di depan dewan
penguji pada

Dewan Penguji

Trenggalek,

Penguji 1

Penguji 2



Ns. Rahayu Niningsih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“Be a girl with a mind, a woman with attitude, and a lady with class.”

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim.

Alhamdulillah, tiada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala rahmat

Mu ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Sembah sujud dan Syukur atas semua kekuatan, kesehatan, ketabahan, lindungan, akal, rizki yang tiada terduga, dan semua nikmat lainnya hanya karena-Mu Tuhan sang pemilik alam semesta. Dengan segala hal yang terjadi terwujudlah rangkaian kata demi kata yang menjadi kalimat dan paragraph sehingga mewujudkan terciptanya Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih, sudah menghadirkan orang-orang yang mendukung untuk menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik.

Dengan ini saya persembahkan karya kecil untuk...

Untuk Orang Tuaku

Mungkin kalimat sederhana ini tak mampu untuk membalas semua kebaikan, keringat, dan kasih sayang. Terimakasih untuk Bapak, Ibu Atas perjuangan dan doa yang telah engkau usahakan untuk anakmu menjadi seorang sarjana. Terimakasih untuk Alm. Bapak Bari tercinta meskipun saat anakmu sedang dalam masa perkuliahannya tidak bisa mendampingi langsung sampai anakmu mendapat gelar sarjana tapi saya yakin doa mu selalu menyertaiku diatas sana. Terimakasih untuk semua pengorbanan dan keringatmu semasa hidupmu, terimakasih untuk semua pembelajaran yang kau berikan semasa hidupmu dan Terimakasih banyak untuk ibuku tersayang, ibu Kartini yang telah menjadi penyemangat dalam perjalanan hidupku, terimakasih untuk semua doa dan kasih sayang yang kau berikan, terimakasih atas semua yang kau usahakan untuk anakmu menjadi sarjana. Semoga segala doa, keluh kesahmu, Lelah letihmu dapat menjadi pahala yang dibalas tuhan dengan nikmat di dunia dan akhirat.

Untuk Saudaraku

Terimakasih untuk semua saudaraku, yang selalu memberikan semangat dan dukungan kepada penulis. Terimakasih untuk selalu mendengar semua keluhan kesah yang penulis ceritakan. Semoga penulis bisa selalu menjadi sosok yang berguna dalam keluarga.

Untuk Bapak/Ibu Dosen dan seluruh Staff Karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

Penulis ucapkan beribu terimakasih untuk semua bapak atau ibu dosen yang telah membimbing dan menunjukan jalan terbaik untuk penulis. Terimakasih atas semua pembelajaran yang di berikan selama 3 tahun ini. Terimakasih atas semua rasa marah dan senang yang engkau berikan sehingga selalu bisa membimbingku ke arah yang lebih baik. Semoga setiap pengorbanan yang kau berikan menjadi pahala dan senantiasa selalu di berikan lindungan serta dilimpahkan rezeki dari tuhan. Semoga kami murid-muridmu dapat membanggakanmu.

Untuk Sahabatku

Teruntuk Vivin dan Shela, terimakasih atas semua doa baik yang kalian berikan kepadaku, terimakasih telah mendampingi penulis dalam keadaan susah maupun senang, mendengar semua tawa dan tangiskku, selalu mendukungku dikala saya sedang rapuh.

Teruntuk Lia, terimakasih atas semua doa dan dukungan yang diberikan, terimakasih untuk semua hal menyenangkan, selalu mendengarkan semua keluhan kesah penulis.

Teruntuk Pio, Nesa dan Tata, terimakasih untuk semua doa baik yang kalian berikan, terimakasih selalu menghibur penulis, terimakasih untuk setiap saran

yang selalu kalian berikan, terimakasih untuk setiap kehangatan yang kalian berikan.

Semoga kalian semua selalu dimudahkan untuk menggapai semua mimpi dan cita-cita, dilancarkan segalanya dilimpahkan Kesehatan dan rezeki, Aamiin.

Untuk teman se Almamaterku

Teruntuk Dhea, Zanvira, Yola, Dan Rani, terimakasih untuk semua dukungan yang diberikan selama 3 tahun ini, terimakasih untuk mendengar semua keluh kesahku, terimakasih telah banyak memberikan motivasi baik, terimakasih telah membersamai penulis dalam membentuk karya tulis ini, terimakasih untuk semua rasa bahagiannya.

Dan untuk semua teman pernah terlibat secara langsung dan tidak langsung dengan penulis, terimakasih banyak atas semua pengalaman berharganya. Semoga kita semua selalu di berikan yang terbaik oleh tuhan. Mari bertemu lagi di versi terbaik kita nanti.

See You on Top.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak akan selesai tanpa bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan terima kasih kepada :

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 D3 Keperawatan 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. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes selaku Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.
4. Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurkan isi dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Rahayu Niningsih, S.Kep., M.Kes selaku Penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan serta saran kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
7. Seluruh rekan mahasiswa yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulisan menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Trenggalek, 29 Mei 2025

Puput Asma Nadiya

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG PRODI D III
KEPERAWATAN KAMPUS V TRENGGALEK 2025**

ABSTRAK

Puput Asma Nadiya

Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Latar Belakang : Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan yang diberikan langsung kepada pasien untuk mengidentifikasi suatu masalah keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo.

Metode : Dalam penelitian ini peneliti menggunakan deskriptif kualitatif melalui pendekatan studi kasus di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Partisipan yang diambil penelitian ini adalah 1 klien dengan kriteria klien bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan dalam penelitian, klien masih dalam kesadaran penuh, klien stroke tanpa komplikasi, klien yang diperkirakan akan mendapatkan perawatan 3 hari kedepan. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara, pengamatan, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Hasil : Dari hasil peneltian ini didapatkan kesenjangan yaitu Riwayat penyakit keluarga, pola nutrisi dan cairan, Riwayat psikososial, pola peran hubungan atau interaksi sosial, pemeriksaan fisik dan dan pada syaraf kranial. Masalah keperawatan yang muncul berupa gangguan perfusi jaringan cerebral dan gangguan mobilitas fisik. Intervensi yang digunakan sesuai dengan teori studi kepustakaan yang ada. Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan masalah klien. Evaluasi keperawatan dilakukan selama tiga hari dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian, klien menunjukkan peningkatan derajat kesehatan.

Kesimpulan : Klien Stroke membutuhkan waktu pemulihan yang tidak singkat, sehingga memerlukan perawatan intensif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, harus diberikan asuhan keperawatan yang tepat agar mempercepat proses pemulihan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke, Klien

**MINISTRY OF HEALTH POLYTECHNIC OF HEALTH MALANG D III
NURSING STUDY PROGRAM CAMPUS V TRENGGALEK 2025**

ABSTRACT

Puput Asma Nadiya

**Nursing Care for Clients with Ischemic Stroke in the Stroke Unit of Dr.
Soedomo Trenggalek Regional Hospital**

Introduction : Nursing care is a process or series of activities given directly to patients to identify a nursing problem that includes assessment, formulation of nursing diagnoses, intervention, implementation and evaluation.. The purpose of this study is to provide comprehensive nursing care and analyze the gap between facts and theories in clients with Ischemic Stroke in the Stroke Unit Room of Dr. Soedomo Hospital.

Method : In this study, the researcher used qualitative descriptive through a case study approach in the Stroke Unit Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. The participants taken in this study were 1 client with the criteria of the client being willing to provide all the information needed in the study, the client still in full consciousness, the client with stroke without complications, the client who is expected to receive treatment for the next 3 days. The data collection methods used were interviews, observations, physical examinations and documentation studies.

Results : The results of this study revealed several gaps, including family medical history, nutritional and fluid patterns, psychosocial history, role and social interaction patterns, physical examination, and cranial nerve assessment. The identified nursing problems were impaired cerebral tissue perfusion and impaired physical mobility. The interventions provided were based on established theoretical frameworks and relevant literature. Implementation was carried out according to the planned interventions and adapted to the client's specific issues. Nursing evaluations were conducted over a period of three days, with outcome criteria indicating that the problems were partially resolved and the client demonstrated an improvement.

Discussion : Stroke clients need a long recovery time, so they need intensive and continuous care. Therefore, appropriate nursing care must be given to speed up the recovery process and improve the quality of nursing services.

Keywords: Nursing Care, Stroke, Client

DAFTAR ISI

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	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR ISTILAH	xxi
DAFTAR SINGKATAN	xxiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 BATASAN MASALAH.....	5
1.3 RUMUSAN MASALAH.....	5
1.4 TUJUAN PENELITIAN.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6
1.5 MANFAAT PENELITIAN	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Stroke.....	8
2.1.1 Definisi Stroke	8
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi 2 yaitu :.....	10

2.1.5	Manifestasi Klinis	14
2.1.6	Pathway	17
2.1.7	Komplikasi Stroke.....	20
2.1.8	Pencegahan Stroke	23
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang	25
2.1.10	Penatalaksanaan	27
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Stroke.....	29
2.2.1	Pengkajian Data	29
2.2.2	Diagnosis Keperawatan.....	44
2.2.3	Intervensi Keperawatan.....	52
2.2.4	Implementasi	64
2.2.5	Evaluasi	65
2.2.6	Dokumentasi	66
BAB III METODE PENELITIAN		67
3.1	Desain Penelitian	67
3.2	Batasan Istilah.....	68
3.3	Partisipan.....	68
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	69
3.4.1	Lokasi	69
3.4.2	Waktu	69
3.5	Pengumpulan data.....	69
3.5.1	Bahan/Instrumen	69
3.5.2	Metode Pengumpulan Data.....	69
3.5.3	Prosedur Pengumpulan data.....	69
3.6	Uji Keabsahan Data	71
3.6.1	<i>Credibility</i> (Kepercayaan)	72
3.6.2	<i>Transferability</i> (Keteralihan).....	72
3.6.3	<i>Dependability</i> (Kebergantungan)	72
3.6.4	<i>Confirmability</i> (Kepastian).....	73
3.7	Analisa Data.....	73
3.7.1	Proses Mencari	73
3.7.2	Tahap Menyusun	74

3.7.3 Tahap Analisi Data	74
3.8 Etika Penelitian	74
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan Menjadi Responded) ...	75
3.8.2 <i>Confidentially</i> (Kerahasiaan)	75
3.8.3 <i>Anonymity</i> (Tanpa Nama).....	75
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	76
4.1 HASIL.....	76
4.1.1 Gambaran Hasil Pengambilan Data	76
4.1.2 Pengkajian.....	77
4.1.3 Analisa Data	87
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	88
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	90
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	94
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	96
4.1.8 Catatan Perkembangan.....	97
4.1.9 Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	101
4.2 PEMBAHASAN.....	114
4.2.1 Pengkajian.....	114
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	124
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	126
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	126
4.2.5 Evaluasi.....	127
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	129
5.1 Kesimpulan	129
5.1.1 Pengkajian.....	129
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	129
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	129
5.1.4 Implementasi.....	130
5.1.5 Evaluasi.....	130
5.1.6 Analisa antara fakta dan teori.....	131
5.2 Saran	131
5.2.1 Bagi Instansi Rumah Sakit.....	131

5.2.2	Bagi Instansi Pendidikan.....	132
5.2.3	Bagi Pasien.....	132
5.2.4	Bagi Peneliti	132
DAFTAR PUSTAKA.....		133

DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 Identitas Umum	77
Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit.....	77
Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	79
Tabel 4. 4 Konsep Diri	80
Tabel 4. 5 Pola Kognitif dan Persepsi Sensori	81
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik	81
Tabel 4. 7 Pemeriksaan darah lengkap	84
Tabel 4. 8 Kimia Klinik.....	85
Tabel 4. 9 Penatalaksanaan	86
Tabel 4. 10 Analisa Data	87
Tabel 4. 11 Diagnosa Keperawatan.....	88
Tabel 4. 12 Intervensi Keperawatan.....	90
Tabel 4. 13 Implementasi Keperawatan	94
Tabel 4. 14 Evaluasi Keperawatan	96
Tabel 4. 15 Catatan Perkembangan	97
Tabel 4. 16 Hasil Analisa	101

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Patofisiologi Stroke Iskemik	18
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Karya Ilmiah	135
Lampiran 2 Lembar Konsultasi Karya Ilmiah	137
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	138
Lampiran 4 Lembar Inform Consent.....	139
Lampiran 5 Surat izin Melakukan Penelitian.....	140
Lampiran 6 Persetujuan Penelitian.....	141
Lampiran 7 Format Pengkajian Data Data Keperawatan.....	142

DAFTAR ISTILAH

<i>Abdomen</i>	: Rongga tubuh terbesar yang terletak tepat dibawah toraks dan pisahkan dari rongga toraks oleh diafragma
<i>Afasia</i>	: Kesulitan dalam bicara
<i>Analgesik</i>	: Sekelompok obat pereda nyeri
<i>Aterosklerosis</i>	: Menumpuknya lemak, kolesterol, dan zat lain di dalam dan di dinding arteri
<i>Antikoagulan</i>	: Obat yang berfungsi mencegah pembekuan darah
<i>Arteri</i>	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan ke seluruh tubuh
<i>Cairan Interstesiel</i>	: merupakan bagian cairan ekstraseluler di antara sel dan dinding pembuluh darah.
<i>Disartria</i>	: Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang digunakan untuk berbicara
<i>Disflagia</i>	: Kesulitan dalam menelan makanan atau
Ekstraseluler	: adalah komponen yang berada di luar sel, seperti cairan, matriks, dan enzim.
<i>Hemiplegia</i>	: Kondisi terjadinya kelumpuhan
Hemoragik	: Pendarahan akibat pecahnya pembuluh darah pada area tertentu di dalam otak
<i>Hipoksia</i>	: Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh
Iskemik	: Keadaan kurangnya aliran darah ke organ

tubuh Mobilisasi	: Kemampuan seseorang untuk bergerak secara
bebas Mobilitas	: Gerakan berpindah-pindah atau kesiapan untuk Berpindah
Obesitas	: Terjadinya lipatan lemak tubuh yang
Paralisis	: Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi otot
Perfusi	: Proses darah di oksigenasi mengalir ke paru dan mengalami reoksigenasi
<i>Serebral</i>	: Gangguan yang berhubungan dengan otak
Sirkulasi	: Perputaran atau peredaran
<i>Subarachnoid</i>	: Penimbunan darah di dalam lapisan pelindung
otak Stroke/CVA	: Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba-tiba menjadi
<i>Thrombosis</i>	: Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
BB	: Berat Badan
CT-Scan	: <i>Computerized Tomografi Scanning</i>
CVA	: <i>Cerebral Vascular Accident</i>
DIC	: <i>Deseminated Intravascular Coagulasi</i>
EEG	: <i>Elektro Encephalografi</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
MRI	: <i>Magnetizing Imaging Resonance</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RR	: <i>Respiration Rate</i>
TIA	: <i>Transient Iskemik Attack</i>
TIK	: Tekanan Intra Kranial
TTV	: Tanda-tanda vital
WHO	: <i>World Health Organizationi</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan yang diberikan langsung kepada pasien untuk mengidentifikasi suatu masalah keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi (Siregar, 2020). Stroke merupakan penyakit kronis dengan dampak berbahaya yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah arteri akibat adanya timbunan darah di dalamnya, pecahnya pembuluh darah karena melemahnya dinding pembuluh darah, atau tersumbatnya aliran darah ke otak akibat kondisi pembuluh darah itu sendiri mengalami kerusakan sehingga menyebabkan kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak serta merusak jaringan otak (Sulaiman & Anggriani, 2017). Gejala yang paling sering ditimbulkan akibat stroke adalah pada wajah, lengan, dan kaki, seringkali lemas atau mati rasa, serta gejala lain seperti kesulitan berbicara atau memahami perkataan orang lain, pusing, kebingungan, dan kesulitan berjalan (Puspitawuri *et al.*, 2019). Stroke dapat menyebabkan komplikasi antara lain hipoksia serebral serta berkurangnya aliran darah ke otak, *afasia* (kesulitan berbicara), peningkatan tekanan intrakranial, penurunan kesadaran, pneumonia, dekubitus, trombosis vena dalam, atropi, kejang dan nyeri kronis pada kepala (Tarwoto, 2013). Stroke sulit diobati karena pasien tiba di rumah sakit dalam kondisi kritis dan terlambat karena kurangnya pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap indikasi Stroke dan pencegahan stroke (Srinayanti *et al.*, 2021). Hal-hal yang sering terjadi di masyarakat seperti pola

hidup yang kurang sehat seperti merokok mengkonsumsi alkohol, makan tidak teratur, kurang berolahraga, jam kerja yang berlebihan serta sering mengkonsumsi makanan cepat saji berpotensi menyebabkan seseorang terkena stroke (Anita, 2018). Stroke tanpa adanya suatu pengobatan yang cepat dan tepat akan menyebabkan kecacatan serius, bahkan kematian dikarenakan sel-sel dalam otak mengalami kematian yang begitu cepat. Dampak kematian dan kecacatan dapat dikurangi jika tanda dan peringatan stroke diketahui sehingga pasien stroke dapat segera mencari pengobatan yang tepat (Handayani, 2018). Asuhan keperawatan yang tepat pada pasien stroke yaitu melalui proses perawatan yang dimulai dari pengkajian yang meliputi respons pasien, kemudian ditetapkan suatu rencana tindakan keperawatan Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada pasien stroke diantaranya ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal, gangguan perawatan diri (ADL), hingga gangguan eliminasi (Tarwoto, 2013).

Menurut WHO (*World Health Organization*) dalam jurnal Dwilaksono *et al.* (2023) menyatakan pada tahun 2022 terjadi 7,6 kematian akibat stroke dan setiap tahun ada 13,7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat stroke. Menurut *World Stroke Organization* pada tahun 2022, kasus stroke di Asia Tenggara diperkirakan sekitar 1,5 juta hingga 2 juta kasus baru dengan jumlah kasus paling tinggi terjadi di Indonesia sekitar 300.000 kasus baru stroke per tahun diikuti secara berurutan oleh Thailand, Filipina, Myanmar, Vietnam, Malaysia, Singapura, dan Brunei Darussalam. Menurut data dari Profil Kesehatan Indonesia dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (2020)

di Indonesia jumlah penduduk terkena serangan CVA mencapai 500.000 orang dalam setiap tahun, di antaranya 2,5% atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan maupun berat. Kasus CVA (Cerebro Vascular Accident) menempati posisi ketiga dengan jumlah kasus sebanyak 1.789.261 (Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan, 2021). Dan data terbaru dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (2023), prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Penyakit ini menempati peringkat ketiga dalam hal pembiayaan penyakit katastropik (Penyakit yang membutuhkan biaya pengobatan tinggi, perawatan jangka panjang, dan dapat menyebabkan kecacatan atau kematian), setelah penyakit jantung dan kanker (Tarmizi, 2024). Menurut data dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (2023), prevalensi stroke di Jawa Timur mencapai 9,0 per 1.000 penduduk, yang berarti lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional sebesar 8,3 per 1.000 penduduk (Suryowati, 2024). Menurut data di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada (2023) sebanyak 308 penderita CVA Hemorrhagic dan 932 penderita CVA Infark. Dan pada tahun 2024 mulai Bulan Januari hingga Bulan Maret jumlah kasus CVA Infark di Ruang Unit Stroke sebanyak 113 kasus (Register rawat inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek dalam KTI Pratitis, 2024). Sedangkan pada tahun 2025 mulai bulan februari sampai maret jumlah kasus CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo sebanyak 124 kasus (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2025).

Secara teoritis stroke merupakan penyakit multikausal dimana banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya stroke. Ada beberapa faktor yang tidak bisa diubah, seperti usia dan jenis kelamin. Faktor kondisi kesehatan

seperti tekanan darah tinggi dan penyakit jantung. Faktor perilaku seperti kebiasaan olahraga, pola makan, dan merokok. Selain itu, faktor sosial ekonomi seperti tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan tingkat pendapatan juga diduga mempengaruhi frekuensi stroke (Azzahra & Ronoatmodjo, 2023). Berdasarkan keadaan patologis stroke dibedakan menjadi 2 yaitu stroke non hemoragik yang mempengaruhi terjadinya hambatan aliran darah ke otak, sedangkan terjadinya stroke non hemoragik dibagi menjadi dua yaitu Trombosis yang merupakan pembekuan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga terganggunya aliran darah ke otak dan Embosis merupakan benda asing yang ada di pembuluh darah menimbulkan penyumbatan darah ke otak. Stroke Haemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah ke otak yang disebabkan oleh perdarahan intraserebral terjadi karena pecahnya arteri kecil pada serebral, perdarahan akibat tumor otak, trauma dan perdarahan subarachnoid kerusakan otak terjadi karena adanya darah yang menggumpal sehingga mendorong ke area otak dan pembuluh darah (Tarwoto, 2013), dampak yang diakibatkan bila tidak di tangani dengan baik yaitu bisa menyebabkan kelumpuhan hingga kematian (Batticaca, 2019).

Pasien stroke memang membutuhkan bantuan dalam mengatur kehidupannya sehari-hari, sehingga memerlukan kerja sama keluarga dan tim medis. Perawat merupakan fasilitator untuk penggerak gerakan hidup sehat sesuai dengan perannya. Sebagai *caregiver* khususnya dalam perawatan pasien stroke, dan memberikan pendidikan kesehatan termasuk kebutuhan gizi, perawatan pasca stroke, dan konseling keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari serta membantu mencegah kekambuhan dan pencegahan stroke.

Perawat dapat memberikan dua jenis intervensi pada pasien stroke: tindakan *farmakologis* dan *non farmakologis*. Tindakan farmakologis dapat berupa pemberian antikoagulan, antitrombotik, dan pemberian obat deuretika, serta obat-obatan lain dan prosedur pembedahan sesuai anjuran dokter sedangkan tindakan *non farmakologis* antara lain dengan memberikan edukasi kepada pasien stroke tentang faktor penyebab stroke dan bagaimana cara mencegahnya serta penerapan gaya hidup sehat dengan makan teratur dan berolahraga. Banyaknya penderita stroke yang harus mendapatkan tindakan yang cepat, tepat dan segera membuat penulis tertarik untuk melakukan penelitian dan mendalami pengetahuan tentang penyakit stroke untuk memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.2 BATASAN MASALAH

Batasan masalah dalam studi kasus ini difokuskan membahas Asuhan Keperawatan pada klien Stroke Iskemik tanpa komplikasi di Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dan latar belakang di atas, dapat di rumuskan masalah sebagai berikut: "Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek?".

1.4 TUJUAN PENELITIAN

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan secara menyeluruh Pada Klien dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Mendiskripsikan hasil pengkajian asuhan keperawatan klien dengan
Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Menegakkan diagnosa keperawatan klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Menyusun perencanaan asuhan keperawatan klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Mengevaluasi asuhan keperawatan klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Melakukan analisa data antara fakta dan teori pada klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5 MANFAAT PENELITIAN

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian untuk mengembangkan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Pada klien dengan Stroke Iskemik.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Instistusi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang digunakan dalam pelaksanaan praktek, pelayanan keperawatan pada asuhan keperawatan Stroke Iskemik.

2. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan yang berhubungan dengan pasien Stroke Iskemik.

3. Bagi Pasien

Dari hasil penelitian ini dapat memberikan kemudahan dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan serta tindakan perawatan pada pasien dengan stroke.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi gambaran pemulihan kesehatan pasien stroke dan dapat digunakan sebagai bahan perbandingan antara teori yang di dapat di bangku perkuliahan dan lahan praktek.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

CVA adalah penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Gangguan saraf maupun kelumpuhan yang terjadi tergantung pada bagian otak mana yang terkena. Penyakit ini dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian (Hisni et al., 2022).

Stroke *Non Hemoragic/Iskemik* merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral, biasanya sering terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau terjadi di pagi hari serta tidak terjadi perdarahan. Pada dasarnya stroke *non Hemoragic* disebabkan oleh *oklusi* pembuluh darah otak menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak tidak terjadi perdarahan namun timbul iskemia yang mengakibatkan *hipoksia* dan selanjutnya timbul *edema sekunder* (Sarani, 2021).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015) klasifikasi stroke terbagi menjadi dua yaitu :

1. Menurut patologi dan gejala klinik

- a) Stroke *Hemoragic*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarachnoid dan intraserebral menyebabkan stroke hemoragic, yang biasanya

terjadi saat aktivitas dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) Stroke Non-Hemoragic/Iskemik

Stroke dapat terjadi karena obstruksi arteri total atau sebagian, iskemik, trombosis, emboli, atau penyempitan lumen arteri.

1. Dalam kasus stroke *non-hemoragik*, suplai darah ke jaringan otak berkurang. Serangan biasanya tidak terjadi saat istirahat atau bangun tidur. Sementara pasien tidak mengalami perdarahan, terjadi edema sekunder.
2. *Thrombosis* adalah penyumbatan dan penghentian aliran darah ke otak akibat gumpalan atau bekuan yang menyebabkan iskemik.
3. *Emboli*: Emboli dapat berasal dari udara, tumor, lemak, atau bakteri yang ada di saluran darah dan dapat menyebabkan penyumbatan atau konklusi pembuluh darah otak.
4. *Infeksi, spasme*, atau kompresi massa dari luar dapat menyebabkan *lumen arteri* menyempit.

2.1.3 Etiologi

Menurut Smeltzer & 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.

- 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*.
- 3) *Iskemia* yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
- 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.

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 *aterosclerosis* awal yaitu proses terjadinya timbunan lemak di

bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke.

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.

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 dari-pada laki-laki.

4. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat pada keluarga yang pernah mengalami serangan stroke atau penyakit yang berhubungan dengan kejadian stroke dapat menjadi factor risiko untuk terserang stroke juga. Hal ini disebabkan oleh banyak factor, diantaranya factor *genetic*, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, *interaksi genetic* dan pengaruh lingkungan.

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi :

1. Hipertensi

Salah satu faktor risiko yang paling umum untuk stroke adalah hipertensi. Hipertensi menyumbang antara 50 dan 70 persen kasus stroke. Stroke akan turun antara 4.5-7 % pada pasien dengan hipertensi yang lama karena kerusakan arteri, penebalan, *arterosklerosis*, atau *arteri pecah* atau

ruftur. Penurunan *diastole* menjadi 5–6 mmHg dan *systole* menjadi 10-12 mmHg selama 2–3 tahun. Tekanan darah tinggi meningkatkan kemungkinan mengalami stroke. Ini bahkan merupakan penyebab paling umum dari stroke. Alasannya adalah hipertensi, yang dapat menyebabkan pembuluh darah otak pecah atau menyempit. Pecah pembuluh darah otak menyebabkan pendarahan di otak. Apabila pembuluh darah menyempit, aliran darah ke otak terganggu, menyebabkan kematian sel-sel otak. Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih dianggap sebagai hipertensi. Tekanan darah tinggi meningkatkan kemungkinan stroke karena kerusakan dinding pembuluh darah yang menyebabkan penyumbatan atau perdarahan di otak. Stroke hemoragik terjadi ketika tekanan darah meningkat dengan cepat sehingga pembuluh darah di otak pecah. Stroke iskemik, di sisi lain, terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah karena penyumbatan.

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. Pada Mei 2012, American Heart Association melaporkan bahwa paling kurang 65% penderita diabetes melitus mengalami penyakit jantung atau stroke. Pada penderita diabetes tipe 2 memiliki resiko kematian akibat penyakit *kardiovaskuler* dua hingga enam kali lipat dibandingkan dengan individu tanpa diabetes. Insiden *arteriosklerotik kardiovaskular*, penyakit *arteri perifer*, hipertensi, dan

kelainan metabolisme lipoprotein semuanya meningkat sebagai akibat dari diabetes mellitus. Dengan resistensi glukosa, glukosa dalam darah meningkat, yang meningkatkan kekentalan darah dan meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Selain itu, melalui beberapa mekanisme, *hiperglikemia* dapat mempercepat *aterogenesis*.

3. *Hiperkolesterol*

Kadar kolesterol total yang tinggi akan menyebabkan terjadinya arteriosklerosis yang berperan dalam terjadinya stroke. Penelitian menunjukkan bahwa pada pasien dengan kadar kolesterol di atas 240 mg %, angka stroke meningkat sebesar 25 % untuk setiap kenaikan 38,7 mg %. Sementara itu, peningkatan HDL 1 mmol (38,7 mg %) menurunkan angka stroke setinggi 47 %, dan peningkatan trigiserid meningkatkan angka stroke juga. statin adalah obat anti kolesterol yang sangat menurunkan risiko stroke.

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 arteriosklerosis.

Arteriosklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah menjadi lambat. Selain itu merokok meningkatkan oksidasi lemak yang berperan dalam perkembangan arteriosklerosis dan menurunkan jumlah HDL (kolesterol baik) atau menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan (Burhanuddin, 2013).

6. Alkoholik

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

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.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Pada CVA gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak atau sebakut, dan dahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun tidur pagi dan kesadaran biasanya tak menurun, kecuali bila embolus cukup besar (Mansjoer, 2020). Gejala klinis pada pasien CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) yaitu :

1. Kehilangan Motorik CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah penyakit otot neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik, misalnya :
 - a) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
 - b) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)

- c) Menurunnya tonus otot abnormal
2. Kehilangan komunikasi Fungsi otak yang dipengaruhi oleh CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :
- a) Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
 - b) Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif atau arefresif.
3. Gangguan persepsi
- a) Hemonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
 - b) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi atau ruang yang sakit tersebut.
 - c) Gangguan hubungan visual spasial, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objektif dalam area spasial.
 - d) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil auditorius

CVA hemoragik (CVA perdarahan) yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak . Gangguan vaskularisasi otak ini memunculkan

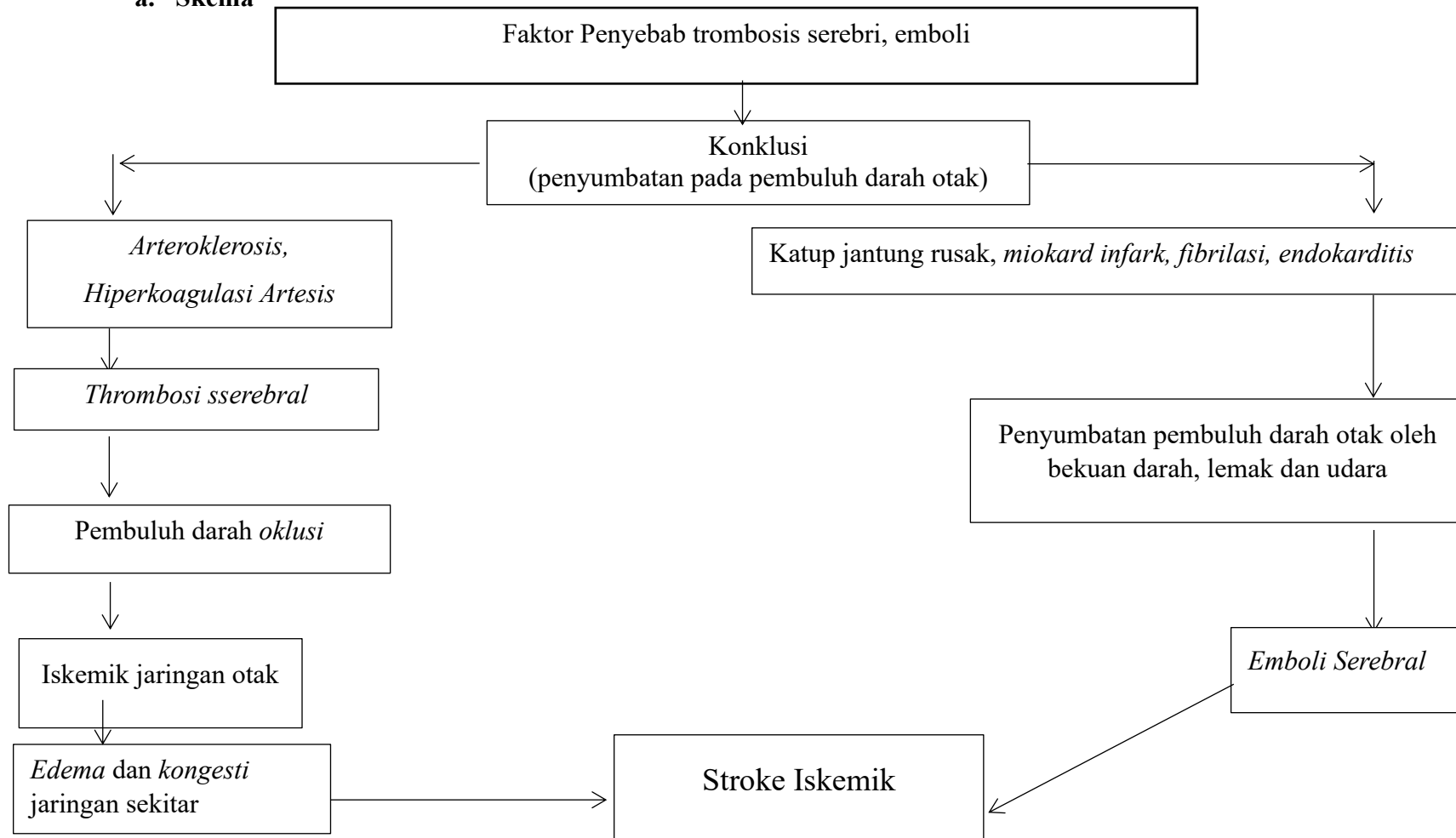
berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagianbagian tubuh, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan sensori, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh) . Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi (Sari, Agianto, & Wahid, 2015).

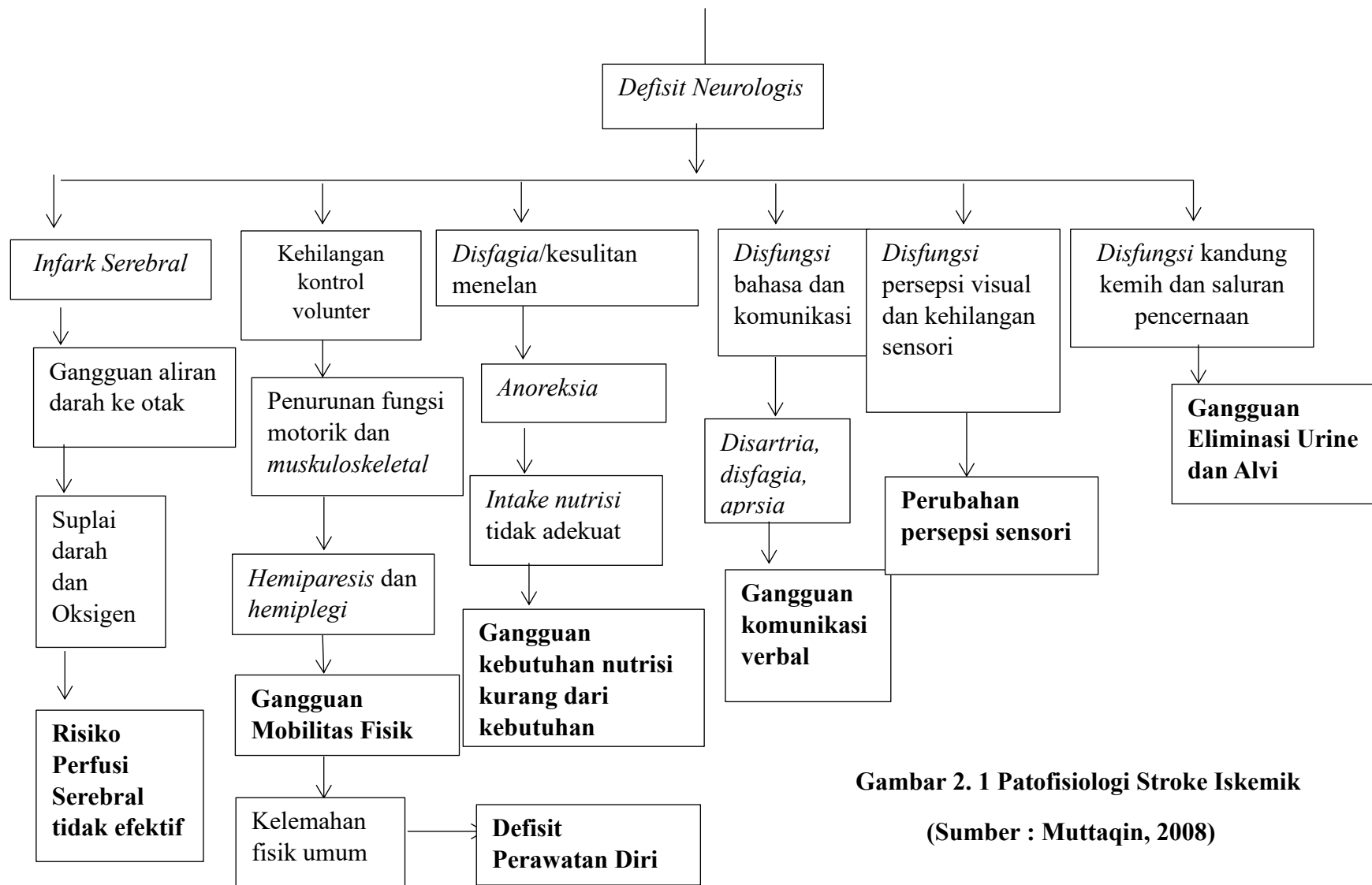
Manifestasi klinik dari *intracerebral hemoragik* yaitu :

- a) Kesadaran mungkin akan segera hilang, atau bertahap seiring dengan membesarnya hemoragic.
- b) Pola pernapasan dapat secara progresif menjadi abnormal
- c) Respon pupil mungkin lenyap atau menjadi abnormal
- d) Dapat timbul muntah-muntah akibat peningkatan tekanan intra cranium.
- e) Perubahan perilaku kognitif dan perubahan fisik pada berbicara dan gerakan motorik dapat timbul segera atau secara lambat. Nyeri kepala dapat muncul segera atau bertahap seiring dengan peningkatan tekanan intra cranium

2.1.6 Pathway

a. Skema





Gambar 2. 1 Patofisiologi Stroke Iskemik
(Sumber : Muttaqin, 2008)

b. Uraian

Faktor penyebab terjadinya Stroke *Non Hemoragik* akibat adanya suplai darah ke jaringan otak berkurang, Hal ini disebabkan oleh *trombosis serebri* dan *emboli*. *Trombosis* merupakan pembentukan aliran darah ke otak, bekuan atau gumpalan pada arteri. *Emboli* adalah sumbatan pembuluh darah oleh benda asing. Hal tersebut bisa menyebabkan penyumbatan Kedua faktor tersebut dapat menimbulkan *defisit neurologis* (saraf-saraf) di otak. Diantaranya *infark serebral* yang menyebabkan metabolisme dalam otak terganggu dan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga muncul gangguan perfusi jaringan *serebral*. Salah satu akibatnya adalah TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan *vascular serebral* dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstermitas terjadi kehilangan *kontrol 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 defisit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (*Activity of Daily Living*). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, *disfasia/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 ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi *disfungsi* pada kandung kemih akibat kelemahan otot *sfincter* sehingga menimbulkan masalah gangguan *eliminasi urine* (Muttaqin, 2008).

2.1.7 Komplikasi Stroke

Menurut CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada CVA, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca CVA memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan CVA.

Beberapa komplikasi CVA dapat terjadi akibat langsung CVA itu sendiri, imobilisasi atau perawatan CVA. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien CVA sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan perawatan semakin lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca CVA, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien CVA. Komplikasi menurut (Tarwoto, 2020) meliputi :

1) Fase akut

a. Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena pendarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanandarah.

Sehingga pada pasien dengan CVA keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

b. Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan intersresial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c. Peningkatan Tekanan Intraknial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya pendarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intracranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan

motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d. Aspirasi

Pasien CVA dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflex batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- a. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, inkontinensia urin dan bowel.
- b. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak
- c. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tensin, nyeri kepala cluster
- d. Malnutrisi, karena intake yang adekuat

2.1.8 Pencegahan Stroke

Pencegahan 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 *et al.*, 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.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Penunjang untuk pasien CVA (anonime,2022) :

1) CT Scan (Computerized Tomografi Scanning)

Diagnosis stroke dikonfirmasi dengan bantuan pencitraan otak. Pemindaian CT scan kepala non- kontras merupakan pemeriksaan yang cepat dan aman. Pada fase akut, perdarahan terlihat jelas sebagai area yang hiperdens (putih). Gambaran ini tetap dapat muncul selama sekitar 72 jam dari serangan stroke. Pada hari ke-10, area perdarahan akan menjadi hipodens (terlihat lebih gelap dari jaringan normal). Pada stroke iskemik, zona hipodens yang berbatas tegas muncul. Namun selama beberapajam pertama terutama pada 6 jam pertama, stroke iskemik mungkin tidak akan tampak pada CT scan. Oleh sebab itu pada kasus yang dicurigai stroke iskemik pada jam-jam awal kejadian sebaiknya dilakukan pemeriksaan MRI.

2) MRI scan (Magnetic Resonance Imaging)

MRI scan adalah metode pencitraan otak pilihan pada stroke karena lebih sensitif dalam mendeteksi iskemia dini dan memungkinkan untuk membedakan antara iskemia lama dan baru.

3) Ultrasonografi dupleks karotis

Stenosis arteri karotis dapat menyebabkan stroke. Hal ini sering dicurigai ketika pasien datang dengan gejala yang

menunjukkan oklusi *arteri serebral* tengah atau anterior. Cara paling umum untuk mendiagnosis stenosis karotis adalah menggunakan ultrasonografi *dupleks karotid*, yang merupakan prosedur yang dapat ditoleransi dengan baik dan non-invasif. *Angiografi resonansi magnetik* dan *angiografi CT* juga dapat digunakan dalam skrining dan penilaian stenosis karotis.

4) Pemeriksaan Tambahan

Selain pemeriksaan umum yang meliputi tekanan darah, *elektrokardiogram* (EKG), *urea* dan *elektrolit*, glukosa darah, kolesterol, hitung darah lengkap, tingkat sedimentasi eritrosit, fungsi tiroid dan penanda inflamasi, dan lainnya disesuaikan kondisi spesifik setiap pasien.

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan terapi pada pasien strokie menurut Tarwoto (2013) terbagi atas:

1) Penatalaksaan Umum

a) Fase Akut

- (1) Terapi Cairan, Untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah, terapi cairan sangat penting pada fase akut stroke karena dapat menyebabkan dehidrasi karena penurunan kesadaran,
- (2) Terapi Oksigen, Pasien yang mengalami gangguan aliran darah ke otak termasuk mereka yang menjalani terapi oksigen dan mereka yang mengalami stroke iskemik atau hemoragik. Jadi, untuk mempertahankan metabolisme otak dan mengurangi hipoksia, kebutuhan oksigen sangat penting. Hasil pemeriksaan gas darah atau oksimetri dapat menentukan tindakan apa yang dapat dilakukan, seperti mempertahankan jalan napas, memberikan oksigen, atau menggunakan ventilator.
- (3) Penatalaksanaan Peningkatan Tekanan Intrakrania Edema darah biasanya menyebabkan peningkatan intrakranial, jadi penting untuk mengurangi edema dengan menggunakan manitol dan mengontrol atau mengontrol tekanan darah.
- (4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG

- (5) Monitor fungsi pernapasan : Analisis Gas Darah
- (6) Cegah kerusakan dan mengontrol kejang dengan antikonvulsan.
- (7) Pemasangan NGT menurunkan kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (8) Analisis kondisi cairan dan elektrolit
- (9) Monitor tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial, dan reflex
- (10) Berikan Antikoagulan untuk mencegah tromboflebitis dan emboli paru.

b) Fase Rehabilitasi

- (1) Pertahankan jumlah nutrisi yang cukup
- (2) Program manajemen *bladder* dan *bowel*
- (3) Untuk menjaga keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
- (4) Menjaga integritas kulit
- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7) Persiapan pasien pulang

a) Fase Pembedahan

Dilakukan dalam kasus hidrocefalus obstruksi akut, jika perdarahan serebrum memiliki diameter lebih dari 50 mililiter, atau jika pemasangan pintasan vertikuloperitoneal diperlukan.

b) Terapi obat

1. *Antihipertensi*: katropil, antagonis kalsium
2. *Diuretic*: manitol 20%, *furosemid Diuretic* : manitol 20%,
3. *Antikolvasan*: fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

Serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan, dan berkesinambungan dikenal sebagai proses keperawatan. Proses ini dimulai dengan pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, membuat rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan, dan atau menugaskan orang lain untuk melakukannya. Perawatan pasien diberikan melalui proses keperawatan. Target asuhan dapat berupa individu, kelompok, keluarga, atau masyarakat, apakah mereka sehat atau sakit. Oleh karena itu, masalah asuhan keperawatan adalah masalah yang sedang terjadi, beresiko terjadi, dan positif. Area perawatan dapat berupa *preventif*, *rehabilitatif*, dan *promotif*.

2.2.1 Pengkajian Data

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

Menurut Tarwoto (2013), pengkajian pada pasien Stroke meliputi :

1) Pengumpulan Data

a) Identitas pasien

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

b) Keluhan utama

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).

c) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non-hemoragik seringkali terjadi dengan sangat cepat saat klien sedang bergerak. Gejala awal dari serangan stroke infark biasanya termasuk kesemutan dan rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, bersama dengan gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d) 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 alcohol (Tarwoto, 2013).

e) Riwayat penyakit keluarga

Pada riwayat penyakit keluarga yang pernah mengalami serangan stroke atau penyakit yang berhubungan dengan kejadian stroke dapat menjadi factor risiko untuk terserang stroke juga. Hal ini disebabkan oleh banyak factor, diantaranya factor genetic, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi genetic dan pengaruh lingkungan.

f) Riwayat Psikososial

Menurut teori Adanya Masalah-masalah psikologis yang dialami pasien, yang menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah serta kesulitan berkomunikasi dengan keluarga maupun masyarakat. Dan juga penyakit CVA merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya tersebut dapat mempengaruhi stabilitas, emosi dan pikiran klien dan keluarga, Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi, Rasa cemas dan takut dalam menghadapi gangguan citra tubuh. (Hidayat A 2010).

1. Pola Peran Hubungan atau interaksi sosial

Klien mengalami kesulitan berkomunikasi sebagai akibat dari gangguan bicara, yang mengakibatkan perubahan hubungan dan peran (Doenges *et al.*, 2016).

2. Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Doenges *et al.*, 2016).

3. Pola mekanisme koping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Doenges *et al.*, 2016).

4. Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori, klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif, penurunan memori dan proses berpikir biasanya terjadi (Doenges *et al.*, 2016).

- 2) Kebiasaan Sehari-hari

1. Pola Nutrisi dan cairan

Pada klien dengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa

kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Doengos, 2000).

2. Pola eliminasi

Pasien stroke, biasanya terjadi pola eliminasi BAB, yaitu konstipasi karena gangguan dalam mobilitas. Selain itu, pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine karena konfusi, ketidakmampuan untuk mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena gangguan kontrol motorik dan postural.

3. Pola aktivitas dan latihan

Saat melakukan aktivitas, klien yang menderita stroke akan mengalami kelelahan, kelemahan, ketidaknyamanan, dan kehilangan napas.

4. Pola tidur dan istirahat

Klien yang mengalami stroke mengalami gangguan dalam jumlah dan kualitas tidur. Karena keluhan yang dialaminya, klien tidak mendapatkan istirahat yang cukup.

5. Pola seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamin (Doenges *et al.*, 2016).

6. Pola keyakinan dan nilai

Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang dianut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009).

g) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan pada pasien stroke yaitu:

a) Keadaan umum

Keadaan umum : Biasanya klien *CVA* mengalami badan lemas (*letarge*), nyeri kepala (*cephalgia*), penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu > 37 nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).

Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan

b) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Rambut

Rambut umumnya tidak ada kelainan

(2) Mata:

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan.

(3) Telinga:

Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga (Tarwoto, 2013).

(4) Muka:

Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh atau nervus fasialis)

(5) 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.

(6) Kulit

jika kekurangan oksigen kulit akan tamak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor

kulit akan jelek. Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dekuitus.

(7) Hidung

Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2019).

(8) Mulut dan faring

Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir *sianosis*, *disartria* (bicara cadel atau pelo), *Afasia* (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Muttaqin, 2008).

(9) Leher

Kaku kuduk jarang terjadi (Muttaqin, 2008).

c) Pemeriksaan Integumen

Jika pasien kekurangan 02 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek. Disamping itu perlu juga dikaji tanda-tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest. Kuku perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis.

d) Pemeriksaan dada

Pemeriksaan dada pada pasien stroke meliputi:

1) Pemeriksaan Paru-paru :

Inspeksi : 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

Palpasi : untuk menilai *tactile fremitus*

Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.

Auskultasi : Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronkhi karena kemampuan batuk yang menurun sehingga produksi secret meningkat. Pada pemeriksaan jantung tidak terdapat bunyi jantung tambahan.

2) Pemeriksaan jantung

Inspeksi : Ictus kordis tidak Nampak

Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicular sinistra

Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.

Auskultasi : mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi “lub”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dub” dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

e) Pemeriksaan payudara

Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada pasien stroke (Doenges *et al.*, 2022).

f) Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma). Bagaimana bentuk perut.

Auskultasi: Terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit)

Palpasi : Teraba massa karena konstipasi, nyeri tekan tidak ada. Biasanya didapatkan penurunan peristaltic usus akibat *bed rest* yang lama

Pekusi : Suara tympani sampai hiperthympani, kadang terdapat kembung Abdomen

g) Pemeriksaan genetalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos & Marilyn, 2018).

h) Pemeriksaan ekstermitas

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan *hemiplegi paralisa* atau *hemiparase*, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).

i) Pemeriksaan refleks

Refleks fisiologis, seperti reflek *bisep*, *trisept*, *brakioradialis*, *patella*, *achilles* dan reflek patologis, seperti *refleks plantar (Babinski)* dan *chaddock* mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Misbach dalam Ratnasari, 2020).

j) Pemeriksaan neurologi

Pengkajian saraf otak Ada 12 saraf kranial 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 *Optikus*: 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 unsum 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 Abdusen*: 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, ketika 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 terjadinya 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 trapeziuz) dan otot leher (otot *sterokleidomastoideus*). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi *kontralateral*. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot *trapezine* dan otot *sterokleidomastoideus* terganggu.
12. *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 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

k) Pemeriksaan penunjang

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*

2.2.2 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 pada pasien stroke iskemik:

1) Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor risiko :

- a) Keabnormalan masa protombin dan masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) *Aterosklerosis aorta*
- d) *Diseksi arteri*
- e) *Fibrilasi atrium*
- f) Tumor otak
- g) *Stenosis karotis*
- h) *Miksoma atrium*
- i) *Aunerisma serebri*
- j) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- k) *Dilatasi kardiomiopati*

- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
 - m) *Embiolisme*
 - n) Cedera kepala
 - o) Hipertensi
 - p) *Hiperkolestreronemia*
 - q) *Endokarditis infeksi*
 - r) Katup prostetik mekanis
 - s) *Stenosis mitral*
 - t) *Neoplasma otak*
 - u) *Infark miokard* akut
 - v) Sindrom sick sinus
 - w) Penyalahgunaan zat
 - x) Terapi trombolitik
 - y) Efek samping tindakan
- 2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri
- 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-75 sesuai usia
- n) Efek agen *farmakologis*
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan *kognitif*
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan *sensori persepsi*

Gejala dan Tanda Mayor

Data Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Data Objektif : Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor

Data Subyektif : Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan bergerak, Merasa cemas saat bergerak

Data Obyektif : Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, fisik lemah

3) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

- a) Gangguan *muskuloskeletal*
- b) Gangguan *neuromuskuler*
- c) Kelemahan
- d) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e) Penurunan motivasi/minat

Gejala dan Tanda Mayor

Data Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri

Data Obyektif : Tidak mampu mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Data Subyektif : (Tidak tersedia)

Data Obyektif : (Tidak tersedia)

4) Gangguan Persepsi sensori (D.0085)

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi

Penyebab :

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan
- e) *Hipoksia serebral*
- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan *toksin* lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Data Subjektif : mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indra peraba, penciuman, atau pengecap

Data Objektif : *distori sensori*, respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor

Data Subjektif : menyatakan kesal

Data Objektif : menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat atau situasi, curiga

5) 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 nutrient
 - d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
 - e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
 - f) Faktor psikologis (mis. Stresss, keengganan untuk makan)
- 6) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem symbol

Penyebab :

- a) Penurunan *sirkulasi serebral*
- b) Gangguan *neuromuskuler*
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan *muskoloskeletal*
- e) Kelainan *palatum*
- f) Hambatan fisik
- g) hambatan individu
- h) Hambatan psikologis
- i) Hambatan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Data Subjektif : (Tidak tersedia)

Data Objektif : Tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Data Subjektif : (Tidak tersedia)

Data Objektif : *afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartia, afonia*, pelo, dislalia, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, *verbalisasi* tidak tepat, sulit menggunakan kata-kata, disorientasi orang, ruang atau waktu, defisit penglihatan, dan *delusi*

7) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih
- c) Penurunan kemampuan menyadari tanda – tanda gangguan kandung kemih
- d) Efek tindakan medis dan *diagnostic*
- e) Kelemahan otot *pelvis*
- f) Ketidak mampuan mengakses toilet
- g) Hambatan lingkungan

- h) Ketidakmampuan mengakses toilet
- i) Hambatan lingkungan
- j) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- k) Outlet kandung kemih tidak lengkap
- l) *Imaturitas*

Gejala dan Tanda Mayor

Data Subjektif : desakan berkemih (*urgensi*), urin menetes (*dribbling*), sering buang air kecil, *nocturia*, *enuresis*

Data Objektif : distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (*hesitancy*), volume residu urin meningkat

Gejala dan Tanda Minor

Data Subjektif : (tidak tersedia)

Data Objektif : (tidak tersedia)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2019). Kriteria hasil menurut (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019) dan Intervensi keperawatan menurut (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018) :

- 1) **Diagnosa 1** : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, peningkatan tekanan intrakranial, *infark serebral*.

Kriteria hasil :

- a) Tingkat kesadaran: meningkat
- b) *Kognitif*: meningkat
- c) Sakit kepala: menurun
- d) Gelisah: menurun
- e) Kecemasan: menurun
- f) Tekanan arteri rata-rata: membaik
- g) Tekanan intrakranial: membaik
- h) Tekanan darah *sistolik*: membaik
- i) Tekanan darah *diastolik*: membaik
- j) Refleks saraf: membaik

INTERVENSI

Observasi

1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
3. Monitor MAP (mean arterial pressure)
4. Monitor status pernapasan
5. Monitor intake dan output cairan
6. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)

Terapeutik

7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
8. Berikan posisi semi fowler
9. Hindari manuver valsava
10. Cegah terjadinya kejang
11. Pertahankan suhu tubuh normal

Edukasi

12. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan
13. Kolaborasi pemberian *diuretik osmosis*
14. Kolaborasi pelunak tinja pemberian

- 2) **Diagnosa 2** : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis.

Kriteria hasil :

- a) Pergerakan ekstremitas: meningkat
- b) Kekuatan otot: meningkat
- c) Rentang gerak (ROM): meningkat
- d) Kelemahan fisik: menurun
- e) Kaku sendi menurun
- f) Gerakan tidak terkoordinasi menurun
- g) Gerakan terbatas menurun
- h) Kelemahan fisik menurun

INTERVENSI

Observasi

- 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3. Monitor frekuensi jantung tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

5. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
(misal: pagar tempat tidur)
6. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu
7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
(misal: duduk ditempat tidur, duduk disisa tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Kolaborasi

11. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi
12. Kolaborasi stimulasi elektrik
13. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus

- 3) **Diagnose 3** : Gangguan perawatan diri ; ADL berhubungan dengan *defisit neuromuskuler*, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif

Kriteria Hasil :

- a) Kemampuan mandi Meningkat
- b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat

- c) Kemampuan makan Meningkat
- d) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)
- e) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri
Meningkat
- f) Minat melakukan perawatan diri Meningkat
- g) Mempertahankan kebersihan diri Meningkat
- h) Mempertahankan kebersihan mulut

INTERVENSI

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. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misal:
Suasana hangat, rileks, privasi)
5. Siapkan keperluan pribadi (misal: Parfum,
sikat gigi, dan sabun mandi)
6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri
sampai mandiri
7. Fasilitasi untuk menerima keadaan
ketergantungan
8. Fasilitasi kemandirian bantu jika tidak

mampu melakukan perawatan diri

9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

4) **Diagnosa 4** : Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integritas, stress psikologik

Kriteria hasil :

- a) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan: menurun
- b) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman: menurun
- c) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecapan menurun
- d) *Distorsi sensori*: menurun
- e) Menarik diri menurun
- f) Melamun menurun
- g) Respons sesuai stimulus membaik
- h) Konsentrasi: membaik

Observasi

1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan)

Terapeutik

2. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori
(mis: bising, terlalu terang)
3. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)
4. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
5. Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan

Edukasi

6. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)

Kolaborasi

7. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/Tindakan
8. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

5) **Diagnosa 5** : Defisit Nutrisi dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah

Kriteria Hasil :

- a) Porsi makanan yang dihabiskan: meningkat
- b) Kekuatan otot pengunyah: meningkat
- c) Kekuatan otot menelan: meningkat
- d) Nyeri abdomen: menurun

- e) Berat badan: membaik
- f) Indeks Massa Tubuh: membaik
- g) Frekuensi makan: membaik
- h) Nafsu makan: membaik

INTERVENSI

Observasi

1. Identifikasi status nutrisi
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
3. Identifikasi makanan yang disukai
4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
6. Monitor asupan makanan
7. Monitor berat badan
8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

9. Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu
10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
14. Berikan suplemen makanan, jika perlu
15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu
17. Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

- 4) **Diagnosa 6 :** Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum

Kriteria hasil :

- a) Kemampuan berbicara: meningkat
- b) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh: meningkat
- c) Kontak mata: meningkat,

- d) *Afasia*: menurun
- e) *Disfasia*: menurun
- f) *Apraksia*: menurun
- g) *Disatria*: menurun
- h) *Pelo*: menurun
- i) Pemahaman komunikasi: membaik

INTERVENSI

Observasi

1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
2. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien,

dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
8. Ulangi apa yang disampaikan pasien
9. Berikan dukungan psikologis
10. Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi

11. Anjurkan berbicara perlahan
12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

Kolaborasi

13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

7) Diagnose 7 : Gangguan eliminasi urine : Inkontinensia fungsional berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi

Kriteria Hasil :

- a) Sensasi berkemih meningkat
- b) Desakan berkemih (*urgensi*) menurun

- c) Distensi kandung kemih menurun
- d) Berkemih tidak tuntas (*hesistancy*) menurun
- e) Volume residu urin menurun
- f) Urin menetes (*dribbling*) menurun
- g) Nokturia menurun
- h) Mengompol menurun
- i) *Enuresis* menurun

INTERVENSI

Observasi

1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin
2. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin
3. Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

Terapeutik

4. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
5. Batasi asupan cairan, jika perlu
6. Ambil sampel urin tengah (*midstream*) atau kultur

Edukasi

7. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih

8. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin
9. Ajarkan mengambil *spesimen urin midstream*
10. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
11. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
12. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
13. Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Kolaborasi

14. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

2.2.4 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 tindakan, dan menilai data yang baru (Rohmah & Walid, 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.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan 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 (Suparyanto, 2013). Dalam evaluasi, perawat dapat mengetahui sejauh mana asuhan yang telah diberikan kepada pasien dengan melihat pada kerangka SOAP, istilah SOAP yakni *subjektif*, *objektif*, analisis data, dan perencanaan.

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

1. S (*Subyektif*) : yaitu keluhan-keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).

2. O (*Obyektif*) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
3. A (*Analisis*) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawatn tentang kondisi klien.
4. P (*Planning*) : yaitu rencana Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.

2.2.6 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 III

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara memecahkan masalah berdasarkan keilmuan (Nursalam, 2011). Pada bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain desain penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, Uji Keabsahan data dan analisa data.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan sebuah rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian ini mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat dan pedoman untuk mencapai tujuan tersebut.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian berupa deskriptif kualitatif dalam bentuk study kasus. Penelitian diskriptif adalah salah satu jenis penelitian yang tujuannya untuk menyajikan gambaran lengkap mengenai setting sosial atau dimaksudkan untuk eksplorasi dan klarifikasi mengenai suatu fenomena. Studi kasus atau *case study* adalah bagian dari metode kualitatif yang mendalami suatu kasus tertentu secara lebih mendalam dengan melibatkan pengumpulan beraneka sumber informasi. Penelitian deskriptif kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien stroke iskemik secara *komprehensif* dan menyeluruh, serta mengevaluasi masalah asuhan keperawatan stroke iskemik.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan penyajian variable, istilah, konsep-konsep yang terkait dengan variable yang diteliti. Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan Keperawatan Klien dengan Stroke Iskemik di ruang unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Stroke Iskemik adalah ketika iskemia karena *emboli* dan *trombosis serebral* terjadi, biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau terjadi di pagi hari tanpa perdarahan. Pada dasarnya, stroke iskemik disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak, yang menghentikan pasokan oksigen dan glukosa ke otak. Akibatnya, tidak ada perdarahan tetapi iskemia, yang menyebabkan hipoksia, dan kemudian edema sekunder (Sarani D, 2021).

Asuhan keperawatan merupakan proses didalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien untuk memenuhi kebutuhan secara langsung kepada klien untuk memenuhi kebutuhan secara holistic sehingga mampu mengatasi berbagai masalah kesehatan berdasarkan ilmu-ilmu keperawatan. Asuhan keperawatan pada klien stroke iskemik meliputi pengkajian diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan seseorang yang diteliti atau pihak- pihak yang dijadikan subyek dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini adalah klien yang mengalami stroke iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek dengan kriteria : klien bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan, klien masih dalam kesadaran penuh, klien stroke tanpa komplikasi, klien yang diperkirakan akan mendapatkan perawatan 3 hari kedepan.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik dilaksanakan di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu

Waktu pelaksanaan dilaksanakan pada waktu yang telah ditentukan untuk penelitian yaitu pada Bulan Februari – April 2025.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Jenis instrument dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan atau *check list*, pedoman observasi, pengukuran dengan alat, pemeriksaan laboratorium atau dokumen relevan.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

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

3.5.3 Prosedur Pengumpulan data

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

1) Tahap persiapan

- a. Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek.
- b. Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek,
- c. Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek
- d. Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (*clinical instructure*) ruangan dan perawatan 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.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan stroke dan dimulai dari pngkajian. Peneliti menyiapkan format pengkajian, bolpoint, *nursing kit* dan buku catatan dalam pengambilan data. Peneliti memulai proses pengambilan data dengan mengajukan pertanyaan terbuka tentang aktivitas selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan partisipan, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Pengambilan data ini membutuhkan waktu rata- rata 35 menit. 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*).

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 pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisa Data

Analisa data adalah rangkaian kegiatan penelaahan, pengelompokan, sistematisasi, penafsiran dan verifikasi data agar sebuah fenomena memiliki nilai sosial, akademis dan ilmiah (Siyoto & Sodik, 2015). Prinsip analisis studi kasus merupakan jenis penelitian kualitatif yang diawali dengan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan.

Peneliti dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose medis Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisa secara sistematis. Penejelasan tahapan analisis 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 sensor persepsi, pola peran dan hubungan atau interaksi sosial, pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress, pola seksualitas, dan nilai serta pemeriksaan fisik. Peneliti melakukan pemeriksaan fisik yang dimulai dengan melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan persistem dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi menggunakan stetoskop.

3.7.2 Tahap Menyusun

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

3.7.3 Tahap Analisi Data

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

3.8 Etika Penelitian

Secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi 3 bagian, yaitu prinsip menfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut :

3.8.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Menjadi Responded)

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.

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.

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.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran Hasil Pengambilan Data

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Tn. “M” dengan CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 13 Maret 2025 sampai tanggal 15 Maret 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 CVA, 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 Pengkajian

1) Identitas Umum

Tabel 4. 1 Identitas Umum

Nama	Tn. M
Jenis Kelamin	Laki-laki
Umur	80 tahun
Suku/ bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SD
Pekerjaan	Petani
Alamat	Karangan, Trenggalek
Status Perkawinan	Cerai Mati
Tgl masuk/ Jam masuk	11 Maret 2025 Jam 19.35
Ruang / Kelas	WIB
Tgl Pengkajian/Jam Pengkajian	Unit Stroke/ kelas III 13 maret 2025 pukul 10.00 WIB

2) Diagnosa Medis : CVA Infark

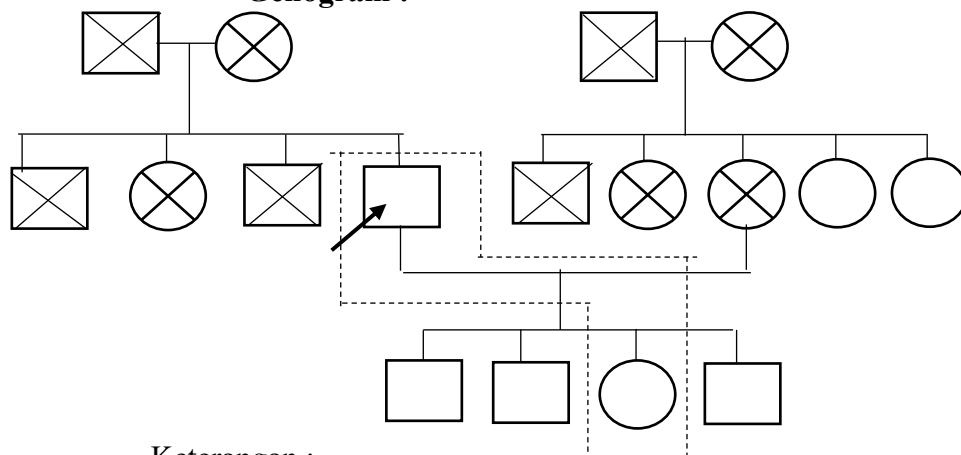
3) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan badan klien tiba-tiba lemas, tangan dan kaki kanan sulit digerakkan, klien sulit bicara, dan kepala pusing Saat Pengkajian : Klien mengatakan tangan dan kaki klien sebelah kanan terasa lemas, bicara cedal, dan klien masih pusing.
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga klien mengatakan pada tanggal 11 Maret 2025 Jam 12.30 WIB setelah sholat dzuhur badan klien lemas. Lalu beberapa jam kemudian klien merasa tangan dan kaki sebelah kanan menjadi lemas sulit digerakkan, pusing dan bicara sedikit cedal. Lalu pukul 19.00 WIB klien dibawa RSUD dr. Soedomo trenggalek. Saat dilakukan pengkajian di IGD keluarga klien mengatakan klien kesulitan bicara, pusing, dan mengalami kelemahan tangan dan kaki kanan. Pada jam 01.30 WIB klien dipindah ruang ke ruang Unit Stroke. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Maret 2025 Jam 10.00 WIB klien mengatakan tangan dan kaki kanannya

	sulit digerakkan, bicara cedal, kepala terasa pusing. Klien mengatakan sering minum kopi di pagi hari dan masih merokok. Tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 456. P : Klien mengeluh pusing Q : Pusing seperti cenut-cenut R : Pada kepala bagian depan sampai belakang S : Pusing terasa cenut cenut T : klien mengatakan pusing terasa saat di buat bergerak Hasil TTV : TD : 160/98 mmHg N : 83x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 99% S : 36.4°C
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai Riwayat darah tinggi dan jika sedang pusing klien hanya dibawa periksa ke klinik
Riwayat Keluarga	Keluarga mengatakan tidak mengetahui Riwayat penyakit keluarga sebelumnya. Klien mengatakan masih minum kopi dan merokok.

Genogram :



Keterangan :



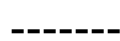
: Laki-laki



: Pasien



: Perempuan



: Tinggal Seruh



: 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	Keluarga klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi,, lauk dan sayur. Porsi makan dihabiskan.	Klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 3x sehari pagi, siang dan sore. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi yang di tim, sayur, dan lauk. Keluarga klien mengatakan makan selalu habis bahkan klien kadang masih mengeluh lapar.
	Minum	Keluarga klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari.	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit minum air putih $\pm$ 1 liter.
2.	Pola Eliminasi BAB	Keluarga klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning.	Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB.
3.	BAK	Klien mengatakan BAK 4-5 kali sehari dengan warna kekuningan	Klien mengatakan selama di RS klien BAK kurang lebih 4-6 kali dengan warna kekuningan dan menggunakan pispot dibantu oleh keluarganya
4.	Pola Istirahat/Tidur	Klien mengatakan saat di rumah klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien juga mengatakan jarang tidur di siang hari.	Klien mengatakan saat di RS di saat tidur malam sering terbangun karena pusing dan juga sering tertidur saat setelah di masukkan obat.
5.	Kebersihan Diri	Klien mengatakan saat dirumah klien mandi 2 kali sehari dan keramas setiap mandi	Keluarga mengatakan saat di RS klien hanya disibin 2 kali sehari dan Ganti baju di pagi dan sore hari. Dan saat di RS klien tidak pernah keramas.

5) Riwayat Psikososial

a) Konsep Diri

Tabel 4. 4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini, klien hanya berserah diri supaya diberikan kesembuhan
Ideal Diri	klien mengatakan dia seorang ayah dan kakek yang sudah tidak bekerja serta berharap klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini dan bisa segera pulang
Harga Diri	Klien merasa tidak malu dan mensyukuri dengan keadaannya dengan kondisi sekarang.
Peran	Klien berperan sebagai seorang ayah dan kakek
Identitas Diri	Klien bernama Tn. M berusia 80 tahun, jenis kelamin laki-laki, ia sebagai seorang ayah dan suami yang istrinya sudah meninggal dan seorang kakek dari cucu-cucunya, ia tinggal di karangan Trenggalek.

b) Pola Peran hubungan atau interaksi sosial :

Klien mengatakan mampu berkomunikasi baik dengan pasien di bed sebelah dan klien mengatakan tidak ada masalah komunikasi dengan keluarga

c) Pola Seksual :

Klien mengatakan istrinya sudah meninggal 4 tahun yang lalu.

d) Pola mekanisme koping

Keluarga klien mengatakan jika klien ada masalah menyelesaikan dengan anak-anaknya

e) Pola kognitif dan persepsi sensori

Tabel 4. 5 Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik
Bahasa yang Digunakan	Klien berbicara menggunakan Bahasa Jawa
Kemampuan Bicara	Klien bicara cegal tapi dapat menjawab semua pertanyaan dengan jelas
Kemampuan membaca	Klien kesulitan membaca
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien baik
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien kurang paham dengan penyakit yang dideritanya
Persepsi Tentang Penyakit	Klien hanya mengetahui penyakit yang dideritanya hanya pusing

f) Pola Keyakinan dan nilai :

Klien beragama Islam dan mengatakan jika di rumah klien selalu menunaikan sholat 5 waktu. Saat dirawat di RS klien berdoa kepada Allah SWT agar cepat sembuh.

6) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis GCS 4/5/6, bicara cegal, Ekstremitas Dextra lemah, terpasang infus di tangan kiri
b. Tanda-tanda vital	TD : 160/98 mmHg N : 83x/menit RR/SPO2 : 20x/menit / 99% S : 36.4°C
c. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan Rambut	Inspeksi : Bentuk kepala oval, kulit kepala bersih dan tidak berbau, persebaran rambut tidak merata,

	warna rambut putih beruban, wajah tidak 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, mampu menggerakkan mata ke arah atas dan bawah serta kanan dan ke kiri. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan kabur
3. Telinga	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan di pendengaran klien. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
4. Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Septum nasi tepat ditengah, Tidak ada perdarahan.
5. Mulut	Bibir tidak simetris. Bicara cedal, Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, gigi depan ada yang tanggal, mukosa bibir lembab, tidak mengalami kesulitan menelan.
6. Leher	Inspeksi : Tidak ada kaku kuduk, Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
d. Pemeriksaan Integumen	Kulit : Kulit berwarna coklat , akril hangat, turgor kembali < 2 detik, tidak ada oedem. Kuku : CRT < 2 detik. Tidak terdapat tanda-tanda cyanosis
e. Pemeriksaan dada/thorax	
1. Pemeriksaan jantung	Inspeksi : Tidak terdapat pulpati Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 4 dan 5 midclavícula sinistra. 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 intercostal</i>. Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor

	Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan.				
f. Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : Payudara simetris kanan dan kiri (datar), aerola berwarna kecoklatan Palpasi : Tidak ada teraba adanya benjolan				
g. Abdomen	Inspeksi : Permukaan dinding perut datar, bentuk perut simetris tidak terdapat lesi dan luka. Auskultasi : Bising usus 6x/ menit Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa perut Perkusi : <i>Thympani</i>				
h. Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka atau lesi, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.				
i. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kiri, akral teraba hangat, ekstremitas dextra lemah, kekuatan otot <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 3: dapat mengangkat tetapi langsung jatuh	3	5	3	5
3	5				
3	5				
j. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (+) (+) -Bisep (+) (+) -Patella (+) (+) <i>Reflek Patologis :</i> -Babinski (-) (-) Sensasi Nyeri (+) Sensasi Panas dan Dingin (+) Penciuman (+)				
Kemampuan sensorik					
Kemampuan Motorik	Kelemahan otot pada tangan dan kaki kanan				
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau minyak kayu putih. 2. Opticus : klien mengatakan matanya sedikit kabur saat melihat sesuatu, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata. 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 baik 9. Glasofaringeus : klien bicara cedal, 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 dan kiri 12. Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah tapi tidak sampai keluar mulut
--	--

7) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah Lengkap

Tabel 4. 7 Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
11 Maret 2025	Hemoglobin	13.6	g/dL	13.5-18.0
	Hematokrit	L 41.4	%	42.0-51.0
	Lekosit	7.5	10 ³ /uL	4.0-10.5
	Trombosit	254	10 ³ /uL	150-450
	Eritrosit	4.59	Juta/uL	3.50-4.76
	MCV	90.1	fL	78.0-100.0
	MCH	L 29.7	pg	31.0-37.0
	MCHC	L 32.9	g/dL	37.0-54.0

	RDW-CV	12.8	%	11.0-16.0
	RDW-SD	41.2	fL	37.0-54.0
	PDW	16.3	fL	9.0-17.0
	Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	<0.1
	Eosinofil#	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	<0.7
	Neutrofil#	5.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6
	Limfosit#	1.6	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
	Monosit#	0.6	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0
	Glukosa Darah	145	mg/dL	<180.0
	Kolesterol	H 205	mg/dL	140 – 200

b) Kimia Klinik

Tabel 4. 8 Kimia Klinik

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	21.1	u/L	10.0-40.0
SGPT	11.7	u/L	10.0-55.0
UREUM	35.4	mg/dL	15.0-45.0
CREATININ	1.0	mg/dL	0.9-1.3

c) MSCT Kepala Irisan Axial reformatted coronal dan dan

sagital tanpa kontras :

- Tampak area hipodense batas tidak tegas di subcortex corona radiata periventrikular lateralis kanan kiri
- Sulci dan gyri normal
- Sistem ventrikel dan cysterna normal
- Pons dan cerebellum normal
- Tak tampak kalsifikasi abnormal tak tampak deviasi midline

- Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan
- Calvaria normal
- Tak tampak proses osteolitik/osteoblastik

Kesan

- Acute infark di subcortex corona radiata periventrikular lateralis kanan kiri

d) Thorax AP :

- Elongasi aorta
- Pulmo tak tampak perselebungan/ nodul
- Kedua hilus tak menebal
- Sinus phrenicocostalis
- Diaphragma, costae dan soft tissue normal
- Dextroscoliosis Thoracalis

Kesimpulan :

- Elongasi aorta, Pulmo normal
- Dextroscoliosis Thoracalis

8) Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan)

Tabel 4. 9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
13 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
14 Maret 2025	Infus Pz 14 tpm	Intravena
	Citicolin 2x500 mg	Intravena
15 Maret 2025	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 kepalanya terasa pusing - P : Klien mengeluh pusing - Q : Pusing seperti cunut-cunut - R : Pada kepala bagian depan sampai belakang - S : Pusing terasa cunut cunut - T : klien mengatakan pusing terasa saat di buat bergerak DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis GCS 456 - Akral teraba hangat - CRT < 2 detik - Turgor kulit Kembali < 3 detik - TTV - TD : 160/98 mmHg - N : 83x/menit - RR/SPO2 : 20x/menit / 99% - S : 36.4°C - Hasil CT Scan Kesimpulan : - Acute infark di subcortex corona radiata periventricular lateralis kanan dan kiri	Gangguan perfusi jaringan cerebral	Cerebro Vascular Accident Infark ↓ Suplai darah O2 keotak menurun ↓ Metabolisme terganggu ↓ Kerja jantung meningkat ↓ Tekanan darah tinggi
2.	DS : - Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien lemah saat digerakkan DO : - K/U lemah - Kesadaran composmentis GCS 456 - Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas - ADL dibantu keluarga dan perawat - BAK menggunakan pispot - Personal hygiene : disibin, di gantikan baju oleh keluarga - Reflek Fisiologis: - Trisep (+) (+) - Bisep (+) (+) - Patella (+) (+) - Reflek Patologis:	Gangguan mobilitas fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Hemiplegi dan hemiparesis

	<i>Babinski (-) (-)</i> 8. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 9. TTV - TD : 160/98 mmHg - N : 83x/menit - RR/SPO2 : 20x/menit / 99% - S : 36.4°C	3	5	3	5		
3	5						
3	5						

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 11 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan
1.	13-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi ditandai dengan : DS : 1. Klien mengatakan kepalanya terasa pusing - P : Klien mengeluh pusing - Q : Pusing seperti cenut-cenut - R : Pada kepala bagian depan sampai belakang - S : Pusing terasa cenut cenut - T : klien mengatakan pusing terasa saat di buat bergerak DO : 1. K/U lemah 2. Kesadaran composmentis GCS 456 3. Akral teraba hangat 4. CRT < 2 detik 5. Turgor kulit Kembali < 3 detik 7. TTV - TD : 160/98 mmHg - N : 83x/menit - RR/SPO2 : 20x/menit / 99% - S : 36.4°C 8. Hasil CT Scan Kesimpulan : - Acute infark di subcortex corona radiata periventricular lateralis kanan dan kiri		

2.	13-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan DS : 1. Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien lemah saat digerakkan DO : 1. K/U lemah 2. Kesadaran Composmentis GCS 456 3. Mengalami keterbatasan melakukan aktivitas 4. ADL dibantu keluarga dan perawat 5. BAK menggunakan pispot 6. Personal hygiene : disibin, di gantikan baju oleh keluarga 7. <i>Reflek Fisiologis:</i> <i>Trisep</i> (+) (+) <i>Bisep</i> (+) (+) <i>Patella</i> (+) (+) <i>Reflek Patologis:</i> <i>Babinski</i> (-) (-) 8. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> 9. TTV - TD : 160/98 mmHg - N : 83x/menit - RR/SPO2 : 20x/menit / 98% - S : 36.4°C	3	5	3	5		
3	5							
3	5							

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 12 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil berdasarkan SLKI	Rencana Tindakan berdasarkan SIKI	Rasionalisasi
1.	13-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral 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. Sakit kepala menurun 3. Tanda-tanda vital stabil. 4. Peningkatan TIK tidak ada 5. Gangguan lebih lanjut tidak terjadi	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure)	1. deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tandatanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2. Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3. Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan perfusi rata-rata dari peredaran darah sistemik untuk menjamin perfusi otak, perfusi arteri koronaria dan perfusi ginjal tetap terjaga 4. pemantauan sesak napas atau henti napas 5. untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syock hipovolemik 6. untuk mengetahui cairan yang keluar dari kepala

				4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Hindari manuver valsava 10. Cegah terjadinya kejang 11. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 13. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	7. agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial 8. memberika posisi nyaman bagi klien 9. bila ekspirasi paksa dengan menutup bibir dan menutup hidung dapat maningkatkan TIK, manuver vaisava dilakukan bila telinga berdenging 10. kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi shock 11. suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal 12. Sebagai terapi anti kejang 13. Sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan
--	--	--	--	---	---

				14. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	meningkatkan osmolaritas darah dan jantung 14. Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan
2.	13-03-2025	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. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat Kebutuhan ADL terpenuhi	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memepertahankan lingkungan yang nyaman Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 5. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	1. Untuk mengetahui apakah klien ada keluhan fisik lain. 2. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya. 3. Untuk mengetahui kondisi Kesehatan klien 4. Untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan klien. 5. Sebagai support system agar klien semangat untuk segera pulih. 6. Untuk meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada klien 7. Untuk memberikan pengetahuan kepada klien mengenai apa yang harus dilakukan pada ambulasi sederhana.

				Edukasi 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	
--	--	--	--	--	--

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 13 Implementasi Keperawatan

Jam	Diagnosa Keperawatan	Implemetasi
13 Maret 2025 10.30	Gangguan perfusi jaringan cerebral 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).
11.00		2) Memonitor kesadaran klien: Kesadaran Composmentis dengan GCS 4-5-6
11.30		3) Memberikan obat citicoline 2x 500 mg intravena
		4) Mempertahankan posisi kepala ditinggikan 15-30° dengan posisi leher tidak menekuk
		5) Mengidentifikasi keluhan : klien mengeluh pusing P : Klien mengeluh pusing Q : Pusing seperti cenut-cenut R : Pada kepala bagian depan sampai belakang S : Pusing terasa cenut cenut T : klien mengatakan pusing terasa saat di buat bergerak
12.00		6) Mengukur TTV TD : 178/95 mmHg N : 80x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,2 °C Spo2 : 99%
12.30		7) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menimalisir barang bawaan keluarga klien

12.45		8) Menyediakan lingkungan yang nyaman untuk klien
13 Maret 2025 10.30	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1) Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sederhana. 2) Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot, Kekuatan otot : $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
11.00		3) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam dan melebarkan jari – jari tangan dan kaki
11.30		4) Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi Klien (miring kanan dan miring kiri) setiap 2 jam sekali

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 14 Evaluasi Keperawatan

Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan				
13 Maret 2025 14.00	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi	S : Klien masih merasa pusing P : Klien mengeluh pusing Q : Pusing seperti cenut-cenut R : Pada kepala bagian depan sampai belakang S : Pusing terasa cenut cenut T : klien mengatakan pusing terasa saat di buat bergerak O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran 4-5-6 - CRT < 2 detik - Akral terasa hangat - Turgor Kulit < 3 detik - TTV TD : 187/89 mmHg N : 63x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,2 °C Spo2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1). Memonitor kesadaran klien 2). Mempertahankan posisi kepala 15-30° 3). Mengidentifiikasi keluhan pusing klien 4). Mengukur Tanda – tanda vital 5). Pertahankan klienbedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, ataur waktu istirahat dan aktivitas				
14.30	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan O : - Keadaan umum lemah - ADL dibantu oleh keluarga dan perawat - Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	3	5	3	5
3	5					
3	5					

		1). Memotivasi klien untuk melakukan aktivitas sederhana 2). Kaji kemampuan Motoric 3). Mengajari pasien untuk melakukan gerakan ROM 4). Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk melakukan latihan ROM
--	--	--

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4. 15 Catatan Perkembangan

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
14 Maret 2025 15.00 15.15 15.30 16.30 17.00	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi	1) Memonitor kesadaran klien: Kesadaran Composmentis dengan GCS 4-5-6 2) Mempertahankan posisi kepala ditinggikan 15-30° dengan posisi leher tidak menekuk 3) Mengidentifikasi keluhan: klien mengeluh pusing 4) Mengukur TTV TD : 179/80 mmHg N : 75x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,2 °C Spo2 : 99% 5) Memberikan obat citicoline 2x 500 mg Intravena 6) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menimalisir barang bawaan keluarga klien	(21.00 WIB) S : Klien mengatakan pusing berkurang P : Klien mengeluh pusing Q : Pusing seperti cenut-cenut R : Pada kepala bagian depan sampai belakang S : Pusing terasa cenut cenut T : klien mengatakan pusing terasa saat di buat bergerak O : - Keadaan umum cukup - Keasadaran composmentis 4-5-6 - CRT < 2 detik - Akral teraba hangat - Turgor kulit < 3 detik - TTV TD : 170/72 mmHg N : 72x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,2 °C Spo2 : 99% A : Masalah teratasi

			sebagian P : lanjutkan intervensi - Mengkaji tingkat kesadaran dan GCS - Mempertahankan posisi kepala ditinggikan 15-30° dengan posisi leher tidak menekuk - Mengukur tanda – tanda vital - Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas
14 Maret 2025 15.00 			

			3). Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk melakukan latihan
15 Maret 2025 08.00 08.15 08.30 09.30 09.45	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi	1) Memonitor kesadaran klien:Kesadaran Composmentis dengan GCS 4-5-6 2) Mengidentifikasi keluhan: klien mengatakan sudah tidak terasa pusing 3) Mengukur TTV TD : 168/85 mmHg N : 72x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,3 °C Spo2 : 99% 4) Memberikan obat citicoline 2x 500 mg Intravena 5) Mempertahankan klien untuk bedrest, memberikan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menimalisir barang bawaan keluarga klien	(13.00 WIB) S : Klien sudah tidak merasa pusing O : - Keadaan umum cukup - Keadaan Composmentis GCS 4-5-6 - Akral teraba hangat - CRT < 2 detik - Turgor kulit normal < 3 detik TD : 153/72 mmHg N : 61x/menit RR : 20 x/ menit S : 36,3 °C Spo2 : 99% A : Masalah teratasi - Peningkatan TIK tidak ada - Gangguan lebih lanjut tidak ada P : Hentikan intervensi klien pulang
15 Maret 2025 08.30 08.45 09.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1) Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot, Kekuatan otot : 4 5 4 5 2) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan 3) Membantu klien dan menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi Klien (miring kanan dan miring kiri) setiap 2 jam sekali	(13.00 WIB) S : Keluarga klien mengatakan bisa mengangkat tangan dan kaki kanan tetapi tidak bisa lama O : - Keadaan umum cukup - Keasadaran apatis - ADL masih dibantu keluarga dan perawat - Kekuatan otot 4 5 4 5

			Bisa mengangkat tetapi tidak bisa menahan dorongan A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dihentikan klien pulang
--	--	--	---

4.1.9 Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 16 Hasil Analisa

	Analisa	
Teori	Fakta	Kesenjangan
Pengkajian 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).	Berdasarkan hasil penelitian Klien CVA Infark pada Tn. M dengan usia 80 tahun, jenis kelamin laki - laki, pendidikan terakhir SD, bertempat tinggal di Karangan, Trenggalek. Pekerjaan Petani, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 11 Maret 2025 tanggal pengkajian 13 Maret 2025 dan diagnosa medis CVA Infark	Sesuai
2. Keluhan Utama Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah kanan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013).	Saat MRS : Keluarga klien mengatakan badan klien tiba-tiba lemas,tangan dan kaki kanan sulit digerakkan, klien sulit bicara, dan kepala pusing Saat Pengkajian : Klien mengatakan tangan dan kaki klien sebelah kanan terasa lemas, bicara cedal, dan klien masih pusing.	Sesuai
3. Riwayat Penyakit Sekarang Serangan stroke non-hemoragik seringkali terjadi dengan sangat cepat saat klien sedang bergerak. Gejala awal dari serangan stroke infark biasanya termasuk kesemutan dan rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, bersama dengan gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.	Keluarga klien mengatakan pada tanggal 11 Maret 2025 Jam 12.30 WIB setelah sholat dzuhur badan klien lemas. Lalu beberapa jam kemudian klien merasa tangan dan kaki sebelah kanan menjadi lemas sulit digerakkan, pusing dan bicara sedikit cedal. Lalu pukul 19.00 WIB klien dibawa RSUD dr. Soedomo trenggalek. Saat dilakukan pengkajian di IGD keluarga klien mengatakan klien kesulitan bicara, pusing, dan mengalami kelemahan tangan dan kaki kanan. Pada jam 01.30 WIB klien dipindah ruang ke ruang Unit Stroke. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Maret 2025 Jam 10.00 WIB klien mengatakan tangan dan kaki kanannya sulit digerakkan, bicara cedal, kepala terasa pusing. Klien mengatakan sering minum kopi di pagi hari	Sesuai

	dan masih merokok. Tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 4/5.	
4. Riwayat Penyakit Dahulu Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulum, aspirin, fasodilator, obat-obatan adiktif, kegumukan (Tarwoto, 2013).	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai Riwayat darah tinggi dan jika sedang pusing klien hanya dibawa pemeriksaan ke klinik	Sesuai
5. Riwayat Penyakit Keluarga Pada riwayat penyakit keluarga yang pernah mengalami serangan stroke atau penyakit yang berhubungan dengan kejadian stroke dapat menjadi factor risiko untuk terserang stroke juga. Hal ini disebabkan oleh banyak factor, diantaranya factor genetic, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi genetic dan pengaruh lingkungan.	Keluarga mengatakan tidak mengetahui Riwayat penyakit keluarga sebelumnya. Klien mengatakan masih minum kopi dan merokok.	Terdapat kesenjangan
6. Pola Nutrisi dan Cairan Pada klien dengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Doengos, 2000).	Di rumah : Makan : Keluarga klien mengatakan makan 3x sehari pagi, siang, dan malam dengan jenis makanan nasi,, lauk dan sayur. Porsi makan dihabiskan. Minum : Keluarga klien mengatakan minum air putih ± 1,5 liter / hari. Di RS : Makan : Keluarga klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 3x sehari pagi, siang dan sore. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi yang di tim, sayur, dan lauk. Keluarga klien mengatakan makan selalu habis bahkan klien kadang masih mengeluh lapar	Terdapat kesenjangan

	Minum : Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit minum air putih $\pm$ 1 liter.	
7. Pola Eliminasi Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Tarwoto, 2013).	Di rumah : BAB : Keluarga klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning BAK : Klien mengatakn BAK 4-5 kali sehari dengan warna kekuningan Di RS : BAB : Keluarga klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB. BAK : Klien mengatakan selama di RS klien BAK kurang lebih 4-6 kali dengan warna kekuningan dan menggunakan pispot dibantu oleh keluarganya	Sesuai
8. Pola Istirahat Tidur Klien yang mengalami stroke mengalami gangguan dalam jumlah dan kualitas tidur. Karena keluhan yang dialaminya, klien tidak mendapatkan istirahat yang cukup.	Di rumah : Klien mengatakan saat di rumah klien tidur malam pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 04.30 WIB. Klien juga mengatakan jarang tidur di siang hari.. Di RS : Klien mengatakan saat di RS di saat tidur malam sering terbangun karena pusing dan juga sering tertidur saat setelah di masukkan obat	Sesuai
9. Riwayat Psikososial Adanya Masalah-masalah psikologis yang dialami pasien, yang menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah serta kesulitan berkomunikasi dengan keluarga maupun masyarakat. Dan juga penyakit CVA merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan	Citra Diri : Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini, klien hanya berseraah diri supaya diberikan kesembuhan Ideal Diri : klien mengatakan dia seorang ayah dan kakek yang sudah tidak bekerja serta berharap klien optimis bisa sembuh dari kondisi yang diderita saat ini dan bisa segera pulang Harga Diri : Klien merasa tidak malu dan mensyukuri dengan keadaannya dengan kondisi sekarang.	Terdapat Kesenjangan

keuangan keluarga sehingga faktor biaya tersebut dapat mempengaruhi stabilitas, emosi dan pikiran klien dan keluarga, Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi, Rasa cemas dan takut dalam menghadapi gangguan citra tubuh. (Hidayat A 2010). a) Pola Peran Hubungan atau Interaksi Sosial Pada penderita stroke biasanya mengalami kesulitan berkomunikasi sebagai akibat dari gangguan bicara, yang mengakibatkan perubahan hubungan dan peran (Doenges <i>et al.</i>, 2016). b) Pada pola kognitif dan persepsi sensori Pada pola sensori, klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif, penurunan memori dan proses berpikir biasanya terjadi (Doenges <i>et al.</i>, 2016).	Peran : Klien berperan sebagai seorang ayah dan kakek Identitas Diri : Klien bernama Tn. M berusia 80 tahun, jenis kelamin laki-laki, ia sebagai seorang ayah dan suami yang istrinya sudah meninggal dan seorang kakek dari cucu-cucunya, ia tinggal di karangan Trenggalek Klien mengatakan mampu berkomunikasi baik dengan pasien di bed sebelah dan klien mengatakan tidak ada masalah komunikasi dengan keluarga Klien mengalami gangguan penglihatan sedikit kabur, mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Klien tidak mengalami penurunan daya ingat. Klien mampu menjawab pertanyaan dengan jelas.	Terdapat kesenjangan Sesuai
10. Pola Keyakinan dan Nilai Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klienterhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klienanut. Bagaimana aktifitas spiritual klienselama klienmenjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009)	Klien beragama islam dan mengatakan jika dirumah klien selalu menunaikan sholat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah SWT agar cepat sembuh.	Sesuai
11. Keadaan Umum Biasanya klien <i>CVA</i> mengalami badan lemah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>), penurunan kesadaran (apati, samnolen, delirium, stupor/ semikoma, koma). Terjadi	Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis GCS 456, bicara cedal, Ekstremitas Dextra lemah, terpasang infus di tangan kiri Tanda-tanda vital : TD : 160/98 mmHg	Sesuai

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)	N : 83x/ menit S : 36,4°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	
Pemeriksaan Fisik 1. Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal, 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 hematoma atau riwayat operasi. 2. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) 3. Telinga : biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga) 4. Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung. (Muttaqin, 2019).	Inspeksi : Bentuk kepala oval, kulit kepala bersih dan tidak berbau, persebaran rambut tidak merata, warna rambut putih beruban, wajah tidak simetris Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih, mampu menggerakkan mata ke arah atas dan bawah serta kanan dan ke kiri. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan kabur Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan di pendengaran klien. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan. Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Septum nasi tepat ditengah, Tidak ada perdarahan.	Sesuai Sesuai Terdapat kesenjangan Sesuai

5. Mulut : adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disatria (bicara cadel atau pelo), afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.	Bibir tidak simetris. Klien bicara cedal, Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, gigi banyak yang tanggal, mukosa bibir lembab, tidak mengalami kesulitan menelan.	Sesuai
6. Leher Kaku kuduk jarang terjadi (Muttaqin, 2008).	Inspeksi : Tidak ada kaku kuduk, Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid	Sesuai
7. Dada/ Thorax a) Pemeriksaan paru Inspeksi : amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor Auskultasi : Pada klien dengan tingkat kesadaran composmentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan	Inspeksi : bentuk normal chest, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercostral. Palpasi : <i>Vocal Fremitus (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri</i> Perkusi : suara paru sonor	Sesuai Sesuai

penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan seperti ronchi karena kemampuan batuk yang menurun sehingga produksi secret meningkat Pada pemeriksaan jantung tidak terdapat bunyi jantung tambahan. b) Pemeriksaan Jantung Inspeksi : Ictus cordis tidak Nampak Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavícula sinistra Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak Auskultasi : mengetahui suara jantung (S1) terdengar bunyi “lup”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dup” dan suara jantung ketiga (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung 8. Pemeriksaan Payudara : Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada pasien stroke (Doenges <i>et al.</i>, 2022). 9. Pemeriksaan Integumen Kulit : jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik). Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bed rest.	Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing Inspeksi: Tidak terdapat pulpasi Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 4 dan 5 midclavícula sinistra. Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup Inspeksi Payudara simetris kanan dan kiri (datar), aerola berwarna kecoklatan Kulit berwarna coklat, akral hangat, turgor kembali < 2 detik, tidak ada oedem. CRT2 detik. Tidak terdapat tanda-tanda cyanosis.	Sesuai Sesuai Terdapat kesenjangan
--	---	--

Kuku : perlu dilihat adanya clubbing finger, cyanosis. CRT (Cathode Ray Tube) pada pasien normalnya yaitu < 2 detik. 10. Abdomen : Inspeksi : Ada pernafasan perut (pernafasan diafragma). Bagaimana bentuk perut. Auskultasi:Terjadi penurunan peristaltic (normalnya5-35x/menit) Palpasi:Teraba massa karena konstipasi, nyeri tekan tidak ada. Biasanya didapatkan penurunan peristaltic usus akibat <i>bed rest</i> yang lama Pekusi :Suara thympani sampai hiperthympani, kadang terdapat kembung Abdomen 11. Genetalia : kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos & Marilyn, 2018) 12. Ekstremitas : Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan <i>hemiplegi paralisa</i> atau <i>hemiparase</i>, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).	Inspeksi : Permukaan dinding perut datar, bentuk perut simetris tidak terdapat lesi dan luka. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa perut Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : Bising usus 6x/menit Tidak ada kelainan, tidak ada luka atau lesi, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine. Terpasang infus Pz 14 tpm ditangan kiri, akral teraba hangat, ekstremitas dextra lemah, kekuatan otot 3 5 3 5	Sesuai Terdapat kesenjangan Sesuai
--	---	---

	Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 1 : dapat mengangkat tapi langsung terjatuh	
Saraf Kranial 1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman 2. Saraf Kranial 2 Optik : kelainan pada nervus optikus 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 fase 3, 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 Trigemini : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini 6. Nervus 6 Abduksen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke	Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. klien mengatakan matanya sedikit kabur saat melihat sesuatu, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata. Pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah Refleks berkedip klien positif	Sesuai Sesuai Terdapat Kesenjangan Terdapat kesenjangan Terdapat kesenjangan

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 predominannyaotot oblikus inferior.	Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri	Terdapat kesenjangan
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 mampu mengerutkan dahi	Terdapat kesenjangan
8. Nervus 8 vestibulokoklearis : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).	Fungsi pendengaran klien baik	Terdapat kesenjangan
9. Nervus 9 Glosfaringikus : 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 berakkibat pada kematian .	klien bicara cedal, klien masih mampu membedakan rasa makanan.	Terdapat kesenjangan
10. Nervus 10 Vagus Gangguan nervus 10 menyebabkan persyarafan otot- otot menelan menadi lemah dan lumpuh. Cairan ataumakanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.	klien tidak mengalami kesulitan menelan makanan	Terdapat kesenjangan
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.	Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan dan kiri	Terdapat kesenjangan
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	Klien mampu menjulurkan lidah hanya sedikit	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	1. Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Terdapat kesenjangan

7. Gangguan eliminasi urine		
Intervensi Menurut Teori (Tarwoto,2013) pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 14 intervensi dan pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik ada 7.	Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori yang telah ada, 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 ada 14 intervensi yang direncanakan dan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik ada 7 intervensi yang direncanakan	Intervensi dilakukan sesuai dengan Teori
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 tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019).	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun, sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori yaitu Pada saat peneitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien.
Evaluasi	Penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari.	Sesuai

Evaluasi merupakan 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 (Suparyanto, 2013). Dalam evaluasi, perawat dapat mengetahui sejauh mana asuhan yang telah diberikan kepada pasien dengan melihat pada kerangka SOAP, istilah SOAP yakni subjektif, objektif, analisis data, dan perencanaan.	Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral dan Gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian	
---	--	--

4.2 PEMBAHASAN

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian Riwayat penyakit keluarga, pola nutrisi dan cairan, Riwayat Psikososial, pola peran hubungan atau interaksi sosial, pemeriksaan fisik meliputi (telinga, genetalia, dan integumen) dan pada syaraf kranial meliputi (troklearis, trigeminus, abdusen, fasialis, auditorius, glossofarinkikus, vagus, assesorius) diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi.

1. Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan data pengkajian didapatkan Keluarga mengatakan tidak mengetahui Riwayat penyakit keluarga sebelumnya. Klien mengatakan masih minum kopi dan merokok.

Secara teori pada riwayat penyakit keluarga yang pernah mengalami serangan stroke atau penyakit yang berhubungan dengan kejadian stroke dapat menjadi factor risiko untuk terserang stroke juga. Hal ini disebabkan oleh banyak factor, diantaranya factor *genetic*, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, *interaksi genetic* dan pengaruh lingkungan.

Dari uraian didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat walaupun ketidaktahuan keluarga klien tentang adanya riwayat penyakit keluarga yang dulu menderita stroke, stroke yang terjadi pada klien dapat terjadi karena kebiasaan merokok dan minum kopi.

2. Pola nutrisi dan cairan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan Klien mengatakan selama dirumah sakit klien makan 3x sehari pagi, siang dan sore. Makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi yang di tim, sayur, dan lauk. Keluarga klien mengatakan makan selalu habis bahkan klien kadang masih mengeluh lapar.

Menurut teori klien dengan CVA terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Doengos, 2000).

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami kesulitan menelan karena tidak adanya kerusakan pada sistem syaraf Carnial pada pasien, klien tidak mual mutah, nafsu makan baik serta adanya keinginan klien untuk cepat sembuh kembali sehingga mendorong klien untuk menjaga pola makannya.

3. Riwayat Psikososial

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan klien menyadari dirinya sakit dan merasa tidak nyaman dengan kondisinya tetapi klien tetap optimis dan berharap segera pulang.

Menurut teori Adanya Masalah-masalah psikologis yang dialami pasien, yang menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah serta kesulitan berkomunikasi dengan keluarga maupun masyarakat. Dan juga penyakit CVA merupakan suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya tersebut dapat mempengaruhi stabilitas, emosi dan pikiran klien dan keluarga, Perubahan hubungan dan peran terjadi karena pasien sulit melakukan aktivitas dan komunikasi, Rasa cemas dan takut dalam menghadapi gangguan citra tubuh. (Hidayat A 2010).

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pada psikososial dikarenakan klien masih memiliki harapan dan semangat untuk sembuh.

4. Pola peran hubungan atau interaksi sosial

Berdasarkan data pengkajian didapatkan Klien mengatakan mampu berkomunikasi baik dengan tetangganya dan klien mengatakan tidak ada masalah komunikasi dengan keluarga

Secara teori pada pola peran hubungan dan interaksi sosial penderita stroke biasanya mengalami kesulitan berkomunikasi sebagai akibat dari gangguan bicara, yang mengakibatkan perubahan hubungan dan peran (Doenges *et al.*, 2016).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pola peran hubungan atau interaksi sosial dikarenakan pada klien tidak terjadi masalah pada nervus vagus sehingga produksi suara masih terdengar jelas dan juga tidak mengalami afasia.

5. Pemeriksaan fisik

Berdasarkan data pengkajian didapatkan kesenjangan pada pemeriksaan fisik yaitu telinga, genetalia dan integumen.

Secara teori keadaan umum klien dengan CVA 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 nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).

a) Telinga

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada telinga didapatkan telinga pada klien simetris kanan kiri, keadaan

telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada pendarahan, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan di pendengaran klien.

Secara teori biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga (Tarwoto, 2013)

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada telinga dikarenakan klien tidak mengalami gangguan pada nervus 8 auditorius (pendengaran), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian telinga.

b) Pemeriksaan Integumen

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan pada pemeriksaan Integumen kulit klien berwarna coklat , akril hangat, turgor kembali < 2 detik, tidak ada oedem.

Menurut teori jika klien stroke kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik). Di samping itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bed rest.

Berdasarkan fakta dan teori yang ada menurut peneliti pasien keadaan sadar penuh dan GCS 4,5,6. Sehingga pasien masih mampu untuk makan dan minum, kemungkinan dihidrasi pada klien rendah.

c) Genetalia

Berdasarkan data pengkajian Tidak ada kelainan, tidak ada luka atau lesi, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.

Berdasarkan Teori kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri (Doengos & Marilyn, 2018).

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

6. Pemeriksaan Neurologis

Klien hanya mengalami keterbatasan dalam mengendalikan gerak tubuh sebelah kiri. Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf kranial meliputi (troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, auditorius, glosfaringikus, vagus, assesorius).

a) Troklearis

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mampu menggerakkan bola mata kearah atas dan bawah.

Secara teori pada klien CVA kelainan berupa paralisis nervus toklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat 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.

b) Trigeminus

Berdasarkan data pengkajian didapatkan refleks berkedip klien positif.

Secara teori 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 (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat 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.

c) Abdusen

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

Secara teori 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 (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 6 abduksen (gerakan bola mata menyamping), dikarenakan nervus abduksen pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

d) Fasialis

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mampu mengerutkan dahi.

Secara teori 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).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 7 fasialis (ekspresi wajah dan pengecap), dikarenakan nervus fasialis pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

e) Vestibulokolearis

Berdasarkan data pengkajian didapatkan saat dipanggil klien ada respon.

Secara teori kelainan pada nervus auditorius dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo) (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 8 auditorius (pendengaran), dikarenakan nervus auditorius pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

f) Glosfaringikus

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mengalami berbicara (cedal), klien mampu membedakan rasa masakan.

Secara teori 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. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh (Muttaqin, 2008).

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

g) Vagus

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

Secara teori gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya 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 (Muttaqin, 2008).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat 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.

h) Assesoirius

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan.

Menurut teori (Muttaqin, 2019), 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 aksesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 11 aksesorius (menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan), dikarenakan nervus aksesorius pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien Stroke Iskemik, akan tetapi peneliti dapat merumuskan 2 diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu Risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan Hipertensi 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 Risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif, 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 2 diagnosa yaitu gangguan perfusi jaringan cerebral dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan secara teori klien dengan *CVA 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 komunikasi verbal juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah dalam komunikasi dan juga mampu berbicara dan mendengarkan. 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 2 diagnosa yang dapat dirumuskan

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien dengan CVA 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 ada 14 intervensi yang direncanakan dan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik ada 7 intervensi yang direncanakan

Intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2019).

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan teori dan disesuaikan dengan kebutuhan klien. Karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 13 Maret 2025 sampai 15 Maret 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 8 dan

pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dari intervensi yang sudah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 4.

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

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 14 intervensi lalu pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik intervensi yang dapat diimplementasikan pada klien sebanyak 4 sedangkan menurut teori terdapat 7 intervensi.

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 yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada, klien sudah tidak mengeluh pusing. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien

mampu mempertahankan kekuatan tubuh, klien dapat mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas.

Berdasarkan teori (Tarwoto, 2015), Kriteria hasil pada diagnose gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi 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 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 kelemahan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan dari analisis asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose medis CVA di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah di dapatkan peneliti, di temukan bahwa tidak semua tanda-tanda ditemukan pada "Tn. M". Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari klien. Terdapat 16 kesenjangan antara teori dan fakta dan 21 kesamaan antara teori dan fakta.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Tidak semua tanda dan gejala dari penyakit CVA di temukan pada klien, maka semua diagnose keperawatan tidak dimunculkan. Peneliti merumuskan 2 diagnosa diantaranya gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan dan referensi yang ada. Dari berbagai teori yang telah dituliskan, ternyata tidak semua dapat diaplikasikan pada klien. Intervensi yang akan dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan ataupun kondisi dari klien dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ada dilahan penelitian

5.1.4 Implementasi

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun peneliti. Dalam pelaksanaannya, tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien serta standar yang ada dilahan penelitian.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi beberapa hari, kondisi dan Tn.”M” mulai ada perubahan meskipun belum mencapai hasil yang maksimal karena keterbatasan waktu pelaksanaan implementasi dan waktu perawatan. Mengingat pemulihan penyakit CVA membutuhkan waktu yang tidak singkat, maka perlu perawatan yang intensif dan berkelanjutan

Gangguan perfusi jaringan cerebral dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan evaluasi hasil yaitu klien mengatakan pusing hilang, ekstremitas bisa digerakkan, kesadaran Composmentis. Untuk gangguan mobilitas fisik : dapat teratasi Sebagian setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan evaluasi klien sudah mampu menggerakkan ekstremitas kanannya serta melakukan aktivitas secara mandiri seperti berjalan ke kamar mandi.

5.1.6 Analisa antara fakta dan teori

Berdasarkan data pelaksanaan asuhan keperawatan, peneliti menganalisa pasien didapatkan hasil adanya kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan perumusan diagnosa. Pada bagian pengkajian kesenjangan yang didapat yaitu pada Riwayat penyakit keluarga, pola nutrisi dan cairan, riwayat psikososial, pola peran hubungan atau interaksi sosial, pemeriksaan fisik meliputi (telinga, genetalia, dan integumen) dan pada syaraf kranial meliputi (troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, vestibulokoklearis, glossofarinkus, vagus, aksesorius dan hipoglossus) diagnosa keperawatan dan implementasi. Pada perumusan diagnosa didapatkan dari teori tidak semua diagnosa yang disebutkan muncul pada klien.

5.2 Saran

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Bagi Instansi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek diharapkan agar lebih meningkatkan mutu pelayanan serta melaksanakan tindakan mandiri perawat yang tepat. Tindakan mandiri perawat diharapkan mampu memberikan perubahan yang baik terutama klien CVA dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan klien. Selain memberikan asuhan keperawatan, juga memberikan penyuluhan tentang perawatan pada klien CVA setelah diperbolehkan pulang dari rumah sakit. Dengan demikian diharapkan

akan mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi dan juga mempercepat proses penyembuhan terutama pada klien yang mengalami kelemahan fungsi tubuh.

5.2.2 Bagi Instansi Pendidikan

Bagi Institusi Hasil penelitian ini di harapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar dan menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi pendidikan keperawatan dan sebagai bahan kepustakaan untuk mahasiswa dalam penelitian selanjutnya, agar memberikan asuhan keperawatan pada klien CVA dengan lebih baik lagi.

5.2.3 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 ke Rumah Sakit.

5.2.4 Bagi Peneliti

Manfaat penelitian ini bagi penulis untuk menambah pengetahuan peneliti dalam melakukan asuhan perawatan pada pasien CVA. Juga dapat digunakan dalam bahan pertimbangan jika saat diruma sakit menemui pasien dengan penyakit yang sama. Penulis memintaa maaf dikarenakan penulis memiliki kekurangan tidak ikut membantu dalam perawatann diri klien, seharusnya penulis ikut serta membantu melakukan perawatan diri kepada klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Azzahra, V. and Ronoatmodjo, S. (2023) “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Penduduk Usia 15 Tahun di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Analisis Data Riskesdas 2018),” *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 6(2), pp. 91–96. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/552597695.pdf>.
- Batticaca, F.B. (2019) *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Metabolisme*. Jakarta: Salemba Medika.
- Burhanuddin, M. (2013) *Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Dewasa Awal (18-40 Tahun) Di Kota Makassar Tahun 2010-2012*. Makassar: Skripsi, Universitas Hasanuddin.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. and Murr, A.C. (2016) *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, And Documenting Client Care*. Philadelphia: FA Davis.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. and Murr, A.C. (2022) *Nurse’s Pocket Guide: Diagnoses, Prioritized Interventions, And Rationales*. Philadelphia: FA Davis.
- Dwilaksono, D. *et al.* (2023) “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Stroke Iskemik pada Penderita Rawat Inap,” *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(2), pp. 449–458. Available at: <https://doi.org/10.37287/jppp.v5i2.1433>.
- Handayani, A.E. (2018) “Penerapan Range Of Motion (ROM) Terhadap Peningkatan Status Hemodinamik (SpO₂, Tekanan Darah, MAP) Dan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke DI RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.” Purwokerto: Skripsi, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Hariyanto, A. and Sulistyowati, R. (2015) *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Hisni, D., Saputri, M.E. and Sujarni, S. (2022) “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021,” *Jurnal Penelitian Keperawatan Kontemporer*, 2(1), pp. 140–149. Available at: <https://doi.org/10.59894/jpkk.v2i1.333>.
- Kemenkes RI (2018) “Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).” Jakarta: Kemenkes RI.
- Muttaqin, A. (2008) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dgn Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pudiastuti, R.D. (2011) *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Puspitawuri, A., Santoso, E. and Dewi, C. (2019) “Diagnosis Tingkat Risiko Penyakit Stroke Menggunakan Metode K-Nearest Neighbor dan Na’ve Bayes,” *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu*

- Komputer*, 3(4), pp. 3319–3324. Available at: <https://j-ptiik.ub.ac.id/index.php/j-ptiik/article/view/4916>.
- Ratnasari, S. (2020) “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.” Ponorogo: Skripsi, Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Rofifah, N. (2019) “Implementasi Keperawatan Pada Perawat Di Puskesmas Pembantu Rongga Wilayah Gunung Halu Kabupaten Bandung Barat : Studi Kasus.” Bandung: Skripsi, Universitas Bhakti Kencana.
- Rohmah, N. and Walid, S. (2019) *Proses Keperawatan Berbasis KKNI*. Malang: Edulitera.
- Sarani, D. (2021) “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Ketidakberdayaan.” Ponorogo: Skripsi, Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Smeltzer, S.C. and Bare, B.G. (2012) *Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: JB Lippincott Philadelphia.
- Srinayanti, Y. *et al.* (2021) “Range Of Motion Exercise To Improve Muscle Strength Among Stroke Patients: A Literature Review,” *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(3), pp. 332–343. Available at: <http://ijnhs.net/index.php/ijnhs/article/view/464>.
- Sulaiman, S. and Anggriani, A. (2017) “Sosialisasi Pencegahan Kasus Stroke Pada Lanjut Usia Di Desa Hamparan Perak Kecamatan,” *Amaliah: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(2), pp. 70–74. Available at: <https://jurnal-lp2m.umnaw.ac.id/index.php/AJPKM/article/view/193>.
- Suparyanto (2013) *Konsep Medis Stroke Non Hemoragik*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sustrani, L., Alam, S. and Hadibroto, I. (2006) *Hipertensi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Tarwoto (2013) *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Jagung Seto.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta: Tim Pokja SDKI DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2013) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Tim Pokja SIKI DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Tahun 2018*. Jakarta: Tim Pokja SIKI DPP PPNI.

Lampiran 1

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : PUPUT ASMA NADIYA
 NIM : P17240223055
 Rencana Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
 Nama Pembimbing : Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep

TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
06/01/2025	- Bimbingan Judul - BAB 1 : Revisi alenia 1 menghapus definisi karena lebih dari 2 Revisi alenia 3 cantumkan sumber Revisi alenia 4 perbaikan kata	
08/01/2025	- BAB 2 Pathway disesuaikan Revisi pada intervensi disesuaikan scki	
09/01/2024	- BAB 2 Revisi Intervensi diagnosa 1 - BAB 3 Revisi pada batasan istilah diberi pengertian stroke iskemik Revisi pada bagian partisipan diberi pengertian partisipan	
10/01/2025	- BAB 3 Penulisan pada BAB 3 rata kanan kiri Revisi pada BAB 3 partisipan	

14/01/2025	- ACC - Persiapkan ppt - Persiapkan Ujian Proposal	
10/02/2025	- Fenomena pada bab 1 alenia 4 - Data Riskesdas	
22/04/2025	- BAB 4 - Data psikososial di betulkan - Diagnosa 1 sesuai scki	
23/04/2025	- Diagnosa 1 sesuai scki	
24/04/2025	- BAB 4 - Kesenjangan pada hidung tidak sesuai	
25/04/2025	- BAB 5 - Di lengkapi lagi - Abstrak di lengkapi	
26/04/2025	- Abstrak rata kanan kiri	
29/04/2025	- ACC - Persiapkan PPT - Siapkan seminar hasil	

Lampiran 2



Kemenkes

Kementerian Kesehatan

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Puput Acma Nadiya
 NIM : 17240223055

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
	23/11/15	Dis: Sema Sora Aee	

*Lampiran 3***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya wakil/pasien yang telah membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Puput Asma Nadiya yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek" saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan menyetujui apabila saya dijadikan responden dan saya sebagai wakil/pasien bersedia menandatangani surat persetujuan ini.

Trenggalek,

2025



(.....SISWANTO.....)

*Lampiran 4***LEMBAR INFORM CONSENT**

Nama saya Puput Asma Nadiya. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek" dan juga mengharapkan tanggapan serta jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas klien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa klien atau keluarga telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Nama :
Tanda Tangan :



SISWAN TO

Tanggal :

Lampiran 5



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Jen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566073
<https://poltekkes.malang.ac.id>

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/92/2025

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 : PUPUT ASMA NADIYA

NIM : P17240223055

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

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di-unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d Maret 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.

Lampiran 6



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, 08 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 95 /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.15.5/92/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : PUPUT ASMA NADIYA
NIM : P17240223055
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Klien dengan 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
Kabid Pengembangan dan Pengendalian


SUJIONO, SST., M.Kes
Pembina
NIP. 19741020 199603 1 003

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

Lampiran 7

**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****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 :

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 :

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

d. Pemeriksaan integumen :

e. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :.

Palpasi : .

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

g. Abdomen :

Inspeksi

Auskultasi

Perkusi :

Palpasi

h. Genetalia :

i. Ekstremitas :

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

Kesadaran/GCS :

Kemampuan sensorik :

Kemampuan motorik :

Reflek :

Nervus cranialis :

a. Nervus I (Olfaktorius) :

b. Nervus II (Optikus) :

c. Nervus III (Okulomotor):

- d. Nervus IV (Troclear) :
- e. Nervus V (Trigeminal) :
- f. Nervus VI (abducent) :
- g. Nervus VII (Facialis) :
- h. Nervus VIII (Vestibulocochlear) :
- i. Nervus IX (Glossopharyngeal) :
- j. Nervus X (Vagus) :
- k. Nervus XI (Accessory) :
- l. Nervus XII (Hypoglossus) :

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

Trenggalek,

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

INTERVENSI

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	SLKI	SIKI	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)