

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

KARYA TULIS ILMIAH

INTAN YUDYAH DWILESTARI

NIM.P17240221004



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

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE
ISKEMIK DIRUANG UNIT STROKE RSUD Dr. SOEDOMO
TRENGGALEK**

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

INTAN YUDYAH DWILESTARI

NIM.P1724022104



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

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Intan Yudyah Dwilestari
Tempat Tanggal Lahir : Trenggalek 03 Desember 2003
Agama : Islam
Alamat : Rt 05 Rw 02 Dusun Wonocoyo
Utara , Desa Wonocoyo,
Kec. Panggul Kab. Trenggalek.
Handphone : 082334879287
Email : intanyudyahd@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Pertiwi 1 Panggul lulus tahun 2010
2. SDN 1 Panggul lulus tahun 2016
3. SMPN 1 Panggul lulus tahun 2019
4. SMAN 1 Panggul lulus tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawa ini :

Nama : Intan Yudyah Dwilestari

NIM : P17240221004

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Politeknik Kesehatan

Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek

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

Trenggalek, Mei 2025

Mengetahui,

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Intan Yudyah Dwilestari (P17240221004) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke
RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing



Mimik Christiani, S.ST., M.Kes.
NIP. 196912181994032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Intan Yudyah Dwilestari (P17240221004) dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek"**, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 06 Mei 2025.

Dewan Penguji,

Ketua Penguji

Penguji Anggota

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

Mimik Christiani, S.ST, M.Kes.
NIP. 196912181994032005

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

**“ MENJALANKAN DENGAN PENUH KEIKHLASAN,
MENYELESAIKAN DENGAN PENUH KEBAHAGIAAN.”**

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Cinta dan kasih sayang-Mu telah memberikan kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkanalkanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW. Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusanyangi.

Untuk Ayah dan Mama ku Tercinta , Secerca kata yang mewakili semua rasa syukurku yang telah di anugrahi malaikat tak bersayap yang selama ini menjadi penyemangat dalam menjalani hidup ini. Kasih sayang yang tulus diberikan tanpa minta balas, yang tak henti mendoakan setiap langkahku untuk menuju kesuksesan dan yang selalu menguatkan serta memberikan semangat. Ku persembahkan gelar ini untukmu malaikatku yang senantiasa menemani setiap langkah sulitku. Ku mohon tetaplah membersamaiku hingga kapanpun dan tersenyumlah untuk melihat kesuksesanku, melihat aku menyandang gelar PERAWAT dan selalu membanggakan kalian ayah dan Mama ku.

Untuk keluarga besarku terutama kakak dan Adiku,Ibuk Titin, Bapak Supriyadi yang selalu mendukungku, menyemangatiku, selalu ada disaat aku berada dalam keadaan apapun, dan yang selalu menunggu dan membatuku untuk meraih kesuksesanku, terima kasih banyak semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan do'a kalian untuk kesuksesanku.

Untuk calon Saya Prada Faizal Leo Adiyasa kekasih hati yang selalu mendukung dalam kelancaran Karya Tulis Ilmiah ini. Selalu meyakinkan kalau saya pasti bisa ,terimakasih atas doa dan dukungan nya selama ini serta ketulusanmu yang tak pernah terlupakan. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan saya hingga seakarang ini.

Untuk Sahabat kecil saya Lian Yuliani terimakasih telah menjadi tempat ku berkeluh kesah dan terimakasih atas doa serta support nya selama ini. Semoga kita selalu bersama sampai kapanpun.

Untuk teman-teman seperjuangan semoga kita semua bisa mencapai kesuksesan di masa yang akan datang.

Untuk dosen pembimbing Ibu Mimik Christiani,SST.,M.Kes, 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 bu. Ibu adalah dosen favorit saya.

ABSTRAK

Intan Yudyah Dwilestari (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Mimik Christiani, S.ST., M.Kes

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh putusnya aliran darah ke otak akibat pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah yang menuju ke otak sehingga berkurangnya energi dan pasokan nutrisi ke otak, 85% penderita stroke mengalami kelemahan pada ekstermitas. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan serta menganalisa kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek. Penelitian ini menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan kasus dan dilakukan pada tanggal 24 Maret s/d 26 Maret 2025. Partisipan yang digunakan adalah pasien mengalami stroke iskemik dengan masalah keperawatan kelemahan pada ekstermitas yang diperkirakan mendapatkan perawatan minimal 3 hari di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Sumber data dari data primer dan sekunder, data primer dari wawancara dan pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder dari hasil pemeriksaan laboratorium dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan terdapat kesenjangan teori dan fakta pada bagian pola eliminasi, pola kognitif dan persepsi sensori, pemeriksaan fisik yaitu (keadaan umum, mata, hidung, mulut dan faring), neurologis yaitu syaraf kranial yang meliputi (Nervus II Optikus, Nervus VII fasialis, Nervus VIII Vestibulococlearis, Nervus IX Glossofaringeus, dan Nervus X Vagus). Peneliti merumuskan masalah keperawatan yaitu Perfusi Jaringan Serebral tidak Efektif dan Gangguan Mobilitas Fisik. Intervensi disusun berdasarkan sumber kepustakaan dan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur di tempat pengambilan kasus. Implementasi dilaksanakan sesuai intervensi yang disusun. Dan evaluasi dilakukan selama 3 hari dengan menggunakan SOAP. Kesimpulan dan Saran: pasien dengan riwayat stroke seharusnya diberikan penyuluhan tentang aktivitas fisik seperti miring kanan miring kiri dan Gerakan ROM juga perawatan medis untuk mengurangi komplikasi dan mempercepat proses penyembuhan terutama pada pasien yang mengalami penurunan fungsi

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Stroke Iskemik

ABSTRACT

Intan Yudyah Dwilestari (2025). Nursing Care for Patients with Ischemic Stroke in the Room Stroke Unit of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Scientific Paper Case Study, DIII Nursing Study Program Trenggalek, Nursing Department, Health Polytechnic, Ministry of Health, Malang. Supervisor: Mimik Christiani, S.ST., M.Kes

Stroke is a disease caused by the interruption of blood flow to the brain due to the rupture of blood vessels or blockage of blood vessels leading to the brain, resulting in decreased energy and nutrient supply to the brain. 85% of stroke patients experience weakness in the extremities. The aim of this study is to provide nursing care and analyze the gap between theory and facts in ischemic stroke patients in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Regional Hospital in Trenggalek. This research uses qualitative descriptive methods with a case approach and was conducted from March 24 to March 26, 2025. The participants used were patients experiencing ischemic stroke with nursing problems of weakness in the extremities who were estimated to receive care for a minimum of 3 days in the Stroke Unit of RSUD dr. Soedomo Trenggalek. The data sources were from primary and secondary data, with primary data from interviews and physical examinations, while secondary data came from laboratory results and documentation. The research results showed a gap between theory and facts in the elimination pattern, cognitive pattern, and sensory perception, as well as in the physical examination, which included (general condition, eyes, nose, mouth, and pharynx), neurological examination, particularly in the cranial nerves which included (Nervus II Opticus, Nervus VII Fasialis, Nervus VIII Vestibulocochlearis, Nervus IX Glossofarineus, and Nervus X Vagus). Researchers formulated the nursing problem as Ineffective Cerebral Tissue Perfusion and Impaired Physical Mobility. Interventions were structured based on literature sources and implemented according to the standard operating procedures at the case-taking site. Implementation was carried out according to the structured interventions. Evaluation was conducted over 3 days using SOAP. Conclusion and Recommendations: patients with a history of stroke should be provided with education on physical activities such as right sidelying, left sidelying, and ROM exercises, as well as medical care to reduce complications and speed up the healing process, especially in patients experiencing a decline in function.

Keywords: Nursing Care, Ischemic Stroke

KATA PENGANTAR

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

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

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen, M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Ns. Rahayu, S.Kep., M.Kes. selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek. yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi Diploma 3 Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 4) Mimik Christiani , SST., M.Kes. selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang memberikan pengarahan, saran, bimbingan dan revisi kepada penulis dalam menyempurnakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

- 5) Ns. Tunik, S. Kep., M.Kep selaku penguji Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan saran, pengarahan dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Trenggalek, 2025



INTAN YUDYAH DWILESTARI

NIM. P17240221004

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
MOTTO	v
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
KATA PENGANTAR.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR ISTILAH.....	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	4
1.4 Tujuan Penelitian	5

1.4.1 Tujuan umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat.....	5
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	7
2.1.1 Definisi Penyakit Stroke.....	7
2.1.2 Klasifikasi stroke	8
2.1.3 Etiologi	8
2.1.4. Manifestasi Klinis.....	10
2.1.5 Patofisiologi.....	13
2.1.6 Komplikasi	16
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik	17
2.1.8 Penatalaksanaan keperawatan.....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke	23
2.2.1 Pengkajian	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	35
2.2.3 Intervensi Keperawatan	42
2.2.4 Implementasi	50
2.2.5 Evaluasi	50
BAB III METODE PENELITIAN	51
3.1 Desain Penelitian	51
3.2 Batasan Istilah.....	51

3.3 Partisipan	52
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	52
3.4.1 Lokasi	52
3.4.2 Waktu	53
3.5 Pengumpulan Data	53
3.5.1. Bahan / Instrumen	53
3.5.2. Metode Pengumpulan Data	53
3.5.3. Prosedur Pengumpulan Data	53
3.6 Uji Keabsahan Data	55
3.6.1. Credibility(kepercayaan)	56
3.6.2. Transferability (keteralihan)	56
3.6.3. Dependability (kebergantungan)	56
3.6.4 Confirmability (kepastian)	57
3.7 Analisa Data	57
3.8 Etika Penulisan	58
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	60
4.1 Hasil	60
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	60
4.1.2 Pengkajian	60
4.1.3 Analisa Data	72
4.1.4 Daftar Diagnosa Keperawatan	73
4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan	76
4.1.6 Implementasi	78
4.1.7 Evaluasi	81

4.1.8 Catatan Perkembangan	83
4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	87
4.2 Pembahasan	102
4.2.1 Pengkajian	102
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	110
4.2.3 Intervensi Keperawatan	106
4.2.4 Implementasi	106
4.2.5 Evaluasi	107
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	109
5.1 Kesimpulan	109
5.1.1 Pengkajian	109
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	109
5.1.3 Intervensi Keperawatan	109
5.1.4 Implementasi	110
5.1.5 Evaluasi	110
5.1.6 Analisa	110
5.2 Saran	111
5.2.1 Bagi Lahan Penelitian.....	111
5.2.2 Bagi Institusi.....	111
5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya.....	111
5.2.4 Bagi Penulis	111
DAFTAR PUSTAKA.....	112
LAMPIRAN.....	114

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skema Patofisiologi	13
Gambar 4.1 Genogram	65

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pemeriksaan Fungsi Mental Dan Derajat Kewaspadaan	27
Tabel 2.2 Glasgow Coma Scale (GCS).....	28
Tabel 2.3 Pemeriksaan Tonus Otot	29
Tabel 2.4 Gejala Dan Tanda Minor.....	32
Tabel 2.5 Gejala Dan Tanda Minor.....	32
Tabel 2.6 Tanda Dan Gejala Mayor	33
Tabel 2.7 Tanda Dan Gejala Minor	33
Tabel 2.8 Gejala Dan Tanda Mayor	34
Tabel 2.9 Gejala Dan Tanda Minor.....	34
Tabel 2.10 Gejala Dan Tanda Mayor	35
Tabel 2.11 Gejala Dan Tanda Minor.....	36
Tabel 2.12 Tanda Dan Gejala Mayor	37
Tabel 2.13 Tanda Dan Gejala Mayor	37
Tabel 2.14 Diagnosa Dan Intervensi SDKI, SLKI, Dan SIKI	38
Tabel 4.1 Identitas Pasien	63
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan Pasien	64
Tabel 4.3 Pola Fungsi Keluarga	65
Tabel 4.4 Data Psikososial	66
Tabel 4.5 Data Spiritual	67
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik	67
Tabel 4.7 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium	71
Tabel 4.8 Penatalaksanaan Terapi.....	74
Tabel 4.9 Analisa Data.....	75
Tabel 4.10 Daftar Diagnosa Keperawatan	77
Tabel 4.11 Rencana Tindakan Keperawatan.....	80
Tabel 4.12 Implementasi	83

Table 4.13 Evaluasi.....	88
Tabel 4.14 Hasil Analisis.....	91

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Inform Consent.....	122
Lampiran 2 Surat Keterangan Penelitian	123
Lampiran 3 Formulir Pengajuan Tugas Akhir.....	124
Lampiran 4 Lembar Konsultasi.....	125
Lampiran 5 Format Pengkajian.....	129

DAFTAR ISTILAH

A

Abdomen : Rongga tubuh terbesar terletak tepat dibawah toraks dan dipisahkan dari rongga toraks oleh diafragma

Afasia : Kesulitan dalam berbicara

Aterosklerosis : Mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah

B

Bed Rest : Tirah baring

Bladder : Kantong membranosa, seperti yang bertindak sebagai wadah untuk sekresi, terutama kandung kemih

Bowel : Usus atau Intestinum

D

Dehidrasi : Kehilangan cairan tubuh terlalu banyak

Dekubitus : Luka tekan akibat lama tirah baring

Disatria : Bicara cedal atau pelo

Disfagia : Kesulitan menelan

Diastole : Tekanan terendah dimana tekanan jatuh diantara kontraksi *ventrikel*

E

- Ekstremitas : Anggota gerak tubuh
- Elektrolit : Garam yang terionisasi (terurai menjadi ion positif dan negatif dalam cairan tubuh)
- Edema : Penumpukan dalam tubuh atau pembengkakan
- Eliminasi : pelepasan air seni dan tinja (BAK dan BAB)
- Eritrosit : sel darah merah yang membawa oksigen kedalam sel tubuh dan karbondioksida keluar sel tubuh

F

- Farmakologi : Ilmu yang mempelajari obat
- Fibrilasi : Kondisi dimana ruas atas jantung (*atrium*) berdenyut terlalu cepat dan kacau
- Fisioterapi : Tindakan rehabilitasi untuk memulihkan keterbatasan fisik akibat cedera

G

- Genetik : Informasi yang dimiliki setiap sel makhluk hidup yang dapat diwariskan kepada keturunannya.
- Goldenperiode : Waktu paling bagus untuk menangani penyakit stroke

H

Hematoma	: Kumpulan darah diluar pembuluh darah, terdapat di dinding pembuluh darah tertusuk atau mengalami Luka
Hemiparesis	:Kelemahan yang mengenai satu sisi tubuh
Hemiplegia	:Kelumpuhan salah satu sisi tubuh secara mendadak
Hemiparase	:Kelemahan disalah satu tangan, kaki maupun wajah tapi tidak sepenuhnya
Hemoragik	: Perdarahan
Hipertensi	:Kondisi tekanan darah terhadap dinding arteri terlalu tinggi atau tekanan darah lebih dari 140/95 MmHg
Hipoksia	:Kekurangan oksigen dalam otak

I

Infark	: Nekrosis iskemik terbatas yang disebabkan oleh oklusi suplai arteria atau vena pada bagian tersebut
Imobilisasi	: Ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif
Iskemik	: Kaadaan dimana pembuluh darah mengalami penyempitan sehingga aliran darah ke otak berkurang

K

Kronis	: Penyakit yang diderita dalam kurun waktu yang lama
Kontrasepsi	: Penggunaan obat-obatan, alat atau prosedur pembedahan untuk mencegah kehamilan
Kolvulsi	: Kejang
Koma	: Tidak sadar dalam waktu panjang yang disebabkan oleh penyakit atau cedera
L	
Leukosit	: Sel darah putih
M	
Metabolisme	: Kemampuan tubuh untuk memecahkan kalori dan mengubahnya menjadi energi
Miokard Infark	: Serangan jantung. Terjadi ketika sekelompok otot jantung mati karena penyumbatan mendadak
Motorik	: Otot otot yang menerima sinyal impuls saraf system saraf pusat jalur saraf
O	
Obesitas	: Kondisi akibat penumpukan lemak dalam tubuh yang sangat tinggi atau kegemukan
Oklusi	: Penutupan suatu lubang, khususnya pembuluh darah

P

Perfusi :Pengaliran zat cair seperti darah lewat organ atau jaringan

R

Rehabilitasi :Proses pemulihan

Relaksasi :Proses merilekskan otot-otot yang mengalami ketegangan atau mengendorkan otot-otot tubuh dan pikiran agar tercapai kondisi yang nyaman

Ronchi : Suara yang dihasilkan saat udara melewati jalan nafas yang penuh cairan atau mucus terdengar saat inspirasi maupun ekspirasi

S

Semi Fowler :Posisi berbaring klien dalam posisi setengah duduk 30-45°

Sistolik :Tekanan darah ketika jantung berkontraksi

Stroke : Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba – tiba menjadi terganggu

T

Trauma :Respon tubuh ketika mengalami kejadian buruk

Trombus :Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah

Trombosit : fragmen sel kecil tak berwarna dalam darah kita yang membentuk gumpalan dan menghentikan atau mencegah pendarahan.

V

Vertigo :Kondisi yang membuat penderitanya mengalami pusing, sampai merasa dirinya atau sekelilingnya berputar di dalam maupun luar kepala

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CI	: Clinical Instructure
CT Scan	: Computerized Tomografi Scaning
EEG	: Elektro Encephalography
ECG	: Elektro Kardiografi
GCS	: Glasgow Coma Scale
Hb	: Hemoglobin
IV	: Intravena
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
LED	: Laju Endap Darah
MRI	: Magnetig Reconance Imaging
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: Nasogatric Tube
ROM	: Range of Motion
TIA	: Transient Ischemic Attack
TIK	: Tekanan Intrakranial
TTV	: Tanda tanda Vital
WHO	: World Health Organization
WSO	: World Stroke Organization
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Asuhan Keperawatan merupakan rangkaian interaksi antara perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Stroke merupakan gangguan suplai darah pada otak yang biasanya terjadi karena pecahnya pembuluh darah atau sumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak hingga terjadinya kerusakan pada jaringan otak. Stroke sebagai perkembangan tanda-tanda klinis fokal atau global yang pesat disebabkan oleh gangguan pada fungsi otak dengan gejala - gejala yang dalam tempo 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian (WHO, 2016). Stroke iskemik tanpa ada riwayat stroke sebelumnya merupakan jenis stroke yang paling banyak ditemui. Gejala yang sering muncul dan menghilang atau perlahan-lahan menjadi lebih buruk dari waktu ke waktu biasanya seperti perubahan tingkat kesadaran, kesulitan bicara, kesulitan menelan, sakit kepala yang terjadi secara tiba-tiba, kehilangan koordinasi, mual muntah, kejang, kehilangan keseimbangan, kesulitan menggerakkan salah satu anggota tubuh dan juga kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Tejo Saksono A.S 2022). Jika pasien stroke iskemik tidak mendapatkan asuhan keperawatan maka akan menimbulkan berbagai masalah keperawatan seperti munculnya penurunan kekuatan otot. Dengan pemberian asuhan keperawatan pasien dapat

mengetahui cara penanganan terhadap stroke iskemik, termasuk perawatan pasien stroke yang mengalami penurunan kekuatan otot atau pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik.

Berdasarkan data WHO (*World Health Organization*) setiap tahun ada sekitar 15 juta orang di seluruh dunia yang menderita stroke. Dari jumlah tersebut, 5 juta meninggal dan 5 juta lainnya cacat permanen (WHO, 2020). Angka kejadian kasus stroke di Indonesia pada tahun 2020 yaitu sebanyak 14.591 orang (Anon, 2020). Berdasarkan prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 meningkat dari 7% menjadi 10,9% (Kemenkes, 2019). Di Jawa Timur prevalensi stroke iskemik meningkat, penderita stroke di Provinsi Jawa Timur menurut Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 mencapai 21.120 jiwa atau 12,4% dan menduduki peringkat 8 di Indonesia. Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek tercatat penderita stroke pada tahun 2018 pada lansia ada sekitar 3.771 jiwa dengan jumlah penduduk 693.104 jiwa. Kasus stroke iskemik di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2022 tercatat sekitar 961 orang, sedangkan di Ruang Unit Stroke pada tahun 2022 tercatat terdapat sekitar 775 orang yang menderita stroke iskemik (Salsabila, 2023).

Stroke iskemik bisa terjadi akibat adanya pembentukan gumpalan darah di bagian lain pada tubuh. Namun, penumpukan plak pada arteri juga bisa menyebabkan penyumbatan karena jika pecah bisa membentuk gumpalan darah (hellosehat2023). Orang dengan kondisi berikut berisiko lebih tinggi menderita stroke yaitu Memiliki tekanan darah yang tinggi, menderita penyakit jantung, banyak mengonsumsi alkohol, memiliki kadar kolesterol yang

tinggi, menderita kencing manis, dan merokok Faktor risiko lain di antaranya Bertambahnya usia, memiliki riwayat stroke atau serangan iskemik transien, memiliki riwayat stroke dalam keluarga, kelainan genetik atau bawaan (sehat 2023). Stroke pada umumnya dapat melumpuhkan anggota gerak, otot, lidah, dan mulut. Stroke memiliki berbagai gejala bervariasi sehingga terkadang sulit diketahui oleh kalangan petugas Kesehatan. Banyak sekali kasus keterlambatan penanganan penyakit stroke yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dari pasien, keluarga pasien, maupun tenaga Kesehatan yang menangani pasien tersebut (Hariyanto, Pitoyo, & Rezkih, 2020).

Penatalaksanaan stroke meliputi terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Penatalaksanaan stroke secara farmakologi yaitu dengan menggunakan obat, kolaborasi obat yang diberikan obat histamin, aminophilin, asetazolamid, pempaverin intra arterial, antikoagulan (heparin), antitrombotik (asetosol, dipridamol, cilostazol, asetazol, ticlopidin), antiagregasi trombosit (aspirin) (Muttaqin, 2008). Perawat memiliki peran yang sangat besar dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita stroke (Damawiyah, 2015). Sedangkan terapi non farmakologi yang bisa dilakukan yaitu dalam proses terapinya tidak menggunakan obat, tindakan yang dapat diberikan seperti perubahan gaya hidup, aktivitas fisik, terapi relaksasi dan terapi rehabilitasi (Pinasthika, 2018). Salah satu bentuk rehabilitasi yang diberikan pada pasien stroke untuk memulihkan kekuatan otot adalah *Range Of Motion (ROM)*. Latihan *Range of Motion (ROM)* adalah Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan

massa otot dan tonus otot (Rahayu, 2015). Secara umum rencana tindakan pada penderita stroke yang mengalami hambatan mobilitas fisik dan terdapat beberapa terapi latihan mobilitas sendi yaitu dalam melakukan pergerakan sendi yang ritmis, dukungan pasien untuk duduk di tempat tidur atau di samping tempat tidur atau pun duduk ambulasi jika memungkinkan. Terdapat beberapa rencana tindakan yaitu mekanika tubuh, promosi latihan fisik, pengaturan posisi dan bantuan perawatan diri atau berpindah. peran perawat di rumah sakit adalah memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke untuk mencegah komplikasi yang berhubungan dengan perawatan dan komplikasi yang berhubungan dengan kesehatan klien, yang meliputi Pengkajian, Mendiagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan serta melakukan Evaluasi yang tepat.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”**.

1.2 Batasan Masalah

Pada karya tulis ilmiah ini difokuskan pada asuhan keperawatan *pasien Stroke Iskemik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Stroke Iskemik* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek?.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan dan menganalisis kesenjangan antara penelitian dan teori dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Daerah Dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan Pengkajian pada pasien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan Penyakit Stroke Iskemik pada pasien di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Mengidentifikasi rencana Tindakan Keperawatan yang tepat pada pasien *Stroke Iskemik* pada pasien di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada pasien *Stroke iskemik* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Mengevaluasi Tindakan Keperawatan pada pasien *Stroke Iskemik* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Menganalisa kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien *Stroke iskemik* di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dokumen untuk mengembangkan ilmu keperawatan terkait asuhan

keperawatan pada pasien *stroke iskemik* di bagian stroke RSUP Dr. Soedomo Trenggalek

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi penulis

Diharapkan penulis dapat menggunakan sebagai pengetahuan dan menambah wawasan tentang ilmu asuhan keperawatan pada pasien dengan *Stroke Iskemik* agar mengurangi terjadinya resiko lebih lanjut.

2) Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi dan bahan ajar dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan *Stroke Iskemik*.

3) Bagi perawat

Bagi perawat rumah sakit diharapkan penelitian ini digunakan sebagai sumber pengetahuan dan strategi pelaksanaan bagi perawat dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan di rumah sakit yang komperhensif pada pasien dengan *Stroke Iskemik*.

4) Bagi peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai panduan untuk penelitian pada asuhan keperawatan pada pasien dengan *Stroke Iskemik*

5) Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi Institusi Rumah Sakit diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan khususnya pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien *Stroke Iskemik*

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi Penyakit Stroke

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh putusnya aliran darah ke otak akibat pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah yang menuju ke otak sehingga berkurangnya energi dan pasokan nutrisi ke otak (Tomm et al., 2017). Sedangkan menurut (Hariyanti et al., 2020) Stroke merupakan penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak. Stroke merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular yang dapat menjadi penyebab utama kecacatan dan mengakibatkan kematian (Assaufi et al., 2016). Stroke iskemik adalah stroke akibat penyumbatan aliran darah pada pembuluh arteri di otak yang disebabkan oleh gumpalan darah atau penumpukan plak pada arteri. Penyumbatan ini mengganggu pasokan oksigen dan nutrisi ke otak, yang dapat mengakibatkan kematian sel-sel otak dalam waktu singkat. Stroke iskemik atau yang dikenal juga dengan stroke infark dapat menimbulkan dampak jangka panjang pada kualitas hidup seseorang. Kondisi ini dapat memerlukan rehabilitasi jangka panjang dan perawatan medis yang intensif untuk memulihkan fungsi tubuh yang terganggu (MyOona2024).

2.1.2 Klasifikasi stroke

Menurut (Rianawati & Munir, 2017) ada beberapa klasifikasi stroke iskemik yaitu:

- 1) Transient Ischemic Attack (TIA) merupakan gangguan neurologis sementara yang berlangsung dalam hitungan menit sampai kurang dari 24 jam dan dapat sembuh tanpa gejala sisa. TIA biasanya disebabkan oleh sumbatan thrombus atau emboli.
- 2) Stroke trombosis merupakan stroke yang terjadi karena adanya sumbatan akibat dari pembentukan trombus dipembuluh darah otak.
- 3) Stroke emboli adalah jenis stroke iskemik yang terjadi karena bekuan darah yang di sebabkan oleh proses emboli. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

2.1.3 Etiologi

- 1) Berikut ini adalah faktor risiko yang dapat dimodifikasi yang paling berkontribusi terhadap peningkatan risiko stroke iskemik:
 - a) Hipertensi
 - b) Merokok
 - c) Dislipidemia
 - d) Diabetes
 - e) Resistensi insulin
 - f) obesitas perut
 - g) Apnea tidur obstruktif
 - h) Konsumsi alkohol berlebihan
 - i) Kurangnya aktivitas fisik

- j) Diet berisiko tinggi (misalnya, tinggi lemak jenuh, lemak trans, dan kalori)
 - k) Stres psikososial (misalnya depresi)
 - l) Gangguan jantung (terutama gangguan yang menyebabkan emboli, seperti infark miokard akut , endokarditis infeksi , dan fibrilasi atrium)
 - m) Stenosis arteri karotis
 - n) Penggunaan obat-obatan tertentu (misalnya kokain , amfetamin)
 - o) Hiperkoagulabilitas
 - p) Vaskulitis
 - q) Penggunaan estrogen eksogen
- 2) Faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi hal berikut:
- a) Stroke sebelumnya
 - b) Seks
 - c) Ras/etnis
 - d) Usia lanjut
 - e) Riwayat keluarga stroke
- 3) Penyebab paling umum dari stroke iskemik dapat diklasifikasikan sebagai berikut:
- a) Kriptogenik (yaitu, tidak ada sumber kardioembolik, lakuna, atau aterosklerotik yang jelas; klasifikasi yang paling umum)
 - b) Kardioemboli
 - c) Infark lakuna

- d) Aterosklerosis pembuluh darah besar (penyebab paling umum ke-4)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut (Susilo, 2019) manifestasi klinis/ tanda dan gejala stroke iskemik adalah:

1) Gangguan pada pembuluh darah karotis

a) Pada cabang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media)

- (1) Gangguan rasa di daerah muka/wajah sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi
- (2) Gangguan berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata (pelo) atau sulit bicara mengerti pembicaraan orang lain (afasia).
- (3) Gangguan gerak/kelumpuhan (hemiparesis/hemiplegic).
- (4) Mata selalu melirik kearah satu sisi (deviation conjugate).
- (5) Kesadaran menurun.
- (6) Tidak mengenal orang (prosopagnosia).
- (7) ulut perot.
- (8) Merasa anggota tubuh sisi tidak ada.
- (9) Tidak sadar kalau dirinya mengalami kelainan.

b) Pada cabang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior):

- (1) Kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan-gangguan saraf perasa.

- (2) Mengompol.
- (3) Tidak sadar.
- (4) Gangguan mengungkapkan maksud.
- c) Pada cabang menuju otak bagian belakang (arteri serebri posterior):
 - (1) Penurunan visus.
 - (2) Rasa nyeri spontan atau hilangnya rasa nyeri dan rasa getar pada seluruh sisi tubuh.
 - (3) Kesulitan memahami barang yang dilihat, namun dapat mengerti jika meraba atau mendengar suaranya.
 - (4) Kehilangan kemampuan mengenal warna.
 - (5) Menirukan omongan orang lain (ekholali).

2) Gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris

- a) Sumbatan/gangguan pada arteri serebri posterior
 - (1) Hemianopsia homonym kontralateral dari sisi lesi.
 - (2) Hemiparesis kontralateral.
 - (3) Hilangnya rasa sakit, suhu, sensorik proprioseptif (rasa getar).

b) Sumbatan/gangguan pada arteri vertebralis

Bila sumbatan pada sisi yang dominan dapat terjadi sindrom Wallenberg. Jika pada sisi tidak dominan tidak menimbulkan gejala.

c) Sumbatan/gangguan pada arteri serebri inferior

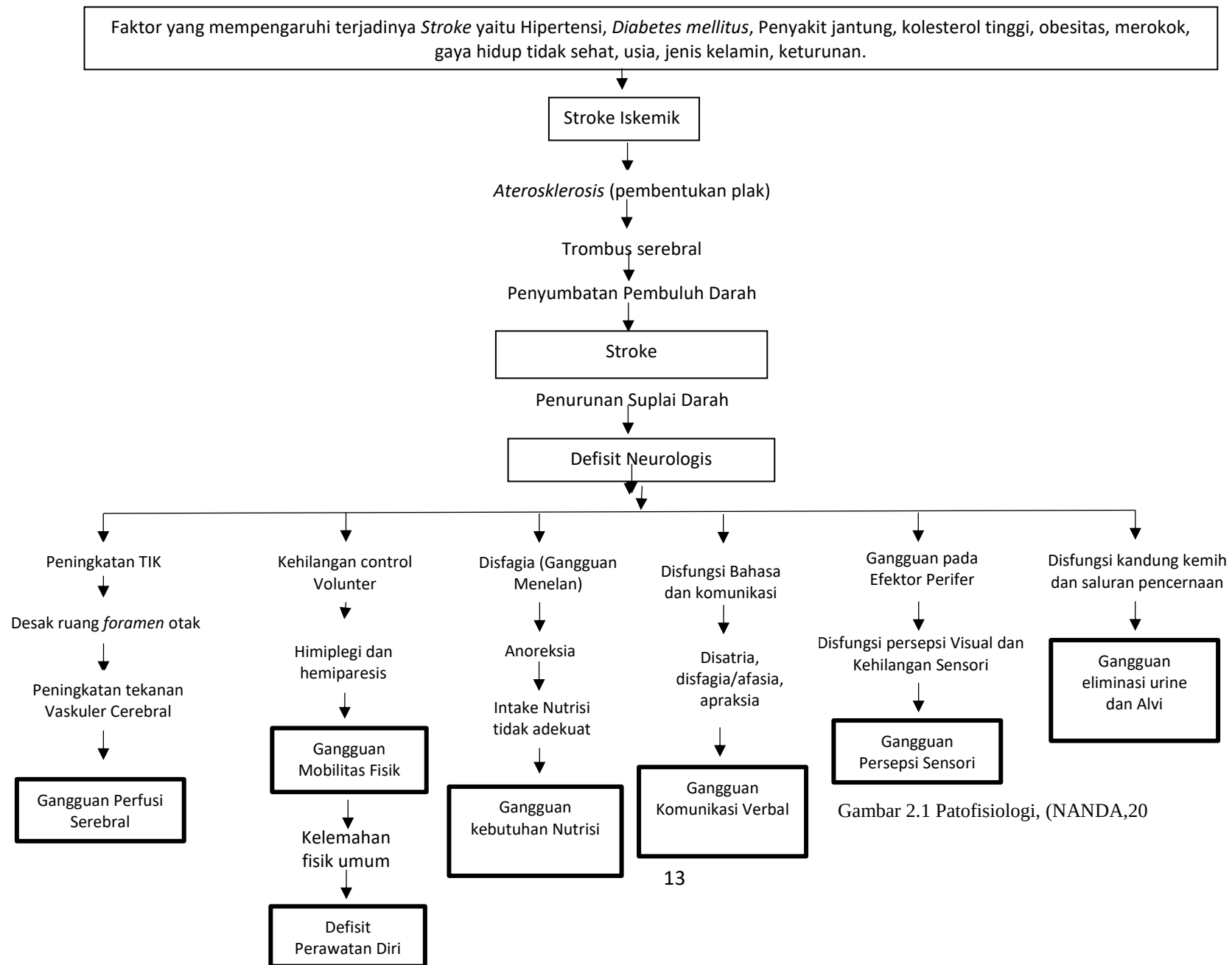
- (1) Sindrom Wallenberg berupa atasia serebral pada lengan dan

tungkai di sisi yang sama, gangguan N.II (oftalmikus) dan reflek kornea hilang pada sisi yang sama.

- (2) Sindrom Horner sesisi dengan lesi
- (3) Disfagia, apabila infark mengenai nucleus ambiguus ipsilateral.
- (4) Nystagmus, jika terjadi infark pada nucleus vestibularis.
- (5) Hemipastesia alternans

2.1.5 Patofisiologi

Gambar 2.1 Skema Patofisiologi



Gambar 2.1 Patofisiologi, (NANDA,20

Uraian Patofisiologi:

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu *Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan*. Faktor terjadinya *Stroke iskemik* yaitu penumpukan lemak, *kolesterol* di dinding pembuluh darah (*aterosklerosis*) yang berakibat tersumbatnya aliran darah di pembuluh darah otak, sehingga pembuluh darah mengalami *oklusi* (adanya sumbatan) dan mengakibatkan *iskemik* jaringan otak (penurunan suplai darah). Faktor tersebut dapat menimbulkan *deficit neurologis* (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul **gangguan perfusi jaringan serebral**. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat *lesi* pada pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan, ataupun kaki menimbulkan **gangguan mobilitas fisik**. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **defisit perawatan diri**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (*Activity Daily Living*). Kelemahan kontrol otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, *disfasia/afasia, disatria* (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah **gangguan**

komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan **gangguan perubahan persepsi sensori.** Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan *anoreksia*, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah **gangguan kebutuhan nutrisi** kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot fonger sehingga menimbulkan masalah **gangguan eliminasi urine.**

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Kariasa, 2022) komplikasi yang bisa terjadi karena stroke yaitu:

1) Edema Otak

Edema otak terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh. Hal ini akan mempengaruhi saluran darah otak/Blood Brain Barrier (BBB) dengan cara meningkatkan permeabilitas BBB dan berakibat langsung terjadinya edema otak. Edema otak akan mempengaruhi tekanan perfusi otak dan menghambat reperfusi yang adekuat dari otak.

2) Pneumonia

Faktor yang berkontribusi pada terjadinya pneumonia pada stroke antara lain disfagia, kegagalan refleks gag dan reflek batuk, aspirasi dehidrasi, imobilisasi dan paresis otot-otot pernapasan.

3) Infeksi saluran kemih

Dapat terjadi karena pemasangan dari foley kateter yang digunakan untuk mengumpulkan urine pada pasien stroke, dan hal ini juga mempengaruhi terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol fungsi kandung kemihnya.

4) Kejang

Kejang terjadi karena aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini sangat umum terjadi pada pasien stroke.

5) Dekubitus

Luka yang terjadi karena tekanan bagian tubuh misalnya pada pinggul dan bokong, sendi kaki dan tumit, yang disebabkan karena penurunan kemampuan bergerak (imobilitas) pada pasien stroke. Apabila dibiarkan lama-kelamaan akan mengakibatkan luka bertambah lebar dan infeksi.

6) Depresi dan kecemasan

Gangguan yang paling sering dirasakan oleh pasien stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dari kehilangan fungsi tubuh.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Susilo, 2019) pemeriksaan penunjang stroke iskemik yaitu :

1) Radiologi

a) CT scan merupakan pemeriksaan untuk membedakan infark dengan perdarahan.

b) Scan resonansi magnetic (MRI) lebih sensitif dari CT scan dalam

mendeteksi infark serebri dini dan infark batang otak.

- c) Ekokardiografi untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien, ekokardiografi transtorakal sudah memadai. Ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitif untuk mendeteksi thrombus mural atau vegetasi katup.
- d) Ultrasonografi Doppler Karotis diperlukan untuk menyingkirkan stenosis karotis yang simtomatis serta lebih dari 70% yang merupakan indikais untuk enarterektomi karotis.
- e) Ultrasonografi Doppler Transkraniel dapat dipakai untuk mendiagnosis oklusi atau stenosis arteri intrakranial besar. Gelombang intrakranial yang abnormal dan pola aliran kolateral dapat juga dipakai untuk menentukan apakah suatu stenosis pada leher menimbulkan gangguan hemodinamik yang bermakna.
- f) Angiografi resonansi magnetik dapat dipakai untuk mendiagnosis stenosis atau oklusi arteri ekstrakranial atau intrakranial.
- g) Pemantauan Holter dapat dipakai untuk mendeteksi fibrilasi atrium intermiten.

2) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- b) Pemeriksaan kimia darah atau gula darah sewaktu
Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg/dl dalam serum dan kemudian brangsurangsur

turun kembali.

c) Kolesterol, lipid

Pada stroke iskemik dapat terjadi hiperkolesterolemia atau hiperlipidemia. Kolesterol darah normalnya <200 mg/dl sedangkan pada pasien stroke iskemik dapat mencapai >240 mg/dl.

d) Asam urat.

Kadar asam urat yang normal pada laki-laki yaitu 7.0-7.2 mg/dl, sedangkan pada perempuan yaitu 5.7-6.7 mg/dl.

e) Elektrolit.

Nilai normal dari kadar elektrolit yaitu natrium (136-145 mmol/L), kalium (3.5-5.1 mmol/L) dan klorida (97-111 mmol/L).

f) Masa pembekuan dan masa perdarahan.

Nilai normal pada masa pembekuan darah yaitu 2-6 menit dan nilai normal pada masa perdarahan yaitu 70-120 detik.

2.1.8 Penatalaksanaan keperawatan

Menurut (Haryono & Utami, 2020) untuk mengobati stroke iskemik, aliran darah ke otak harus cepat dikembalikan dengan beberapa prosedur berikut :

1) Penatalaksanaan Khusus

a) Perawatan darurat dengan obat-obatan

Terapi dengan obat penghancur gumpalan darah harus dimulai dalam 4,5 jam jika mereda diberikan ke pembuluh darah (semakin cepat, semakin baik). Perawatan cepat tidak hanya meningkatkan peluang pasien untuk bertahan hidup tetapi juga

dapat mengurangi komplikasi. Obat yang mungkin diberikan adalah injeksi intravena aktivator plasminogen jaringan (tPA). Injeksi aktivator plasminogen jaringan rekombinan (tPA), juga disebut dengan alteplase, dianggap sebagai pengobatan standar untuk stroke iskemik. Injeksi tPA biasanya diberikan melalui vena di lengan. Obat penghancuran gumpalan ampuh ini idealnya diberikan dalam waktu 3 jam. Dalam beberapa kasus, tPA dapat diberikan hingga 4,5 jam setelah gejala stroke di mulai. Obat ini mengembalikan aliran darah dengan melarutkan gumpalan darah yang menyebabkan stroke dan dapat membantu orang yang mengalami stroke sepenuhnya.

b) Prosedur endovaskuler darurat

- (1) Obat-obatan dikirim langsung ke otak. Dokter dapat memasukkan tabung tipis (kateter) panjang melalui arteri di selangkangan dan memasukkannya ke otak untuk mengirim tPA langsung ke area dimana stroke terjadi. Ini disebut trombolis intraarterial.
- (2) Menghilangkan bekuan dengan retriever stent. Dokter menggunakan kateter untuk mengarahkan perangkat ke pembuluh darah yang tersumbat di otak, serta menjebak dan menghilangkan bekuan. Prosedur ini sangat bermanfaat bagi orang-orang dengan gumpalan yang besar yang tidak dapat dilarutkan dengan tPA, meskipun prosedur ini sering di kombinasikan dengan tPA intravena

c) Prosedur Lainnya

(1) Endarterektomi karotis. Dalam endarterektomi karotis, seorang ahli bedah menghilangkan plak dari arteri yang ada di sepanjang sisi leher ke otak (arteri karotis). Dalam prosedur ini, dokter bedah akan membuat sayatan di sepanjang bagian depan leher, membuka arteri karotis, dan menghilangkan plak yang menghalangi arteri karotis. Prosedur selanjutnya adalah memperbaiki arteri dengan jahitan atau patch yang terbuat dari vena atau bahan buatan (cangkokan). Prosedur ini dapat mengurangi risiko stroke iskemik. Namun, endarterektomi karotis juga menimbulkan risiko, terutama untuk orang dengan penyakit jantung atau kondisi medis lainnya.

(2) Angioplasti dan stent. Dalam angioplasti, seorang ahli bedah biasanya mengakses arteri karotis melalui arteri pangkal paha. Di sini, dokter bedah dapat dengan lembut dan aman mengarahkan peralatannya ke arteri karotis di leher. Sebuah balon kemudian di geembungkan untuk memperluas arteri yang menyempit. Kemudian, stent dapat dimasukkan untuk mendukung arteri yang terbuka.

2) Penatalaksanaan Umum

Menurut (Tarwoto, 2013) penatalaksanaan stroke iskemik, yaitu:

a) Fase akut

(1) Terapi oksigen

Aliran darah ke otak pada pasien stroke terganggu, sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Mempertahankan jalan nafas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.

(2) Terapi cairan

Pada fase stroke akut berisiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan berguna untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.

(3) Penatalaksanaan peningkatan intrakranial

Tekanan intrakranial meningkat biasanya karena edema serebri, oleh sebab itu pengurangan edema sangat penting dilakukan misalnya dengan mengontrol atau mengendalikan tekanan darah.

(4) Monitor fungsi pernafasan : Analisa Gas Darah.

(5) Monitor jantung, tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

(6) Evaluasi status cairan dan elektrolit.

(7) Mengontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan.

(8) Pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.

(9) Mencegah emboli paru tromboflebitis dengan antikoagulan.

(10) Monitor tanda-tanda neurologis yaitu tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

b) Fase Rehabilitasi

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

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke

2.2.1 Pengkajian

- 1) Identitas Umum adalah identitas pasien yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor register, usia, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal masuk rumah sakit (Andra Saferi 2017).
- 2) Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Keluhan utama pada pasien dengan stroke iskemik biasanya akan terlihat bila sudah terjadi disfungsi neurologis. Keluhan yang sering didapatkan meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, konvulsi (kejang), sakit kepala yang hebat, nyeri otot, kaku kuduk, sakit punggung, tingkat kesadaran menurun ($GCS < 15$), ekstremitas

dingin, dan ekspresi rasa takut, dan membutuhkan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yang berupa mengalami bibir berdarah, bau badan, bau rambut, kuku tangan atau kuku kaki kotor, bau mulut, kulit kering (Tarwoto, 2013).

- 3) Riwayat Penyakit Sekarang adalah perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini seperti onset atau sejak kapan, lokasi, kronologis, kualitas (rasa sakit yang dirasakan), kuantitas (seberapa sering dirasakan), gejala penyerta dan faktor pencetus. Riwayat penyakit sekarang yang mungkin didapatkan meliputi pasien biasanya merasakan sakit kepala, mual muntah bahkan mengalami kejang sampai tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak (Susilo, 2019).
- 4) Riwayat penyakit dahulu adalah keluhan seputar apakah dulu pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya, dan apakah pernah dioperasi sebelumnya, hal ini berguna untuk mengetahui hubungan penyakit yang diderita saat ini. Adanya riwayat hipertensi, stroke, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan koagulan, aspirin dan kegemukan/obesitas (Susilo, 2019).
- 5) Riwayat Kesehatan keluarga adalah suatu penyakit yang ditimbulkan karena keadaan keluarga yang tidak sehat ataupun kondisi lingkungan yang terkait. Adanya generasi dari keluarga yang memiliki keluhan yang sama dirasakan pada pasien. Dalam hal ini kaji penyakit penyerta yang pernah diderita keluarga pasien seperti diabetes mellitus dan

obesitas, adakah keluarga pasien yang menderita penyakit stroke sebelumnya seperti penyakit keturunan yang diperoleh dari beberapa mekanisme yaitu faktor genetik, faktor kepekaan genetik, faktor lingkungan, dan gaya hidup (AHA, 2006 dalam Jurnal Tumewah dkk, 2015).

6) Pola Aktivitas Sehari-hari (ADL)

a) Pola Istirahat dan Tidur

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

b) Pola Eliminasi

Pasien stroke akan mengalami perubahan dalam eliminasi, baik BAK maupun BAB. Gejalanya : perubahan pola kemih, distensi abdomen, bising usus negatif.

c) Pola Makan dan Minum

Biasanya akan mengalami gejala hilangnya nafsu makan, mual muntah, hilang rasa pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia, kesulitan menelan.

d) Kebersihan Diri atau Personal Hygiene

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

e) Pola kegiatan atau Aktivitas

Pasien stroke iskemik biasanya akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas, karena mengalami kelemahan/penurunan kekuatan otot, kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran dan hilang rasa.

7) Pemeriksaan Fisik

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan tidak kooperatif.

a) Konsep diri

(1) Gambaran diri/citra diri

pasien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan pasien tidak mau membebani keluarganya, sehingga pasien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan (Griselda, 2023).

(2) Ideal diri

pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(3) Harga diri

pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Arisdiani, 2019).

(4) Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

(5) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Kusyani, 2022).

b) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

c) Pola seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine merupakan terjadinya penurunan pada gairah (Kusyani, 2022).

d) Pola mekanisme koping

pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Kusyani, 2022).

e) Pola kognitif dan persepsi sensori

Terdapat gangguan penglihatan atau kekaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022)

8) Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama Klien. Bagaimana aktifitas spiritual pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi

motivasi untuk kesembuhannya.

9) Pemeriksaan Fisik Sistem Neurologis

a) Keadaan Umum

Tingkat kesadaran pada pasien stroke iskemik yaitu delirium, latergi, stupor, atau koma. Biasanya tanda-tanda vital pasien akan mengalami peningkatan yaitu pada tekanan darah dan TIK (Padila, 2012).

Tabel 2.1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif

Fungsi Mental	Skor	Tingkat Kesadaran
CMC	14-15	Pasien sadar akan dirinya dan punya orientasi
APATIS	12-13	Pasien sadar namun tampak lesu dan mengantuk
LATARGIE	8-11	Kesadaran menurun, pasien tampak lesu dan mengantuk
DELIRIUM	7-9	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor seperti gelisah
SAMNOLEN	4-6	Pasien selalu mengantuk, ingin tidur terus, dan apabila dibangunkan ia akan tidur kembali
KOMA	3	Kesadaran yang hilang sama sekali

Sumber : Doenges (2014)

Tabel 2.2 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kuantitatif

Respon membuka mata (E = Eye)
a. Spontan (4)
b. Dengan perintah (3)
c. Dengan rangsangan nyeri (2)
d. Tidak berespon (1)
Respon Verbal (V = Verbal)
a. Berorientasi (5)
b. Bicara membingungkan (4)
c. Kata-kata tidak tepat (3)
d. Suara yang tidak dapat dimengerti atau meraung (2)
e. Tidak ada respon (1)
Respon Motorik (M = Motorik)
a. Dengan perintah (6)
b. Melokalisasi nyeri (5)
c. Menarik area yang nyeri (4)
d. Fleksi abnormal/postur dekortikasi (3)
e. Ekstensi abnormal/postur deserebrasi (2)
f. Tidak berespon (1)

Sumber : Doenges (2014)

b) Tanda-tanda vital

Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Susanti, 2022).

c) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Kepala dan rambut

Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. (Sulistiawaty, 2020).

(2) Mata

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiawaty, 2020).

(3) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) (Griselda, 2023)

(4) Telinga

Kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak, terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak (Kusyani, 2022).

(5) Mulut dan Faring

Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Arnasya, 2023).

(6) Leher

Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi (Kusyani, 2022). (Griselda, 2023).

d) Pemeriksaan dada

Pemeriksaan sistem pernafasan

(1) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan

(2) Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus

- (3) Perkusi : Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- (4) Auskultasi : pada pasien dengan tingkat kesadaran Compositis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapat bunyi nafas tambahan (Kusyani, 2022).

Pemeriksaan jantung

- (1) Inspeksi : Ictus cordis tidak Nampak
- (2) Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra
- (3) Perkusi : Suara jantung pekak
- (4) Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung 1 dan 11, murmur atau gallop (Griselda, 2023).

e) Pemeriksaan abdomen

- (1) Inspeksi : ada pernafasan perut (pernafasan diafragma)
- (2) Auskultasi : terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit).
- (3) Palpasi : tidak teraba massa, tidak nyeri tekan
- (4) Perkusi : suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung (Griselda, 2023).

f) Pemeriksaan genetalia

Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC) (Kusyani, 2022).

g) Pemeriksaan ekstremitas

Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Kusyani, 2022).

Mengukur skala secara kuantitatif kemampuan otot

0: tidak ada kontraksi otot

1: gerakan otot terlihat, tetapi tidak ada pergerakan sendi

2: pergerakan sendi dapat dilakukan, tetapi tidak melawan gravitasi

3: pergerakan sendi dapat dilakukan melawan gravitasi, tetapi tidak melawan perlawanan

4: pergerakan sendi dapat dilakukan melawan gravitasi dan perlawanan

5: kekuatan otot penuh

h) Pemeriksaan integuman dan kuku

Jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik).

Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bed rest (Kusyani, 2022).

i) Pemeriksaan neurologi

(1) Syaraf otak (nervus cranialis)

Ada 12 saraf kranial yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga

sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

- (a) Nervus I Olfaktorius : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman anatara kiri dan kanan berbeda.
- (b) Nervus II Optikus : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada pasien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 dan gangguan lapang pandang.
- (c) Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah.
- (d) Nervus IV Trochlearis : pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas.
- (e) Nervus V Trigemini : pasien mampu menggerakkan otot rahang.
- (f) Nervus VI Abduken : pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar.
- (g) Nervus VII Fasialis : pasien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.
- (h) Nervus VIII Vestibulococlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

- (i) Nervus IX Glossofaringeus : pasien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan
- (j) Nervus X Vagus : kemampuan pasien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.
- (k) Nervus XI Asesorius : pasien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- (l) Nervus XII Hipoglosu : pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara (Griselda, 2023).

(2) Refleks Fisiologis

- (a) Refleks patella yaitu tendon patella dipukul dengan reflekx hammer. Respon berupa otot guardrisep femoris yaitu ekstensi dari lutut.
- (b) Refleks bisep yaitu lengan difleksikan terhadap siku dengan sudut 90° supinasi dan lengan bawah ditopang di atas meja periksa, kemudian dipukul dengan reflex hammer. Respon dikatakan normal jika ada kontraksi otot bisep, dan sedikit meningkat bila ada fleksi sebagian serta pronasi.
- (c) Refleks trisep yaitu lengan bawah disemifleksikan, lalu tendon bisep dipukul dengan reflex hammer. Respon dikatakan normal jika ada kontraksi otot trisep, dan sedikit meningkat bila ada ekstensi ringan.

(3) Reflek Patologis

- (a) Babinski yaitu dengan menggores telapak kaki bagian lateral, mulai dari tumit hingga ke arah pangkal ibu jari. Normalnya fleksi akan plantar pada semua jari kaki, (+) jika timbul dorso fleksi ibu jari dan pemekaran jari-jari lainnya.
- (b) Chaddock yaitu dengan menggores punggung kaki dari arah lateral kedepan.

10) Data Penunjang

- a) Laboratorium : hematologi dan kimia klinik.
- b) Radiologi
 - (1) CT scan untuk mengetahui adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark
 - (2) MRI untuk mengetahui daerah yang mengalami infark dan hemoragik.
 - (3) Sinar X tengkorak untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di dalamnya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnosa keperawatan pada klien Stroke menurut (SDKI, 2017) :

1) Gangguan Perfusi Jaringan (D.0009)

Penyebab :

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

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor

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

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor

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

2) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab :

- a) Gangguan muskulosekeletal

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

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

3) Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)

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

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
- d) Faktor ekonomi
- e) Faktor psikologis

4) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

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

sistem simbol.

Penyebab :

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

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Mayor

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

Tabel 2.8 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disatria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap

	10. Tidak ada kontak mata
	11. Sulit memahami komunikasi
	12. Sulit mempertahankan komunikasi
	13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

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

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

Tabel 2.9 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.10 Tanda dan Gejala Minor

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

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

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

Tabel 2.11 Gejala dan Tanda Mayor

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

Tabel 2.12 Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

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

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik

- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitasfisik kecemasan
- r) Gangguan kognitif
- s) Keengganan melakukan pergerakan
- t) Gangguan sensori persepsi

Tabel 2.13 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.14 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
-----------	----------

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

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan salah satu tahap dalam proses keperawatan, yang merupakan suatu perencanaan yang dilakukan oleh perawat terhadap diagnosa keperawatan dan diagnose pasti yang sudah didapat agar klien dapat memiliki status Kesehatan yang baik. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013):

Tabel 2.15 Diagnosa dan Intervensi SDKI, SLKI, dan SIKI

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Gangguan Perfusi Jaringan berhubungan dengan peningkatan tekanan darah (D.0009)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan kembali normal dengan kriteria hasil : 1) Klien tidak gelisah 2) Tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, dan kejang 3) GCS 4,5,6 4) Pupil isokor 5) Reflek cahaya (+) TTV normal	Observasi : 1) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2) Monitor perubahan kulit 3) Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) Terapeutik : 4) Lakukan pencegahan infeksi 5) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 6) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin) Edukasi : 7) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolesterol 8) Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin	1) Untuk mengetahui penyebab perubahan sensasi 2) Untuk mengetahui perubahan kulit 3) Untuk mengetahui sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler) 4) Untuk mencegah terjadinya infeksi 5) Supaya tekanan darah stabil 6) Supaya kolesterol stabil dengan pemberian obat
2.	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam terjadi perilaku peningkatan perawatan	Observasi : 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas

	diri		
	Kriteria hasil:		
	1) Klien menunjukkan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri	2) Monitor tingkat kemandirian	perawatan diri sesuai usia
	2) klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan, mengidentifikasi personal masyarakat yang dapat membantu	3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik :	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian
		4) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)	3) Untuk mengetahui kebutuhan alat kebersihan yang diperlukan
		5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	4) Untuk memudahkan melakukan perawatan diri
		6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	5) Dengan adanya dukungan dari keluarga maka klien merasa senang
		7) Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi :	6) Untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri
		8) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	
3.	Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan nutrisi. Dengan kriteria hasil :	Observasi :
	1) Intake makanan adekuat	1) Identifikasi status nutrisi	1) Untuk mengetahui status nutrisi
	2) Anemis tidak ada	2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi	2) Untuk mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
	3) Berat badan ideal	3) Monitor berat badan	3) Untuk mengetahui perkembangan berat badan sebelum sakit dan sesudah sakit
	4) Tanda-tanda vital normal	4) Identifikasi makanan yang disukai	4) Untuk mengetahui makanan apa yang disukai
	5) Hb dan tanda albumin normal	Terapeutik :	
	6) Lingkar klien normal	5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	
		6) Berikan makanan	

4. Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0119)

Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam diharapkan klien menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi verbal. Kriteria hasil:

- 1) Keluarga mengungkapkan keluhan yang dialami klien berkurang.
- 2) Klien berkomunikasi dengan jelas.
- 3) Klien tidak berbicara berulang-ulang untuk mengulang maksud yang sama.

- tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 7) Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori. Edukasi :
- 8) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- 9) Ajarkan diet yang diprogramkan. Kolaborasi :
- 10) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

Observasi :

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara
- 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran dan bahasa)
- 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi. Terapeutik :
- 4) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, isyarat tangan dan komputer)
- 5) Ulangi apa yang disampaikan klien

- 5) Untuk menjaga kebersihan mulut
- 6) Untuk mencegah supaya tidak terjadi konstipasi
- 7) Untuk mencegah tersedak saat makan

- 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
- 4) Dengan adanya dukungan psikologis klien merasa senang

5. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori (D.0085)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu mempertahankan fungsi sensori

dengan kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi
- 2) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan

6) Berikan dukungan psikologis

Edukasi :

7) Anjurkan bicara perlahan

Kolaborasi :

8) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Observasi :

- 1) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
- 2) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan
- 3) Monitor tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala

Terapeutik :

- 4) Pertahankan lingkungan yang aman
- 5) Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol emosi
- 6) Jadwalkan aktivitas dan jadwal harian
- 7) Diskusikan tingkat toleransi terhadap

- 1) Untuk mengetahui tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
- 2) Untuk mengetahui status mental, sensori dan tingkat kenyamanan
- 3) Untuk mengetahui tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, warna kulit dan suhu
- 4) Untuk memberikan rasa nyaman dan aman kepada klien
- 5) Supaya klien mempunyai kegiatan dan aktivitas setiap hari
- 6) Untuk mengatasi gangguan persepsi sensori yang dialami klien dengan pemberian obat rutin

6. Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi, kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040)

Setelah dilakukan tindakan 3x24jam diharapkan klien mampu bak dengan normal dengan kriteria hasil :

- 1) Pola BAK normal
- 2) Klien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- 3) Kulit bersih dan kering

Terhindar dari infeksi

beban sensori

Edukasi :

- 8) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
- 9) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus

Kolaborasi :

- 10) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
- 11) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
- 12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

Observasi :

- | | |
|---|---|
| 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine | 1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinesia urine |
| 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine | 2) Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinesia urine |
| 3) Monitor eliminasi urine | 3) Untuk mengetahui frekuensi, konsistensi, |

		(mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) Terapeutik :	aroma, volume, dan warnaurin Supaya mengetahui tanda dan gejala infeksi salurankemih
		4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih	
		5) Batasi asupan cairan, jika perlu Edukasi :	
		6) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih	
		7) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemih	
		8) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasiKolaborasi :	
		9) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra,jika perlu	
7.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan himeperise/hemiplegia (D.0054)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya Kriteria hasil: 1) Tidak terjadi kontraktur sendi.Bertambahnya kekuatan	Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor kondisi umum

otot
Klien menunjukkan tindakan untuk
meningkatkan mobilitas

selama melakukan
Mobilisasi

Terapeutik :

4) Fasilitasi aktivitas
mobilisasi dengan alat
bantu

5) Fasilitasi melakukan
pergerakan, jika perlu

6) Libatkan keluarga untuk
membantu klien dalam
meningkatkan
pergerakan

Edukasi :

7) Jelaskan tujuan dan
prosedur mobilisasi

8) Anjurkan melakukan
mobilisasi dini

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

2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Suwignjo et al., 2022). Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi; melibatkan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan pasien, memberikan edukasi pada pasien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri (Nursalam, 2016).

2.2.5 Evaluasi

Langkah terakhir dari metode asuhan keperawatan merupakan evaluasi yang bertujuan dari sejauh mana rencana keperawatan tercapai, dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Melihat serta menilai kemampuan klien untuk mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai merupakan tujuan dari evaluasi (Aditio, dalam Kusyanti, 2022).

Menurut (Hidayat, dalam Kusyanti, 2022) dalam mempermudah dalam pemantauan evaluasi keperawatan, biasanya menggunakan komponen SOAP yaitu :

- 1) S (subjektif): Data subjektif dari keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien).
- 2) (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat seperti segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.
- 3) A (analisis): Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

BAB III

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi, dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, dan analisa data.

2.1 Desain Penelitian

Desain penelitian Desain penelitian yang digunakan adalah Deskriptif yaitu metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan atau mengungkap fenomena yang terjadi atau suatu keadaan secara objektif dengan pendekatan studi kasus.(Suprajitno, 2016). Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif (Nursalam, 2011). Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode pendekatan studi kasus dimana penelitian untuk mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik, serta mengevaluasi masalah asuhan keperawatan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Batasan istilah pada penelitian ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik dengan gangguan penurunan kekuatan otot pada ekstermitas di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek. Stroke Iskemik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah yang menuju ke otak

sebagian atau keseluruhan terhambat. Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik dimulai dari proses operasional pelayanan pasien hingga pemenuhan kebutuhan dasar manusia, mengikuti standar keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi). Evaluasi, secara komprehensif minimal 3 hari. Peneliti juga mengikuti kegiatan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien *stroke iskemik* dengan kesadaran *composmentis* GCS 4,5,6 yang mengalami kelemahan pada salah satu ekstermitas maupun semua ekstermitas dan mengobservasi bagaimana perkembangan pasien minimal 3 hari. Penelitian ini menggunakan variabel penelitian deskriptif kualitatif.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah pasien yang mengalami Stroke Iskemik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek. Partisipan yang digunakan adalah 1 pasien dengan kriteria : pasien kooperatif, bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan, pasien masih dalam kesadaran penuh, pasien dengan kasus Stroke Iskemik dengan gangguan penurunan kekuatan otot pada ekstermitas, pasien yang diperkirakan mendapatkan perawatan minimal 3 hari kedepan.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik dilaksanakan di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek

3.4.2 Waktu

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini direncanakan pada 24 Maret sampai dengan 26 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan / Instrumen

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa formulir perlakuan atau checklist, petunjuk observasi, instrumen pengukuran, uji laboratorium atau dokumen terkait.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

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

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Dalam metode pengumpulan data dapat menggunakan satu atau beberapa metode, namun jenis metode yang digunakan harus sesuai dengan fenomena dan karakteristik penelitian yang dilakukan (Winarni, 2018). Prosedur pengumpulan data menurut (Suryono, 2013) meliputi empat tahap yaitu :

- 1) Peneliti mengurus surat izin penelitian dibagian TU Kampus Prodi D3 Keperawatan Trenggalek. Setelah diterbitkannya surat izin penelitian,

peneliti mendapatkan surat sebanyak tiga item yaitu surat untuk direktur, surat untuk kepala ruang Unit Stroke, dan surat untuk peneliti. Pertama, surat untuk Direktur RSUD dr. Soedomo diberikan melalui kordik (koordinator pendidikan) rumah sakit. Kedua, surat untuk peneliti untuk peneliti sendiri. Setelah surat izin dari kampus dapat balasan dari Direktur RSUD dr. Soedomo, peneliti mendapatkan surat sebanyak 3 item yaitu surat balasan untuk penelitian, surat untuk kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek dan lembar kode etik penelitian yang disampaikan melalui kordik (koordinator pendidikan) rumah sakit. Sebelum ke tahap penelitian, peneliti diwajibkan untuk membayar penelitian sebesar nominal yang sudah dicantumkan di surat balasan. Setelah membayar, peneliti memberikan kwitansi kepada kordik rumah sakit sebagai bukti kalau sudah membayar untuk penelitian. Selanjutnya surat dari Prodi D3 Keperawatan Trenggalek untuk Kepala Ruang Unit Stroke diberikan setelah mendapatkan surat izin dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dan sudah membayar penelitian.

- 2) Proses pengumpulan data dimulai dari mahasiswa mencari pasien sesuai dengan kriteria. Setelah pasien ditemukan, mahasiswa melakukan tindakan preorientasi atau membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya, mahasiswa memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan yang akan diberikan pada pasien dengan memberikan lembar informed consent sebagai persetujuan keluarga untuk dilakukan

pengkajian. Setelah keluarga mengerti dan menyetujui maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan, maka mahasiswa melakukan tahap berikutnya.

- 3) Tahap kontrak, mahasiswa melakukan kontrak waktu dan tempat dengan pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan.
- 4) Tahap pelaksanaan, mahasiswa melakukan proses asuhan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian yang dilakukan dengan wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari yang selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada klien. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu evaluasi hasil dari tindakan keperawatan.
- 5) Tahap terminasi, mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada pasien, setelah klien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

3.6 Uji Keabsahan Data

Sugiyono (2015: 92) menyatakan bahwa teknik pemeriksaan keabsahan data adalah derajat kepercayaan atas data penelitian yang diperoleh dan bisa dipertanggung jawabkan kebenarannya. Sugiyono (2009) menjelaskan bahwa untuk pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji kredibilitas (credibility), uji transferabilitas (transferability), uji dependabilitas (dependability) dan terakhir uji obyektivitas (confirmability).

3.6.1 Credibility(kepercayaan)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah – langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Transferability (keteralihan)

Transferability adalah sejauh mana hasil penerapan suatu studi kasus pada suatu objek studi kasus dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.6.3 Dependability (kebergantungan)

Dependability merupakan kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti menggunakan metode deskriptif. Peneliti terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose stroke iskemik. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah mendapatkan izin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya

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 menurut Sugiyono (2018:482) adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain.

Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian deskripsi kualitatif merupakan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Stroke Iskemik di ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

3.8 Etika Penulisan

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

1) *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Pernyataan tertulis kesediaan responden sebagai subjek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Peneliti mendatangi calon responden dan memberikan penjelasan tentang tujuan dari penelitian dan meminta kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila mereka bersedia menjadi responden maka dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*. Apabila tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati hal itu.

2) *Anonymity* (tanpa nama),

Pada lembar pengumpulan data nama dari responden tidak perlu dicantumkan, akan tetapi peneliti cukup menyertakan inisial nama dari responden untuk melindungi hak dan privasi klien.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah. Data-data yang akan disajikan atau

dilaporkan akan dijaga kerahasiaannya dari pihak yang tidak berkepentingan dalam proses penelitian.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 24 Maret 2025 sampai 27 Maret 2025. Penelitian dilakukan di RSUD dr. Soedomo trenggalek yaitu di ruang Unit Stroke. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang di khususkan untuk pasien 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 pasien selama bulan Januari sampai bulan Februari berjumlah 68 orang.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien
Nama	Ny. S
Jenis kelamin	Perempuan

Umur	75 tahun
Status perkawinan	Cerai Mati
Pekerjaan	-
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SD
Alamat	Dongko
Diagnosa medis	CVA Infark
No. Register	414XXX
Tgl dan jam MRS	Sabtu 22-3-2025 / 15.00
Tgl dan jam Pengkajian	Senin 24-3-2025 / 15.30
Diagnosa Medis	CVA Infark

2) Riwayat Kesehatan Pasien

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan Pasien

Riwayat Kesehatan Pasien	Pasien
1. Keluhan Utama/ alasan masuk Rumah Sakit	- Saat MRS: Pusing berputar, tangan dan kaki kanan terasa lemas sulit digerakkan, bicara cedal - Saat Pengkajian: Pusing berputar, tangan dan kaki kanan terasa lemas sulit digerakkan
2. Riwayat Penyakit Sekarang	Pada hari Jum'at tanggal 21 Maret 2025 pukul 19.00 WIB pasien tiba tiba merasakan pusing berputar dan jatuh dari tempat tidur, pada hari sabtu tanggal 22 Maret 2025 pukul 10.00 pasien mengalami lemas serta tangan dan kaki kanan sulit digerakkan pasien langsung dibawa ke PKM Dongko, saat tiba di PKM Dongko pasien bicara sedikit cedal. Pada pukul 14.30 pasien dirujuk ke RSUD dr. Soedomo, pasien tiba di IGD pada pukul 15.00 dengan kondisi sadar, masih lemas, pusing, tangan dan kaki kanan sulit digerakkan serta bicara sedikit cedal. Kemudian pasien di bawa ke ruang Unit Stroke pada pukul 20.00 WIB. Saat pengkajian pada hari Senin 24 Maret 2025 pukul 15.30 pasien mengatakan masih merasa pusing berputar, tangan dan kaki kanan masih lemas sulit digerakkan pasien sudah tidak mengalami gangguan bicara (cedal). P: Pasien mengatakan nyeri Q: Pusing seperti berputar-putar R: Pusing terasa di kepala bagian atas S: Skala nyeri 6 (nyeri sedang) T: Pusing muncul hilang timbul saat istirahat, waktunya $\pm$ 10 menitan setelah itu hilang.
3. Riwayat kesehatan yang lalu	Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi 3 tahun yang lalu dan minum obat penurun tensi jika terasa pusing. Pasien tidak kontrol/ tidak cek kesehatan secara rutin

4. Riwayat kesehatan keluarga Genogram	Pasien mengatakan ada riwayat hipertensi dari orang tuanya Gambar 4.1 Genogram Keterangan : ○ : Perempuan □ : Laki-laki × : Meninggal --- : Tinggal Bersama ↖ : Pasien — : Garis perkawinan : Garis keturunan
--	---

3) Pola Fungsi Keluarga

Tabel 4.3 Pola Fungsi Keluarga

Pola yang dikaji	Pola dirumah	Pola di RS
1. Pola istirahat tidur	Pasien mengatakan pasien tidur siang pukul 12.00-13.00 WIB dan tidur malam pukul 22.00-04.30 WIB.	Pasien mengatakan pasien tidur malam pukul 21.00-05.00 WIB. Pasien ada masalah dalam tidurnya, pasien sering terbangun karena pusing dan ramai.

2. Pola eliminasi	Pasien tidak ada masalah dalam tidurnya, total tidur Pasien dalam sehari 7,5 jam Pasien mengatakan BAB 1x dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dengan bau khas feses. Pasien mengatakan BAK $\pm$ 6-7x sehari dengan warna jernih Dalam BAB dan BAK Pasien tidak ada masalah	Pasien mengatakan selama di RS sampai pengkajian ini Pasien sudah BAB selama 2x, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dengan bau khas feses Pasien mengatakan saat ini memakai pampers, sehari ganti 3x dengan kondisi pampers penuh Dalam BAB dan BAK Pasien tidak ada masalah
3. Pola makan dan minum	Pasien mengatakan makan 3x sehari pada pagi, siang, dan malam dengan komposisi nasi, sayur, dan lauk Pasien mengatakan minum sehari $\pm$ 2 liter Dalam makan dan minum pasien tidak ada masalah, Pasien tidak memiliki alergi pada makan dan minum.	-Pasien mengatakan makan 3x (12.00), dan sore sehari pagi (06.00), siang (17.00) Pasien diberikan diit TKTPRG dengan bentuk lunak, setiap makan Pasien tidak selalu menghabiskan 1 porsi penuh karena merasa hilang nafsu makan Pasien mengatakan minum air putih 1,5 liter dalam sehari, dan diberikan susu pada pagi hari sekitar 200cc Pasien tidak ada masalah dalam makan dan minum, serta Pasien tidak ada alergi.
4. Kebersihan diri/ Personal Hygiene	Pasien mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 3x dalam seminggu, memotong kuku 1x dalam seminggu sesuai dengan kondisi kukunya.	Pasien mengatakan di RS hanya disibin oleh keluarganya 2x dalam sehari, gosok gigi 1x dan dibantu oleh keluarganya, Pasien belum keramas selama di RS.
5. Pola kegiatan atau aktivitas	Pasien mengatakan saat dirumah kegiatannya berkebun	Pasien mengatakan saat di RS pasien terbatas untuk melakukan aktivitas karena harus bedrest dulu.

4) Data Psikososial

Tabel 4.4 Data Psikososial

Data Psikososial	Pasien
A. Konsep Diri	
- Gambar diri/ citra diri	pasien seorang perempuan berumur 75 tahun, seorang Ibu dan Nenek pasien mengetahui jika dirinya sedang sakit, pasien pasrah kepada tuhan agar segera diberikan kesembuhan.

- Ideal diri	Pasien mempunyai harapan yang besar untuk sembuh dan segera kembali pulang untuk memenuhi kebutuhan keluarga rumah.
- Harga diri	Pasien mengatakan merasa tidak berdaya, seharusnya ia dirumah untuk bisa melayani keluarganya.
- Peran	Pasien mengatakan sebagai seorang ibu dan nenek, tetapi saat ini pasien sakit dan didampingi oleh anaknya.
- Identitas diri	pasien mengatakan dirinya bernama Ny.S berusia 75 tahun alamat di Dongko.
B. Pola peran hubungan dengan orang lain	Pasien tidak mengalami kesulitan berkomunikasi, pasien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan bahasa jawa. Tetapi pasien sukar untuk berkomunikasi dengan orang lain
C. Pola seksual	Pasien berjenis kelamin perempuan, berusia 75 tahun, sudah menikah, pasien sudah menopause, pasien memiliki 3 anak. Pasien sudah tidak melakukan hubungan seks. Pasien mengatakan mengalami kesulitan untuk memecahkan suatu masalah
D. Pola mekanisme koping	
E. Pola kognisi dan persepsi sensori:	Pasien kooperatif saat dilakukan tindakan medis, pasien mampu diajak Kerjasama serta tidak ada penolakan.
- Status mental	Pasien berkomunikasi sehari-hari menggunakan Bahasa jawa, selama pengkajian pasien tidak mengalami gangguan dalam berbicara.
- Pola komunikasi	Pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama, orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat.
- Orientasi	

5) Data Spiritual

Tabel 4.5 Data Spiritual

Data Spiritual	Pasien
Pola nilai dan kepercayaan pasien	pasien mengatakan agamanya islam, sebelum sakit biasanya menjalankan sholat 5 waktu, sedangkan selama di RS pasien sholat 5 waktu ditempat tidur, dan pasien percaya bahwa Allah itu esa.

6) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

A. Kesan umum/keadaan umum :	K/U lemah, kesadaran <i>composmetis</i> GCS E4 V5 M6, E(4) : membuka mata dengan spontan, V(5) : orientasi baik dan sadar, M(6) : mengikuti perintah yang diberikan.
B. Tanda-tanda vital	TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit S : 36.5 c

C. Pemeriksaan kepala dan leher - Kepala dan rambut - Mata - Hidung - Telinga - Mulut dan faring - Leher - Pemeriksaan payudara dan ketiak D. Pemeriksaan Dada/Thorax 1. Pemeriksaan paru - Inspeksi - Palpasi - Perkusi - Auskultasi 2. Pemeriksaan Jantung - Inspeksi - Palpasi - Perkusi	RR : 20x/menit SPO₂ : 97% BB : 55 kg TB : 150 cm Bentu kepala oval, tidak ada benjolan, ubun-ubun rata, rambut hitam bergelombang, terlihat sedikit kering, wajah simetris antara kanan dan kiri. Mata lengkap, simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sclera berwarna putih, kedua pupil miosis isokor, pergerakan bola mata normal, pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan. Tulang hidung dan septum nasi berada di tengah, tidak terdapat secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau. Telinga simetris antara kanan dan kiri, ukuran sama besar, terdapat sedikit serumen, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan di pendengaran pasien. Bibir simetris, bibir lembab, lidah putih, terdapat caries gigi, uvula ditengah, pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan. Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pemebesaran vena jugularis, dan nadi carotis teraba. Tidak ada benjolan pada bagian payudara maupun ketiak, payudara simetris antara kanan dan kiri, aerola berwarna kecoklatan. Bentuk normal chest, pernafasan regular, tidak ada <i>retraksi intercostal</i>. Suara paru <i>sonor</i>. <i>Vocal vrementus</i> (getaran) sama antara lapang paru kanan dan kiri. Suara nafas <i>vesikuler</i>, tidak ada suara nafas tambahan seperti <i>ronchi</i> dan <i>wheezing</i>. Tidak terdapat <i>pulsasi</i>. Teraba <i>ictus cordis</i> di ICS 4-5 <i>midclavicula sinistra</i>.
--	--

- Auskultasi E. Pemeriksaan Abdomen - Inspeksi - Auskultasi - Palpasi - Perkusi F. Pemeriksaan Genetalia G. Pemeriksaan Ekstermitas H. Pemeriksaan integumen dan kuku I. Pemeriksaan neurologi 1. Tingkat kesadaran (secara kuantitatif) /GCS 2. Syaraf otak (Nervus Cranialis)	Suara jantung pekak. Terdapat bunyi jantung di ICS 4,5 (lup), dan ICS 2 (dup) Bentuk abdomen buncit, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah. Bising usus 10x/menit Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa. Terdengar suara <i>tympani</i>. Tidak ada kelainan, dan tidak terdapat luka/lesi pada genetalia, pasien mampu menahan kencing. Terdapat kelemahan pada ekstremitas kanan Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1114 902 1281 1037"> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan: 3: mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan 5 : Kekuatan otot penuh Kulit lembab, akral hangat, turgor kembali < 2 detik, tidak ada edema, tidak ada luka dekubitus pada daerah yang menonjol, CRT < 2 detik. E4 V5 M6 1. Nervus I Olfaktorius : Penciuman pasien baik, pasien masih mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih 2. Nervus II Optikus : penglihatan pasien baik, mampu melihat tanpa alat bantu, pasien dapat membaca dengan jarak ±1,5 meter. 3. Nervus III Okulomotoris : Pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya). 4. Nervus IV Trochlearis : pasien mampu menggerakkan bola mata kearah atas dan bawah.	3	5	3	5
3	5				
3	5				

Tabel 4.7 pemeriksaan penunjang laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
a) Pemeriksaan darah lengkap			
Hemoglobin	14,6	g/dl	12,5 – 16,0
Lekosit H	10,9	$10^3/L$	4,0 – 10,5
Trombosit	374	$10^3/L$	150 – 450
Hematokrit	44,2	%	37,0 – 47,0
Eritrosit H	5,16	Juta/ul	3,50 – 4,76
- MCV	85,7	Fl	78,0 – 100,0
- MCH L	28,4	Pg	31,0 – 37,0
- MCHC L	33,1	g/dl	37,0 – 54,0
RDW -SD	39,1	Fl	37,0 – 54,0
RDW-CV	12,8	%	11,0 – 16,0
PDW	16,2	Fl	9,0 – 17,0
MPV	9,1	Fl	8,0 – 11,0
Hitungan jenif (DIFF)			
- Basofil#	0,0	$10^3/L$	< 0,1
- Eosinofil#	0,1	$10^3/L$	< 0,7
- Neutrofil# H	8,3	$10^3/L$	1,5 – 6,6
- Limfosit#	1,9	$10^3/L$	1,5 – 3,5
- Monosit#	0,6	$10^3/L$	< 1,0
GULA DARAH			
Glukosa Darah	150	Mg/dl	< 180
FAAL GINJAL			
Ureum	20,5	Mg/dl	15,0 – 45,0
Creatinin L	0,6	Mg/dl	0,6 – 1,1
eGFR	93		
b) Kimian Klinik			
GULA DARAH			
HbA1c	5,9	%	< 5,8 (normal) 5,8 - 6,9 (pre diabetes) < 6,9 (diabetes)
PROFIL LIPID			
Kolesterol Total H	279,4	Mg/dl	140 – 200
Trigliserida	141,3	Mg/dl	40 – 150
HDL Kolesterol	41,1	Mg/dl	High > 60 Low < 40
LDL Kolesterol H	136,2	Mg/dl	Optimal < 100
FAAL GINJAL			

Asam Urat	3,3	Mg/dl	2,6 – 6,0
-----------	-----	-------	-----------

b) CT-Scan Kepala Tanpa Kontras

Tanggal 22-03-2025 / 19.50

Hasil

TS Yth. CT Scan Kepala Multi Slices irisan Axial reformatted coronal dan sagital tanpa kontras thickness 1 mm:

- (1) Chronic thrombo-embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri
- (2) Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna bilateral dan pons
- (3) Tak tampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma
- (4) Brain atrofi
- (5) Tak tampak mid line shift. Cerebellum normal
- (6) Tampak kalsifikasi abnormal di proyeksi MCA bilateral
- (7) Calvaria, sinus paranasalis yang terscanning dan mastoid normal

Kesimpulan:

- (1) Chronic thrombo-embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri
- (2) Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna bilateral dan pons

(3) Tak tampak ICH

(4) Brain atrofi disertai Atherosklerosis MCA Bilateral

c) Foto Thorax AP

Tanggal 22-03-2025/ 15.31

Hasil

TS, Yth, Foto Thorax AP (asimetris, kurang inspirasi):

Cor: kesan membesar, tampak elongasi aorta

Pulmo: tampak infiltrat granular di suprahilar kiri

Trachea ditengah

Hemidiafragma kanan kiri tampak baik

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Tulang-tulang tampak baik

Soft tissue tampak baik

Kesan:

Keradangan paru suspek gambaran proses spesifik

Elongasi aorta

Cor prominent

d) ECG

Tanggal 22-03-2025 / 15.30

Atrial Fibrillation

Interpretation made without knowing patient's gender/age

Left ventricular hypertrophy

Possible right ventricular hypertrophy

Widespread ST-T abnormality may be due to the hypertrophy
and/ or ischemia
Abnormal ECG

8) Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4.8 Penatalaksanaan Terapi

Tanggal	Terapi
24-03-2025	Infus PZ 1500 cc / 24 jam = 14 tetes/menit Injeksi Citicolin 2x500 mg Aspilets 1x80mg Oral Warfarin 1x2mg Oral
25-03-2025	Infus PZ 1500cc/24 jam= 14 tetes/ menit Injeksi Citicolin 2x500 mg Aspilets 1x80mg Oral Warfarin 1x2mg Oral
26-03-2025	Infus PZ 1500cc/24 jam Injeksi Citicolin 2x500mg Injeksi Metoclopramide Aspilets 1x80mg Oral Warfarin 1x2mg Oral

4.1.3 Analisa Data

Nama pasien : Ny. S
Umur : 75 Tahun
No.Register : 414XXX
Ruang : Unit Stroke

Tabel 4.9 Analisa Data

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputarputar dan terasa berat DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV pasien : TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit S : 36.5 c RR : 20x/menit SPO₂ : 97% - Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras 1.Chronic thrombo embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri 2.Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna bilateral dan pons 3. Tak tampak ICH 4.Brain atrofi disertai Atherosklerosis MCA Bilateral DS : - Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas dan sulit untuk digerakkan	perfusi jaringan serebral tidak efektif	Hipertensi
			Hemiplegia dan Hemiparesis

2.	DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas, pasien hanya terbaring di tempat tidur - ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - kekuatan otot menurun : <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> keterangan : 3: mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan 5 : kekuatan otot penuh - Pasien lemah dan terbaring ditempat tidur - Terdapat gangguan Nervus XI Asesorius : pasien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kanan - Reflek Fisiologis • Trisep : kanan (+), kiri (+) • Bisep : kanan (+), kiri (+) • Patella : kanan (-), kiri (+) - Reflek Patologis Babinski : kanan (+), kiri (-)	3	5	3	5	Gangguan Mobilitas Fisik	
3	5						
3	5						

4.1.4 Daftar Diagnosa Keperawatan

Nama pasien : Ny. S
Umur : 75 Tahun
No.Register : 414XXX
Ruang : Unit Stroke

Tabel 4.10 Daftar Diagnosa Keperawatan

No	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	Senin 24-03-2025	Perfusi Jaringan serebral Tidak Efektif b.d hipertensi d.d : DS : - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dan terasa berat DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV pasien : TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit S : 36.5 c RR : 20x/menit SPO₂ : 97% - Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras 1.Chronic thrombo embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri 2.Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna bilateral dan pons 3. Tak tampak ICH 4.Brain atrofi disertai Atherosklerosis MCA Bilateral Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase d.d : DS : - Pasien mengatakan tangan dan kaki	26-03-2025	

2.	Senin 24-03-2025	sebelah kanan terasa lemas dan sulit untuk digerakkan DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas, pasien hanya terbaring di tempat tidur - ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - kekuatan otot menurun : <table> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> keterangan : 3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan 5 : kekuatan otot penuh - Pasien lemah dan terbaring ditempat tidur - Terdapat gangguan Nervus XI Asesorius : pasien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kanan - Reflek Fisiologis - o Trisep : kanan (+), kiri (+) - o Bisep : kanan (+), kiri (+) - o Patella : kanan (-), kiri (+) - Reflek Patologis Babinski : kanan (+), kiri (-)	3	5	3	5	26-03-2025	
3	5							
3	5							

4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. S

Umur : 75 Tahun

Tabel 4.11 Rencana Tindakan Keperawatan

NO	TANGGAL	NO. DX KEP	SLKI	SIKI	RASIONAL	TTD
1.	24-03-2025	D.0017	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, maka diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil : a) Tekanan intracranial membaik b) Tekanan darah sistolik membaik c) Tekanan darah diastolic membaik d) Refleks syaraf membaik	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4) Monitor status pernapasan Terapeutik 5) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6) Berikan posisi semi Fowler 7) Cegah terjadinya kejang 8) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 9) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 10) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu	Observasi 1) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan 3) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik 1) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali 2) Untuk memberikan kenyamanan pasien 3) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral	

				11) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	4) pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut. Kolaborasi 5) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK) Menghindari konstipasi	
2.	24-03-2025	D.0054	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil : a) Pergerakan ekstremitas meningkat b) Kekuatan otot meningkat c) Lemas menurun d) Gerakan terbatas menurun Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik e) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) f) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu g) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi h) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi i) Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Observasi a) Amati apakah ada trauma pada pasien b) Untuk mencegah terjadinya luka ketika baring ditempat tidur dengan waktu yang lama Terapeutik c) Daerah yang tertekan lama dapat mengakibatkan trauma d) Untuk mengetahui tingkat kekuatan otot yang mengalami kelemahan Edukasi e) Terapi pada pasien yang mengalami kelemahan ekstremitas f) Keluarga juga berpengaruh untuk kesembuhan pasien yang mengalami kelemahan fisik Kolaborasi Membantu untuk memulihkan kekuatan otot pasien	

4.1.6 Implementasi

No.	Tanggal/ Jam		Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan
1	24	Maret	Perfusi Jaringan serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi d.d :	1) Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien Hasil : pasien dan keluarga pasien kooperatif mau diajak Kerjasama	
	15.20	wib	DS : - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dan terasa berat	2) Mengkaji kesadaran pasien Hasil : K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6	
	15.30	wib	DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6	3) Identifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil : pasien memiliki riwayat hipertensi	
	15.35	wib	- Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV pasien :	4) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK dan obs.kejang Hasil : tekanan darah pasien meningkat, pasien masih pusing,	
	15.40	wib	TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit S : 36.5 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 97%	5) Melakukan TTV Hasil : TD : 180/120 mmHg N : 102x/menit S : 36,5 C RR : 20x/menit SPO ₂ :98 %	
	15.45	wib	- Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras 1.Chronic thrombo embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri	6) Memonitor MAP Hasil : $\frac{185 + 120 \times 2}{3}$ = 142	
	15.50	wib	2.Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna	7) Menyediakan lingkungan tenang dan anjurkan bedrest Hasil : batasi pengunjung	
	16.00	wib	bilateral dan pons		
	16.10	wib			

		3. Tak tampak ICH 4. Brain atrofi disertai Atherosklerosis MCA Bilateral	8) Memberikan posisi semifowler Hasil : pasien dalam posisi 30-45 dengan posisi leher tidak menekuk				
	16.20 wib						
	17.00 wib		9) Memberikan injeksi IV line Hasil : citicoli 500mg				
			10) Mengganti cairan infus PZ 1500 cc : 14 tpm				
2.	17.10 wib	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase d.d : DS : Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas dan sulit digerakkan	1) Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot Hasil :				
			kekuatan otot :				
			<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table>	3	5	3	5
3	5						
3	5						
		DO :	keterangan :				
		- K/U lemah	3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan				
		- Kesadaran <i>Composmentis</i>					
		GCS E4 V5 M6	5 : kekuatan otot penuh				
	17.20 wib	- Pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas, pasien hanya terbaring di tempat tidur					
		- ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	2) Mengajarkan pasien untuk melakukan ROM pasif				
		- kekuatan otot menurun :	- Leher fleksi, leher lateral fleksi kanan kiri, Leher hiperekstensi , Rotasi leher Bahu fleksi, bahu ekstensi, bahu Abduksi, bahu aduksi, bahu hiperekstensi, sirkumduksi bahu				
		<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table>	3	5	3	5	- Siku fleksi, siku ekstensi
3	5						
3	5						
			- Lengan bawah				

18.30 wib

keterangan :
3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan
5 : kekuatan otot penuh

- Pasien lemah dan terbaring ditempat tidur
 - Terdapat gangguan Nervus XI Asesorius : pasien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kanan
 - Reflek Fisiologis
 - Trisep : kanan (+), kiri (+)
 - Bisep : kanan (+), kiri (+)
 - Patella : kanan (-), kiri (+)
 - Reflek Patologis
- Babinski : kanan (+), kiri (-)

- supinasi, pronasi
 - Pergelangan ekstensi, pergelangan fleksi, pergelangan abduksi, adduksi
 - Jari tangan abduksi, adduksi, oposisi, sirkumduksi
 - Panggul fleksi, abduksi, adduksi, sirkumduksi rotasi eksternal, rotasi internal, hiperekstensi
 - Lutut fleksi, ekstensi
 - Pergelangan kaki plantar fleksi, dorso fleksi,
 - Jari kaki fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi
- 3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan ROM pasif
- Mengubah posisi pasien dengan miring kanan dan miring kiri tiap 2-4 jam sekali

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.13 Evaluasi

NO. DX	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
	24 maret 2025 20.00 wib	Perfusi Jaringan serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi d.d : DS : - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dan terasa berat DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV pasien : TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit S : 36,5 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 97% - Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras 1.Chronic thrombo embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri 2.Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna bilateral dan pons 3. Tak tampak ICH 4.Brain atrofi disertai Atherosklerosis MCA Bilateral	S : pasien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dan merasa berat O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri pasien 6 (nyeri sedang) - TTV pasien TD : 178/104 mmHg N : 109x/menit S : 36,6 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

24 Maret 2025	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase d.d :	S :				
20.00 wib	DS : Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas dan sulit digerakkan	pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas sulit digerakkan.				
	DO :	O :				
	- K/U lemah	-K/U lemah,				
	- Kesadaran <i>Composmentis</i>	kesadaran				
	GCS E4 V5 M6	<i>composmentis</i>				
	- Pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas, pasien hanya terbaring di tempat tidur	GCS E4 V5 M6				
	- ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	-pasien masih mengalami				
	- kekuatan otot menurun :	keterbatasan dalam melakukan aktivitas				
	<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	-ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat
3	5					
3	5					
	keterangan :	-TTV pasien				
	3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan	TD : 178/104 mmHg				
	5 : kekuatan otot penuh	N : 109x/menit				
	- Pasien lemah dan terbaring ditempat tidur	S : 36,6 c				
	- Terdapat gangguan Nervus XI Asesorius : pasien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kanan	RR : 20x/menit				
	- Reflek Fisiologis	SPO ₂ : 98% -				
	- Trisep : kanan (+), kiri (+)	Kekuatan otot:				
	- Bisep : kanan (+), kiri (+)	<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5
3	5					
3	5					
	- Patella : kanan (-), kiri (+)	keterangan :				
	- Reflek Patologis	3 : mampu mengangkat melawan				
	- Babinski : kanan (+), kiri (-)	gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan				
		5 : kekuatan otot penuh				
		A : Masalah belum teratasi				
		P : lanjutkan intervensi				

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.14 Catatan Perkembangan

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (S O A P)
25 Maret 2025	Perfusi Jaringan serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi d.d :		Jam 14.00 wib
08.00 wib	DS : - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dan terasa berat	1) Mengkaji kesadaran pasien Hasil : K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6	S : pasien mengatakan pusing dikepalanya sudah berkurang dan sudah tidak berat O :
08.10 wib	DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6	2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK dan obs.kejang Hasil : tekanan darah pasien menurun, pasien pusingnya sudah berkurang	- K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik
08.20 wib	- Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang)	3) Melakukan TTV Hasil : TD : 175/122 mmHg N : 90x/menit S : 36 C RR : 20x/menit SPO ₂ :98 %	- Skala nyeri pasien 3 (nyeri ringan) - TTV pasien TD : 160/100mmHg N : 92x/menit S :36,2 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 100%
08.30 wib	- TTV pasien : TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit S : 36.5 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 97%	4) Memonitor MAP Hasil : $\frac{175 + 122 \times 2}{3} = 140$	A : Masalah teratasi Sebagian
08.35 wib	- Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras	5) Menyediakan lingkungan tenang dan anjurkan bedrest Hasil : batasi pengunjung	- Nyeri pasien sudah berkurang - Skala nyeri turun menjadi 4 (nyeri sedang)
09.15 wib	1.Chronic thrombo embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri 2.Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna bilateral dan pons	6) Memberikan posisi semifowler Hasil : pasien dalam posisi 30-45 dengan posisi leher tidak menekuk	- Tekanan darah sistolik dan diastolic membaik P : Lanjutkan intervensi
10.00 wib	3. Tak tampak ICH	7) Memberikan injeksi IV line Hasil : citicoli 500mg	
10.30 wib	4.Brain atrofi disertai Atherosklerosis MCA Bilateral	8) Mengganti cairan infus PZ 1500 cc : 14 tpm	
25 Maret 2025	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase d.d :	1) Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot Hasil :	Jam 14.00 WIB
08.10 wib	DS : Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa		S : pasien mengatakan tangannya masih lemas, tetapi kakinya

	lemas dan sulit digerakkan			sudah bisa digeser dan digerakkan				
	DO :	<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5		O :
3	5							
3	5							
	- K/U lemah	keterangan :		-K/U lemah, kesadaran				
	- Kesadaran	3 : mampu mengangkat		<i>composmentis</i> GCS E4				
	<i>Composmentis</i> GCS E4	melawan gravitasi tapi tidak		V5 M6				
	V5 M6	mampu melawan tahanan		-pasien masih				
08.40 wib	- Pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas, pasien hanya terbaring di tempat tidur	5 : kekuatan otot penuh		mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas				
	- ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat	2) Mengajarkan pasien untuk melakukan ROM pasif		-ADL pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat				
	- kekuatan otot menurun :	- Leher fleksi, leher lateral fleksi kanan kiri, Leher hiperekstensi , Rotasi leher		-TTV pasien				
	<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	- Bahu fleksi,bahu ekstensi, bahu Abduksi, bahu aduksi, bahu hiperekstensi, sirkumduksi bahu		TD : 160/100 mmHg
3	5							
3	5							
	keterangan :	- Siku fleksi, siku ekstensi		N : 92x/menit				
	3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan	- Lengan bawah supinasi, pronasi		S :36,2 c				
	5 : kekuatan otot penuh	- Pergelangan ekstensi, pergelangan fleksi, pergelangan abduksi, adduksi		RR : 20x/menit				
	- Pasien lemah dan terbaring ditempat tidur	- Jari tangan abduksi, adduksi, oposisi, sirkumduksi		-SPO ₂ : 100%				
	- Terdapat gangguan Nervus XI Asesorius : pasien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kanan	- Panggul fleksi, abduksi, adduksi, sirkumduksi rotasi eksternal, rotasi internal, hiperekstensi		-Kekuatan otot :				
	- Reflek Fisiologis	- Lutut fleksi, ekstensi		<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5
3	5							
3	5							
	- Trisep : kanan (+), kiri (+)	- Pergelangan kaki plantar fleksi, dorso fleksi,		keterangan :				
	- Bisep : kanan (+), kiri (+)	- Jari kaki fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi		3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan				
	- Patella : kanan (-), kiri (+)	3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan ROM pasif		5 : kekuatan otot penuh				
	- Reflek Patologis			A : Masalah teratasi Sebagian				
	- Babinski : kanan (+), kiri (-)			- Kekuatan otot meningkat				
11.00 wib		Mengubah posisi pasien dengan miring kanan dan miring kiri tiap 2-4 jam sekali		P : lanjutkan intervensi				

26 Maret 2025	Perfusi Jaringan serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi d.d :	1) Mengkaji kesadaran pasien Hasil : K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6	Jam 14.00 WIB
08.00 wib	DS : - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dan terasa berat		S : pasien mengatakan pusing kepalanya sudah berkurang dan tidak berat
08.10 wib	DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6	2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK dan obs.kejang Hasil : tekanan darah pasien menurun, pasien sudah tidak merasa pusing,	O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6
08.15 wib	- Akral dingin - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV pasien : TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit S : 36.5 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 97%	3) Melakukan TTV Hasil : TD : 150/98 mmHg N : 89x/menit S : 36,4 C RR : 20x/menit SPO ₂ :100 %	- Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri pasien 1 - TTV pasien TD : 145/95 mmHg N : 90x/menit S :36,5 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 100%
08.17 wib	- Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras	4) Memonitor MAP Hasil : $\frac{150 + 89 \times 2}{3} = 109$	A : Masalah belum teratasi - Nyeri kepala pasien sudah berkurang - Skala nyeri 1 - Tekanan darah sistolik dan diastolic membaik
08.30 wib	1.Chronic thrombo embolic cerebral infarction to encephalomalacia di lobus temporo-occipitalis kiri 2.Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction di pericornu ventrikel lateralis et corona radiata et capsula interna bilateral dan pons 3. Tak tampak ICH 4.Brain atrofi disertai Atherosklerosis MCA Bilateral	5) Menyediakan lingkungan tenang dan anjurkan bedrest Hasil : batasi pengunjung	P : Intervensi dihentikan pasien KRS
09.00 wib		6) Memberikan posisi semifowler Hasil : pasien dalam posisi 30-45 dengan posisi leher tidak menekuk	
09.30 wib		7) Memberikan injeksi IV line Hasil : citicoli 500mg	

26 Maret 2025	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase d.d :	1) Mengkaji kemampuan motoric dan memeriksa kekuatan otot Hasil :	Jam 14.00 WIB				
08.00 wib	DS : Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas dan sulit digerakkan		S : pasien mengatakan tangannya masih lemas, kakinya sudah bisa digeser dan digerakkan				
	DO : - K/U lemah - Kesadaran	<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> keterangan : 3 : mampu mengangkat	3	5	3	5	O : -K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6
3	5						
3	5						

08.30 wib	Composmentis GCS E4 V5 M6 - Pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas, pasien hanya terbaring di tempat tidur - ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat - kekuatan otot menurun : <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> keterangan : 3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan 5 : kekuatan otot penuh - Pasien lemah dan terbaring ditempat tidur - Terdapat gangguan Nervus XI Asesorius : pasien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kanan - Reflek Fisiologis - Trisep : kanan (+), kiri (+) - Bisep : kanan (+), kiri (+) - Patella : kanan (-), kiri (+) - Reflek Patologis - Babinski : kanan (+), kiri (-)	3	5	3	5	melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan 5 : kekuatan otot penuh 2) Mengajarkan pasien untuk melakukan ROM pasif - Leher fleksi, leher lateral fleksi kanan kiri, Leher hiperekstensi , Rotasi leher - Bahu fleksi,bahu ekstensi, bahu Abduksi, bahu aduksi, bahu hiperekstensi, sirkumduksi bahu - Siku fleksi, siku ekstensi - Lengan bawah supinasi, pronasi - Pergelangan ekstensi, pergelangan fleksi, pergelangan abduksi, adduksi - Jari tangan abduksi, adduksi, oposisi, sirkumduksi - Panggul fleksi, abduksi, adduksi, sirkumduksi rotasi eksternal, rotaksi internal, hiperekstensi - Lutut fleksi, ekstensi - Pergelangan kaki plantar fleksi, dorso fleksi, - Jari kaki fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi 3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan ROM pasif Mengubah posisi pasien dengan miring kanan dan miring kiri tiap 2-4 jam sekali	-pasien masih mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas -ADL pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat -TTV pasien - TD : 142/95 mmHg - N : 90x/menit - S :36,5 c - RR 20x/menit - SPO₂ : 100% - - Kekuatan otot : <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> keterangan : 3 : mampu mengangkat melawan gravitasi tapi tidak mampu melawan tahanan 5 : kekuatan otot penuh A : Masalah teratasi Sebagian - Kekuatan otot meningkat P : Interevnsi dihentikan pasien KRS	3	5	3	5
	3	5									
3	5										
3	5										
3	5										
10.30 wib											

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.14 Hasil Analisis

Analisis		
Teori	Fakta	Keterangan
1. Identitas Pasien Identitas Umum adalah identitas pasien yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor register, usia, agama, status perkawinan, pekerjaan dan tanggal masuk rumah sakit	Berdasarkan hasil penelitian pasien stroke iskemik pada Ny.S dengan usia 75 tahun, pekerjaan berkebun, Pendidikan terakhir SD, beragama islam, alamat Dongko Trenggalek, diagnose medis CVA Infark, tanggal MRS 22 Maret 2025, tanggal pengkajian 24 Maret 2025	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
2. Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Keluhan utama pada pasien dengan stroke iskemik biasanya akan terlihat bila sudah terjadi disfungsi neurologis. Keluhan yang sering didapatkan meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, konvulsi (kejang), sakit kepala yang hebat, nyeri otot, kaku kuduk, sakit punggung, tingkat kesadaran menurun (GCS < 15), ekstremitas dingin, dan ekspresi rasa takut, dan membutuhkan pemenuhan kebutuhan personal hygiene yang berupa mengalami bibir berdarah bau badan, bau rambut kuku tangan atau kuku kaki kotor, bau mulut dan kulit kering.	- Saat MRS: Pusing berputar, tangan dan kaki kanan terasa lemas sulit digerakkan, bicara cedal - Saat Pengkajian: Pusing berputar , tangan dan kaki kanan terasa lemas sulit digerakkan	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
3. Riwayat Penyakit Sekarang adalah perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini seperti onset atau sejak kapan, lokasi, kronologis, kualitas (rasa sakit yang dirasakan), kuantitas (seberapa sering dirasakan), gejala	Pada hari Jum'at tanggal 21 Maret 2025 pukul 19.00 WIB pasien tiba tiba merasakan pusing berputar dan jatuh dari tempat tidur, pada hari sabtu tanggal 22 Maret 2025 pukul 10.00 pasien mengalami lemas serta tangan dan kaki kanan sulit	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

penyerta dan faktor pencetus. Riwayat penyakit sekarang yang mungkin didapatkan meliputi pasien biasanya merasakan sakit kepala, mual muntah bahkan mengalami kejang sampai tidak sadarkan diri, kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak	digerakkan pasien langsung dibawa ke PKM Dongko, saat tiba di PKM Dongko pasien bicara sedikit cedal. Pada pukul 14.30 pasien dirujuk ke RSUD dr. Soedomo, pasien tiba di IGD pada pukul 15.00 dengan kondisi sadar, masih lemas, pusing, tangan dan kaki kanan sulit digerakkan serta bicara sedikit cedal. Kemudian pasien di bawa ke ruang Unit Stroke pada pukul 20.00 WIB. Saat pengkajian pada hari Senin 24 Maret 2025 pukul 15.30 pasien mengatakan masih merasa pusing berputar, tangan dan kaki kanan masih lemas sulit digerakkan pasien sudah tidak mengalami gangguan bicara (cedal).	
4. Riwayat penyakit dahulu adalah keluhan seputar apakah dulu pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya, dan apakah pernah dioperasi sebelumnya, hal ini berguna untuk mengetahui hubungan penyakit yang diderita saat ini. Adanya riwayat hipertensi, stroke, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan koagulan, aspirin dan kegemukan/obesitas	Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi 3 tahun yang lalu dan minum obat penurun tensi jika terasa pusing	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
5. Riwayat Kesehatan keluarga adalah suatu penyakit yang ditimbulkan karena keadaan keluarga yang tidak sehat ataupun kondisi lingkungan yang terkait. Adanya generasi dari keluarga yang memiliki keluhan yang sama dirasakan pada pasien. Dalam hal ini kaji penyakit penyerta yang pernah diderita keluarga pasien seperti diabetes mellitus dan obesitas, adakah keluarga pasien yang menderita penyakit stroke sebelumnya seperti penyakit keturunan yang diperoleh dari beberapa	Pasien mengatakan ada riwayat hipertensi dari orang tuanya	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

mekanisme yaitu faktor genetik, faktor kepekaan genetik, faktor lingkungan, dan gaya hidup		
6. Pola Istirahat dan Tidur Pasien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat tidur (nyeri/kejang otot) (Getudris, 2019).	-Saat dirumah Pasien mengatakan pasien tidur siang pukul 12.00-13.00 WIB dan tidur malam pukul 22.00-04.30 WIB. Pasien tidak ada masalah dalam tidurnya, total tidur Pasien dalam sehari 7,5 jam - Saat di RS Pasien mengatakan sering terbangun karena merasa pusing dan ramai. Pasien tidak pernah tidur siang dan tidur malam pukul 21.00 WIB – 05.00 WIB	Adanya Kesesuaian antara teori dan fakta
7. Pola Eliminasi Pasien stroke akan mengalami perubahan dalam eliminasi, baik BAK maupun BAB. Gejalanya : perubahan pola kencing, distensi abdomen, bising usus negatif.	Saat dirumah Pasien mengatakan BAB 1x dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dengan bau khas feces. Pasien mengatakan BAK ± 6-7x perhari dengan warna jernih Dalam BAB dan BAK Pasien tidak ada masalah -Saat di RS Pasien mengatakan selama di RS sampai pengkajian ini Pasien sudah BAB selama 2x, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dengan bau khas feces Pasien mengatakan saat ini memakai pampers, sehari ganti 3x dengan kondisi pampers penuh Dalam BAB dan BAK Pasien tidak ada masalah	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami perubahan dalam BAB dan BAK

8. Pola Makan dan Minum Biasanya akan mengalami gejala hilangnya nafsu makan, mual muntah, hilang rasa pada lidah, pipi, dan tenggorokan, disfagia, kesulitan menelan.	Saat dirumah Pasien mengatakan makan 3x sehari pada pagi, siang, dan malam dengan komposisi nasi, sayur, dan lauk Pasien mengatakan minum sehari $\pm$ 2 liter Dalam makan dan minum pasien tidak ada masalah, Pasien tidak memiliki alergi pada makan dan minum. -Saat di RS Pasien mengatakan makan 3x (12.00), dan sore sehari pagi (06.00), siang (17.00) Pasien diberikan diit TKTPRG dengan bentuk lunak, setiap makan Pasien tidak selalu menghabiskan 1 porsi penuh karena merasa hilang nafsu makan Pasien mengatakan minum air putih 1,5 liter dalam sehari, dan diberikan susu pada pagi hari sekitar 200cc Pasien tidak ada masalah dalam makan dan minum, serta Pasien tidak ada alergi.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
9. Kebersihan Diri atau Personal Hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan disibin dan oral hygiene (Tarwoto, 2013)	-Saat dirumah Pasien mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 3x dalam seminggu, memotong kuku 1x dalam seminggu sesuai dengan kondisi kukunya. -Saat di RS Pasien mengatakan di RS hanya disibin oleh keluarganya 2x dalam sehari, gosok gigi 1x dan dibantu oleh keluarganya, Pasien belum keramas selama di RS.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
10. Pola kegiatan atau Aktivitas Pasien stroke iskemik biasanya akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas, karena mengalami kelemahan/penurunan kekuatan	-Saat dirumah Pasien mengatakan saat dirumah kegiatannya berkebun -Saat di RS Pasien mengatakan saat di RS pasien terbatas untuk melakukan aktivitas karena harus bedrest dulu.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

otot, kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran dan hilang rasa.		
11. Data Psikososial : A. Konsep Diri:		
a). Gambaran diri/ citra diri pasien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan pasien tidak mau membebani keluarganya, sehingga pasien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan b).Ideal diri Pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya c). Harga diri pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif d). Peran Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara e). Identitas diri Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan	pasien seorang perempuan berumur 75 tahun, seorang Ibu dan Nenek pasien mengetahui jika dirinya sedang sakit, pasien pasrah kepada tuhan agar segera diberikan kesembuhan. Pasien mempunyai harapan yang besar untuk sembuh dan segera kembali pulang untuk memenuhi kebutuhan keluarga rumah. Pasien mengatakan merasa tidak berdaya, seharusnya ia dirumah untuk bisa melayani keluarganya. Pasien mengatakan sebagai seorang ibu dan nenek, tetapi saat ini pasien sakit dan didampingi oleh anaknya. pasien mengatakan dirinya bernama Ny.S berusia 75 tahun alamat di Dongko.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
12. Pola peran dan hubungan dengan orang lain Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara	Pasien tidak mengalami kesulitan berkomunikasi, pasien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan bahasa jawa. Tetapi pasien sukar untuk berkomunikasi dengan orang lain	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

13. Pola seksual Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine merupakan terjadinya penurunan pada gairah	Pasien berjenis kelamin perempuan, berusia 75 tahun, sudah menikah, pasien sudah menopause, pasien memiliki 3 anak. Pasien sudah tidak melakukan hubungan seks.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
14. Pola mekanisme koping pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi	Pasien mengatakan mengalami kesulitan untuk memecahkan suatu masalah	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
15. Pola kognitif dan persepsi sensori Terdapat gangguan penglihatan atau kaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif	Pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, pasien mampu berorientasi dengan baik.
16. Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama pasien. Bagaimana aktifitas spiritual pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya.	pasien mengatakan agamanya islam, sebelum sakit biasanya menjalankan sholat 5 waktu, sedangkan selama di RS pasien sholat 5 waktu ditempat tidur, dan pasien percaya bahwa Allah itu esa.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
17. Pemeriksaan Fisik A. Kesan umum/keadaan umum : Tingkat kesadaran pada pasien stroke iskemik yaitu delirium, latergi, stupor, atau koma. Biasanya tanda-tanda vital pasien akan mengalami peningkatan yaitu pada tekanan darah dan TIK	K/U lemah, kesadaran <i>composmetis</i> GCS E4 V5 M6, E(4) : membuka mata dengan spontan, V(5) : orientasi baik dan sadar, M(6) : mengikuti perintah yang diberikan. TD : 190/97 mmHg N : 103x/menit	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami penurunan kesadaran.

B. Tanda – tanda vital Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi C. Pemeriksaan Kepala dan Leher Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. Mata Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor	S : 36.5 c RR : 20x/menit SPO₂ : 97% BB : 55 kg TB : 150 cm Bentuk kepala normal , rambut terlihat lepek Muka simetris Mata lengkap, simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sclera berwarna putih, kedua pupil miosis isokor, pergerakan bola mata normal, pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami penurunan penglihatan (kabur).
---	--	---

Hidung Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) Telinga Kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak, terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak Mulut dan Faring Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir Leher Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi	Tulang hidung dan septum nasi berada di tengah, tidak terdapat secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau. Telinga simetris antara kanan dan kiri, ukuran sama besar, terdapat sedikit serumen, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan di pendengaran klien. Bibir simetris, bibir lembab, lidah putih, terdapat caries gigi, uvula ditengah, pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan. Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pemebesaran vena jugularis, dan nadi carotis teraba. Tidak ada benjolan pada bagian payudara maupun ketiak, payudara simetris antara kanan dan kiri, aerola berwarna kecoklatan.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami gangguan penciuman. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan, pasien tidak cedal atau pelo, tidak mengalami kesulitan dalam berbicara, serta kelemahan pada lidah. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
--	--	--

Pemeriksaan payudara dan ketiak Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada pasien stroke		
Pemeriksaan thorax/dada 1). Pemeriksaan Paru Inspeksi Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest(bentuk dada cekung),barrel chest(mengembung),frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan Palpasi Untuk menilai tactile fremitus Perkusi Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor. Auskultasi pada pasien dengan tingkat kesadaran Compos mentis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada pasien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapt bunyi nafas tambahan 2). Pemeriksaan Jantung - Inspeksi Ictus kordis tidak Nampak Palpasi Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra Perkusi Suara jantung pekak	Bentuk normal chest, pernafasan regular, tidak ada <i>retraksi intercostal</i>. <i>Vocal vrementus</i> (getaran) sama antara lapang paru kanan dan kiri. Suara paru sonor Suara nafas <i>vesikuler</i>, tidak ada suara nafas tambahan seperti <i>ronchi</i> dan <i>wheezing</i>. Tidak terdapat <i>pulsasi</i>. Teraba <i>ictus cordis</i> di ICS 4-5 <i>midclavicular sinistra</i>.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

Auskultasi Irama jantung reguler, terdengar suara jantung 1 dan 11, murmur atau gallop 3). Pemeriksaan Abdomen - inspeksi ada pernafasan perut (pernafasan diafragma) Auskultasi terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5- 35x/menit). Palpasi tidak teraba massa, tidak nyeri tekan Perkusi suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung 4). Pemeriksaan Genetalia Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC) 5). Pemeriksaan Ekstermitas Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh	Suara jantung pekak. Terdapat bunyi jantung di ICS 4,5 (lup), dan ICS 2 (dup) Bentuk abdomen buncit, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah. Bising usus 10x/menit Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa. Terdengar suara <i>tympani</i>. Tidak ada kelainan, dan tidak terdapat luka/lesi pada genetalia, pasien mampu menahan kencing, pasien tidak terpasang kateter Terdapat kelemahan pada ekstremitas kanan Kekuatan otot <table><tr><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	2	5	2	5	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
2	5					
2	5					

6). Pemeriksaan Integumen dan Kuku Jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bed rest 7). Pemeriksaan Neurologis - Tingkat kesadaran (secara kuantitatif) /GCS : GCS < 12 pada awal terserang stoke, saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15. Syaraf otak (Nervus Cranialis) a). Nervus I Olfaktorius : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman anatara kiri dan kanan berbeda b). Nervus II Optik : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada pasien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 dan gangguan lapang pandang. c). Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah. d). Nervus IV Trochlearis : pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas. e). Nervus V Trigemini : pasien mampu menggerakkan otot rahang. f). Nervus VI Abducent : pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar. g). Nervus VII Fasialis : pasien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.	Keterangan: : Tidak mampu melawan gravitasi, hanya mampu bergeser 5 : Kekuatan otot penuh Kulit lembab, akral dingin, turgor kembali < 2 detik, tidak ada edema, tidak ada luka dekubitus pada daerah yang menonjol, CRT < 2 detik. E4 V5 M6 a). Nervus I Olfaktorius : Penciuman pasien baik, pasien masih mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih penglihatan pasien baik, mampu melihat tanpa alat bantu, pasien dapat membaca dengan jarak ±1,5 meter.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
---	--	---

h). Nervus VIII Vestibulococlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo). i). Nervus IX Glossofaringeus : pasien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan j). Nervus X Vagus : kemampuan pasien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan. k). Nervus XI Asesorius : pasien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat. l). Nervus XII Hipoglosu : pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara - Fungsi motorik dan sensorik : Pada fungsi motorik dapat mengetahui kekuatan otot pada anggota gerak, terutama pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada fungsi sensorik pada sentuhan/raba kemampuan pasien untuk merasakan sentuhan pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada rasa pasien mampu atau tidaknya merasakan rasa yang diberikan. Pada bau pasien mampu tidaknya bau yang diberikan Reflek Refleks fisiologis, seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan reflek patologis, seperti refleks plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis	Pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya). pasien mampu menggerakkan bola mata kearah atas dan bawah. pasien dapat menggerakkan otot rahang. pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri. Pasien mampu mengerutkan dahi, muka pada pasien simetris. pasien saat dipanggil ada respon. pasien tidak mengalami kesulitan berbicara (cedal) kata yang diucapkan jelas dan pasien mampu membedakan rasa seperti asin, manis, dan kecut.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami gangguan pada penglihatannya. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu wajah pasien simetris antara kanan dan kiri.
--	---	--

	pasien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan. pasien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kiri. pasien masih mampu menjulurkan lidah. pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan, dengan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 2 yaitu tidak dapat melawan gravitasi, hanya mampu bergese sensorik : - Raba : pasien dapat meraskan sentuhan yang diberikan pada tubuh menggunakan kapas. - Rasa : pasien mampu merasakan asin, manis dengan menyeringai saat diberi rasa asin. - Bau : pasien mampu mencium minyak kayu putih.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami gangguan pendengaran Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien mampu membedakan rasa seperti asin, manis, dan asam. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pasien tidak mengalami gangguan menelan. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
--	---	--

	- Trisep : kanan (+), kiri (+) - Bisep : kanan (+), kiri (+) - Patella : kanan (-), kiri (+) - Keterangan : (+) : Terdapat reflek (-) : Tidak terdapat reflek - Babinski : kanan (+), kiri (-) - Keterangan : (-) : Terdapat reflek (+) : Tidak terdapat reflek	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
18. Diagnosa 1. Gangguan Perfusi Jaringan (0009) 2. Defisit perawatan diri (D.0109) 3. Resiko Defisit Nutrisi (D.0032) 4. Gangguan komunikasi verbal (D.0119) 5. Gangguan persepsi sensori (D.0085) 6. Gangguan eliminasi urin (D.0040) 7. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	1) Gangguan perfusi jaringan serebral b.d Suplai darah dan O ₂ ke otak menurun 2) Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase Sesuai dengan yang disusun penulis	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. (Tidak semua diagnose muncul pada pasien)
19. Intervensi Intervensi keperawatan merupakan salah satu tahap dalam proses keperawatan, yang merupakan suatu perencanaan yang dilakukan oleh perawat terhadap diagnosa keperawatan dan diagnose pasti yang sudah didapat agar pasien dapat memiliki status Kesehatan yang baik. Intervensi keperawatan harus spesifik dan	Sesuai yang ditulis penulis	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. (Tidak semua intervensi dapat dilakukan pada pasien).

dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan.		
20. Implementasi Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. (Implementasi dilakukan sesuai intervensi dan sesuai kondisi pasien).
21. Evaluasi Langkah terakhir dari metode asuhan keperawatan merupakan evaluasi yang bertujuan dari sejauh mana rencana keperawatan tercapai, dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang diamati dengan tujuan serta kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Melihat serta menilai kemampuan pasien untuk mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan asuhan keperawatan sudah tercapai/belum, mengkaji apa penyebab tujuan keperawatan belum tercapai merupakan tujuan dari evaluasi	Peneliti melakukan observasi selama 3 hari dengan hasil evaluasi masalah teratasi sebagian.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. (Mengevaluasi pasien sebelum maupun sesudah melakukan tindakan untuk mengetahui adanya perkembangan)

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian, pola eliminasi, pola kognisi dan persepsi sensoris, pemeriksaan fisik meliputi (keadaan umum, mata, hidung, mulut dan faring).

1) Pola Eliminasi

Berdasarkan data pengkajian didapatkan pasien tidak mengalami gangguan pada eliminasi. Secara teori Pasien stroke akan mengalami perubahan dalam eliminasi, baik BAK maupun BAB. Gejalanya : perubahan pola kemih, distensi abdomen, bising usus negatif (Tarwoto,2013)

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa asupan nutrisi pasien yang mengandung serat tercukupi, jadi BAB pasien dalam batas normal dan tidak mengalami konstipasi

2) Pola Kognisi dan Persepsi

Berdasarkan data pengkajian didapatkan pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama, orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan proses berpikir.

Secara teori Terdapat gangguan penglihatan atau kekaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensoris, sedangkan terdapat penurunan

memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien tidak mengalami gangguan pada pola kognisi dan persepsi. Hal ini dibuktikan pada pemeriksaan terhadap Ny.S pasien mampu menceritakan hal yang telah berlalu dan tidak mengalami penurunan proses berpikir karena pasien diberikan terapi obat citicoline yang salah satu kegunaannya yaitu mencegah gangguan memori pada penderita stroke.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Berdasarkan data pengkajian didapatkan K/U lemah, kesadaran composmentis GCS E4V5M6. Secara teori Tingkat kesadaran pada pasien stroke iskemik yaitu delirium, latergi, stupor, atau koma. Biasanya tanda-tanda vital pasien akan mengalami peningkatan yaitu pada tekanan darah dan TIK (Padila,2012)

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa yang pertama pada hasil CT Scan kepala tanpa kontras pasien luas area yang terkena hanya 1mm. Yang kedua pasien segera minta bantuan ke rumah sakit ketika mengalami gejala sehingga tidak sampai pada penurunan kesadaran.

b) Mata

Berdasarkan data pengkajian didapatkan mata lengkap, simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sclera berwarna putih, kedua pupil miosis isokor, pergerakan bola mata normal, pasien tidak mengalami masalah pada penglihatan.

Secara teori ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiawaty, 2020).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa dimungkinkan karena perfusi ke area okuler masih adekuta sehingga pasien tidak mengalami gangguan penglihatan.

c) Hidung

Berdasarkan data pengkajian didapatkan tulang hidung dan septum nasi berada di tengah, tidak terdapat secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau. Secara teori adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) (Griselda, 2023).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien tidak memiliki gangguan pada hidung karena keadaan pasien compos mentis dengan kesadaran penuh sehingga pernafasan pasien baik.

c). Mulut dan Faring

Berdasarkan data pengkajian didapatkan bibir simetris, pasien bisa membuka mulut, bibir lembab, lidah putih, terdapat caries gigi, uvula ditengah, pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan.

Secara teori adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Arnasya, 2023).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat berdasarkan pengkajian pada nervus didapatkan hasil bahwa kemampuan menelan pada pasien itu bagus ini dimungkinkan saraf yang terkena adalah saraf pada ekstermitas bukan pada saraf menelan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilaksanakan terdapat dua diagnose keperawat muncul pada Ny. S yaitu Gangguan Perfusi Jaringan serebral berhubungan dengan Suplai darah dan O₂ ke otak menurun, dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan Penurunan kekuatan otot karena hemiparase. Diagnosa pada teori ada 9 diagnosa, dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa tidak semua diagnosa dapat dirumuskan karena perumusan diagnosa merujuk pada tanda dan gejala yang muncul. Dari beberapa diagnosa yang ada dalam teori hanya dua diagnosa yang muncul pada saat pengkajian.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien Stroke Iskemik disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2022) dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data.

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Kusyani, 2022).

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 pasien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.4 Implementasi

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 24 Maret 2025 sampai 26 Maret 2025. Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Kusyani, 2022).

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta. Pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan penulis sebelumnya sudah berdasarkan intervensi yang sudah disusun dengan memperhatikan keamanan kondisi klien, dan mempertimbangkan standart operasional yang ada di lokasi pengambilan data supaya efektif dan efisien.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan pasien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien selama tiga hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, kondisi pasien sudah mulai ada sedikit perubahan. Berdasarkan teori, evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Hal yang terjadi pada kedua pasien karena pemulihan penyakit stroke membutuhkan waktu yang tidak singkat, sehingga perlu perawatan yang intensif dan berkelanjutan terutama pada pasien yang sudah mengalami kelemahan tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian terdapat kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta yang ada. Kesenjangan terdapat pada pola eliminasi, pola kognitif dan persepsi sensori, pemeriksaan fisik yaitu (keadaan umum, mata, hidung, mulut dan faring).

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 2 diagnosa, yaitu pasien dengan Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan oksigen ke otak menurun, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot karena hemiparase. Pada konsep teori *Stroke Iskemik* terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa ditemukan.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa

keperawatan yang muncul yaitu pasien dengan Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan oksigen ke otak menurun, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot karena *hemiparase*.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan pasien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi pasien mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil maksimal.

5.1.6 Analisa

Dari data pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik yang telah dilakukan, peneliti menganalisa pasien tersebut dengan hasil terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian didapatkan kesenjangan pola kognitif dan persepsi sensori, pemeriksaan fisik mata, hidung, mulut dan faring, pemeriksaan ekstremitas, tingkat kesadaran (secara ekstremitas), tingkat kesadaran (secara kuantitatif), syaraf otak (*nervous cranialis*).

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

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

5.2.2 Bagi Institusi

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan dalam memberikan Asuhan Keperawatan khususnya pada pasien yang mengalami *Stroke Iskemik*.

5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

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

5.2.4 Bagi Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Alexandrov, A. V. (2023). Stroke Iskemik.
- dr. Adika Mianoki, S. (2021). klasifikasi stroke iskemik.
- Damawiyah. (2015). *peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien stroke* . Retrieved from peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien stroke .
- Eka. (2023). Asuhan Keperawatan Pada klien CVA.
- Hariyanti. (2020). Mengenal Stroke dengan cepat.
- Hidayat, A. A. (2008). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data. Jakarta: Salemba Medika
- Lusiana, n. (2019). *asuhan keperawatan pasien stroke iskemik pada Ny.D dan Tn. K dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik diruang melati rsud dr,haryoto lumajang* . Retrieved from asuhan keperawatan pasien stroke iskemik pada Ny.D dan Tn. K dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik diruang melati rsud dr,haryoto lumajang.
- Hospitals, s. (2023, 10 31). *Stroke Iskemik: Penyebab, Gejala, dan Pencegahannya*. Retrieved from Stroke Iskemik: Penyebab, Gejala, dan Pencegahannya.
- Hellosehat. (2023). *sebab akibat penyakit stroke* . Retrieved from sebab akibat penyakit stroke.
- Krisyanti. (2021). *angka kejadian stroke di ruang unit stroke rsud dr.soedomo trenggalek* . Retrieved from angka kejadian stroke di ruang unit stroke rsud dr.soedomo trenggalek .
- MyOona. (2024). Stroke Iskemik: Pengertian, Gejala, dan Penyebabnya.
- Murtiningsih, Dina (2019) *Asuhan Keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri; Mandi di RSUD Dr Hardjono Ponorogo*
- Mutiarasari. (2014). *angka kejadian stroke iskemik* . Retrieved from angka kejadian stroke iskemik .
- Putri, Nurul Fajriyah (2022) *Asuhan keperawatan dengan gangguan sirkulasi pada kasus stroke non Hemoragik terhadap NY. S di ruang fresia lantai 3RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara tanggal 23-25 November 2021*

- Sulistyawati. (2020). *asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemorogik yang dirawat di rumah sakit* . Retrieved from asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemorogik yang dirawat di rumah sakit .
- Sugiyono. 2018. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D, penerbit Alfabeta,Bandung
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Sagung Seto
- Tarwoto. (2013). *penatalaksanaan terapi penyakit stroke* . Retrieved from *penatalaksanaan terapi penyakit stroke* .
- Tejo Saksono, A. S. (2022). Asuhan keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik pada pasien dengan stroke iskemik. *vol 3 no 7 desember 2022*.
- Tusyya'diah, h. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di Irna non bedah saraf RSUP DR. M. djamil Padang.
- Winarni, Endang Widi. 2018. Teori dan Praktik Penelitian Kuantitatif Kualitatif. Jakarta: Bumi Aksara

Lampiran 1

LEMBAR INFORM CONSENT

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

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

Trenggalek,



Bandiyah

Lampiran 2



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

SURAT KETERANGAN
Nomor : 400.7.22.1/ 216 /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 : **INTAN YUDYAH DWILESTARI**
NIM : P17240221004
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, 21 Maret 2025
DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK

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

 Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 3 Formulir Pengajuan Tugas Akhir

PJM.Form.KTI.Kep.03.01.2023

FORMULIR
PENGAJUAN JUDUL TUGAS AKHIR

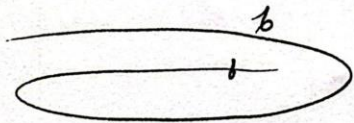
Nama Mahasiswa: INTAN YUDYAH DWILESTARI
NIM : P17240221004

Judul tugas akhir yang diusulkan berdasarkan prioritas:

No	Bidang/Departemen	Judul
1.	KMB	Asuhan Keperawatan pada klien dengan stroke iskemik Di ruang unit stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
2.		
3.		

Hari/Tanggal Pengumpulan: Jum'at. 16 Februari 2024
Pukul : 10.00 WIB

Mengetahui
Koordinator MK Karya Tulis Ilmiah


(.....)
NIP.

Trenggalek, 16 Februari 2024
Mahasiswa,


(INTAN YUDYAH DWILESTARI)

Lampiran 4 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 : Intan Yudyah Dwilestari
NIM : P17240221004
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di
ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Nama Pembimbing : Mimik Christiani, SST,M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1	10 Januari 2025	Pengajuan judul penelitian “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek - ACC judul - Melanjutkan susunan BAB 1	
2	13 Januari 2025	Bab I latar belakang introduksi - Alasan pengambilan judul - Skala masalah dan angka pendukung - Menambahkan kronologis - Menambahkan solusi	
3	15 Januari 2025	- Menyusun ulang susunan di latar belakang , pilih referensi pendukung - Melengkapi batasan masalah lebih spesifik - Melengkapi cara penulisan di tujuan	

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
5	16 Januari 2025	ACC Bab I Melanjutkan BAB berikutnya	
	17 Januari 2025	Bab II - Memperbaiki urutan penulisan - Penomoran harusurut sesuai aturan - Pathway harus dijelaskan sesuai bagan	
6	20 Januari 2025	- Melengkapi konsep teori - Revisi sesuai masukan	
7	21 Januari 2025	- ACC Bab II - Melanjutkan BAB berikutnya	
8	23 Januari 2025	Bab III - Memperbaiki batasan istilah - Menambahkan kalimat partisipan - Revisi sesuai masukan	
9	24 Januari 2025	- Memperbaiki daftar pustaka - Lengkapi patofisiologi - Menambahkan di metode penelitian	
10	27 Januari 2025	- Bab I referensi diperhatikan dan ditambah - Bab II tambah referensi terkait stroke iskemik - Bab III penyesuaian dengan bab sebelumnya - Perhatikan di metode penelitian	
11	2 Februari 2025	- Lengkapi sesuai urutan karya tulis ilmiah - ACC ujian Proposal	
12	10 April 2025	Bab IV - Menambahkan DS+DO - Menambahkan implementasi	

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
13	30 April 2025	- Meringkas kesenjangan teori dan fakta - Merevisi kesenjangan teori dan fakta - Menyesuaikan Bab V	
14	1 Mei 2025	- ACC Siap ujian seminar hasil	

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Intan Yudyah Dwilestari
 NIM : P17240221004
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di
 ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
 Nama Pembimbing : Ns. Tunik,S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1.	20-02-2025	- Memperbaiki latar belakang alinea 1 - Memperbaiki pathway - Memperbaiki diagnosa, intervensi - Memperbaiki pasrtisipan di Bab III	
2	26-02-2025	- Memperbaiki latar belakang - Memperbaiki dan menambah kalimat di latar belakang	
3	27-02-2025	- ACC - Melanjutkan BAB berikutnya	
4	20-05-2025	- Memperbaiki abstrak - Menambahkan no.DX - Memperbaiki pembahasan	
5	21-05-2025	- Memppperbaiki pembahasan - Menyesuaikan bab V	
6	22-05-2025	- ACC	

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBI NG

Lampiran 5 Format Pengkajian

FORMAT PENGKAJIAN

DATA KEPERAWATAN

BIODATA

Nama :

Jenis kelamin :

Umur :

Status perkawinan :

Pekerjaan :

Agama :

Pendidikan terakhir :

Alamat :

Diagnosa medis :

No. Register :

Tgl dan jam MRS :

Tgl dan jam Pengkajian :

Diagnosa Medis :

RIWAYAT KESEHATAN KLIEN

1. Keluhan utama / alasan masuk Rumah Sakit:

2. Riwayat penyakit sekarang :

3. Riwayat kesehatan yang lalu :

4. Riwayat kesehatan keluarga :

Genogram :

POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

A. POLA TIDUR / ISTIRAHAT

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Waktu Tidur		

2	Waktu Bangun		
3	Masalah Tidur		
4	Hal – Hal Yang mempermudah tidur		

5	Hal – Hal yang mempermudah pasien terbangun		
---	---	--	--

B. POLA ELIMINASI :

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	BAB		
2	BAK		

3	Kesulitan BAB dan BAK		
4	Upaya / cara mengatasi masalah tersebut		

C. POLA MAKAN DAN MINUM

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Jumlah dan Jenis Makanan		

2	Waktu Pemberian Makanan		
3	Jumlah dan Jenis Cairan		
4	Waktu Pemberian Cairan		
5	Pantangan dalam makan dan minum		

6	Masalah dalam pemenuhan makan dan minum		
7	Upaya mengatasi masalah		

D. KEBERSIHAN DIRI / PERSONAL HYGIENE

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Pemeliharaan badan		

2	Pemeliharaan mulut		
3	Pemeliharaan kuku		
4	Pemeliharaan rambut		

--	--	--	--

E. POLA KEGIATAN / AKTIVITAS LAIN :

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Aktivitas sehari-hari yang dilakukan		

DATA PSIKO SOSIAL

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 :

DATA SPIRITUAL

Pola nilai dan Kepercayaan klien :

PEMERIKSAAN FISIK

A. Kesan umum / keadaan umum :

B. Tanda – tanda vital

Suhu tubuh : Nadi

Tekanan darah : Respirasi

Tinggi badan : Berat badan

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 sdan sclera :

d. Pupil :

e. Kornea dan iris :

f. Pergerakan bola mata :

g. Ketajaman penglihatan / visus *) :

h. Medan penglihatan :

i. Tekanan bola mata *) :

Hidung

a. Tulang hidung dan posisi septum nasi :

b. Lubang hidung :

c. Cuping hidung :

3. Telinga

a. Bentuk telinga :

Ukuran telinga :

b. Lubang telinga :

c. Pemeriksaan pendengaran :

4. Mulut dan faring

a. Keadaan bibir :

b.Keadaan gusi dan gigi :

c. Keadaan lidah :

d.Faring :

5. Leher :

a. Posisi trakea :

b. Tiroid :

c. Suara ucapan :

d. Kelenjar lymphe :

e. Vena jugularis :

f. Denyut nadi carotis :

D. Pemeriksaan payudara dan ketiak

a. Ukuran dan bentuk payudara :

b. Warna payudara dan areola :

c. Kelainan – kelainan payudara dan puting :

d. Axila dan Clavicula :

E. Pemeriksaan thorak / dada

1. Pemeriksaan Jantung

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

2. Pemeriksaan paru :

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

F. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi

b. Auskultasi :

c. Palpasi

d. Perkusi

G. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

1. Genetalia

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

2. Anus dan perineum

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

H. Pemeriksaan Muskuloskeletal (ekstremitas)

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

I. Pemeriksaan integuman dan kuku

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

J. Pemeriksaaan Neurologi

1. Tingkat kesadaran (secara kwantitatif) / GCS :

2. Tanda – tanda rangsangan otak (Meningeal sign) :

3. Syaraf Otak (Nervus Cranialis) :

4. Fungsi motorik :

5. Fungsi sensorik :

6. Refleksi :

a. Reflek fisiologis :

b. Reflek patologis :

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan diagnostic / penunjang medis :

1. Laboratorium :

2. Rontgen :

3. E C G :

4. U S G :

5. lain – lain :

PENATALAKSANAAN DAN TERAPI:

Trenggalek,

(.....)

NIM :

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : _____

UMUR : _____

NO. REGISTER : _____

RUANG : _____

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
-----	------	---------	----------

--	--	--	--

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : _____

UMUR : _____

NO. REGISTER : _____

RUANG : _____

NO.	TGL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NAMA : _____
UMUR : _____
NO. REG : _____
RUANG : _____

No.	TANGGAL	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)	RASIONAL	TANDA TANGAN

IMPLEMENTASI

NAMA : _____ UMUR : _____

NO. REG : _____ RUANG : _____

NO.	TGL / JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN

EVALUASI

NAMA : _____

UMUR : _____

NO. REG : _____

RUANG : _____

NO. DX	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN

CATATAN PERKEMBANGAN

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (SOAP)

