

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



HELINA DWI RUKMANA

NIM : P17240223043

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

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Helina Dwi Rukmana
Tempat,Tanggal Lahir : Pacitan, 01 Juni 2004
Agama : Islam
Alamat : RT 03 RW 03 Dsn Mendole,
Desa Sirnobojo, Kec. Pacitan,
Kab. Pacitan, Jawa Timur



Email : helinarukmana04@gmail.com

Riwayat Pendidikan : 1. TK AMONG PUTRA 3 lulus tahun 2010
2. SDN SIRNOBOYO 3 lulus tahun 2016
3. MTsN 1 PACITAN lulus tahun 2019
4. MAN PACITAN lulus 2022
5. POLKESMA PRODI D3 Keperawatan
Trenggalek Tahun 2022-2025

Riwayat Organisasi 1. Anggota Puspenitetri Prodi D3 Keperawatan
Trenggalek Periode 2022-2025
2. Anggota UKM Olahraga Prodi D3 Keperawatan
Trenggalek Periode 2022-2025

MOTTO

“Setetes keringat orang tuaku yang keluar, ada seribu langkahku untuk maju”

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini saya :

Nama : Helina Dwi Rukmana

Nim : P17240223043

Pragram 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 aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiasi, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui

Trenggalek, 05 Mei 2025

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



Ns.Dewi Wulandari, S.Kep.,M.Kep.,
NIP. 91981111201901201



Helina Dwi Rukmana
NIM. P17240223043

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Helina Dwi Rukmana (P17240223043) yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan *Stroke Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah disetujui untuk diuji.

Trenggalek, 05 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Dewi Wulandari, S. Kep., M. Kep.,
NIP. 91981111201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Helina Dwi Rukmana (P17240223043) dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek"**, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 8 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep
NIP. 91981111201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197608102002122001

PERSEMBAHAN

Assallamu'allaikum Wr. Wb

Puji syukur Alhamdulillah saya panjatkan kepadamu Allah SWT yang telah menguatkan saya dalam segala hal yang terjadi. Saya sangat berterimakasih karena telah membuat saya bertahan dan berjuang dalam menggapai cita-cita, untuk masa depan orang tua saya. Tidak terasa ternyata saya telah menyelesaikan tugas saya dengan tepat waktu. Semoga ini adalah jalan dimana saya lebih mudah meraih cita-cita dan selalu diberikan jalan yang terbaik.

Untuk Diriku Sendiri

Terimakasih banyak untuk diriku yang sudah bertahan sampai saat ini. Ku akui banyak sekali masalah, tantangan, hujatan, hinaan yang sebenarnya membuatmu lelah, tetapi terimakasih sudah mau berjuang dan selalu menguatkan ku dalam segala hal. Tetapi tidak lupa semua itu karna Allah SWT yang telah menguatkanku, memberikan semangat untuk berjuang, dan slalu diberikan kesehatan. Semoga hambamu ini dapat meraih cita-cita dan membahagiakan kedua orang tua.

Untuk Bapak dan Ibu

Ku ucapkan terimakasih Ya Allah, Ya Rahman, Ya Rahim yang telah memberikan kedua malaikat tak bersayap yang selalu mensupportku dari kecil sampai tumbuh dewasa. Dimana telah engkau hadirkan kedua malaikan dengan kesabaran yang penuh dan selalu menyayangiku. Terimakasih banyak untuk Bapak Rukani dan Ibu Sunarti yang selalu memberikan kasih sayang, memberi semangat, mensupport, memberikan motivasi, dan segala hal yang aku butuhkan.

Terimakasih banyak untuk perjuangan kedua orang tua jerih payah nya untuk membiayai kuliahku sampai akhir, terimakasih untuk semua doa dari kalian untuk anakmu yang belum bisa membanggakan ini. Ini hanyalah hadiah kecil yang bisa ku berikan selama aku berada di bangku kuliah ini tidak seberapa dengan perjuangan engkau selama ini. Maafkan semua kesalahanku bapak, ibu jika ada tingkah laku yang membuat hatimu terluka, maafkan jika ada kesalahan yang di sengaja maupun tidak disengaja.

Untuk Teman – Teman

Teruntuk temanku terima kasih sudah membantu saya dalam keadaan senang maupun susah, mendengar keluh kesahku, memberikan semangat dan selalu mendukungku. Teruntuk temanku satu kelas dan satu kost aku bangga sama kalian semua. Teman yang susah senang selalu bersama, kebersamaan yang akan selalu terkesan sepanjang masa. Terima kasih untuk semua do'a, cerita, dukungan selama aku disini. Kalian luar biasa.

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku

Ibu Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep., dan Ibu Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.,Kep selaku dosen pembimbing tugas akhir saya, terima kasih ibu untuk waktunya selama ini, saya sudah dibantu, sudah dinasehati, sudah diajari, saya tidak akan lupa atas bantuan dan kesabaran dari ibu. Terima kasih banyak ibu.

**Seluruh Dosen Pengajar dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan
Trenggalek**

Saya ucapkan terima kasih, karena selama ini sudah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan harganya agar saya menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terima kasih atas ilmu yang kalian berikan, semoga ilmu yang saya dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana. Aamiin...

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek”** sesuai waktu yang ditentukan.

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

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen, M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Dr. H. Moh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah menyediakan lahan penelitian dan memberi izin untuk melakukan penelitian.
- 4) Ns. Rahayu, S.Kep., M.Kes., selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Kampus Keperawatan Kabupaten Trenggalek.
- 5) Ns. Zuliana, S.Kep. selaku Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr.

Soedomo Trenggalek yang telah memperkenankan melakukan penelitian dan membimbing serta mengarahkan peneliti dalam melaksanakan penelitian.

- 6) Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.
- 7) Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep. selaku ketua penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 8) Dosen dan Staff Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
- 9) Partisipan yang telah bersedia menjadi klien dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Demikian, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Trenggalek, 05 Mei 2025



Helina Dwi Rukmana

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG PRODI D III
KEPERAWATAN TRENGGALEK 2025

ABSTRAK

Helina Dwi Rukmana (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Infark Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah, Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

Asuhan Keperawatan adalah rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada klien yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Stroke *Infark* merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh *thrombus* maupun pada *emboli* bagian pembuluh darah di otak. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan dan menganalisa berdasarkan fakta dan teori pada klien dengan stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Desain atau rancangan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Infark. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami Stroke *infark* dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta dan mengalami kelemahan ekstremitas. Analisa data dilakukan dengan membandingkan kesenjangan antara teori dan fakta. Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan ada kesenjangan antara teori dan fakta yang ditemukan. Hasil pengkajian di temukan kesenjangan pada pola interaksi dan komunikasi, pemeriksaan kepala wajah, mulut dan mata, dada/thorax, genitalia, pola eliminasi, pola makan dan memori. Diagnosa keperawatan ditemukan ada dua. Diagnosa yang muncul diantaranya meliputi resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi yang disusun dan di sesuaikan berdasarkan teori dari kepustakaan. Implementasi dilakukan berdasarkan dengan kebutuhan kondisi klien. Hasil yang didapatkan dari penelitian ini bahwa pasien dengan Stroke *Infark* memerlukan pemulihan yang membutuhkan waktu yang lama, maka perlu perawatan yang *intensif* dan berkelanjutan.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Stroke Infark, Klien

**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG
TRENGGALEK DISTRICT CAMPUS D3 STUDY PROGRAM
2025**

ABSTRACT

Helina Dwi Rukmana (2025). *Nursing Care for Infarction Stroke Clients in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek*. Scientific Papers, Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Malang. Supervisor: Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

Nursing Care is a series of nursing practice activities carried out directly to clients, consisting of assessment, nursing diagnosis, nursing action plan, implementation, and evaluation. Infarct Stroke occurs when blood flow to the brain is interrupted due to physical activity or psychological influence caused by a thrombus or embolism of the blood vessels in the brain. The study aimed to provide nursing care and analyze the facts and theories on clients with stroke in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. The study used a qualitative descriptive design with a case study approach regarding nursing care in clients with Infarct Stroke. The participants in this study were one client who experienced an Infarct stroke with full consciousness without comorbidities and experiencing extremity weakness. Data analysis was conducted by comparing the gap between theory and fact. The result showed that there was a gap in interaction and communication patterns, head, face, eyes, mouth examination, chest/thorax, genetics, elimination patterns, diet patterns, and memory. There were two nursing diagnoses found. They included the risk of ineffective cerebral tissue perfusion associated with cerebral infarction, physical mobility disorders associated with decreased muscle strength. Interventions that are prepared and adjusted based on the theory of the literature. Implementation was carried out based on the needs of the client's condition. It was concluded that patients with Infarct Stroke needed a recovery that takes a long time, so they required intensive and continuous care.

Keywords: Client, Infarction Stroke, Nursing Care

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi
DAFTAR ISTILAH.....	xxii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxxii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum.....	7

1.4.2 Tujuan Khusus.....	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.5.2 Manfaat Praktis.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Stroke Infark.....	10
2.1.1 Definisi.....	10
2.1.2 Klasifikasi.....	11
2.1.3 Etiologi.....	13
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.5 Faktor Resiko.....	19
2.1.6 Komplikasi.....	21
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	22
2.1.8 Patofisiologi.....	24
2.1.9 Penatalaksanaan.....	26
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke.....	29
2.2.1 Pengkajian.....	29
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	41
2.2.3 Intervensi.....	48
2.2.3 Implementasi.....	53
2.2.4 Evaluasi.....	54
BAB 355 METODE PENELITIAN.....	55
3.1 Rancangan Penelitian.....	55
3.2 Batasan Istilah.....	56

3.3 Subyek Partisipan.....	57
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	57
3.4.1 Lokasi.....	57
3.4.2 Waktu Penelitian.....	57
3.5 Pengumpulan Data.....	58
3.5.1 Bahan/instrument.....	58
3.5.2 Metode Pengumpulan.....	58
3.5.3 Proses Pengumpulan.....	58
3.6 Uji Keabsahan Data.....	61
3.6.1 <i>Credibility</i> (Kepercayaan).....	61
3.6.2 <i>Transferability</i> (Keteralihan).....	61
3.6.3 <i>Dependability</i> (Kebergantungan).....	61
3.6.4 <i>Confirmability</i> (Kepastian).....	62
3.7 Analisa Data.....	62
3.7.1 Proses Mencari.....	63
3.7.2 Tahap Menyusun.....	63
3.7.3 Tahap Analisa Data.....	63
3.8 Etika Penelitian.....	63
3.8.1 <i>Informed Consent</i>	63
3.8.2 <i>Confidentially</i> (kerahasiaan).....	64
3.8.3 <i>Anonymity</i> (tanpa nama).....	64
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	65
4.1 Hasil.....	65
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	65

4.1.2 Pengkajian.....	65
4.1.3 Analisa Data.....	73
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	74
4.1.5 Perencanaan.....	76
4.1.6 Pelaksanaan.....	78
4.1.7 Evaluasi.....	80
4.1.8 Catatan Perkembangan.....	82
4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	86
4.2 Pembahasan.....	99
4.2.1 Pengkajian.....	99
4.2.2 Diagnosa keperawatan.....	103
4.2.3 Intervensi keperawatan.....	104
4.2.4 Implementasi keperawatan.....	104
4.2.5 Evaluasi.....	105
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	106
5.1 Kesimpulan.....	106
5.1.1 Pengkajian.....	106
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	106
5.1.3 Intervensi.....	106
5.1.4 Implementasi.....	107
5.1.5 Evaluasi.....	107
5.2 Saran.....	107
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	107
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	108

5.2.3 Bagi Peneliti.....	108
5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	108
5.2.5 Bagi Klien.....	108
DAFTAR PUSTAKA.....	109
LAMPIRAN.....	113

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 (Skala Kekuatan Otot).....	17
Tabel 2.2 <i>Intervensi</i> Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif.....	48
Tabel 2.3 <i>Intervensi</i> Gangguan Mobilitas Fisik.....	49
Tabel 2.4 <i>Intervensi</i> Gangguan Komunikasi Verbal.....	50
Tabel 2.5 <i>Intervensi</i> Defisit Perawatan Diri.....	51
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	65
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	66
Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan.....	68
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik.....	69
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	72
Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi.....	73
Tabel 4.7 Analisa Data.....	73
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan.....	74
Tabel 4.9 Perencanaan.....	76
Tabel 4.10 Pelaksanaan.....	78
Tabel 4.11 Evaluasi.....	80
Tabel 4.12 Catatan Perkembangan.....	82
Tabel 4.13 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.8 Patofisiologi.....	24
Gambar 4.1 Genogram.....	67

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Lifting</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
EKG	: <i>Elektrokardiogram</i>
EEG	: <i>Elektro Encephalografi</i>
CT- Scan	: <i>Computerized Termografi Scanning</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
MRI	: <i>Magneting Imaging Resonance</i>
RR	: Respirate Rate
TIA	: <i>Transient Isskemik Attack</i>
TIK	: Tekanan Intra Kranial
TTV	: Tanda-Tanda Vital
WHO	: <i>World Health Organization</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
Hb	: <i>Hemoglobin</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
Rt-PA	: <i>Recombinant tissue-Plasminogen Activator</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
ROM	: <i>Range of Motion</i>
CI	: <i>Clinical Instructure</i>
KTI	: Karya Tulis Ilmiah

DAFTAR ISTILAH

A

Afasia	:	Kesulitan dalam bicara
Aterosklerosis	:	Menumpuknya lemak, kolesterol, dan zat lain di dalam dan di dinding arteri
Aritmia	:	Suatu kondisi ketika irama atau detak jantung tidak teratur, bisa terlalu cepat atau terlalu lambat
Ateritis	:	Radang pada arteri
Anoreksia	:	Gangguan makan yang diakibatkan oleh penurunan berat badan yang drastis
Antikonvulsan	:	Anti kejang
Aspirin	:	Obat untuk meredakan nyeri, demam, dan peradangan
Apatis	:	Kondisi ketika seseorang kurang beraktivitas, kurang tertarik, dan tidak mengekspresikan emosi
Achilles	:	Jaringan ikat yang menghubungkan otot betis dengan tulang tumit
Aorta	:	Pembuluh darah terbesar yang berfungsi untuk mengangkut darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh
Arteri	:	Pembuluh darah yang mendistribusikan darah

kaya oksigen ke seluruh tubuh

Afonia : Ketidakmampuan untuk menghasilkan suara

Abdusen : Berfungsi untuk mengendalikan otot mata rektus lateral yang memiliki peran sebagai penggerak mata ke arah luar, misalnya melihat ke arah telinga

B

Bed rest : Tirah Baring

Bowel : Usus atau intestium

Babinski : Reflek kaki yang terjadi secara alami pada bayi dan anak kecil hingga mereka berusia sekitar 6 bulan hingga 2 tahun

Bisep : Otot yang terletak di bagian depan lengan atas, yang berfungsi untuk menekuk siku dan membalikkan telapak tangan

C

Cuping hidung : Bagian tubuh yang terdiri dari kulit yang menempel pada tulang rawan

Chaddock : Refleks patologis yang digunakan untuk menguji disfungsiintraktus kortikospinalis

D

Disfagia : Kesulitan menelan makanan atau cairan yang timbul dari tenggorokan atau kerongkongan, mulai dari kesulitan ringan untuk menyelesaikan

dan penyumbatan dengan rasa sakit

Depresi	:	Gangguan kesehatan mental yang mempengaruhi perasaan dan perilaku dari seseorang
Discharge planning	:	Proses sistematis untuk mempersiapkan pasien dan keluarganya agar dapat kembali ke rumah setelah dirawat di rumah sakit
Degenerasi	:	Perubahan keadaan sel, jaringan, atau organ yang bersifat menurun
Disatria	:	Lemah pada otot yang digunakan untuk berbicara, membuat bicara lambat atau tidak jelas
Dekubitus	:	Luka akibat tekanan yang berkepanjangan pada kulit
Diastole	:	Tekanan darah pada saat jantung relaksasi
Disleksia	:	Suatu gangguan belajar yang ditandai dengan kesulitan membaca

E

Emboli	:	Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat oleh zat asing, seperti gumpalan darah, gelembung udara, atau gumpalan kolesterol
Elektrolit	:	Zat yang mengandung ion bebas yang membuatnya menjadi konduktor listrik

Edema : Membengkaknya bagian tubuh tertentu akibat penumpukan cairan berlebih

Endokarditis : Infeksi lapisan dalam jantung, biasanya melibatkan katup jantung

F

Farmakologi : Ilmu yang mempelajari obat-obatan dan efeknya pada tubuh, serta bagaimana obat-obatan berinteraksi dengan sistem biologis

Fibrilasi : Gangguan irama jantung (aritmia) yang menyebabkan jantung berdetak tidak teratur dan cepat

G

Genetik : Ilmu yang mempelajari gen dan perannya dalam pewarisan sifat dari generasi ke generasi

Glukosa : Jenis gula dengan susunan kimiawi monosakarida yang oleh tubuh kerap dijadikan sebagai sumber energi utama

H

Hipertensi : Keadaan dimana tekanan darah terhadap dinding arteri terlalu tinggi

Hiperkoagulasi : Kondisi ketika terjadi penggumpalan darah yang berlebihan

Hemiplegia : Kondisi kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh

Hemiparesis : Otot lemah atau kelumpuhan parsial pada satu sisi tubuh yang dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah

Hipoksia : Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh

I

Inkontinensia : Kondisi berupa hilangnya kontrol otot kandung kemih yang menyebabkan seseorang kesulitan menahan buang air kecil

Intrakranial : Nilai tekanan didalam rongga kepala

Intraserebral : Pendarahan spontan yang bukan disebabkan oleh trauma, yang darahnya masuk parenkim otak membentuk hematoma

Infark miokardium : Kondisi yang terjadi ketika aliran darah arteri koroner sangat berkurang atau tersumbat akibat penyempitan pembuluh darah. Kekurangan aliran darah berisiko menyebabkan jaringan otot jantung mengalami kerusakan.

Inflamasi : Respons imun yang menyebabkan kemerahan dan bengkak pada area tubuh atau mungkin jaringan dalam tubuh

K

Kolesterol : Metabolit yang mengandung lemak sterol yang ditemukan pada membran sel dan disirkulasikan

dalam plasma darah

Kontraktur : Keterbatasan rentang gerak pasif (ROM) sendi yang dapat disebabkan oleh perubahan struktur intra-artikular (misal tulang, tulang rawan) atau struktur ekstra-artikular (misal otot, tendon, kulit)

L

Letargi : Kondisi kelelahan yang melibatkan penurunan energi, kapasitas mental, dan motivasi

M

Motor neuron : Sel saraf yang terletak di otak dan sumsum tulang belakang yang berfungsi untuk mengendalikan otot-otot tubuh

Malnutrisi : Kekurangan nutrisi yang cukup dalam tubuh

Mukosa : Jaringan yang melapisi rongga dan organ di dalam tubuh

N

Neurologi : Cabang ilmu kedokteran yang berfokus pada otak dan sistem saraf

Nokturia : Sering buang air kecil di malam hari

O

- Overweight : Kelebihan berat badan
- Oksimetri : Metode untuk mengukur kadar oksigen dalam darah
- Oral hygiene : Praktik menjaga kebersihan mulut, gigi, dan gusi agar tetap sehat dan bebas penyakit

P

- Prevalensi : Proporsi populasi yang memiliki karakteristik tertentu dalam jangka waktu tertentu
- Patologi : Ilmu kedokteran yang mempelajari penyakit dan proses terjadinya penyakit
- Palatum : Atap rongga mulut yang memisahkan rongga mulut dengan rongga hidung
- Pelo : Istilah untuk gangguan berbicara yang ditandai dengan kesulitan mengucapkan kata-kata dengan jelas
- Partisipan : Orang atau kelompok yang terlibat dalam suatu kegiatan

R

- Rehabilitasi : Proses pemulihan fisik, psikis, dan sosial untuk membantu seseorang mengatasi masalah dan kembali ke kehidupan yang normal.

Range of Motion : Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot

S

Systole : Tekanan darah pada saat jantung memompa darah atau saat berkontraksi

Stroke : Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak mengalami gangguan atau berkurang

Stroke Hemoragik : Stroke yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah

Stroke Infark : Stroke yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak

Sembelit : Kondisi gangguan pencernaan ketika seseorang sulit untuk buang air besar

Subarakhnoid : Perdarahan yang terjadi pada ruang antara otak dan jaringan yang menutupi otak

Spasme : Kontraksi otot yang tidak sengaja, biasanya tidak berbahaya dan sementara, tapi dapat menimbulkan rasa sakit

Samnolen : Kondisi yang ditandai dengan rasa kantuk dan kesadaran yang menurun

Sopor : Suatu kondisi tidur nyenyak yang tidak normal, mirip pingsan tetapi tidak terlalu parah, sehingga sulit untuk membangunkan seseorang

T

Trombosis : Penggumpalan dalam pembuluh darah yang dapat menghambat aliran darah, atau bahkan menghentikan aliran tersebut

Tromboemboli : Kondisi yang terjadi ketika gumpalan darah berpindah dan menyumbat aliran darah

Trombolitik : Obat atau prosedur yang digunakan untuk memecah gumpalan darah yang menyumbat pembuluh darah

Trombus : Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah

TIA : Serangan yang terjadi saat pasokan darah ke otak mengalami gangguan sesaat

TIK : Jumlah total dari tekanan yang diberikan oleh otak, darah, dan cairan, cerebrospinal didalam ruang kranium yang kaku

Trisep : Otot besar yang terletak di bagian bawah lengan atas

U

Ulkus dekubitus : Cedera pada kulit dan jaringan di bawahnya akibat tekanan yang berkepanjangan pada kulit.

Urinasi : Berkemih, kencing, atau pipis, adalah proses pengeluaran urine dari kandung kemih melalui uretra ke luar tubuh.

V

Vena : Pembuluh darah yang membawa darah dari seluruh tubuh kembali ke jantung

Vaskuler : Pembuluh darah diluar pembuluh koroner, seperti arteri, vena dan limfe

Vokal fremitus : Getaran yang terdengar di dada dan paru-paru saat pasien mengucapkan kata-kata dengan frekuensi rendah

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent.....	107
Lampiran 2 Lembar Responden.....	108
Lampiran 3 Surat Perizinan Penelitian Kampus.....	109
Lampiran 4 Surat Perizinan Penelitian RSUD.....	110
Lampiran 5 Lembar Konsultasi.....	112
Lampiran 6 Format Askep.....	116

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan stroke merupakan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian yang meliputi respon klien, kemudian ditetapkan suatu rencana tindakan dan dilanjutkan melakukan tindakan keperawatan. Untuk menilai keadaan klien perlu dilakukan evaluasi yang merujuk pada tujuan rencana keperawatan (Tarwoto, 2013). Stroke menurut *WHO (World Health Organisation)* merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan bisa dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vascular* (Kemenkes, 2018). Stroke dibedakan menjadi dua yaitu Stroke Hemoragik (perdarahan) dan Stroke Infark (sumbatan) (Arifianto, 2014). Stroke *Infark* merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh *thrombus* maupun pada *emboli* bagian pembuluh darah di otak (Batticaca Fransisca, 2008). Stroke bersifat mendadak, sehingga perlu diperhatikan sejak dini terutama mengenai tanda dan gejala yang menjadi kunci utama dalam penanganan. Peran keluarga dalam penanganan awal kejadian stroke sangat membantu dalam mengatasi masalah keterlambatan penanganan pada pasien stroke. Terlambatnya penanganan pasien stroke disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang

tanda dan gejala stroke sehingga menyepelekan tanda-tanda dini stroke seperti senyum tidak simetris, anggota tubuh mengalami kelemahan secara tiba-tiba, bicara pelo, kebas atau kesemutan pada separuh tubuh, pandangan kabur dan sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba. Pertolongan pada pasien stroke dibutuhkan penanganan cepat dan tepat, kewaspadaan mengenai tanda gejala stroke sangat diperlukan untuk menentukan keberhasilan dalam penanganan pasien stroke, semakin cepat terdeteksi semakin besar keberhasilan dalam mengurangi kecacatan dan kematian (Kusyani, 2022). Keluarga yang memegang peran utama dalam merawat pasien stroke dirumah perlu memiliki pengetahuan dan kemampuan yang baik agar dapat merawat pasien stroke, sehingga dapat meningkatkan proses pemulihan dan mencegah terjadinya stroke berulang.

Berdasarkan pada informasi data *WHO (World Health Organization)* menyatakan bahwa, pada tahun 2022 7,6 juta kematian terjadi akibat stroke . Prevalensi Stroke menurut data *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke merupakan salah satu penyakit katastrofik yang banyak ditemukan di Indonesia, yaitu sebanyak 2,5 juta kasus. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian di Indonesia, yaitu sebesar 11,2 persen dari total kecacatan dan 18 persen dari total kematian. Di negara Indonesia berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke

meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%). Terbanyak kedua pada kelompok umur 65-74 tahun (22,5%). Disusul kelompok usia (45-54) sebanyak (21,8%). Di Provinsi Jawa Timur kejadian penyakit stroke di tahun 2019 sebanyak 14.591 orang. Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek tercatat bahwa penderita stroke tahun 2018 sebesar 3.771 jiwa dengan jumlah penduduk 693.104 jiwa, dan dalam data di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2019 sebanyak 1.159 orang, pada tahun 2020 menyebutkan 1018 orang yang menderita stroke, sementara pada tahun 2022 sebanyak 961 orang dan yang mengalami stroke *infark* 929 orang (Register rawat inap RSUD dr. Soedomo dalam KTI Cucu, 2023). Kasus stroke di Ruang Unit Stroke pada tahun 2025 pada bulan Februari sampai April sebanyak 173 jiwa meliputi 35 penderita Stroke Hemoragic dan 125 penderita Stroke Infark (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek 2025).

Stroke *Infark* disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah atau sumbatan akibat *trombosis*. Penggumpalan darah tersebut disebabkan oleh pecahan gumpalan darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah di otak. Seseorang dapat menderita stroke bisa disebabkan dari pola makan yang tidak teratur, kurangnya olahraga, jam kerja yang berlebihan, dan konsumsi makanan yang kurang sehat dan banyak mengandung kolestrol (Istichana, 2015). Stroke dipengaruhi oleh

beberapa factor risiko yang dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat di modifikasi yakni, usia, jenis kelamin, ras, berat badan saat lahir yang rendah, dan faktor-faktor genetik merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Adapun faktor risiko yang dapat dimodifikasi yakni, aktivitas fisik, hipertensi, merokok, diabetes millitus, dislipidemia, dan kondisi jantung, mengkonsumsi alkohol, merokok, tingginya kadar kolesterol, makanan tinggi garam, gula dan lemak. Adapun akibat yang ditimbulkan oleh serangan stroke *infark* diantaranya peningkatan tekanan darah, pusing, mengalami, kelemahan otot, rasa kebas, bicara pelo, nyeri kepala, mual, muntah, kesulitan menelan, dan pandangan kabur (Indrawati,Sari,&Dewi, 2016). Stroke merupakan penyakit yang memiliki resiko tinggi terjadinya komplikasi medis dikarenakan adanya kerusakan pada jaringan saraf pusat yang timbul secara dini pada stroke. Komplikasi stroke yang dapat langsung terjadi dari serangan stroke itu sendiri diantaranya komplikasi pada jantung, terjadi *pneumonia*, terjadi demam, *tromboemboli vena*, *disfagia*, adanya nyeri pasca stroke, *inkontinensia*, serta depresi, hal tersebut merupakan komplikasi yang umum yang terjadi pada pasien stroke (Mutiarasari, 2019). Dampak yang akan terjadi jika peran perawat dalam penanganan stroke tidak ditangani dengan baik adalah kelumpuhan dan kecacatan, gangguan berkomunikasi, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, *disfagia*, dan lain-lain. Menurut hasil penelitian Karunia (2016), dimana dalam 3 jam

pasca terserang stroke, penanganan medis harus segera didapat, dengan demikian kecacatan dapat dicegah, apabila penanganan diterima melebihi waktu tersebut, maka akan terjadi kecacatan permanen atau bahkan meninggal (Padang Jeklin Ruba Palik, 2019).

Pentalaksanaan Stroke meliputi terapi *farmakologis* dan non *farmakologis*. Penatalaksanaan secara *farmakologis* yaitu pemberian terapi *diuretika* untuk menurunkan edema *cerebral*, *anti koagulan* *thrombosis* dari dalam tindakan *system kardiovaskuler*, dan *kortikostteroid* mencegah inflamasi pembengkakan dan peningkatan tekanan darah. Sedangkan, penatalaksanaan non *farmakologis* untuk penderita stroke *Infark* yaitu dengan okupasi, terapi wicara pola hidup, latihan gerak aktif *ROM* (yang merupakan gerak isotonic terjadi kontraksi dari pergerakan otot) dan latihan pasif *ROM*. Perawat berperan penting dalam proses penyembuhan klien stroke untuk mengurangi resiko terjadinya komplikasi atau serangan stroke berulang. Stroke juga dapat dicegah dengan cara pengobatan dan pengendalian faktor risiko melalui modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup yang dimaksud, diit tidak sehat, obesitas, rokok, alkohol dan kurang aktifitas fisik (Ginsbert, 2019). Dan perlu juga dilakukan upaya mengurangi terjadinya stroke dengan mengkonsumsi gizi yang seimbang seperti, memperbanyak makan sayur, buah-buahan segar, protein rendah lemak dan kaya serat yang sangat bermanfaat untuk pembuluh darah. Dapat juga melakukan olahraga yang teratur dapat mengontrol berat badan serta mengurangi resiko terjadinya stroke. Agar tidak terjadinya serangan

berulang pada pasien stroke harus melakukan control secara rutin, melakukan diet seimbang, dan berhenti merokok (Ginsbert, 2019). Sedangkan penanganan Stroke *Infark* yang bisa diberikan oleh perawat adalah pemberian asuhan keperawatan. Pendekatan asuhan keperawatan pada pasien Stroke *Infark* melalui proses perawatan yang dimulai dari pengkajian yaitu meliputi respon dan keluhan pasien, kemudian ditetapkan suatu rencana tindakan keperawatan untuk menilai keadaan pasien yang perlu dilakukan evaluasi yang merujuk pada tujuan rencana keperawatan. Keluarga dalam perawatan pasien stroke sangatlah penting untuk mendukung pemulihan kondisi pasien pasca stroke di rumah tentang bagaimana keluarga dalam merawat pasien stroke di kehidupan sehari-hari, seperti pemenuhan nutrisi, cairan, kebersihan diri berpakaian dan berhias, membantu melatih gerakan mobilisasi (ROM) dan pemenuhan spiritual dan social. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dalam bentuk sistem pendukung dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia, memberikan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosa keperawatan, dan mengambil tindakan yang tepat untuk direncanakan dan dilaksanakan dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi untuk melihat tingkat perkembangannya. Perawat dapat membantu aktivitas hidup sehari-hari dan memberikan pendidikan kesehatan atau mengedukasi kepada klien dan anggota keluarga klien (Hidayat A, 2008). Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan

Keperawatan Pada Klien dengan *Stroke Infark* Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada : “Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada uraian dan latar belakang di atas, dapat di rumuskan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek?.”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

1) Mampu melakukan pengkajian pada klien *Stroke Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 2) Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien *Stroke Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien *Stroke Infark* di Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Mampu melakukan implementasi asuhan keperawatan pada klien *Stroke Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada klien *Stroke Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Mampu menganalisa kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta yang terjadi pada klien *Stroke Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan terutama ilmu keperawatan medikal bedah yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada klien dengan *Stroke Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan acuan dalam menerapkan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, menentukan masalah keperawatan, menentukan intervensi, mengimplementasikan

dan mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan khususnya pada klien *Stroke Infark*.

2) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan di masa yang akan datang.

3) Bagi Institusi Pendidikan Polkesma Kampus V Trenggalek Prodi D3 Keperawatan.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan atau masukan dalam proses pembelajaran dalam pembuatan karya tulis ilmiah di bidang ilmu keperawatan khusus *Stroke Infark*

4) Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai pengalaman belajar dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *Stroke Infark* sehingga meningkatkan pengetahuan serta wawasan bagi peneliti.

5) Bagi Pasien

Hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan serta informasi dalam keperawatan, pencegahan terjadinya komplikasi penyakit, serta pencegahan terhadap kekambuhan pada penderita *Stroke Infark*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke Infark

2.1.1 Definisi

Stroke menurut *WHO (World Health Organisation)* merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa *defisit neurologik* fokal dan global, yang dapat berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan bisa dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Kemenkes, 2018). Stroke menurut (Sayoga, 2013) merupakan berbagai gejala gangguan fungsi neurologis otak yang terjadi secara mendadak.

Stroke *Infark* adalah gangguan pada system otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan fungsi neurologis lainnya yang terjadi lebih dari 24 jam (Hariyanto, 2015). Stroke *Infark* merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh *thrombus* maupun pada *emboli* bagian pembuluh darah di otak (Batticaca Fransisca, 2008).

Berdasarkan definisi Stroke Infark diatas dapat disimpulkan bahwa Stroke *Infark* merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi otak pada otak yang disebabkan oleh penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang disebabkan karena adanya *thrombus* dan *emboli* yang pada umumnya terjadi serangan secara mendadak pada saat atau setelah

bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi stroke menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015) dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Stroke Hemoragik

Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada *subarachnoid* dan intrasebra, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun (Haryanto, A & Sulistyowati 2015). Stroke Hemoragik juga terdapat dua jenis yaitu :

a) Stroke Hemoragik *Intraserebral*

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel – sel otak mati, sehingga berdampak pada kerja otak. Penyebab seringnya adalah hipertensi.

b) Stroke Hemoragik *Subarachnoid*

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak.

2) Stroke Infark

Stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah otak. Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding

bagian dalam pembuluh darah (arteri) menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan (Wisnu Arya wardhana, 2016) .

Ada dua jenis stroke infark yaitu:

a) Stroke Infark *Emboli*

Merupakan stroke yang terjadi karena adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang tersangkut menuju otak.

b) Stroke *Infark Trombotik*

Merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

Stroke berdasarkan perjalanan penyakitnya dibagi menjadi dua yaitu, TIA (*Transien Iskemik Attack*) dan Stroke *Involusi* (Awan Haryanto & Sulistyowati 2015).

3) TIA (*Transien Iskemik Attack*)

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

4) Stroke *Involusi*

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan, lama – kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Mutaqin, 2008) penyebab dari Stroke *Infark* adalah :

1) *Trombosis Serebral*

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan *oedema* dan kongesti di sekitarnya. *Trombosis* biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah *thrombosis*. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan *thrombosis* otak:

a) *Arteriosklerosis*

Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) *Hyperkoagulasi*

Darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan *viskositas* atau *hematokrit* meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah cerebral.

c) *Arteritis (radang pada arteri)*

Arteritis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri-arteri terbesar pada tubuh dan cabang- cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya akan oksigen dari jantung keseluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan

menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri-arteri tersebut, sehingga menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerahdaerah lainnya.

2) Hemoragi pendarahan *intracranial* termasuk peredaran ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri, perdarahan ini terjadi karena *ateroklerosis* hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan pembesaran darah ke dalam parenkim otak yang mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, mengakibatkan terjadinya pembengkakan pada otak dan jaringan otak, sehingga akan terjadi *infrak* otak, oedema, dan herniasi otak.

3) Hipoksia umum.

Penyebab hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung, paru dan curah jantung yang turun akibat aritmia.

4) Hipoksia setempat.

Penyebab hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai dengan *subaraknoid* dan *vasokonstriksi* arteri plak yang disertai dengan sakit kepala ringan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Oktavianus, 2014) manifestasi klinis stroke tanda dan gejala yang sering muncul yaitu:

1) *TIA (Tansient Ischemick Attack)*

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau menetap.

2) *RIND (Reversible Ischemick Neurologic Difisit)*

Gejala timbul lebih dari 24 jam

3) *Progessing stroke atau stroke inevulation*

Gejala makin lama makin berat (progeessif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat.

4) Sudah menetap atau permanen

Menurut (Tarwoto, 2013) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata – rata serangan, ukuran lesi dan adanya *sirkulasi kolateral*. Berikut gejala klinis Stroke Infrak:

a) Kelumpuhan wajah atau anggota wajah sebelah (*hemiparesis*)

atau hemiplagia (*paralisis*) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat *kontralateral* artinya jika terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot velunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan *ekstensi* maupun *fleksi*.

b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

c) Penurunan Kesadaran (*Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma*)

Terjadi akibat pendarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

d) *Afasia* (Kesulitan dalam berbicara)

Afasia merupakan defisit pada kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Pembagian afasia ada 3 bagian yaitu:

(1) *Afasia* motorik sensorik

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area *broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan lewat bicara.

(2) *Afasia* Sensorik

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung (*koheren*).

(3) *Afasia* Global

Afasia ini terjadi akibat kerusakan yang luas pada otak, sehingga afasia jenis ini merupakan afasia paling berat. Pada afasia global pasien akan kesulitan, bahkan tidak mampu membaca, menulis, serta memahami perkataan orang lain.

e) *Disartia* (Bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. *Disartia* terjadi karena kerusakan *nervus kranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot, bibir, lidah dan faring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f) Gangguan penghilatan, *diplopia*

Kehilangan penglihatan atau juga pandangan pasien menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada *lobus temporal* dan parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks *oksipital*. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

g) *Disfagia*

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan *nervus kranial IX*. Selama menelan bolus di dorong oleh lidah dan *glotis* menutup kemudian makanan masuk ke *esofagus*.

h) *Inkontinensia*

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensyarafi *bladder* dan *bowel*.

i) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial, edema.

j) Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi merupakan ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual special dan kehilangan persepsi sensori.

a) Gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual.

Hominus heminopsia (kehilangan setengah lapang pandang) dapat terjadi karena stroke dan mungkin sementara atau permanen. Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala pasien berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengakibatkan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut. Hal ini disebut amorfosintesis. Pada keadaan ini, pasien tidak mampu melihat makanan pada setengah dan hanya setengah ruangan yang terlihat.

b) Gangguan hubungan visual spesial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spesial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegi kiri. Pasien mungkin tidak dapat

memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.

- c) Kehilangan sensori karena stroke berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam mengidentifikasi stimulus visual, taktil, dan auditorius.

Tabel 2.1 (Skala Kekuatan Otot)

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

2.1.5 Faktor Resiko

Faktor resiko yang dapat menyebabkan Stroke *Infark* antara lain:

- 1) Tekanan darah tinggi atau *hipertensi* merupakan faktor resiko yang sering terjadinya stroke. Sekitar 50%-70% kasus stroke disebabkan karena hipertensi. Penurunan *diastole* 5-6 MmHg dan *systole* 10-12 MmHg selama 2-3 tahun akan menurunkan resiko stroke antara 4,5-7% dalam (Tarwoto, 2013). Pasien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, *arterosklerosis* atau arteri dapat pecah atau ruftur (Tarwoto, 2013).
- 2) Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat

- terjadinya stroke *infark* (Tarwoto, 2013). Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko stroke seperti adanya kerusakan coroner jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung, kelainan katup jantung, yang mengarah pada penurunan cardiac output, peningkatan kerja jantung, dan penurunan perfusi serebral (Hariyanto, 2015).
- 3) Diabetes Melitus terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena diperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak (Tarwoto, 2013). Tinggi kadar gula dalam darah juga dapat mengakibatkan hambatan aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
 - 4) *Hiperkolesterol* dan Lemak Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu *hiperkolestero*le dapat menimbulkan penyakit jantung coroner. Penelitian menunjukkan angka stroke meingkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg %. Setiap kenaikan 38,7 mg % akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg %) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47 %. Demikian juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke, pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke (Tarwoto, 2013).
 - 5) Obesitas dan kurang beraktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung (Tarwoto,

2013).

- 6) Usia semakin bertambah usia , risiko stroke semakin tinggi karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah (Hariyanto, 2015).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi saat terjadinya Stroke menurut (Tarwoto, 2013) yaitu :

1) Fase akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak.

Pada area otak infrak atau terjadi kerusakan karena perdarahan 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.

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 interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK).

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial 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 stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek 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 *peunomonia*, *dekubitus*, *kontraktur*, *thrombosis vena* dalam, *atropi*, *inkontinensia*, *urin* dan *bowel*.

b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.

c) Nyeri kepala kronis seperti *migraine*, nyeri kepala *tension*, nyeri kepala *cluster*.

d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan Stroke adalah sebagai berikut (Hariyanto, 2015) :

1) *MRI (Magnetig Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.

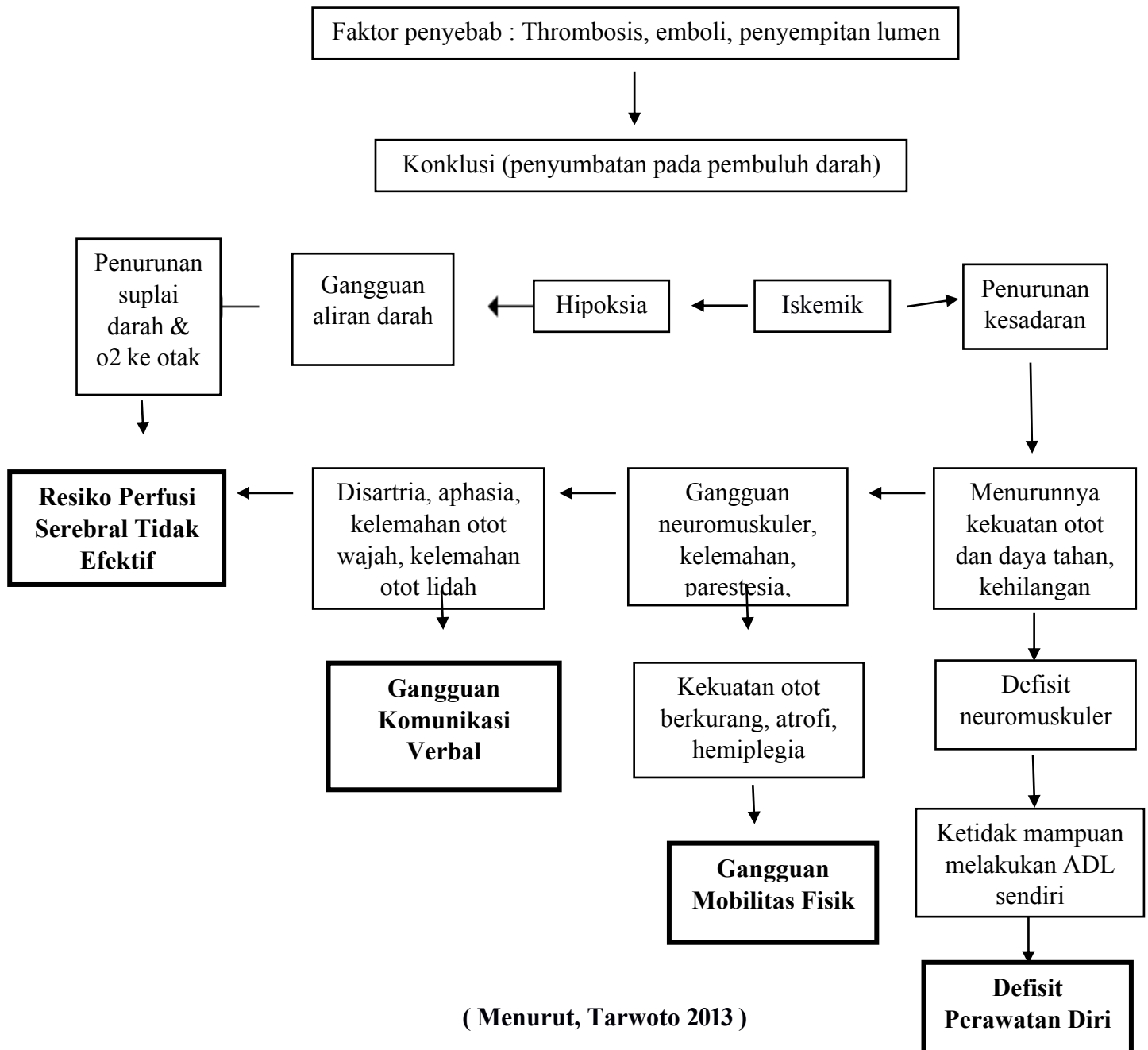
2) *CT Scan (Computerized Tomografi Scaning)* : mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.

- 3) *EEG (Elektro Encephalografi)* : mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) *Angiografi Serebral* : mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau replete.
- 5) *ECG (Elektro Kardiogram)* : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap : Hb, Leukosit, Trombosit, LED, dan Eritrosit.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu.
- 8) Kolesterol, lipid.
- 9) Asam urat, elektrolit.

2.1.8 Patofisiologi

1) Skema

Patofisiologi Stroke Infark



Gambar 2.1 Patofisiologi Stroke Infark

2) Uraian

Faktor penyebab terjadinya Stroke Infark akibat adanya suplay darah ke jaringan otak berkurang, hal ini disebabkan oleh thrombosis (pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri), Emboli (benda asing yang berada di pembuluh darah), dan penyempitan lumen arteri. Hal tersebut bisa menyebabkan penyumbatan atau konklusi yang mengakibatkan terganggunya aliran darah ke otak. Hambatan aliran darah ke otak menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen atau hipoksia kemudian menjadi infark lalu terjadi gangguan aliran darah yang menyebabkan terjadinya edema serebral serta perdarahan yang menyebabkan resiko perfusi serebral tidak efektif. Hipoksia dapat juga menyebabkan penurunan kesadaran pada pasien yang mengakibatkan defisit neuromuskuler ditandai dengan menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol sehingga pasien mengalami ketidakmampuan melakukan *ADL* sehingga menyebabkan defisit perawatan diri. Defisit neuromuskular bisa juga menyebabkan gangguan neuronmuskuler, kelemahan, parestesia dan paralisis yang ditandai kekuatan otot berkurang, atrofi, hemiplegia sehingga terjadi gangguan mobilitas fisik. Selain itu, gangguan neuronmuskuler, kelemahan, parestesia dan paralisis bisa menyebabkan disatria, apasia, kelemahan otot wajah dan mengakibatkan gangguan komunikasi verbal.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien Stroke menurut (Tarwoto, 2013), yaitu:

1) Penatalaksanaan umum

a) Pada fase akut (*Golden Period* selama 3 jam)

- (1) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami *disfagia*. Terapi cairan dapat mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah
- (2) Terapi oksigen, pasien stroke infark dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisis gas darah atau oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial dengan pemberian manito, kontrol atau pengendalian tekanan darah.
- (4) Monitor fungsi pernapasan : Analisa gas darah
- (5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan *EKG*, evaluasi status cairan dan elektrolit.
- (6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan

- (8) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antokoagulan
- (9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflek

b) Fase rehabilitasi

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

c) Fase rehabilitasi pasca stroke

(1) Terapi fisik

Terapi fisik, dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atropi dan kehilangan tonus otot. Pasien dapat dilakukan latihan atau aktivitas di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi atau dengan melakukan *Range Of Motion*. Terapi fisik dilakukan dengan melihat kondisi dan tingkat stabilisasi pasien.

(2) Okupulasi terapi

Pasien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terpaai sangna dibutuhkan untuk manggali potensi pasien dan melatih susuai dengan kondisi pasien.

(3) Speech terapi

Terapi ini sangat dibutuhkan untuk mengingat bicara dan komunikasi merupakan modal interaksi sosial. Kesulitan dalam berkomunikasi akan menimbulkan isolasi diri dan perasaan frustasi. Klien dengan stroke dapat mengalami gangguan bicara, baik disatria maupun apasi sehingga latihan bicara sangat perlu dilakukan.

(4) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan *ventrikulo-peritonal* bila ada *hidrosefalus obstruktif* akut.

(5) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :

(a) Stroke *Infark*

1. Pemberian *trombolisis* dengan *rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)*.

2. Pemberian obat-obatan jantung seperti *digoksin* pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

(b) Stroke hemoragik

1. Antihipertensi : kaptopril dan antagonis kalsium
2. *Diuretik* : manitol 20% dan furosemide
3. *Antikonvulsan* : fenitoin

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke

Proses keperawatan merupakan teori, ilmu, dan konsep keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi hasil dan intervensi.

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing-masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan (Zebua, 2021).

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah mengumpulkan informasi tentang status kesehatan pasien yang menyeluruh mengenai fisik, psikologis, sosial budaya, spiritual, kognitif, tingkat perkembangan, status ekonomi, kemampuan fungsi dan daya hidup pasien.

a) Identifikasi klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, Pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan, alamat, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, tanggal dan jam pengkajian, status perkawinan, nomor register, diagnose medis (Tarwoto, 2013).

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

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

b) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infrak biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri

kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan setengah badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013).

c) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti *koagulan*, *aspirin*, *vasodilator*, *obat-obat adiktif*, kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan. Klien seperti pemakaian obat antihipertensi, *antilipidemia*, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013).

d) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes melitus (Tarwoto, 2013).

3) Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola pemenuhan nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah selama fase akut. (Muttaqin, 2008)

b) Sistem eliminasi

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi (Tarwoto, 2013)

c) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia, mudah lelah

(Getudris, 2019).

d) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan disibin dan *oral hygiene* (Tarwoto, 2013).

e) Tidur dan istirahat

Biasanya klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat dikarenakan nyeri/kejang otot (Getudris, 2019).

f) Pola Hubungan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Dongoes, 2000).

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Dongoes, 2000).

h) Pola Sensori dan Kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau keaburan pandangan, perabaan atau sentuhann menurun pada muka esktremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir.

i) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan

stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi dan antogonis histamine.

4) Riwayat psikososial dan spiritual

a) Konsep diri

(1) Gambaran diri

Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan.

(2) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari *composmentis*, *apatis*, *latergi*, *delirium*, *sumnolen* dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata (1- 4), respon verbal (1-5), respon motorik (1- 6) (Tarwoto, 2013).

(3) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(4) Harga diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Dongoes E & Marilyn, 2000).

(5) Peran diri

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan

bicara (Dongoes E & Marilyn, 2000).

(6) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

(7) Pola hubungan dan peran dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Dongoes & Marilyn, 2000).

(8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Doenges & Marilyn, 2000).

(9) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/kekaburan, perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses pikir (Dongoes E & Marilyn, 2000).

(10) Memori

Klien stroke biasanya mengalami gangguan memori jangka pendek dan panjang seperti ketidakmampuan untuk berpikir atau mengingat secara jelas, kesulitan mengenali wajah orang yang dikenal (Nita Crighton, 2024).

(11) Pola Interaksi dan Komunikasi

Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan *disatria* (pelo. cedal), *disfonia* (serak, bindeng), *afasia* (gangguan berbahasa), *aleksia* (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya (Tarwoto, 2013).

(12) Pola orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Tarwoto,2013).

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum : Biasanya klien stroke mengalami badan lemah (*letarge*), nyeri kepala (*cheplgia*), penurunan kesadaran (*apatis*, *samnolen*, *delirium*, *sopor* / *semikoma*, *koma*). Terjadi peningkatan tekanan darah sekitar (20 – 30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa (Tarwoto, 2013).

b) Tanda – Tanda Vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya

masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto, 2013).

- (1) Kepala : Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, *alopesia*, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Muttaqin, 2008).
- (2) Wajah : Terdapat *hemiparesis / hemiplegia*, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Muttaqin, 2008).
- (3) Mata : Biasanya *konjungtiva* pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi *paralisis* pada sisi *otot okularis* yang sakit (Tarwoto, 2013).
- (4) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.
- (5) Telinga : Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).
- (6) Mulut dan Faring

Biasanya mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf Trigemini (Saraf V), gangguan saraf IX, dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut terdapat *sianosis* akibat penurunan oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, *disartia*, *afasia* (Tarwoto, 2013).

6) Pemeriksaan Leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran tyroid, tidak terdapat pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar *tyroid* (Tarwoto, 2013).

7) Pemeriksaan Dada/Thorax

a) Paru – Paru

Bentuk *thoraks* biasanya normal atau adalah kelainan seperti *pigeon chest* (bentuk dada burung), *funnel chest* (bentuk dada cekung), *barrel chest* (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara

nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Muttaqin, 2008).

b) Jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, 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 (Tarwoto, 2013).

8) Abdomen

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

9) Pemeriksaan Integumen

Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu (Tarwoto, 2013).

10) Pemeriksaan Ekstremitas

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

11) Pemeriksaan genitalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine,

adanya luka maupun nyeri (Dongoes E & Marilyn, 2000).

12) Pemeriksaan Neurologi

a) Refleks

Pada pemeriksaan refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Muttaqin, 2008) .

13) Pemeriksaan Neurologi

a) Saraf Kranial 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

b) Saraf Kranial 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang.

c) Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

d) Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.

e) Nervus 5 Trigeminus: Untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau ticdouloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.

- f) Nervus 6 Abdusen: Kelainan pada paralisis nervus abducent menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.
- g) 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).
- h) Nervus 8 Vestibularis: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- i) Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringikus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.
- j) Nervus 11 Asesorius: Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot *trapezius*) dan otot leher (otot *sternokleidomastoideus*). Pasien akan menderita bahu

yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot *trapezius* dan otot *sterokleidomastoideus* terganggu.

- k) 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 nervus hipoglosus 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 mulut.

14) Tes Diagnostik

- a) Hasil rontgen kepala dan medulla
- b) *Electro encephalografi*
- c) Lumbal pungsi
- d) *Computerized Tomografi Scanning (CT-Scan)*
- e) *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*
- f) Pemeriksaan Laboratorium darah.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Menurut (SDKI, 2017) adapun diagnose stroke *infark* yang mungkin muncul adalah :

1) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017).

a) Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b) Faktor risiko

- (1) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- (2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- (3) Aterosklerosis aorta
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulasi intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme
- (14) Cedera kepala

- (15) Hipertensi
- (16) Hiperkolesteronemia
- (17) Endokarditis infektif
- (18) Katup prostetik mekanis
- (19) Stenosis mitral
- (20) Neoplasma otak
- (21) Infark miokard akut
- (22) Sindrom *sick sinus*
- (23) Penyalahgunaan zat
- (24) Terapi trombolitik
- (25) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

c) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Embolisme
- (3) Hipertensi

2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054).

a) Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Penyebab

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot

- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan muskuloskeletal
- (12) Gangguan neuromuskular
- (13) Indeks masa tubuh diatas prsentil ke-75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif
- (20) Keengganan melakukan pergerakan
- (21) Gangguan sensori persepsi

c) Batasan Karakteristik

1. Gejala dan Tanda Mayor

Subyektif

- 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- 1. Kekuatan otot menurun
- 2. Rentang gerak (ROM) menurun

2. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

d) Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke

3. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

a) Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

b) Penyebab

- (1) Penurunan sirkulasi serebral
- (2) Gangguan neuromuskular
- (3) Gangguan pendengaran
- (4) Gangguan muskuloskeletal
- (5) Kelainan palatum
- (6) Hambatan fisik (mis. Terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)

- (7) Hambatan individu (mis. Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- (8) Hambatan psikologis (mis. Gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi)
- (9) Hambatan lingkungan (mis. Ketidacukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

c) Batasan karakteristik

1. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar
- 2. Menunjukkan respon tidak sesuai

2. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- 1. Afasia
- 2. Disfasia
- 3. Apraksia
- 4. Disleksia
- 5. Disartia
- 6. Afonia

7. Dislalia
8. Pelo
9. Gagap
10. Tidak ada kontak mata
11. Sulit memahami komunikasi
12. Sulit mempertahankan komunikasi
13. Sulit menggunakan ekspresi wajah/tubuh
14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah/tubuh
15. Sulit Menyusun kalimat
16. Verbalisasi tidak tepat
17. Sulit mengungkapkan kata-kata
18. Disorientasi orang, ruang, waktu
19. Defisit penglihatan
20. Delusi

4. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

- a) Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
- b) Penyebab
 - 1) Gangguan muskuloskeletal
 - 2) Gangguan neuromuskuler
 - 3) Kelemahan
 - 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
 - 5) Penurunan motivasi/minat
- c) Batasan karakteristik

1. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet
2. Minat melakukan perawatan diri kurang

2. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

(Tidak tersedia)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera medula spinalis
- (3) Depresi
- (4) Fungsi penilaian terganggu

2.2.3 Intervensi

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2009). Menurut Standar Intervensi Indonesia, intervensi dari diagnose stroke *infark* diatas adalah : Intervensi Keperawatan menurut (SIKI, 2018) & SLKI (2019) :

Diagnosa 1 :

Resiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak, perdarahan, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi jaringan serebral menjadi adekuat.

Kriteria Hasil :

- 1) Tingkat kesadaran : meningkat.
- 2) Kognitif : meningkat
- 3) Sakit kepala : menurun
- 4) Gelisah : menurun
- 5) Kecemasan : menurun
- 6) Tekanan arteri rata-rata : membaik
- 7) Tekanan intracranial : membaik
- 8) Tekanan darah sistolik : membaik
- 9) Tekanan darah diastolic : membaik
- 10) Refleks saraf : membaik

Tabel 2.2 Intervensi Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Monitor penurunan frekuensi jantung 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	Observasi 1) Untuk mengetahui peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3) Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien 4) Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien Terapeutik 1) Agar klien jauh lebih nyaman 2) Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang 3) Agar tekanan intrakranial tidak semakin parah Kolaborasi 1) Untuk mencegah atau mengatasi kejang 2) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine 3) Untuk memudahkan klien dalam BAB

Diagnosa 2 :

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuronmuskuler.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien mampu melaksanakan aktivitas fisik.

Kriteria Hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas : meningkat
- 2) Kekuatan otot : meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) : meningkat
- 4) Kelemahan fisik : menurun

Tabel 2.3 Intervensi Gangguan mobilitas fisik

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kondisi kulit klien
1) Monitor kondisi kulit	2) Untuk mencegah terjadinya komplikasi tirah baring
2) Monitor komplikasi tirah baring	Terapeutik
Terapeutik	1) Agar tidak terjadi tekanan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan
1) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring)	2) Untuk mengetahui kekuatan otot klien
2) Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot	Edukasi
Edukasi	1) Agar klien mengetahui prosedur latihan gerak ROM pasif
1) Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif	2) Agar keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif
2) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif	Kolaborasi
Kolaborasi	1) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
1) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien	

Diagnosa 3 :

Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam , diharapkan komunikasi normal, tidak mengalami gangguan sirkulasi serebral.

Kriteria hasil :

- 1) Kemampuan berbicara : meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh : meningkat
- 3) Kontak mata : meningkat
- 4) Afasia : menurun
- 5) Disfasia : menurun
- 6) Apraksia : menurun
- 7) Disatria : menurun

8) Pelo : menurun

9) Pemahaman komunikasi : membaik

Tabel 2.4 *Intervensi* Gangguan komunikasi verbal

Rencana Tindakan	Rasional
Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.13492) Observasi 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. Memori, pendengaran, dan bahasa) 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 1) Berikan dukungan psikologis 2) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis dan bahasa isyarat/gerakan tubuh) 3) Ulangi apa yang disampaikan pasien 4) Gunakan juru bicara, <i>jika perlu</i> Edukasi 1) Anjurkan berbicara perlahan 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	Observasi 1) Untuk mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Untuk mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara 3) Untuk mengetahui perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 1) Untuk meningkatkan semangat dan kepercayaan diri klien 2) Untuk mempermudah dalam komunikasi dengan klien 3) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah 4) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Edukasi 1) Sebagai permulaan latihan dilakukan perlahan untuk mempermudah klien dalam berbicara 2) Agar klien dan keluarga paham dan melakukan tindakan dengan benar Kolaborasi 1) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

Diagnosa 4 : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien mampu merawat dirinya sendiri.

Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan mandi : meningkat
- 2) Kemampuan makan : meningkat
- 3) Kemampuan mengenakan pakaian : meningkat

- 4) Kemampuan ke toilet BAB/BAK : meningkat
- 5) Minat melakukan perawatan diri : meningkat

Tabel 2.5 Intervensi Defisit Perawatan Diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348)	Obsevasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien
1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien
2) Monitor tingkat kemandirian	3) Untuk mengetahui kebutuhan alat bantu dalam perawatan diri klien
3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	
	Terapeutik
1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)	1) Lingkungan yang kondusif dapat memotivasi klien dalam meningkatkan perawatan diri
2) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	2) Untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri
3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	3) Untuk mencegah resiko jatuh pada klien saat melakukan perawatan diri
4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan	4) Membantu melakukan perawatan diri pada klien agar tetap terjaga kebersihan dirinya
5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	5) Memfasilitasi kemandirian klien, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri	6) Agar klien melakukan rutinitas secara terjadwal
Edukasi	Edukasi
1) Anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	1) Agar klien dapat mandiri dalam melakukan perawatan diri

2.2.3 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menjadi status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk

klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Rofifah Ninda, 2019).

2.2.4 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dari proses keperawatan, yaitu suatu metoda sistematis untuk mengorganisasikan dan memberikan suhan keperawatan (Perry & Potter, 2005). Mengesampingkan evaluasi dari proses keperawatan maka akan menghambat perawat dalam mengevaluasi praktik keperawatan dan menentukan apakah hasil asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang bermanfaat.

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP (Subyektif, Assessment, Planning).

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 perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara yang ditempuh sehubungan dengan penelitian yang dilakukan, yang memiliki langkah-langkah yang sistematis. Metode penelitian dapat diartikan sebagai cara ilmiah untuk mendapatkan data yang valid dengan tujuan dapat ditemukan, dikembangkan, suatu pengetahuan tertentu sehingga dapat digunakan untuk memahami, memecahkan, dan mengantisipasi masalah.

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah mencatat perencanaan dari cara berfikir dan merancang suatu strategi untuk menemukan sesuatu. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah diskriptif kualitatif dengan metode studi kasus. Metode kualitatif adalah menentukan cara mencari, mengumpulkan, mengolah dan menganalisis data hasil penelitian tersebut. Metode diskriptif adalah berupa penelitian dengan metode atau pendekatan studi kasus.

Studi kasus merupakan rancangan yang mencakup pengakajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah dari subjek cenderung sedikit, jumlah variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu, sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian. Rancangan dari studi kasus bergantung pada keadaan umum,

namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci (Nursalam, 2017).

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan keperawatan pada Klien dengan Stroke *Infark*. Asuhan Keperawatan merupakan tindakan yang digunakan untuk memberikan pelayanan yang *komprehensif* yaitu meliputi pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Stroke *Infark* adalah adalah suatu penyakit yang terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak yang di tandai dengan penurunan fungsi yang disebabkan karena adanya *thrombus dan emboli* yang terjadi begitu cepat dengan kondisi klien tanpa adanya penyakit penyerta, klien yang kooperatif dengan tingkat kesadaran pasien *composmentis* dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari dirumah sakit. RSUD dr Soedomo Trenggalek merupakan suatu unit pelayanan kesehatan masyarakat yang memberikan pelayanan bersifat *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative*. Peneliti juga mengikuti kegiatan bagaimana asuhan keperawatan yang di berikan pada klien dengan diagnose Stroke *Infark* dan mengobservasi bagaimana perkembangan klien selama di rawat di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.3 Subyek Partisipan

Partisipan merupakan subjek yang dilibatkan dalam kegiatan mental dan emosi secara fisik sebagai peserta dalam memberikan respon terhadap kegiatan yang dilaksanakan dalam proses belajar-mengajar serta mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab atas keterlibatannya (Fadliyati R., 2015). Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini berjumlah satu orang yang mengalami Stroke *Infark* di Ruang Unit Strok RSUD dr Soedomo Trenggalek dengan kriteria :

- 1) Pasien yang kooperatif.
- 2) Pasien bersedia menjadi responden.
- 3) Pasien yang mendapatkan perawatan minimal 3 hari di RS.
- 4) Pasien MRS tanpa adanya penyakit penyerta.
- 5) Pasien yang mengalami kelemahan pada salah satu sisi ekstremitas atau keduanya.
- 6) Tingkat kesadaran pasien *composmentis*.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian atau pengambilan data dalam studi kasus ini di mulai tanggal 14 Maret sampai 26 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan/instrument

Jenis instrumen dapat di gunakan dalam pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke *Infark*. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa alat bantu, yaitu format pengkajian keperawatan medikal bedah, pengukuran dengan alat nursing kit (stetoskop, tensi meter, *hammer*, *pen light*, termometer, timbang berat badan) pemeriksaan laboratorium atau dokumen relevan.

3.5.2 Metode Pengumpulan

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

3.5.3 Proses Pengumpulan

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini didasarkan pada prosedur melakukan proses Asuhan Keperawatan yang meliputi :

- 1) Tahap persiapan
 - a) Mendapat surat pengantar izin penelitian dari Ketua Progam Studi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek perihal izin melaksanakan penelitian (studi kasus) dengan memenuhi protocol kesehatan.

- b) Mendapat persetujuan izin penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar yang menyatakan tidak keberatan perihal izin melaksanakan rencana penelitian (studi kasus) yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melakukan penelitian.
- c) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Kepala 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).
- d) Dalam melakukan semua kegiatan peneliti tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan yang berlaku.

2) Tahap kontrak

Sudah mendapatkan klien dengan Stroke *Infark* kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada responden yaitu klien dan keluarga tentang tujuan penelitian, responden berkenan, responden dipersilahkan untuk menandatangani *inform consent*.

3) Tahap pelaksanaan

Peneliti datang ke tempat partisipan yang telah dipilih sebagai responden dan mendatangani *informed consent* serta melihat kesiapan responden melakukan wawancara. Wawancara dimulai

dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan pengenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan wawancara sesuai dengan pertanyaan - pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik per sistem menggunakan alat seperti thermometer, stetoskope, jam tangan, pen light, timbang berat badan, dan midline. Kemudian hasilnya didokumentasikan dengan cara membaca format pengkajian, hasil pemeriksaan fisik. Selain itu bisa digabungkan dengan dokumen rawat inap klien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan kegiatan wawancara diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Selanjutnya dilakukan validasi kepada responden dan bila ada yang kurang ditambahkan selama proses validasi data.

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan peneliti pada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terima kasih pada partisipan. Peneliti menghadap ke bagian administrasi RSUD Dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek untuk menyelesaikan pembayaran biaya penelitian sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data pada Karya Tulis Ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*), dan kepaatian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2014).

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 dari penelitian studi kasus pada suatu subjek 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 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

Analisis data pada penelitian deskriptif kualitatif merupakan masalah yang paling kritis, serius, dan memerlukan kerja keras kesepahaman bersama. Hal ini terjadi karena belum adanya pola, metode formula yang jelas serta variasi data yang sangat tinggi. Prinsip yang harus dipegang dalam analisis penelitian yang merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta, kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami temuannya dan dapat di informasikan ke orang lain (Sugiyono, 2014).

3.7.1 Proses Mencari

Peneliti memulai proses mencari data dengan menanyakan identitas klien, riwayat penyakit, pola aktifitas sehari-hari, pola kognitif dan sensori persepsi, pola peran dan hubungan atau interaksi social, pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress, pola seksualitas dan nilai serta pemeriksaan dengan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan persistem dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dengan 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 Analisa Data

Peneliti menganalisis data dengan melakukan pemilihan data-data yang telah ada. Peneliti membandingkan antara teori dengan fakta.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan suatu pernyataan tertulis kesediaan klien atau informasi sebagai subyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang maksud dan tujuan yang akan dilakukan dan memberikan lembar persetujuan

untuk menjadi informan jika pasien dan keluarga bersedia menjadi pasien kelolaan.

3.8.2 *Confidentially* (kerahasiaan)

Confidentiality artinya kerahasiaan suatu informasi yang telah dikumpulkan dari informan dan dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan pada hasil karya tulis ilmiah. Data-data yang disajikan akan dijaga kerahasiaannya dari pihak yang tidak berkepentingan dalam penelitian.

3.8.3 *Anonymity* (tanpa nama)

Nama dari informan tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikutsertaannya peneliti cukup dengan menuliskan nama inisialnya saja. Contohnya Ny. “S”.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

Hasil pelaksanaan penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dimulai dari pengkajian terhadap klien, merumuskan diagnosa keperawatan, menentukan rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan beserta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2025 sampai 12 April 2025. Penelitian dilakukan di RSUD dr. Soedomo trenggalek yaitu di ruang Unit Stroke. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang di khususkan untuk klien yang mengalami CVA. Jumlah perawat di ruang Unit Stroke yaitu 15 orang dan 1 terapi wicara dengan kapasitas tempat tidur 17 bed. Di kelas VIP ada 2 ruang dengan masing masing ruang ada 2 bed, HCU 1 ruang dengan kapasitas 2 bed, kelas II ada 2 ruang dengan kapasitas 4 bed, kelas III ada 4 ruang dengan 9 bed. Terdapat ruangan khusus untuk fisioterapi. Jumlah klien selama bulan Januari sampai bulan Februari berjumlah 187 pasien.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien		Klien
a) Nama		Tn. K

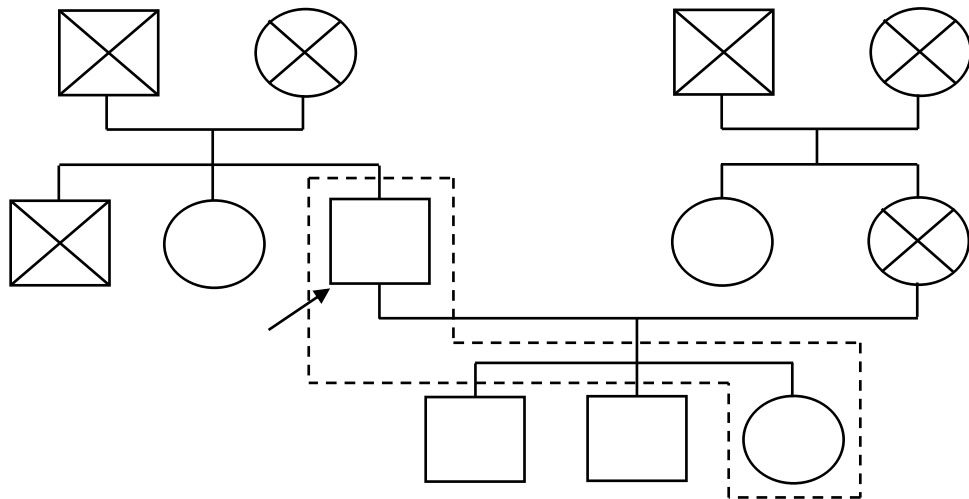
b) Jenis kelamin	Laki-laki
c) Umur	69 tahun
d) Status perkawinan	Cerai Mati
e) Pekerjaan	Swasta
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMP
h) Alamat	RT 09 RW 03 Ngantru, Trenggalek Kab. Trenggalek
i) Tanggal/jam MRS	14 Maret 2025/ 22.00 WIB
j) Tanggal/jam pengkajian	15 Maret 2025/13.00 WIB
k) Diagnosa Medis	CVA Infark

2) Riwayat penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan utama	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, badan lemas, mual muntah, kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan Saat pengkajian : klien mengatakan merasa pusing, badan lemas, mual muntah sudah berkurang dan kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan.
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga klien mengatakan klien pusing badan lemas, mual muntah kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan sejak tadi sore jam 18.00 pada saat berbuka puasa kemudian klien dibawa ke RS pada jam 22.40 WIB dengan keluhan pusing, badan lemas, mual, kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan. Klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada tanggal 15 maret jam 09.00 WIB.
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai Riwayat penyakit hipertensi sudah 5 tahun terakhir dan tidak mengonsumsi obat hipertensi.
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang terkena stroke seperti klien tetapi ayah klien mempunyai Riwayat penyakit yang sama yaitu hipertensi.

Genogram :



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Garis keturunan
-  : Garis perkawinan
-  : Tinggal serumah
-  : Meninggal
-  : Pasien

3) Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien
Makan	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Klien mengatakan makan 3x pada siang hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur, buah habis ½ porsi makan.
Minum	Di rumah : Klien mengatakan minum 6-7 gelas air putih setiap hari ± 1200 ml. Di RS : Keluarga klien mengatakan dari pagi sampai sore klien minum habis ½ botol air mineral sedang ± 300 ml.
BAK	Di rumah : Klien mengatakan BAK sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan BAK menggunakan pampers.
BAB	Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien BAB 1x sejak masuk RS berwarna kuning kecoklatan, konsistensi padat, dan berbau khas
Istirahat tidur	Di rumah : Klien mengatakan pada siang tidur ukur 12.00-13.30 WIB. pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.00 WIB Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan, klien mengalami kesulitan tidur karena suara bising dan ketika ada petugas medis yang datang.
Kebersihan diri	Di rumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku Ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya di sibil dengan air hangat pada pagi dan sore

	hari.
Aktivitas dan Latihan	Di rumah : Klien mengatakan di rumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan orang lain. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien berbaring ditempat tidur, dan aktivitas sehari-hari sebagian dibantu keluarga.
Riwayat psikososial	1) Pola komunikasi Klien dapat berkomunikasi dengan baik, klien berkomunikasi dengan menggunakan Bahasa Jawa. 2) Konsep diri a) Gambaran diri Dengan kondisinya saat ini, Tn. K menerima keadaannya dan memiliki semangat yang tinggi untuk kesembuhannya. b) Ideal diri Klien tampak ikhlas dan tabah dengan keadaannya yang sekarang. c) Harga diri Tn. K tampak bersemangat dan selalu berikhtiar untuk kesembuhannya. d) Peran Tn. K adalah seorang ayah untuk ketiga anaknya. e) Identitas diri Klien mengatakan ia Bernama Tn. K, berumur 69 tahun, tinggal di Ngantru Trenggalek.

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien
Kadaan umum	Kesadaran umum lemah, tingkat kesaadaran composmentis, GCS 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Terpasang selang infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Chloride 0,9% 14 tpm.
Tanda-tanda vital	TD : 160/90 mmHg N : 83x/menit RR: 20x/menit S : 36,1 C SPO2 : 99%
Kepala dan rambut	Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, rambut tidak bau, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kepala.
Wajah	Wajah tidak melencong atau simetris, wajah

	pucat, tidak ada nyeri tekan pada wajah.
Mata	Simetris kanan dan kiri , konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor terkena cahaya, lapang pandng jauh.
Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, telinga berdenging.
Leher	Tidak ada kaku kuduk, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea berada tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.
Mulut	Mulut simetris kanan dan kiri, mukosa bibir kering, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih. Klien dapat mengunyah dan menelan tanpa ada gangguan.
Pemeriksaan integument	Kulit lembab, akral hangat, CRT <2 detik warna kulit sawo matang, turgor ≤ 3 detik.
Pemeriksaan dada/thorax	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercostal, RR 20x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan, terdapat getaran yang sama pada lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara nafas tambahan
Jantung	Inspeksi : tidak terdapat pulsasi, ictus cordis terlihat Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 4-5 midclavikula Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup-dup, tidak terdapat bunyi jantung tambahan.
Pemeriksaan payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, aerola berwarna lebih gelap daripada area sekitarnya.
Pemeriksaan abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Auskultasi : bising usus 10x/ menit Perkusi : suara tympani Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar.
Pemeriksaan genetalia	Klien tidak terpasang selang kateter, tidak mengalami inkontenesia.
Ekstremitas	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu keluarga, Kekuatan otot 3 — 3 5 — 5
Reflek fisiologis	Refleks biceps (+), reflek triceps (+), reflek patella (+),
Reflek patologis	Babinski (+), babinski (-) Chaddock (+), chaddock (-)
Pemeriksaan neurologis	Kesadaran / GCS : Composmentis/ GCS 4 (Eye),5(Verbal),6(Motorik) Kemampuan sensorik : klien mampu

merasakan sentuhan, panas, dingin, tajam, tumpul.

Kemampuan motoric : klien mengalami kelemahan pada kaki sebelah kanan.

Nervus :

- 1) Nervus Olfactorius
Tn. K diminta untuk memejamkan mata dan mencium bau minyak kayu putih, klien dapat mengenali bau tersebut dengan baik.
 - 2) Nervus Optikus
Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat
 - 3) Nervus Okulomotorius
Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya
 - 4) Nervus Toklearis
Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah
 - 5) Nervus Trigemini
Klien mampu merasakan sentuhan
 - 6) Nervus Abdusen
Klien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri
 - 7) Nervus Facialis
Klien mampu untuk berekspresi (meringis,tersenyum)
 - 8) Nervus Vestibulococlearis
Klien mampu mendengar dengan baik, klien mampu menjaga keseimbangan
 - 9) Nervus Glosafaringeus
Klien mampu membedakan rasa makanan asin tau manis
 - 10) Nervus Vagus
Klien mampu menelan ludah dan makanan
 - 11) Nervus Assesorius
Klien hanya mampu menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri tangan dan kaki
 - 12) Nervus Hipoglasus
Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali
-

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Foto Rontgen Thorax PA/AP pada tanggal 14 maret 2025 dengan

hasil :

(1) Cor prominen disertai elongasi dan aortoklerosis

(2) Pulmo saat ini normal

b) EKG pada tanggal 14 maret 2025 dengan hasil :

Sinus tachycardia

-Interpretation mode without knowing patients gender/age-

Inferior T wave abnormality is non specific.

c) CT-Scan tanggal 14 maret 2025 dengan kesimpulan hasil :

(1) Multifocal acute – infark lacunar disub cortex corona radiata
kanan kiri

(2) Sub acute – chronic infark encephalamalacia di cortex
occipital kanan di basal ganglia kiri

(3) Brain atrofi

d) Darah Lengkap :

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	16.0	g/dl	13.5-18.0
Lekosit H	14.9	$10^3/\text{ul}$	4.0-10.5
Trombosit	259	$10^3/\text{ul}$	150-450
Hematokrit	48.2	%	42.0-51.0
Eritrosit H	5.29	Juta/ul	3.50-4.76
- MCV	91.1	Fl	78.0-100.0
- MCH L	30.2	Pg	31.0-37.0
- MCHC L	33.2	g/dl	37.0-54.0
RDW	12.9	%	11.0-16.0
PDW	12.4	Fl	9.0-17.0
MPV	9.0	Fl	8.0-11.0
- Neu % H	80.4	%	37.0-72.0
- Lym % L	7.8	%	15.0-50.0
- Mxd %	11.8	%	0.0-14.0
- Neu # H	11.9	$10^3/\text{ul}$	1.5-6.6
- Lym# L	1.2	$10^3/\text{ul}$	1.5-3.5
- Mxd# H	1.8	$10^3/\text{ul}$	<1.0
Gula Darah H	197	mg/dl	<180.0
Asam urat	5.2	mg/dl	3.5-7.2
Kolesterol L	131.9	Mg/dl	140-200

6) Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi

Tanggal	Terapi
---------	--------

15 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24jam 14 tpm - Injeksi citicoline 2x500 mg
16 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24jam 14 tpm - Injeksi citicoline 2x500 mg
17 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24jam 14 tpm - Injeksi citicoline 2x500 mg

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH				
1	DS : Klien mengatakan merasa pusing DO : K/u : Lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik Klien tampak meringis TD : 160/90 mmHg N : 83x/menit RR : 20x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Multifocal acute – infark lacunar disub cortex corona radiata kanan kiri (2) Sub acute – chronic infark encephalamalacia di cortex occipital kanan di basal ganglia kiri (3)Brain atrofi. - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan Aortoklerosis Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus tachycardia - Interpretation mode without knowing patients gender/age - Inferior T wave abnormality is non specific.	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif				
2	DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah DO : Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah a. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> b. Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan c. Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah	3	5	3	5	Gangguan Mobilitas Fisik
3	5					
3	5					

	kanan	
--	-------	--

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

NO. DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	15 Maret 2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan merasa pusing DO : Ku Lemah Tingkat Kesadaran Coposmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik Klien tampak meringis TD : 160/90 mmHg N : 83x/menit RR : 20x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99% 1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Multifocal acute – infark lacunar disub cortex corona radiata kanan kiri (2) Sub acute – chronic infark encephalamalacia di cortex occipital kanan di basal ganglia kiri (3) Brain atrofi. - Foto Thorax : Cor prominen disertai elongasi dan Aortoklerosis pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus tachycardia - Interpretation mode without knowing patients gender/age- Inferior T wave abnormality is non specific		

2.	15 Maret 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah DO : - Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ - Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan - Terdapat gangguan pada nervus (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan		
----	---------------	---	--	--

4.1.5 Perencanaan

Tabel 4.9 Perencanaan

No.	Tanggal	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1	15 Maret 2025	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran membaik 2) Sakit kepala berkurang 3) TTV dalam batas normal TD : 110-140/70-90 mmHg N : 60-100x/menit RR : 16-24x/menit S : 36°-37,5°C SPO2 : 95-100% 4) Gelisah : menurun 5) Tekanan arteri rata-rata : membaik 6) Refleks saraf : membaik	Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.09325) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intracranial (TIK) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor penurunan frekuensi jantung 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 9. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis 10. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	Observasi 1) Untuk Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial 2) Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3) Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien 4) Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien Terapeutik 5) Agar klien jauh lebih nyaman 6) Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang 7) Agar tekanan intracranial idak semakin parah Kolaborasi 8) Untuk mencegah atau mengatasi kejang 9) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine 10) Untuk memudahkan klien BAB	15 Maret 2025
2	15 Maret	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi	Observasi 1) Untuk mengetahui kondisi kulit klien	

2025	diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Kelemahan fisik menurun 4) Klien dapat memenuhi kebutuhan secara mandiri	1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring Terapeutik 3. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) 4. Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot Edukasi 5. Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif Kolaborasi 7. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk Latihan fisik klien	2) Untuk mencegah terjadinya komplikasi tirah baring Terapeutik 3) Agar tidak terjadi tekanan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan 4) Untuk mengetahui kekuatan otot klien Edukasi 5) Agar klien mengetahui prosedur Latihan gerak ROM pasif 6) Agar keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif Kolaborasi 7) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
------	---	--	--

4.1.6 Pelaksanaan

Tabel 4.10 Pelaksanaan

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan
1	15/03/2025	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral	1. Melakukan Bina Hubungan saling percaya. 2. Mengobservasi TTV	
	14.00	dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan pusing	TD : 165/95Mmhg N : 89x/menit RR : 20x/menit S : 36,2°	
	14.10	DO : K/u lemah	SPO2 : 99%	
	14.30	Klien tampak meringis Kesadaran composmentis GCS 4,5,6 TTV	3. Membantu klien dengan posisi 30-45° selama 2 jam.	
	14.45	TD : 160/90mmhg N : 83x/menit RR : 20x/menit	4. Memasang pengaman tempat tidur.	
	15.30	S : 36,1° SPO : 99%	5. Memasukkan injeksi Citicoline 500 mg.	
	15.45	Pemeriksaan penunjang : - CT Scan dengan bacaan : (1) Multifocal acute – infark lacunar disub cortex corona radiata kanan kiri (2) Sub acute – chronic infark encephalamalacia di cortex occipital kanan di basal ganglia kiri (3) Brain atrofi - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan aortoklerosis Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus tachycardia - Interpretation mode without knowing patients gender/age- Inferior T wave abnormality is non specific.	6. Memantau tingkat kesadaran 7. Memberikan motivasi kepada klien untuk tidak mengejan saat BAB.	
	16.00			

2. 15/03/2025	Gangguan moilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	1.Melakukan bina hubungan saling percaya.
14.00		2. Mengobservasi TTV
14.10	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah	TD : 165/95 N : 89x/mnt RR : 20x/mnt S : 36, 2°
14.30	DO : 1) Tangan dan kaki sebelah kanan tampak lemah	SPO2 : 99
	2) Kekuatan otot	3.Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot.
14.45	$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
	3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan	4.Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam tangan
15.30	4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga	5.Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif
15.45	- Mandi di sibin - Ganti pakaian - Makan	6. Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali 7.Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif
16.00		

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi

NO. DX	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
D.0017	15/03/2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral:	S : Klien mengatakan masih merasa pusing
	18.00		
	18.10	DS : Klien mengatakan pusing	O : K/u lemah Tingkat Kesadaran Composmentis
	18.30	DO : Ku lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6	GCS : 4,5,6 CRT $\geq$ 2 Detik TD : 145/95mmHg Nadi : 89x/menit
	18.45	CRT < 2 Detik Klien tampak meringis TD : 160/90 mmHg N : 83x/menit RR: 20x/menit	Suhu : 36,2°C RR: 20x/menit SPO2 : 98%
	19.00	S : 36,1°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Multifocal acute – infark lacunar disub cortex corona radiata kanan kiri (2) Sub acute – chronic infark encephalomalacia di cortex occipital kanan di basal ganglia kiri (3) Brain atrofi - Foto Thorax PA/AP : Corprominen disertai elongasi aorta aortoklerosis Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus tachycardia - Interpretation mode without knowing patients gender/age- Inferior T wave abnormality is non specific	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi No : 1, 2, 4, 5, 6

D.0054	15/03/2025	Gangguan mobilitas fisik	S :
	18.00	berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan:	Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah
	18.10	DS :	O :
	18.30	Kien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasah lemah	- Tangan dan kaki tampak lemah - Kekuatan otot
		DO :	$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
	18.45	1) Tangan dan kaki tampak lemah 2) Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	- Gerakan terbatas pada bagian tubuh sebelah kanan - ADL dibantu keluarga
	19.00	3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan tubuh bagian kanan 4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi No : 2, 3, 4, 5, 6,7,8

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (S O A P)
16/03/2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif b/d infark serebral dibuktikan dengan :	1. Melakukan BHSP 2. Mengobservasi TTV TD : 160/95Mmhg N : 85x/menit RR : 20x/menit S : 36 SPO2 : 99%	<u>Jam 14.00 WIB</u> S : Klien mengatakan masih sedikit pusing O : Ku lemah Kesadaran CM GCS 4,5,6 CRT <2 Detik TD : 150/75 mmHg Nadi : 89x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20x/menit SPO2 : 98%
15.00	DS : Klien mengatakan pusing	3. Membantu klien dengan poisisi tidur 30-45 selama 2 jam	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi No : 2, 4, 6
15.20	DO : Ku lemah Tingkat Kesadaran Composmentis	4. Memasang pengaman tempat tidur klien. 5. Memasukkan injeksi Citicoline 500 mg. 6. Memantau tingkat kesadaran 7. Memberikan motivasi kepada klien untuk tidak mengejan saat BAB.	<u>Jam 18.00 WIB</u> S : Klien mengatakan pusing sudah berkurang O : Ku mulai membaik Tingkat Kesadaran Coposmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik TTV Tekanan darah : 148/86 mmHg Nadi : 83x/menit Suhu : 36,3°C RR : 21x/menit SPO2 : 98%
15.30	GCS 4,5,6 CRT < 2 Detik TTV : TD : 160/90mmHg N : 83x/menit RR : 20x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Multifocal acute – infark lacunar disub cortex corona radiata kanan kiri (2) Sub acute – chronic infark encephalamalacia di cortex occipital kanan di basal ganglia kiri (3) Brain atrofi - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi danaortoklerosis Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus tachycardia --Interpretation mode without knowing patients gender/age- Inferior T wave abnormality is non specific.		A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi No : 2,4,6
16.30			
16/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	1. Melakukan BHSP 2. Mengobservasi TTV TD : 165/95 N : 89 RR : 20 S : 36, 2 SPO2 : 99	<u>Jam 14.00 WIB</u> S : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah O : Tangan dan kaki kanan tampak lemah
15.30	DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah	3. Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa	
15.40	DO :		
15.50			

	1) Tangan dan kaki kanan tampak lemah	kekuatan otot.	
	2) Kekuatan otot	$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$	- Kekuatan otot
			$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$
	3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan	4. Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam tangan	- Gerakan terbatas tubuh kanan belum bisa digerakan
	4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga	5. Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif	- ADL sebagian dibantu keluarga
	- Mandi disibin	6. Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali	A : Masalah belum teratasi
	- Ganti pakaian	7. Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif	P : Lanjutkan intervensi
	- Makan		No : 2, 3, 6,8
<u>Jam 18.00 WIB</u>			
			S : Klien mengatakan kaki dan tangan kanan terasa lemah
			O :
			- Tangan dan kaki tampak lemah
			- Kekuatan otot
			$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$
			- Gerakan terbatas sebelah kanan belum bisa digerakan
			- ADL sebagian dibantu keluarga
			A : Masalah belum teratasi
			P : Lanjutkan intervensi
			No : 2,3,6,8
<u>Jam 08.00 WIB</u>			
17/03/2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif bd infark serebral dibuktikan dengan :	1. Melakukan BHSP	
08.30	DS :	2. Mengobservasi TTV	S :
09.45	Klien mengatakan pusing	TD : 155/95Mmhg	Klien mengatakan pusing sudah berkurang
10.00	DO :	N : 90x/menit	
	Ku lemah	RR : 20x/menit	
	TingkatKesadaran	S : 36	
	Composmentis	SPO2 : 99%	O :
	GCS 4,5,6	3. Membantu klien dengan posisi tempat tidur 30-45 elama 2 jam	Ku baik Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6
	CRT ≤2 Detik TTV :	4.Memasang pengaman tempat tidur	CRT ≤2 Detik TTV
	TD : 160/90 mmHg N : 83x/menit	5.Memasukkan injeksi Citicoline 500 mg.	TD : 145/90 mmHg
	RR : 20x/menit	6.Memantau tingkat kesadaran	Nadi 89x/menit
	S : 36,1°C SPO2 : 99%	7. Memberikan motivasi kepada klien untuk tidak	Suhu 36,3°C
	1) Pemeriksaan penunjang :		RR : 20x/menit
			SPO2 : 98%
			A :

	- CT-Scan dengan menejan saat BAB. - bacaan : (1) Multifocal acute – infark lacunar disub cortex corona radiata kanan kiri (2) Sub acute – chronic infark encephalamalacia di cortex occipital kanan di basal ganglia kiri (3)Brain atrofi - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan aortoklerosis Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus tachycardia -Interpretation mode without knowing patients gender/age- Inferior T wave abnormality is non specific.	Masalah teratasi P : Pertahankan intervensi No : 2,6 Jam 13.00 WIB S : Klien mengatakan sudah tidak merasa pusing O : Ku baik Tingkat kesadaran composmentis, GCS 456 CRT kembali ≤2 detik TTV : Tekanan darah : 140/86 mmHg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,1°C RR : 22x/menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi klien KRS	
17/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan an penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah DO : 1) Tangan dan kaki kanan tampak lemah 2) Kekuatan otot 3 5 3 5 3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat Menggerakkan badan sebelah kanan 4) Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan	1.Melakukan BHSP 2. Mengobservasi TTV TD : 155/90 N : 90 RR : 20 S : 36 SPO2 : 99 3. Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot. 4 5 4 5 4. Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggenggam tangan 5. Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif 6. Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali 7. Memotivasi keluarga untk ikut dalam terapi gerak pasif	Jam 07.30 WIB S : Klien mengatakan tangan dan kaki lemah berkurang O : - tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa digerakan - gerakan terbatas bahu sudah mulai bisa digerakan sedikit - ADL sebagian dibantu Keluarga - Kekuatan otot 4 5 4 5 A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi No : 5, 6,8 Jam 14.00 WIB S : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan lemas Berkurang O : - tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa

Digerakan
- gerakan terbatas bahu sudah
bisa digerakan Sedikit
- ADL sebagian dibantu
Keluarga
- Kekuatan otot
$$\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$$

A :
Masalah teratasi Sebagian

P :
Hentikan intervensi Klien KRS

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.13 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

NO.	ANALISA		
	TEORI	FAKTA	KESENJANGAN
1	PENGKAJIAN		
1) Identitas klien 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).	Nama : Tn. K, umur : 69 tahun, jenis kelamin : laki-laki, pendidikan : SMP, agama : Islam, alamat : RT.09/Rw.03, Ngrantru, Trenggalek.		Tidak terdapat Kesenjangan
2) Keluhan utama Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan Kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Tarwoto, 2013).	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas Saat pengkajian : klien mengatakan pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas		Tidak terdapat Kesenjangan
3) Riwayat penyakit sekarang Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi kepala nyeri, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. (Tarwoto, 2013),.	Keluarga klien mengatakan klien pusing badan lemas, mual muntah kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan sejak tadi sore jam 18.00 pada saat berbuka puasa kemudian klien dibawa ke RS pada jam 22.00 WIB dengan keluhan pusing, badan lemas, mual, kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan. Klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada tanggal 15 maret jam 09.00 WIB		Tidak terdapat Kesenjangan
4) Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat penyakit hipertensi. penyakit jantung, diabetes mellitus dengan kontrasepsi penggunaan obat- obatan, kegemukan (Tarwoto,	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak tahun 2020 atau 5 tahun terakhir dan tidak mengonsumsi obat hipertensi.		Tidak terdapat Kesenjangan

2013)		
1) Riwayat penyakit keluarga biasanya ada riwayat keluarga menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus. (Tarwoto, 2013)	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang terkena stroke seperti klien tetapi ayah klien mempunyai Riwayat penyakit yang sama yaitu hipertensi.	Tidak terdapat Kesenjangan
2) Pengkajian psikososial Tingkat kesadaran Tingkat kesadaran pasien, dan koma. merupakan indicator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari composmentis, apatis, latergi, delirium, samnolen dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata(1-4), respon verbal (1-5), respon motorik (1- 6) . (Tarwoto,2013).	Tingkat kesadaran composmentis	Tidak terdapat Kesenjangan
Pola interaksi dan komunikasi Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan <i>disatria</i> (pelo, cedal), <i>disfonia</i> (serak, bindeng), <i>afasia</i> (gangguan berbahasa), <i>aleksia</i> (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya. (Tarwoto,2013).	Mampu menjawab pertanyaan dari perawatan tanpa ada gangguan berbicara cedal/pelo	Terdapat Kesenjangan
Orientasi Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Tarwoto,2013).	Mampu mengingat namanya Tn. K, mampu mengingat dimana sekarang dan hari apa. Di rumah sakit	Tidak terdapat Kesenjangan
Memori Klien stroke biasanya mengalami gangguan memori jangka pendek dan panjang seperti ketidakmampuan untuk berpikir atau mengingat secara jelas, kesulitan mengenali wajah orang	Klien mampu mengingat memori jangka pendek seperti menyebutkan nama pasien Tn.K, umur 69 tahun, alamat ngantru trenggalek. Klien mampu mengingat memori jangka panjang seperti saat ditanya pendidikan terakhirnya apa dan dimana klien menjawab	Terdapat Kesenjangan

yang dikenal (Nita Crighton, 2024).	pendidikan terakhir klien SMP di SMPN 1 trenggalek dan klien masih mengenali wajah orang-orang terdekatnya.	
Suasana hati (mood) Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya. (Tarwoto,2013).	Tn.K saat dilakukan pengkajian terlihat datar dari raut wajahnya tetapi saat diajak bercanda klien tersenyum.	Tidak terdapat Kesenjangan
3) Pola aktivitas sehari-hari Aktivitas dan istirahat Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot). Tanda : gangguan tonus otot, parilitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.	Klien mengatakan pada siang tidur pukul 12.00-13.30 WIB. pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.00 WIB Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan, klien mengalami kesulitan tidur karena suara bising dan ketika petugas medis datang.	Tidak terdapat Kesenjangan
4) Pola eliminasi Gejala : adanya perubahan pola berkemih. Tanda : Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi (Tarwoto, 2013)	Di rumah : Klien mengatakan pipis sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien B A K menggunakan pampers. Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien BAB 1x selama di Rs berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas.	Terdapat kesenjangan
9) Pola makan Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia. Tanda : Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Muttagin,	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Klien mengatakan makan 3x pada siang hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur, buah dan tidak mual muntah, tidak mengalami kesulitan	Terdapat kesenjangan

2008)	menelan	
10) Personal hygiene	Di rumah :	Tidak terdapat kesenjangan
Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibin dan oral hygiene. (Tarwoto,2013).	Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya disibin pada pagi sore hari.	
11) Pola aktivitas	Di rumah :	Tidak terdapat kesenjangan
Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia, mudah lelah (Getudris, 2019).	Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya dapat berbaring di tempat tidur dan aktivitas sehari- hari sebagian dibantu keluarga	
12) Keadaan umum	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Terpasang selang infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Chloride 0,9% 14 tpm.	Tidak terdapat kesenjangan
Keadaan umum : Biasanya klien <i>CVA</i> mengalami badan lemaah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>) , penurunan kesadaran (<i>apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma</i>). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu (>37oC), nadi takikardi,pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).		
13) Tanda-tanda vital	TD : 160/90 mmHg N : 83x/menit RR : 20x/menit S : 36,1°C SPO2 : 99%	Tidak terdapat kesenjangan
tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh. (Tarwoto,2013)		

14) Pemeriksaan kepala dan wajah		
Kepala Inspeksi : Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, <i>alopesia</i> , kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).	Bentuk kepala oval, penyebaran rambut merata, rambut kotor, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kepala	Tidak terdapat kesenjangan
Wajah Terdapat <i>hemiparesis/hemiplegia</i> , wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Tidak terdapat nyeri tekan. (Muttaqin, 2008)	Wajah tidak melencong, wajah pucat, tidak ada nyeri tekan pada wajah	Terdapat kesenjangan
Telinga Telinga biasanya sejajar antara kanan dan kiri, kebersihan telinga, telinga terdengar berdenging	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, terdengar berdenging	Tidak terdapat kesenjangan
Mata Konjungtiva biasanya pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang padasisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Tarwoto, 2013).	Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, lapang pandang jauh	Terdapat kesenjangan
Mulut dan faring Mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf Trigemini (Saraf V), gangguan saraf IX dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan	Mulut simetris kanan dan kiri. Mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih. Klien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan.	Terdapat kesenjangan

membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distartia, afasia (Tarwoto, 2013). Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.		
15) Pemeriksaan leher	Kaku kuduk jarang terjadi Tidak terdapat benjolan, tidak terdapat vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid(Tarwoto,2013)	Tidak kaku kuduk, Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Tidak terdapat kesenjangan
16) Pemeriksaan dada/thorax	Bentuk <i>thoraks</i> biasanya normal atau adalah kelainan seperti <i>pigeon chest</i> (bentuk dada burung), <i>funnel chest</i> (bentuk dada cekung), <i>barrel chest</i> (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah <i>bronchial</i> , auskultasi bronkus suara yang didengar adalah <i>bronkovesikuler</i> , dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar <i>ronchi</i> , <i>wheezing</i> ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Muttaqin,2008)	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 20x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terapat pembengkakan Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan Terdapat kesenjangan
17) Pemeriksaan abdomen	Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. (Tarwoto,2013)	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan Auskultasi : terdengar bising usus 10x/menit Perkusi : suara perkusi tympani Tidak terdapat kesenjangan

18) Pemeriksaan integumen Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda - tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. (Tarwoto,2013)	Kulit tampak pucat, akral hangat, CRT< 2 Detik Tidak terdapat dekubitus	Tidak terdapat kesenjangan
19) Pemeriksaan ekstremitas Pada pasien stroke biasanya ditemukan <i>hemiplegi paralisis</i> atau <i>hemiparase</i> , mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu keluarga, Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	Tidak terdapat kesenjangan
20) Pemeriksaan genetalia dan anus Pada klien dengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, adanya luka maupun nyeri (Doengoes, 2000).	Tidak ada kelainan dan tidak ada luka atau lesi pada genetalia	Terdapat kesenjangan
21) Pemeriksaan neurologi Nervus I (Olfaktorius) : terdapat masalah pada saraf sensoris penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. Nervus II (Optikus) : gangguan sensoris penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.	1) Nervus Olfaktorius Klien disuruh menutup mata dan diberikan bau bau minyak kayu putih, dan klien dapat mengenali bau tersebut 2) Nervus Optikus Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat	Tidak terdapat kesenjangan

Nervus III (Okulomotorius) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.

Nervus IV (Toklearis) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.

Nerus V (Trigeminus) : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelompak mata.

Nervus VI (Abdusen) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.

Nervus VII (Fasialis) : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.

Nervus VIII (Vestibulococlearis) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

Nervus IX (Glossofaringeus) : ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.

3) Nervus Okulomotorius
Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya

4) Nervus Toklearis
Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah

5) Nervus Trigeminus
Klien mampu merasakan sentuhan

6) Nervus Abdusen
Klien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri

7) Nervus Facialis
Klien mampu untuk berekspresi (meringis, tersenyum)

8) Nervus Vestibulococlearis
Klien mampu mendengar dengan baik, klien tidak mampu menjaga keseimbangan

9) Nervus Glossofaringeus
Klien mampu membedakan rasa makanan asin atau manis

10) Nervus Vagus

Nervus X (Vagus) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.	Klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan
Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	11) Nervus Assesorius Klien hanya mampu menggerakkan tubuh sebelah kiri
Nervus XII (Hipoglosus) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	12) Nervus Hipoglasus Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali

2	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
----------	-----------------------------	--

1) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral	1) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral.	Terdapat kesenjangan
2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.	2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	
3) Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan.		
4) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.		

3	INTERVENSI	
----------	-------------------	--

Intervensi : disusun sesuai teori menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), yaitu :	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral	Tidak Terdapat kesenjangan
1) Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325).	Intervensi : Berikan penjelasan kepada keluarga tentang penyebab peningkatan akibat TIK	
2) Dukungan Mobilisasi (I.05173)	Observasi tanda tanda vital pada tekanan darah	
3) Promosi komunikasi: defisit bicara (13492)	Anjukan klien bedrest total Berikan posisi 15-30 dengan bantal tidur Ciptakan lingkungan yang tenang dengan batasi pengunjung	

	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi : Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor kondisinumum selama melakukan mobilisasi Monitor tekanan darah sebelum mealkukan mobilisasi Fasilitasi melakukan pergerakan Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi	
4	IMPLEMENTASI	
	Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menjadi status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Rofifah Ninda, 2019).	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun.
	Terdapat kesenjangan	
5	EVALUASI	
	Evaluasi adalah langkah terakhir dari proses keperawatan, yaitu suatu metoda sistematis untuk mengorganisasikan dan memberikan suhan keperawatan. Mengesampingkan evaluasi dari proses keperawatan maka akan menghambat perawat dalam mengevaluasi praktik keperawatan dan menentukan apakah hasil asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang bermanfaat (Potter & Perry, 2005).	Tanggal 15 maret 2025 Diagnosa 1 S : Klien mengatakan masih merasa pusing O : Ku lemah Tingkat Kesadaran Coposmentis GCS : 4,5,6 CRT ≤3 Detik TTV Tekanan darah : 158/86 mmHg Nadi : 83x/menit Suhu : 36,2°C RR : 21x/menit SPO2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian P :
	Mengevaluasi klien sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan untuk mengetahui adanya perkembangan.	

Lanjutkan intervensi

Diagnosa 2

S :

Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan masih sedikit lemas

O :

- Tangan dan kaki tampak lemas berkurang
- Kekuatan otot 3,5,3,5
- Gerakan terbatas bahu kanan belum bias digerakan
- ADL sebagian dibantu keluarga

A :

Masalah belum teratasi

P :

Lanjutkan intervensi

No : 1,2,4,5,6

Tanggal 16 maret 2025

Diagnosa 1

S :

Klien mengatakan pusing sudah berkurang

O :

Ku mulai baik

Tingkat Kesadaran Coposmentis GCS : 4,5,6

CRT $\leq$ 2 Detik TTV

Tekanan darah : 150/86 mmHg Nadi : 83x/menit

Suhu : 36,1°C

RR : 24x/menit SPO2 : 99%

A :

Masalah teratasi sebagian

P :

Lanjutkan intervensi

No : 2,4,6

Diagnosa 2**S :**

Klien mengatakan kaki dan tangan kanan lemas berkurang

O :

- Tangan dan kaki tampak lemas berkurang
- Kekuatan otot 3,5,3,5
- Gerakan terbatas bahu kanan belum bisa digerakan
- ADL sebagian dibantu keluarga

A :

Masalah belum teratasi

P :

Lanjutkan intervensi

No : 2,3,5,6,8

Tanggal 17 maret 2025**Diagnosa 1****S :**

Klien mengatakan sudah tidak merasa pusing

O :

Ku membaik

Tingkat kesadaran composmentis, GCS 4/5, CRT ≤2 Detik

TTV :

Tekanan darah : 145/86 mmHg Nadi : 86x/menit

Suhu : 36°C

RR : 22x/menit SPO2 : 98%

A :

Masalah teratasi

P :

Hentikan Intervensi

Diagnosa2**S :**

Klien mengatakan tangan dan kaki kanan lemas berkurang

O :

-
- tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa digerakan gerakan terbatas bahu sudah bisa digerakan sedikit
 - ADL sebagian dibantu keluarga
 - Kekuatan otot 4,5,4,5

A :

Masalah belum teratasi

P :

Lanjutkan intervensi

No : 3,5,8

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan dibahas mengenai tanda-tanda yang sudah ditemukan ataupun belum ditemukan pada klien berdasarkan hasil penelitian pada klien dengan Stroke *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek maka didapatkan hasil sebagai berikut.

4.2.1 Pengkajian

Setelah peneliti melakukan pengkajian mulai dari anamnesa sampai pemeriksaan fisik, maka didapatkan data bahwa tidak semua keluhan ataupun tanda gejala dari penyakit Stroke *Infark* ditemukan pada klien.

1) Pola interaksi dan komunikasi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pada klien Tn. K dapat berkomunikasi dengan baik.

Secara teori Tarwoto, (2013) biasanya klien stroke tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan *disatria* (pelo atau cedal), *disfonia* (serak, bindeng), *afasia* (gangguan berbahasa), *aleksia* (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya).

Peneliti berpendapat bahwa tidak semua penderita stroke mengalami gangguan tersebut, karena klien mendapatkan penanganan yang lebih awal sehingga tidak sampai terjadi gangguan pada nervus hipoglossus. Sehingga, klien tidak mengalami gangguan komunikasi.

2) Pola makan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan klien T n . K tidak ditemukan tanda kesulitan menelan dan mengunyah.

Secara teori adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah Muttaqin (2008).

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan, karena tidak semua pasien stroke mengalami kesulitan menelan dan mengunyah. Hal ini terjadi disebabkan karena klien mendapatkan penanganan yang tepat saat terjadi serangan stroke pertama kali kurang dari waktu 5 jam sehingga dapat menekan gejala yang lebih parah seperti gangguan menelan dan mengunyah.

3) Pemeriksaan kepala

a) Wajah

Berdasarkan hasil penelitian pemeriksaan pada Tn. K didapatkan wajah tidak mencong dan tidak terdapat nyeri tekan.

Secara teori pada klien stroke terdapat *hemiparesis/ hemiplegia*, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat, tidak terdapat nyeri tekan Muttaqin (2008).

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami gangguan pada bagian wajah, dikarenakan pada klien tidak terjadi gangguan pada nervus 7 fasialis (ekspresi wajah dan pengecap), sehingga wajah pada klien simetris kanan dan kiri.

b) Mulut

Berdasarkan fakta saat dilakukan penelitian klien Tn. K pada mulut didapatkan mulut simetris, mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih, klien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan.

Hal tersebut tidak sesuai dengan pernyataan (Tarwoto, 2013) yang mulut mencong ke salah satu sisi dan penurunan gerakan mengunyah akibat paralisis saraf V (Trigeminus), gangguan saraf IX dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu, karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri distatria, afasia Tarwoto (2013).

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah pada mulut, dikarenakan klien tidak mengalami gangguan pada nervus IX glossofaringeus (pengecap, kemampuan menelan, gerak lidah), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mulut.

c) Mata

Berdasarkan fakta saat dilakukan penelitian didapatkan klien Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, lapang pandang jauh.

Hal tersebut tidak sesuai dengan teori (Tarwoto, 2013) Konjungtiva biasanya pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang padasisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit.

Peneliti berpendapat hal ini bisa terjadi karena tingkat GCS klien masih dalam batas normal, klien tidak mengalami penurunan kesadaran, dan pada pemeriksaan saraf III, IV, VI tidak ditemukan gangguan.

4) Pemeriksaan dada/thorax

Berdasarkan fakta saat dilakukan penelitian didapatkan, tidak terdapat suara nafas tambahan ronchi atau wheezing, tidak teraba nyeri pada Tn. K.

Secara teori bentuk *thoraks* biasanya normal atau adalah kelainan seperti *pigeon chest* (bentuk dada burung), *funnel chest* (bentuk dada cekung), *barrel chest* (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) auskultasi trakea suara yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*,

wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Muttaqin,2008).

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami penurunan kesadaran sehingga jalan nafas tidak ditemukan adanya seckret pada saluran pernafasan dan tanpa bantuan oksigen.

5) Pemeriksaan Genetalia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan, klien tidak mengalami inkontinensia atau retensi urin.

Secara teori pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, adanya luka maupun nyeri Doengoes (2000).

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan. Peneliti berpendapat bahwa klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil, karena area otak yang berfungsi untuk mengontrol kandung kemih, yaitu pada area serebrum, khususnya korteks motorik tidak terkena dampak dari stroke.

6) Pola Eliminasi

Berdasarkan fakta saat dilakukan penelitian didapatkan hasil Tn. K tidak ditemukan masalah pada pola eliminasi.

Secara teori adanya perubahan pola berkemih Tarwoto (2013).

Berdasarkan teori dan fakta terdapat kesenjangan. Peneliti berpendapat bahwa tidak semua penderita stroke mengalami gangguan tersebut hal ini klien masih dalam keadaan sadar penuh

dan tidak semua klien stroke mengalami kerusakan pada area otak yaitu area serebrum sehingga klien masih mampu mengontrol BAB dan BAKnya.

7) Memori

Berdasarkan fakta saat dilakukan penelitian didapatkan, klien tidak mengalami gangguan memori jangka pendek dan panjang saat ditanya nama, umur, alamat dan pendidikan terakhir klien mampu mengingat dan menjawab dengan benar.

Secara teori (Nita Crighton, 2024) biasanya klien stroke mengalami gangguan memori jangka pendek dan panjang seperti ketidakmampuan untuk berpikir atau mengingat secara jelas, kesulitan mengenali wajah orang yang dikenal.

Peneliti berpendapat hal ini terjadi karena Tn. K masih dalam serangan pertama stroke atau sudah tidak dalam fase akut. Oleh karena itu klien tidak mengalami penurunan memori, dibuktikan dengan saat pengkajian klien masih kooperatif, mampu mengingat memori jangka pendek seperti nama, umur dan alamat, sedangkan memori jangka panjang seperti klien mampu mengingat pendidikan terakhirnya.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahwa tidak semua diagnosa muncul pada klien. Diagnosa yang muncul pada klien yaitu Resiko Perfusi Jaringan *Serebral* tidak efektif berhubungan dengan infark serebral dan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot.

Menurut (Tarwoto,2013) adapun diagnosa keperawatan *Stroke Infark* yang mungkin muncul adalah Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, peningkatan tekanan intrakranial, infark serebral. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot, kelemahan, parestesia, paralisis. Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Berdasarkan hasil analisa data ada beberapa gejala yang tidak muncul pada hasil. Peneliti merumuskan Diagnosa yang muncul pada klien yaitu Resiko Perfusi Jaringan *Serebral* tidak efektif berhubungan dengan infark serebral dan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada. Dalam penelitian ini, intervensi diambil dari buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2009).

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

Implementasi dilaksanakan selama 3 hari dan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah disusun. Dalam pelaksanaannya pada klien tidak semua rencana yang telah disusun dapat diimplementasikan karena implementasi yang dilaksanakan menyesuaikan dengan kondisi klien serta standar yang ada dalam lahan penelitian.

Secara teori, implementasi atau pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Rofifah Ninda, 2019).

Oleh karena itu, seorang perawat harus memiliki pengetahuan dan skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang ditangani, sehingga semua intervensi yang telah dirumuskan dapat dilaksanakan dengan baik dan dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP yang bertujuan untuk memudahkan pemantauan perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada

klien selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, pada hari kedua kondisi klien sudah ada sedikit perubahan.

Berdasarkan teori, evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Perry & Potter, 2005).

Hal ini terjadi pada klien karena pemulihan pada penyakit Stroke *Infark* membutuhkan waktu yang lama, sehingga perlu perawatan intensif dan berkelanjutan terutama pada klien yang telah mengalami kelemahan tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerakaktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelemahan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari tujuan umum menyimpulkan peneliti Memberikan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke *Infark* di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Sedangkan dari tujuan khusus peneliti menyimpulkan beberapa tujuan di antaranya :

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa ada kesamaan dan juga ada kesenjangan antara teori dan fakta. Hasil penelitian menunjukkan beberapa kesenjangan antara lain pada pola interaksi dan komunikasi, pola makan, pemeriksaan kepala wajah, mulut, mata, pemeriksaan dada/thorax, pemeriksaan genetalia, pola eliminasi dan memori.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Stroke *infark* yaitu Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan Infark Serebral dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori teori dari kepustakaan dan referensi yang ada dari SIKI. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

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 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 Tn. K mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil yang maksimal karena keterbatasan waktu pelaksanaan implementasi dan waktu perawatan. Mengingat pemulihan penyakit Stroke *Infark* membutuhkan waktu yang lama, maka perlu perawatan yang *intensif* dan berkelanjutan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi 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 Stroke *Infark* dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan klien.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan khususnya bagi pendidikan keperawatan. Dan sebagai bahan kepustakaan untuk mahasiswa dalam penelitian selanjutnya, agar memberikan asuhan keperawatan pada klien Stroke dengan lebih baik lagi.

5.2.3 Bagi Peneliti

Di harapkan penulis mampu meningkatkan kemampuan dan pengetahuan lebih baik lagi dalam memberikan Asuhan Keperawatan khususnya pada klien Stroke.

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini diharapkan dijadikan panduan, literature atau referensi dalam melakukan penelitian selanjutnya, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang sebaik-baiknya. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan bisa melanjutkan penelitian ini tentang perubahan perfusi jaringan serebral yang lebih mendalam sehingga hasil penelitian menjadi semakin baik.

5.2.5 Bagi Klien

Diharapkan klien dan keluarga dapat mengikuti semua anjuran dari para medis agar dapat mempercepat proses penyembuhan. Pada klien yang telah mengalami kelemahan dapat melakukan terapi di rumah dengan cara melaksanakan gerakan aktif dan pasif, juga diharapkan klien sering kontrol ke puskesmas terdekat ataupun ke Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifianto. (2014). Klasifikasi Stroke Berdasarkan Kelainan Patologis dengan Learning Vector Quantiation. *Eeccis*, 8(2), 117–122. <http://jurnaleeccis.ub.ac.id/index.php/eccis/article/viewFile/248/218>
- Batticaca, F. B (2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan. Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta:Salemba Medika.
- Dongoes, E & Marilyn, (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan: Jakarta: EGC*.
- Fadliyat R. (2015). *Penggunaan media S2DLS dalam meningkatkan hasil belajar*. file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Packages/5319275A.WhatsAppDesktop_cv1g1gvanyjgm/TempState/FF550914958EC207D2B8CCDB1111A433/S_KTP_1001835_Chapter3.pdf
- Ginsbert. (2019). Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*, 22(2), 143–150.
- Getudris. (2019). *Asuhan keperawatan defisit perawatan diri: Getudris, 2019. Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri: Makan Pada Ny. Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Kemuning RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*.
- Hariyanto & Sulistyowati. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah 1*.Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Hariyanto, A. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah 1*.Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Hidayat, A. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan* (edisi2). Salemba Medika.
- Hisni, D., Saputri, M. E., & 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), 140–149. <https://doi.org/10.59894/jpkk.v2i1.333>
- Indrawati,L,Sari,W,&Dewi, C. . (2016). *Care yourself Stroke cegah dan obati sendiri*. Penebar swadaya.
- Istichana. (2015). *Pengelompokan Kabupaten / Kota Berdasarkan Pola Makan Menggunakan Analisa Faktor dan Analisis Faktor Hierarchial Clustering*. Institut Teknologi Sepuluh November.
- Kemenkes. (2018). Apa itu stroke? <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apaitustroke>

- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional*, 2022. Bogor:Guepedia.
- Meo, M. Y., Dikson, M., & Kewa, G. B. (2021). Activity of daily living pada pasien pasca stroke. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 13–19.<http://jkkmfikesunipa.nusanipa.ac.id/index.php/hlj-Unipa/article/view/78>
- Mutaqin, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
- Mulyatsih, E. (2008). *Stroke, Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: FKUI
- Nursalam. (2017). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. salemba medika. <https://api.penerbitsalemba.com/book/books/08-0284/contents/fc506312-5e09-4027-a661-9ba646dced46.pdf>
- Nita Crighton. (2024). Kehilangan Memori Setelah Stroke.*Ecompass Health*. <https://blog.encompasshealth.com/2024/11/12/memory-loss-after-a-stroke/>
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada sistem Neurobehavior*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Padang Jeklin Ruba Palik. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Stroke Center Rsud Abdul Wahab Sjahanie Samarinda*. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Samarinda.
- Pajri, R.N., Safri and Dewi, Y. I. (2018). Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke. *Jurnal Online Mahasiswa*, 5(1), 436–444.
- Perry & Potter (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Jakarta Edisi 4.
- Price, Sylvia A. & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi Konsep Proses-Proses Penyakit*, Edisi IV. Jakarta: EGC
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan*.
- PPNI. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*.

Register Rawat Inap, 2022; Cucu, 2023. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cva (Cerebro Vaskuler Accident) Di Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek. Kti. Trenggalek: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Riskesdas, K. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*.

Rofifah Ninda. (2019). *Implementasi Keperawatan Pada Perawat Di Puskesmas Pembantu Rongga Wilayah Gunung Halu Kabupaten Bandung Barat*. 1–154.

Sayoga, M. S. (2013). *Mencegah Stoke dan Serangan Jantung*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya

Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D* (cetakan 21). Alfabeta. <https://inlisite.uin-suska.ac.id/opac/detail-opac?id=12866>

Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan: Jakarta: Edisi 2*.

Walid, S & Rohman N (2009). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Wisnu Arya wardhana. (2016). *Strategi Mengatasi & Bangkit dari Stroke*. Yogyakarta: Pustaka pelajar

Zebua, I. J. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ketidakberdayaan Pada Penderita Stroke Iskemik. *OSF Preprints*. <https://osf.io/preprints/gybe/>

Lampiran 1

LEMBAR INFORMED CONSENT

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

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

Tanda Tangan


EFI KARTI RAWATI

Lampiran
2

70

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Helina Dwi Rukmana yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Stroke Infark* Di Ruang Unit Stroke dr. Soedomo Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, *15 Maret* 2025


(.....**EFI KARTIKAWATI**.....)

Lampiran 3



Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/87/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : HELINA DWI RUKMANA
 NIM : P17240223043
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Stroke Infark* di Ruang Unit Stoke 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



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



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 4



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 : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ 252 /406.010.001/18.00/2025

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

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

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama : HELINA DWI RUKMANA
 NIM : P17240223043
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

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

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, 24 Maret 2025
 DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S.
 NIP. 19671030 200212 1 002

Lampiran 5



Kemenkes

Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112

☎️ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/87/2025

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 : HELINA DWI RUKMANA

NIM : P17240223043

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

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 03 Maret s/d 09 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 Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Helina Dwi Rukmana

NIM : P17240223043

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Infark
di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Nama Pembimbing : Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep

No.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF
1.	21 Januari 2025	- Pemilihan Departemen Keperawatan (Departemen Medikal Bedah) - Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek)	
2.	23 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Latar Belakang - Introduksi - Justifikasi - Kronologis - Konsep solusi - Daftar Pustaka - Revisi tujuan umum	

3.	25 Januari 2025	• Revisi BAB 2 • Tambahkan materi tentang tinjauan pustaka • Mencari sumber referensi terbaru • Lanjut BAB 3	Tw
4.	27 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Latar belakang tambahkan referensi yang terbaru • Tambahkan data dinas kesehatan kab. trenggalek	Tw
5.	28 Januari 2025	Revisi BAB 2 • Patofisiologi • Uraian disesuaikan • Batasan Istilah • Waktu penelitian dan lokasi penelitian disesuaikan	Tw
6.	29 Januari 2025	• Lengkapi bab 1-3 • Penulisan, spasi disesuaikan dan dirapikan	Tw
7.	30 Januari 2025	• Masukkan daftar pustaka yang ada di bab 1-3 • Urutkan penulisan daftar Pustaka sesuai abjad. • Lanjutkan membuat PPT yang akan dipresentasikan • ACC maju sidang proposal	Tw
8.	25 Maret 2025	• Tulisan proposal yang ada di BAB 1 dan 3 dihilangkan • Penulisan dibenarkan kembali • Bagian intervensi ditulis melanjutkan nomer berapa • Diagnose sesuai SDKI • Pembahasan fakta, teori, opini lebih diperinci • Melanjutkan membuat abstrak	Tw

9.	17 April 2025	• Revisi bagian abstrak • Revisi bagian pembahasan bab 4	Tw
10.	23 April 2025	• Bagian pembahasan ditambah • Teori dan fakta diperjelas kembali • Penulisan proposal dihilangkan • ACC sidang KTI	Tw
11.	15 Mei 2025	• Revisi bagian implementasi • Revisi abstrak	Tw
12.	22 Mei 2025	• ACC Karya Tulis Ilmiah	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Helina Dwi Rukmana
 NIM : P17240223043
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Infark
 di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
 Nama Penguji : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	13 Februari 2025	- Dapus dikoreksi ulang - Alinea 1 direvisi sesuai masukan	
2.	18 Februari 2025	- Bab 1 Alinea 1 dan 3 di koreksi ulang - Konsep askep sesuai dg teori - ACC penelitian	
3.	9 Mei 2025	- Pembenahan pada bab 3 halaman 57 - Revisi bab 4 bagian pembahasan sesuai petunjuk	
4.	15 Mei 2025	- Revisi dibagian analisis kesenjangan dan pembahasan sesuai petunjuk - ACC Karya Tulis Ilmiah	

Lampiran 7 Lembar Format Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke

FORMAT**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE****DISUSUN OLEH :**

NAMA : _____
NIM : _____

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

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN**



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

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



FORMAT PENGKAJIAN

DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

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

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA

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

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Genogram :

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum	.	

b.	Pola eliminasi		
c.	Pola istirahat / tidur		
d.	Kebersihan diri		

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri

Gambaran diri / Citra diri :

Ideal diri :

Harga diri :

Peran :

Identitas diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain

C. Pola seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori :
Status mental :

Pola komunikasi :

Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

b. Tanda – tanda vital :

Suhu tubuh :

Nadi :

Tekanan darah :

Respirasi :
SpO2 :

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

1. Kepala dan rambut

- a) Bentuk kepala :
 Ubun – ubun :
 Kulit kepala :
- b) Rambut :
 Penyebaran dan keadaan rambut :
 Bau :
 Warna :
- c) Wajah :
 Warna kulit :
 Struktur wajah :

2. Mata

- a) Kelengkapan dan kesimetrisan :
- b) Kelopak mata (Palpera) :
- c) Konjungtiva dan sclera :
- d) Pupil :
- e) Kornea dan iris :
- f) Pergerakan bola mata :
- g) Ketajaman penglihatan / visus *) :
- h) Medan penglihatan :
- i) Tekanan bola mata *) :

3. Hidung

- a) Tulang hidung dan posisi septum nasi :
- b) Lubang hidung :
- c) Cuping hidung :

4. Telinga

- a) Bentuk telinga :
- b) Ukuran telinga :
- c) Lubang telinga :

d) Pemeriksaan pendengaran :

5. Mulut dan faring

a) Keadaan bibir :

b) Keadaan gusi dan gigi :

c) Keadaan lidah :

d) Faring :

6. Leher :

a) Posisi trakea :

b) Tiroid

c) Suara ucapan :

d) Kelenjar lymphe :

e) Vena jugularis :

f) Denyut nadi carotis :

d. Pemeriksaan integumen :

Inspeksi :

Palpasi :

e. Pemeriksaan dada / thorax :

1. Pemeriksaan Jantung

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

2. Pemeriksaan Paru

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :**g. Abdomen :**

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi:

Palpasi :

h. Genetalia :

Inspeksi :

Palpasi :

i. Ekstremitas :

Inspeksi :

Palpasi :

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

a. Tingkat Kesadaran/GCS:

b. Kemampuan sensorik :

c. Kemampuan motorik :

d. Tanda peningkatan TIK :

e. Tanda rangsangan meningeal :

f. Reflek :

a) Reflek fisiologis :

b) Refleks patologis :

g. Nervus cranialis :

a) Nervus I (Olfaktorius) :

b) Nervus II (Optikus) :

c) Nervus III (Okulomotorius) :

d) Nervus IV (Troklearis) :

e) Nervus V (Trigeminus) :

f) Nervus VI (Abdusen) :

g) Nervus VII (Fasialis) :

h) Nervus VIII (Vestibulokoklearis) :

i) Nervus IX (Glosofaringeus) :

j) Nervus X (Vagus) :

k) Nervus XI (Aksesorius) :

l) Nervus XII (Hipoglossus) :

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

Trenggalek, 2025
Pembimbing

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO.	D A T A	M A S A L A H	E T I O L O G I

--	--	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SLKI	Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI

NAMA :
NO. REG :

UMUR :
RUANG :

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

EVALUASI

NAMA :
NO. REG.:

UMUR :
RUANG :

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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