

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE
DIRUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

LUKYA CITRA MARZHANDA

NIM : P17240223074



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

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE
DIRUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan
menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program
Studi Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

LUKYA CITRA MARZHANDA

NIM : P17240223074



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

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Lukya Citra Marzhanda
Tempat tanggal lahir : Trenggalek, 22 Agustus 2004
Agama : Islam
Alamat : Rt/Rw 34/13 Desa Pandean
Kecamatan Dongko, Kabupaten
Trenggalek, Jawa Timur
Handphone : 082245458515
Email : citramarzha@gmail.com



Riwayat Pendidikan:

1. MI Guppi Pandean lulus tahun 2016
2. SMPN 2 Dongko lulus tahun 2019
3. MAN 1 Trenggalek lulus tahun 2022
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3
Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek 2025

Riwayat Organisasi :

1. Anggota UKM Olahraga Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten
Trenggalek Periode 2022-2025
2. Anggota UKM Kahfi Gen Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten
Trenggalek Periode 2022-2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lukya Citra Marzhanda

Nim : P17240223074

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Jurusan

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

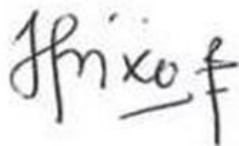
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar - benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan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

Mengetahui,

Trenggalek, 24 April 2025

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



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



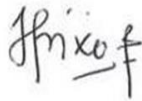
Lukya Citra Marzhanda
NIM : P17240223074

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Lukya Citra Marzhanda (P17240223074) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 24 April 2025

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Lukya Citra Marzhanda (P17240223074) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah dipertahankan di depan dewan penguji pada Kamis, 08 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep
NIP. 19770604 200501 1 013

Anggota Penguji



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

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“sesungguhnya Allah Bersama orang-orang yang sabar”

(QS Al- Baqarah: 153)

“Jangan pernah menyerah jika kamu masih ingin mencoba. Jangan biarkan penyesalan datang karena kamu selangkah lagi tuk menang”

Raden Adjeng Kartini

“Berdamai dengan apa yang terjadi, kunci dari semua masalah ini”

Mangu- Cover Azizah

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillah, tiada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala Rahmat Mu ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Atas takdirmu saya bisa menjadi pribadi yang berpikir dan berilmu untuk menyelesaikan tugas akhir dengan segala kekurangan. Terimakasih, sudah menghadirkan orang-orang yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Semoga keberhasilan tugas akhir ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku nanti.

Dengan ini saya persembahkan karya kecil untuk

Untuk Ayah dan Ibuku

Apa yang aku dapatkan saat ini tidak mampu membayar semua kebaikan, keringat, kasih sayang, bahkan air mata yang kalian berikan untukku. Terimakasih untuk do'a yang senantiasa selalu kau panjatkan untukku. Terimakasih, semoga semua perjuanganmu untukku dapat terbayar melalui anakmu, dan semoga ini menjadi langkah awal untuk membahagiakan kedua orang tuaku serta langkah menuju masa depanku yang cerah, sukses dan lebih baik.

Untuk Nenek dan Kakekku

Terima kasih telah membantu orang tuaku membesarkanku, merawatku, dan mengasihiku mulai dari kecil hingga sekarang. Terima kasih telah ada disaat aku berada dalam keadaan apapun dan selalu menunggu dan membantuku untuk

meraih kesuksesanku. Terima kasih banyak, semoga ini menjadi langkah awal menjawab semua harapan dan doa kalian untuk kesuksesanku.

Untuk Keluarga Besarku

Teruntuk Keluarga besarku terutama bulek, paklek dan adik-adikku yang selalu mendukungku, menyemangatiku, selalu ada disaat aku berada dalam keadaan apapun, dan yang selalu menunggu dan membantuku untuk meraih kesuksesanku, terimakasih banyak, semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan do'a kalian untuk kesuksesanku.

Untuk Bapak / Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.

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

Aamiin....

Untuk Sahabat-Sahabatku

Teruntuk teman-temanku terimakasih sudah membantu saya dalam keadaan senang maupun susah, mendengar keluh kesahku, memberiku semangat, dan selalu mendukungku semoga kalian sehat selalu dan sukses kedepannya, tak lupa terimakasih kepada teman-teman seangkatanku semangatttt dan sehat selalu,

Aamiin...

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke 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 V Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S. Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. dr. Mokh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S., selaku Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek
4. Ns. Rahayu Niningasih, S. Kep., M. Kes., selaku Ketua Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

5. Ns. Ixora, S. Kep., M. Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep., selaku Ketua penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan serta saran kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah
7. Zuliana, S.Kep.,Ners., selaku Kepala Ruang Unit Stroke yang telah memberi izin untuk melaksanakan penelitian di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo.
8. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
9. Orang tua dan teman – teman yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

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

Trenggalek, 24 April 2025



Lukya Citra Marzhanda
NIM. P17240223074

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PRODI DIII KEPERAWATAN TRENGGALEK
2025**

ABSTRAK

Lukya Citra Marzhanda

Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Stroke merupakan kerusakan fungsi otak yang timbul akibat berkurangnya aliran darah ke otak. Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Rancangan penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami *Stroke iskemik* kesadaran composmentis dengan hipertensi. Analisa dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta.

Dari hasil penelitian didapatkan kesenjangan teori dan fakta yaitu pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, telinga, mulut, auskultasi pada bagian dada/thorak, abdomen), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, glossofaringikus, vagus, hipoglossus). Dan masalah keperawatan yang muncul yaitu Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Defisit Neurologis, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disartria. Intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit. Implementasi keperawatan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien. Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan, meskipun belum mencapai hasil maksimal dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian.

Peneliti menyimpulkan bahwa klien stroke harus menerapkan pola hidup sehat, dan memerlukan perawatan khusus demi terciptanya kesembuhan secara optimal.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke, Klien.

**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG
DIII NURSING PROGRAM IN TRENGGALEK
2025**

ABSTRACT

Lukya Citra Marzhanda

Nursing Care for Client with Stroke at Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Stroke is a malfunction of the brain that arises due to reduced blood flow to the brain. The purpose of this study was to provide nursing care to clients with Stroke in the Stroke Unit Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

The research design used descriptive qualitative with a case study approach. Participants in this study amounted to one client WHO experienced ischemic Stroke with composmentis awareness without hypertension. The analysis is done by comparing between theory and facts

From the results of the study, it was found that there were gaps in theory and facts, namely nutrition and fluid patterns, cognitive patterns and sensory perception, general condition, physical examination including (eyes, nose, ears, mouth, auscultation of the chest/thorax, abdomen), cranial nerves including (opticus, oculomotorius, trochlear, trigeminal, abducens, facial, glossopharyngeal, vagus, hypoglossal). And nursing problems that arise are the risk of impaired cerebral tissue perfusion associated with increased cerebral vascular pressure, impaired verbal communication associated with neurological deficits, impaired physical mobility associated with decreased muscle strength. Interventions are prepared based on theories from existing literature and refer to standard operating procedures in hospitals. Nursing implementation adjusts to the needs and conditions of the client. At the evaluation stage using SOAP progress notes to make it easier to monitor client progress. During the three-day evaluation, the client's condition began to change, even though it had not reached maximum results with the criteria for the results of the problem being partially resolved.

Researchers concluded that stroke clients must adopt a healthy lifestyle, and require special care in order to create optimal recovery.

Keyword : Nursing Care, Stroke, Client

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
CURICULUM VITAE	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR ISTILAH.....	xx
DAFTAR SINGKATAN.....	xxi
<u>BAB 1 PENDAHULUAN</u>	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah.....	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	7
<u>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</u>	8
2.1 Konsep Stroke	8
2.1.1 Definisi Stroke	8
2.1.2 Klasifikasi	9
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis	12

2.1.5 Patofisiologi	16
2.1.6 Komplikasi.....	20
2.1.7 Penatalaksanaan	21
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	23
2.2.1 Pengkajian.....	24
2.2.2 Analisa Data	29
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	30
2.2.4 Intervensi Keperawatan	39
2.2.5 Implementasi Keperawatan.....	49
2.2.6 Evaluasi.....	49
<u>BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN</u>	51
3.1 Rancangan Penelitian	51
3.2 Batasan Istilah	52
3.3 Lokasi dann Waktu Penelitian.....	53
3.3.1 Lokasi.....	53
3.3.2 Waktu penelitian	53
3.4 Partisipan	53
3.5 Pengumpulan Data.....	54
3.5.1 Bahan/Instrumen.....	54
3.5.2 Metode pengumpulan data.....	54
3.5.3 Prosedur pengumpulan data.....	55
3.6 Uji Keabsahan Data.....	57
3.6.1 Credibility (Kepercayaan).....	58
3.6.2 Transferability (Keteralihan).....	58
3.6.3 Dependability (Kebergantungan).....	58
3.6.4 Confirmability (Kepastian).....	59
3.7 Analisa data	59
3.8 Etika Penelitian.....	60
3.8.1 Informed Consent (lembar persetujuan menjadi responden)	60
3.8.2 Confidentially (kerahasiaan).....	61
3.8.3 Anonymity (tanpa nama)	61
<u>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</u>	62
4.1 Hasil.....	62

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	62
4.1.2 Identitas Umum.....	63
4.1.3 Analisa Data.....	74
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	76
4.1.5 Intervensi Keperawatan	78
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	84
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	86
4.1.8 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	94
4.2 Pembahasan	112
4.2.1 Pengkajian.....	112
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	121
4.2.3 Intervensi Keperawatan	122
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	124
4.2.5 Evaluasi.....	125
BAB 5 KESIMPULAN	128
5.1 Kesimpulan	128
5.1.1 Pengkajian	128
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	128
5.1.3 Intervensi	129
5.1.4 Implementasi	129
5.1.5 Evaluasi	130
5.1.6 Fakta dan Teori	130
5.2 Saran.....	131
5.2.1 Bagi Lahan Penelitian.....	131
5.2.2 Bagi Institusi.....	131
5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya	132
5.2.4 Bagi Klien.....	132
5.2.5 Bagi Penulis.....	132
DAFTAR PUSTAKA.....	133

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent.....	136
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	137
Lampiran 3 Lembar Surat Penelitian	138
Lampiran 4 Lembar Surat Izin Mencari Data	139
Lampiran 5 Lembar Konsul	140
Lampiran 6 Lembar Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah	143

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor.....	31
Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor.....	31
Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor.....	33
Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor.....	33
Tabel 2.5 Gejala dan Tanda Mayor.....	34
Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Minor.....	34
Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Mayor.....	35
Tabel 2.8 Gejala dan Tanda Minor.....	35
Tabel 2.9 Gejala dan Tanda Mayor.....	37
Tabel 2.10 Gejala dan Tanda Minor.....	37
Tabel 2.11 Gejala dan Tanda Mayor.....	38
Tabel 2.12 Gejala dan Tanda Minor.....	38
Tabel 2.13 Rencana Tindakan.	39
Tabel 2.14 Rencana Tindakan.	42
Tabel 2.15 Rencana Tindakan.	43
Tabel 2.16 Rencana Tindakan.	44
Tabel 2.17 Rencana Tindakan.	46
Tabel 2.18 Rencana Tindakan.	47
Tabel 2.19 Rencana Tindakan.	48
Tabel 4.1 Identitas Umum.....	63
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	63
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	65
Tabel 4.4 Konsep Diri.....	66
Tabel 4.5 Pola Kognitif & Presepsi Sensori.....	67
Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik.....	67
Tabel 4.7 Pemeriksaan Darah Lengkap.....	71

Tabel 4.8 Kimia Klinik.....	72
Tabel 4.9 Penatalaksanaan (Terapi/Pengobatan).....	73
Tabel 4.10 Analisa Data.....	74
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan.....	76
Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan.....	79
Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan.....	84
Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan.....	86
Tabel 4.15 Catatan Perkembangan.....	88
Tabel 4.16 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway.....	16
-------------------------	----

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Rongga tubuh terbesar yang terletak tepat dibawah toraks dan pisahkan dari rongga toraks oleh diafragma.
Afasia	: Kesulitan dalam bicara.
Antikoagulan	: Zat yang digunakan untuk mencegah pembekuan darah.
Atropi	: Pengecilan atau penyusutan jaringan otot atau jaringan saraf.
Bed rest	: Tirang baring.
Bladder	: Suatu kantong <i>membranosa</i> , seperti yang bertindak sebagai wadah untuk <i>sekresi</i> , terutama kandung kemih.
Bowel	: Usus atau <i>intestinum</i> .
<i>Clubbing finger</i>	: Kelainan bentuk jari dan kuku tangan yang menjadikan jari tangan dan kaki membulat yang umumnya berkaitan dengan penyakit jantung dan paru-paru.
Dekubitus	: Luka tekanan akibat berbaring lama.

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
CT-Scan	: <i>Computerized Tomografi Scanning</i>
CVA	: <i>Cerebral Vascular Accident</i>
DVT	: <i>Deep Vein Thrombosis</i>
EEG	: <i>Elektro Encephalografi</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
MRI	: <i>Magnetic Imaging Resonance</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
TIK	: Tekanan Intra Kranial
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WSO	: <i>World Stroke Organization</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan meliputi pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan diakhiri dengan evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal (SIPPN, 2021). Stroke merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian (Kemenkes, 2018). Stroke biasanya terjadi karena gumpalan darah, memblokir suplai darah ke bagian otak. Hal ini membuat bagian dari otak rusak atau mati. Stroke sering berdampak negatif pada kualitas hidup pasien, perkembangan sosial dan ekonomi pasien keluarga, dan bahkan beban ekonomi suatu negara. Stroke dapat terjadi pada semua usia tetapi dapat dicegah dan dapat dikontrol (Imanda, 2019). Akibat stroke, orang bisa menjadi cacat dan kehilangan kemampuan untuk hidup mandiri, secara signifikan dapat mempengaruhi ADL, kualitas hidup seseorang dan berdampak negatif terhadap fisik, psikologis, dan kesehatan sosial (Darussalam, 2022). Stroke merupakan penyebab kecacatan pertama dan penyebab ketiga kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker yang dibedakan menjadi 2 jenis stroke yaitu iskemik dan hemoraghic (Harahap, 2021)

Berdasarkan prevelensi stroke terdapat sebanyak 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Hal ini berarti 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke didalam hidupnya. Angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 kasus dan individu yang mengalami kecacatan akibat stroke sebanyak 143.232.184 kasus (WHO, 2023). Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2022 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Kemenkes RI, 2023). Prevelensi penderita stroke di Jawa Timur mencapai 21.120 atau 12,4% peringkat 8 di Indonesia pada tahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Dalam data di RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek, jumlah pasien juga terus mengalami peningkatan. Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada tahun 2022 sebanyak 775 penderita Stroke Non Hemoragik dan 219 penderita Stroke Hemoragik. Pada tahun 2023 sebanyak 1.242 penderita Stroke Non Hemoragik dan 395 penderita stroke Hemoragik. Data klien stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek periode Januari 2023 sampai Desember 2023 didapatkan sebanyak 847 penderita Stroke Non Hemoragik dan 278 penderita stroke Hemoragik (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2023)

Stroke terbagi menjadi dua jenis yaitu Stroke Hemoragik yang disebabkan karena pecah pembuluh darah otak dan Stroke non hemoragik karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak yang mengakibatkan iskemik (Fatkurohman, 2021). Stroke Iskemik terjadi karena terganggunya aliran darah menuju otak akibat adanya Aterosklerosis, yaitu proses pengerasan

atau kekakuan pembuluh darah yang biasanya disebabkan oleh Hipertensi, Diabetes Mellitus, serta tingginya kadar kolesterol dalam darah. Sedangkan pada Stroke Hemorrhagic terjadi akibat pecahnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan terganggunya aliran darah di otak. Darah yang keluar dari pembuluh darah yang pecah akan merembes ke jaringan otak dan merusaknya (rsudza, 2018). Stroke menunjukkan tanda dan gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Permasalahan pada penderita stroke yang paling dirasakan yaitu, hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) kelemahan ini hanya bisa menimbulkan ketidakseimbangan dan kesulitan berjalan karena gangguan kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak (Andriastuti, 2020). Dampak lain dari penyakit ini diantaranya adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif, dan efek psikologi dan disfungsi kemih. Defisit kemampuan jangka panjang yang paling umum terjadi karena stroke adalah hemiparase atau hemiplagi, yang akhirnya akan mengakibatkan pasien mengalami komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien stroke diantaranya adalah pembuluh trombus yang dapat mengakibatkan *Deep Vein Thrombosis* (DVT): atrofi otot, jatuh, penurunan fleksibilitas sendi yang dapat mengakibatkan terjadinya kontraktur dan nyeri sendi. Komplikasi tersebut tidak hanya membatasi pasien untuk mandiri dalam melakukan *Aktifity Daily Lives* (ADL), namun juga meningkatkan ketergantungan pasien pada keluarga dan memiliki dampak ekonomi (Anggraheni, 2020).

Dengan permasalahan utama Hemiparesis yang dapat bersifat kontrateral, misalnya jika terjadi kerusakan pada otak bagian kanan maka hemiparesis akan terjadi pada bagian tubuh sebelah kiri dan sebaliknya jika terjadi kerusakan pada otak bagian kiri maka hemiparesis terjadi pada tubuh sebelah kanan. Rencana keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke selain terapi medis yaitu latihan rentang gerak *Range of Motion* (ROM), latihan koordinasi dan latihan penguatan. ROM merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Andriastuti, 2020). Salah satu cara pengenalan yang mudah digunakan adalah metode FAST (face, Arm, Speech, Time). Penatalaksanaan Stroke meliputi dua terapi yaitu terapi farmakologis dan non farmakologis. Menurut Pinasthika (2018) terapi farmakologis yang dapat diberikan obat-obatan yaitu antihipertensi, sedangkan terapi non farmakologis meliputi perubahan gaya hidup, aktivitas fisik, dan terapi relaksasi. Peran perawat terhadap pasien dan keluarga pasien memberikan asuhan keperawatan dengan baik untuk mempercepat proses kesembuhan serta memberikan informasi, edukasi kesehatan untuk menambah pengetahuan tata cara menjaga kesehatan dengan baik. Menurut Handayani (2018) untuk mendapatkan outcome terapi yang baik pada pasien stroke yang menjalani pengobatan diperlukan kerjasama multidisiplin ilmu antara dokter, perawat, farmasi dan tenaga kesehatan lain, bahkan keluarga pasien. Terapi secara farmakologis yaitu terapi trombolitik, terapi antikoagulan terapi ini diberikan untuk mencegah terjadinya trombusis dari sistem kardiovaskuler dan mencegah

kekambuhan emboli, juga terapi suportif untuk mencegah perluasan stroke. Untuk terapi nonfarmakologi biasanya menggunakan perubahan gaya hidup misalnya pengendalian berat badan dan peningkatan aktivitas fisik (Rzafadilah, 2021).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan penelitian dengan judul “Asuhan keperawatan pada Klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada :

“Asuhan Keperawatan pada klien Stroke Iskemik kesadaran composmentis dengan hipertensi di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek”

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas ,diperoleh rumusan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek ?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan Asuhan Keperawatan dan menganalisa antara fakta dan teori pada klien yang mengalami Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana Asuhan keperawatan yang tepat pada klien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan Asuhan keperawatan yang tepat pada Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan Asuhan keperawatan pada klien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 6) Menganalisa antara fakta dan teori Asuhan keperawatan pada klien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

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

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

Bagi penulis diharapkan dapat digunakan sebagai pengetahuan dan menambah wawasan tentang ilmu asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan yang berhubungan dengan klien Stroke yang dapat dipakai sebagai acuan praktik klinik mahasiswa keperawatan.

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 klien dengan Stroke.

4) Bagi Peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai panduan untuk penelitian pada asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke

5) Bagi Klien

Bagi klien diharapkan dapat memberikan sebuah pengetahuan tentang informasi dalam keperawatan pada klien dengan Stroke agar mengurangi terjadinya resiko yang lebih lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu kondisi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Suatu sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif dan cepat, berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menimbulkan kematian (Artini, 2021).

Stroke menurut WHO (2018) adalah tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler. Stroke adalah gangguan akibat peredaran di otak menyebabkan kecacatan. Stroke dapat menimbulkan masalah dari segi kesehatan, ekonomi, sosial. Stroke dapat menyebabkan kelemahan dan kelumpuhan dari anggota tubuh yang menyebabkan seseorang tergantung dalam kehidupan sehari – hari serta merubah kepribadian dan emosi hingga menyebabkan depresi (Gunawan, 2016).

2.1.2 Klasifikasi

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

1) Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke Hemoragik

Pecahnya pembuluh darah otak pada subaraknoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) Stroke Non-Hemoragik

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

(1) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan tetapi timbul edema sekunder.

(2) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

(3) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak

- (4) Penyempitan lumen arteri : bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (*Transien Iskemic Attack*)

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

b) Stroke Involusi

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

c) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena Transien Iskemik Attac yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Beberapa faktor penyebab stroke menurut Nurarif (2015):

1) Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversible*)

- a) Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibandingkan wanita.
- b) Usia : makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
- c) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.

2) Faktor yang dapat dirubah (*Reversible*)

- a) Hipertensi
- b) Penyakit jantung
- c) Kolesterol tinggi
- d) Obesitas
- e) Diabetes Melitus
- f) Polisitemia
- g) Stress emosional

3) Kebiasaan hidup

- a) Merokok
- b) Peminum alcohol
- c) Obat-obatan terlarang
- d) Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga, makanan yang berkolesterol.

Etiologi berdasarkan klasifikasi stroke ada 2 yaitu :

1) Etiologi Stroke Hemoragik

Etiologi dari stroke Hemoragik meliputi Hipertensi berat dan Pecahnya aneurisma pembuluh darah otak (Hariyanto, 2015)

2) Etiologi Stroke Iskemik

Etiologi dari stroke iskemik atau stroke non hemoragik ada 3 yaitu timbulnya Thrombosis, Timbulnya Emboli dan akibat kerusakan arteri (Nugrahani, 2018). Penjelasan etiologi tersebut yaitu sebagai berikut :

- a) Timbulnya Thrombosis

Trombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan karena tingginya kadar lemak dalam darah.

b) Timbulnya Emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari pelekatan dinding pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah. Emboli dapat menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

c) Akibat kerusakan arteri yaitu : Usia, Hipertensi, DM Pembuluh darah mengalami degeratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral (Geofani, 2017). Berikut gejala klinis pada stroke:

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

- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan pada system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

- 3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolic otak akibat hipoksia.

- 4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia terjadi jika ada kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri. Afasia terbagi menjadi 3, yaitu :

- a) Afasia Motorik atau ekspresif

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area Broca yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

- b) Afasia Sensorik

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

c) Afasia Global

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

5) Disatria (bicara cedal atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan, pandangan menjadi ganda dan juga gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena adanya kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena, adanya kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI

7) Disfagia

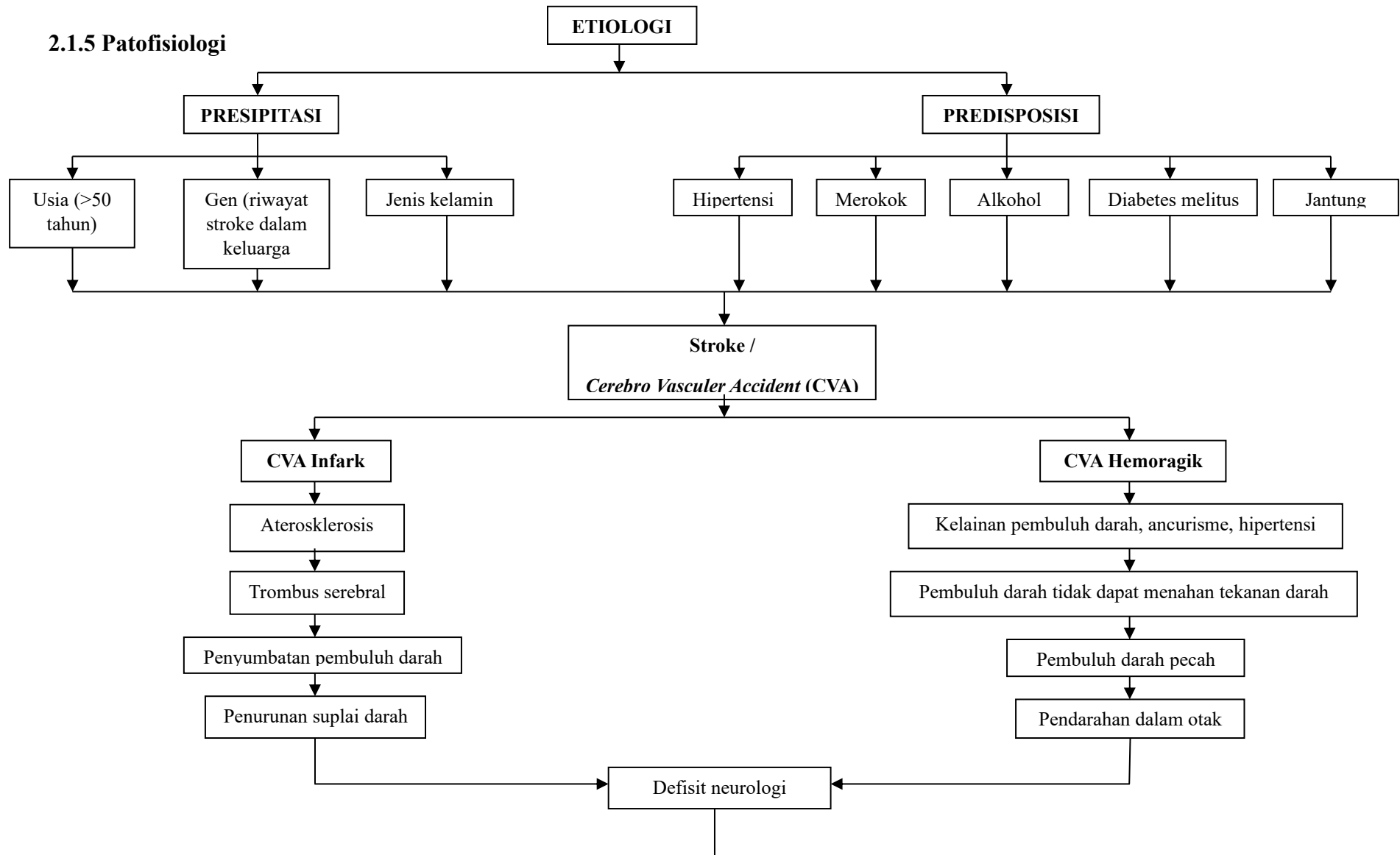
Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup, kemudian makanan masuk ke esophagus.

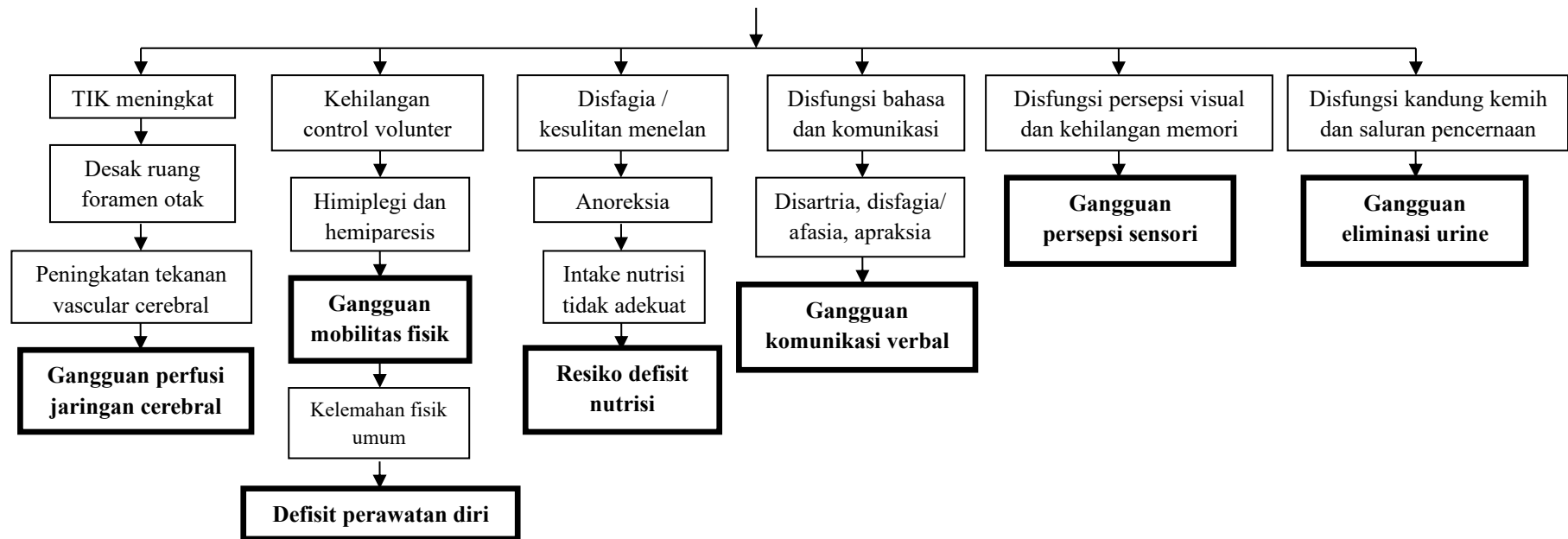
8) Inkontinensia

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

9) Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intracranial, edema serebri.

2.1.5 Patofisiologi





Gambar Patofisiologi 2.1

Uraian

Faktor yang mempengaruhi terjadinya Stroke yaitu Hipertensi, Diabetes mellitus, Penyakit jantung, Kolesterol tinggi, obesitas, Merokok, Gaya hidup tidak sehat, Usia, Jenis kelamin, Keturunan. Stroke ada dua jenis yaitu Stroke infark dan Stroke Hemoragic. Faktor terjadinya Stroke infark 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 terjadinya Stroke hemoragik yaitu kelainan pembuluh darah, aneurisme, hipertensi yang dapat mengakibatkan pembuluh darah tidak bisa menahan tekanan darah sehingga terjadi pecahnya pembuluh darah yang berakibat terjadinya perdarahan dan Aliran darah ke otak menurun yang mengakibatkan sel-sel di dalam otak mati. Kedua factor 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 sehingga muncul masalah keperawatan **Gangguan perfusi jaringan cerebral**. 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 tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah **Gangguan mobilitas fisik**, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily

Living) maka muncul masalah keperawatan **Defisit perawatan diri**. Kelemahan control otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disfasia / afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah **Gangguan komunikasi verbal**. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan 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 **Resiko deficit nutrisi**. Ketika terjadi perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi dan kehilangan memori maka muncul masalah keperawatan **Gangguan persepsi sensori**. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan ototsfingter sehingga menimbulkan masalah **Gangguan eliminasi urine**.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi Stroke terbagi menjadi beberapa bagian, yaitu :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak dan tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak.

b) Edema Serebri

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

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan sensorik, motorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi pada serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

2) Komplikasi Kronis

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang adekuat

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Lusiana (2019) penatalaksanaan stroke meliputi empat pemeriksaan yaitu :

1) Pengobatan konservatif

- a) Vasolidator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetap maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
- b) Dapat diberikan histamine, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.
- c) Memodifikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi. Antiagregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat

reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma.

- d) Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardivaskuler

2) Pengobatan pembedahan

- a) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- b) Revasku; arisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA.
- c) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut.
- d) Ujasi arteri karotis komunitas di leher khususnya pada aneurisma

3) Pemeriksaan diagnostic

Menurut Lusiana (2019) pemeriksaan diagnostic yaitu :

- a) Angiografi serebral : memperjelas gangguan atau kerusakan pada sirkulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan (Yasmara, 2016)
- b) CT scan : mendeteksi abnormalitas struktur (Yasmara, 2016)
- c) MRI : menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak
- d) USG Doppler : untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)

- e) EEG : pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- f) Tomografi emisi positron : memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral.
- g) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED.
- h) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- i) Kolesterol, lipid
- j) Asam urat, elektrolit

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan yang sistematis, berurutan, berkelanjutan / berkesinambungan dimulai dari pengumpulan data, menentukan masalah keperawatan, menyusun desain rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan dan mengevaluasi keberhasilan. Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam memberikan asuhan kepada pasien. Sasaran asuhan yang diberikan dapat individu, kelompok, keluarga, masyarakat, baik sehat maupun sakit. Oleh karena itu maka masalah yang menjadi perhatian pada asuhan keperawatan adalah sedang terjadi, atau beresiko terjadi, maupun masalah yang positif. Area asuhan dapat berupa promotif, preventif, dan rehabilitative (Walid, 2019).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien Stroke meliputi :

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis.

2) Keluhan utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan pasien stroke terjadi dua hal yaitu stroke hemoragik dan non hemoragik. Stroke hemoragik biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan intracranial, afasia, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma. Kemudian pada stroke Non hemoragik biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan reflex, afasia (gangguan komunikasi), difasia(memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar (Rhestifujiyani, 2015).

3) Riwayat penyakit sekarang

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

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, Riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan , aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alcohol.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena factor genetic/keturunan.

6) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif dalam pola penanganan, klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

7) Pola Nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut.

8) Pola eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada klien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidak mampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidak mampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

9) Pola Aktivitas dan latihan

Pada klien Stroke akan terjadi kelelahan, kelemahan, ketidaknyamanan, adanya dispnea saat digunakan aktivitas.

10) Pola tidur dan istirahat

Pada klien Stroke terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang dialaminya.

11) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : biasanya klien Stroke mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (cheplgia) , penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu ($>37^{\circ}\text{C}$), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara.

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

c) Pemeriksaan integumen :

(1) Kulit : jika kekurangan oksigen kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek.

Disamping itu perlu dikaji tanda-tanda dehidrasi.

(2) Kuku : perlu dilihat adanya clubbingfinger, cyanosis.

(3) Rambut : umumnya tidak ada kelainan

d) Pemeriksaan kepala dan leher :

(1) Kepala : bentuk normocephali

(2) Wajah : umumnya wajah tidak simetris

(3) Leher : kaku kuduk jarang terjadi

e) Pemeriksaan dada

Pada pernafasan kadang didapatkan suara nafas yang terdengar ronchi, wheezing, ataupun suara tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

f) Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltic usus akibat bedrest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

g) Pemeriksaan inguinal, genitalia, anus

Kadang terdapat incontinensia atau retensia urine.

h) Pemeriksaan ekstremitas

Sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

i) Pemeriksaan neurologis

Ada 12 nervus cranial diantaranya

- (1) Nervus olfaktorius (klien mampu membau)
 - (2) Nervus optikus (klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat)
 - (3) Nervus okulomotorik (pupil mampu mengecil bila terkena cahaya)
 - (4) Nervus troklear (klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah)
 - (5) Nervus trigemial (klien mampu merasakan adanya sentuhan)
 - (6) Nervus abduksen (klien mampu menggerakkan bola mata ke samping)
 - (7) Nervus facialis (klien mampu menggerakkan dahi)
 - (8) Nervus auditori (klien mampu mendengar suara disekitar)
 - (9) Nervus glosafaringeal (klien tidak mampu membedakan rasa)
 - (10) Nervus vagus (klien kesulitan menelan ludah dan makanan)
 - (11) Nervus asesorius (klien mampu menggerakkan mata dan bahu)
 - (12) Nervus hiplogosal (klien mampu menjulurkan lidah dan menariknya kembali tetapi gerakan lidah tidak sama/miring)
- j) Paralisis / paresismotorik : hemiplegia – hemiparesisi, kelemahan otot wajah, tangan.
- k) Gangguan sensorik : kehilangan sensasi pada wajah, lengan, dan ekstremitas bawah.

- l) Dispagia : kesulitan mengunyah, menelan, paralisis lidah dan laring.
- m) Gangguan visual pandangan ganda, lapang pandang menyempit
- n) Kesulitan komunikasi : adanya aphasia sensorik (kerusakan pada area wernick), aphasia motorik/ekspresive (kerusakan pada area brocha), aphasia global, kesulitan menulis (agraphia), kesulitan membaca aleqia.
- o) Disatria (kesulitan mengucapkan artikulasi / pelo, cadel), kelemahan otot wajah, lidah, langit-langit atas, taring dan bibir.
- p) Kemampuan emosi : perasaan, ekspresi wajah, penerimaan terhadap kondisi dirinya.
- q) Memori : pengenalan terhadap lingkungan, orang, tempat, waktu.
- r) Tingkat kesadaran
- s) Tes diagnostic
 - (1) Hasil rontgen kepala dan medulla
 - (2) Electro encephalografi
 - (3) Lumbal pungsi
 - (4) Computerized Tomografi Scaning (CT-Scan)
 - (5) Magnetic Resonance Imaging (MRI)
 - (6) Pemeriksaan laboratorium darah

2.2.2 Analisa Data

Menurut Setiawan (2017) analisa data merupakan kemampuan mengaitkan data serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat dalam menentukan masalah kesehatan dan

keperawatan pasien. Data yang ada kemudian akan dikumpulkan serta dikelompokkan sesuai dengan masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan.

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2018). Berikut diagnose keperawatan pada klien dengan Stroke :

1) Gangguan perfusi jaringan serebral (D.0009).

Penyebab :

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Peningkatan tekanan darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit
- h) Kurang aktivitas fisik

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.1 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(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

Gejala dan tanda Minor

Tabel 2.2 (Gejala dan Tanda Minor)

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

2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Penyebab:

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.3 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>		<i>Objektif</i>
1) Mengeluh	sulit	1) Kekuatan otot menurun
menggerakkan		2) Rentang gerak (ROM)
ekstremitas		menurun

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.4 (Gejala dan Tanda Minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Nyeri saat bergerak	1) Sendi kaku
2) Enggan melakukan pergerakan	2) Gerakan tidak terkoordinasi
3) Merasa cemas saat bergerak	3) Gerakan terbatas
	4) Fisik lemah

3) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Penyebab

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.5 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan	1) Distorsi sensorik 2) Respon tidak sesuai 3) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu
2) Merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, atau pengecapan	

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.6 (Gejala dan Tanda Minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
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

4) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebal
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik
- g) Hambatan individu
- h) Hambatan psikologis
- i) Hambatan lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.7 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	1) Tidak mampu berbicara atau mendengar
	2) Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.8 (Gejala dan Tanda minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	1) Afasia
	2) Disfasia

-
- 3) Apraksia
 - 4) Disleksia
 - 5) Disartia
 - 6) Afonia
 - 7) Dislalia
 - 8) Pelo
 - 9) Gagap
 - 10) Tidak ada kontak mata
 - 11) Sulit memahami komunikasi
 - 12) Sulit mempertahankan komunikasi
 - 13) Sulit menggunakan ekspresi wajah
 - 14) atau tubuh
-

5) Resiko gangguan nutrisi (D.0032)

Penyebab :

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

6) Defisit perawatan diri (D.0109)

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.9 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Menolak melakukan perawatan diri	1) Tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ketoilet / berhias secara mandiri
	2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.10 (Gejala dan Tanda Minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

7) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Penyebab :

- a) Penurunan kapasitas kandung kemih
- b) Iritasi kandung kemih

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

Gejala dan Tanda Mayor

Tabel 2.11 (Gejala dan Tanda Mayor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
1) Desakan berkemih (urgensi)	1) Distensi kandung kemih
2) Urin menetes (dribbling)	2) Berkemih tidak tuntas (hesitancy)
3) Sering buang air kecil	3) Volume residu urin
4) Nokturia	meningkat
5) Mengompol	
6) Enuresis	

Gejala dan Tanda Minor

Tabel 2.12 (Gejala dan Tanda Minor)

<i>Subjektif</i>	<i>Objektif</i>
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

2.2.4 Intervensi Keperawatan

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

1) Diagnosa 1 : Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, perdarahan, vasospasme serebral, edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial.

Kriteria hasil :

- a) Pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik dan motorik.
- b) Tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada
- c) Gangguan lebih lanjut tidak terjadi

Tabel 2.13 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji status neurologik setiap jam.	1. Menentukan perubahan defisit neurologik lebih lanjut.
2. Kaji tingkat kesadaran dengan GCS.	
3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata.	2. Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi.
4. Kaji refleks kornea dan refleks gag.	3. Mengetahui fungsi N.II dan III.
5. Evaluasi keadaan motorik dan sensori pasien.	4. Menurunnya refleks kornea dan refleks gag indikasi kerusakan pada batang otak.
6. Monitor tanda vital setiap 1 jam.	5. Gangguan motorik dan sensori dapat terjadi akibat edema otak.

-
- | | |
|---|---|
| <p>7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur.</p> <p>8. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas.</p> <p>9. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45° dengan posisi leher tidak menekuk/fleksi.</p> <p>10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya/fleksi, batuk, bersin, feses yang keras atau mengedan.</p> <p>11. Pertahankan suhu normal.</p> <p>12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang.</p> <p>13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin.</p> <p>14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction tidak lebih dari 15 detik.</p> <p>15. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂ >80 mmHg.</p> <p>16. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping.</p> | <p>6. Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak.</p> <p>7. Bradikardia dapat diakibatkan adanya gangguan otak, murmur dapat terjadi pada gangguan jantung.</p> <p>8. Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali.</p> <p>9. Memfasilitasi drainasi vena dari otak.</p> <p>10. Dapat meningkatkan tekanan intrakranial.</p> <p>11. Suhu tubuh yang meningkat akan meningkatkan aliran darah ke otak sehingga meningkatkan TIK.</p> <p>12. Kejang dapat terjadi akibat iritasi serebral dan keadaan kejang.</p> <p>13. Meminimalkan stimulus sehingga menurunkan TIK.</p> <p>14. Mempertahankan adekuatnya oksigen, suction dapat meningkatkan TIK.</p> <p>15. Karbondioksida menimbulkan vasodilatasi, adekuatnya oksigen sangat</p> |
|---|---|
-

a. Antikoagulan : Heparin	penting dalam mempertahankan
b. Antifibrolitik : Amicar	metabolisme otak.
c. Antihipertensi	16. Meningkatkan aliran darah ke otak dan
d. Steroid, dexametason	mencegah kloting. Kontraindikasi pada
e. Fenitoin, fenobarbital	stroke hemoragik.
f. Pelunak feses	a. Mencegah lisis dan perdarahan
17. Bantu pasien untuk pemeriksaan	b. Menanggulangi hipertensi
diagnostik.	c. Pengontrol edema serebral
	d. Mengontrol kejang
	e. Mencegah proses mencedakan dan
	menghindari peningkatan tekanan
	intrakranial.
	17. Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan
	untuk menentukan tindakan lebih lanjut.

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

Kriteria hasil :

- a) Mempertahankan keutuhan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop
- b) Mempertahankan kekuatan/fungsi tubuh secara optimal
- c) Mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas
- d) Mempertahankan integritas kulit
- e) Kebutuhan ADL terpenuhi

Tabel 2.14 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan motorik.	1. Mengidentifikasi kekuatan otot, kelemahan motorik.
2. Ajarkan pasien untuk melakukan ROM minimal 4× perhari bila mungkin.	2. Latihan ROM meningkatkan massa tonus, kekuatan otot, perbaikan fungsi jantung dan pernapasan.
3. Bila klien ditempat tidur, lakukan Tindakan untuk meluruskan postur tubuh.	3. Mencegah footdrop.
a. Gunakan papan kaki	Mencegah kontraktur fleksi bahu.
b. Ubah posisi sendi bahu tiap 2-4 jam	Mencegah edema dan kontraktur fleksi pada pergelangan.
c. Sanggah tangan dan pergelangan pada kelurusan alamiah	4. Daerah yang tertekan mudah sekali terjadi trauma.
4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi.	5. Membantu mencegah kerusakan kulit.
5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak.	6. Membantu memperlancar sirkulasi darah.
6. Lakukan masage pada daerah tertekan.	7. Mengembangkan program khusus.
7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi.	8. Membantu memulihkan kekuatan otot dan meningkatkan kontrol volunter.
8. Kolaborasi stimulasi elektrik.	9. Menurunkan tekanan pada tulang.
9. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus.	

3. Diagnosa 3 : Gangguan persepsi berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik.

Kriteria hasil :

- a) Mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi persepsi
- b) Mendemonstrasikan tingkah laku untuk mengkompensasikan kekurangan

Tabel 2.15 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan persepsi pasien dan penerimaan sensorik	1. Mengantisipasi defisit dan upaya perawatannya
2. Ciptakan lingkungan yang sederhana dan pindahkan alat-alat yang berbahaya	2. Menurunkan resiko cedera 3. Menghindari kebingungan 4. Menghindari kesalahan persepsi
3. Tempatkan barang pada tempat semula	terhadap realitas
4. Orientasikan pasien pada lingkungan, staf dan prosedur tindakan	5. Memenuhi kebutuhan sehari-hari dan mencegah injuri
5. Bantu pasien dalam aktivitas dan mobilitas untuk mencegah injuri	

4. Diagnosa 4 : Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskuler, kelemahan umum.

Kriteria hasil :

- a) Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal.
- b) Terhindar dari tanda-tanda frustrasi.
- c) Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar.
- d) Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain.

Tabel 2.16 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara.	1. Mengidentifikasi masalah komunikasi karena gangguan bicara atau gangguan bahasa.
2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi.	2. Pasien dapat memperhatikan ekspresi dan gerakan bibir lawan bicara sehingga dapat mudah menginterpretasi.
3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi :	3. Membantu menciptakan komunikasi yang efektif.
a. Jangan terburu-buru	4. Memudahkan penerimaan pasien.
b. Bicara dengan perlahan dan intonasi normal	5. Dengan membaiknya bicara percaya diri akan meningkat dan meningkatkan motivasi untuk memperbaiki bicara.
c. Kurangi bising lingkungan	6. Menunjukkan adanya respon dan rasa empati
d. Jangan paksa pasien untuk berkomunikasi	
4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh.	
5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara :	

-
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Instruksikan pasien untuk bicara lambat dan dalam kalimat pendek. - Pada awal pertanyaan gunakan pertanyaan dengan jawaban “Ya” atau “Tidak” - Dorong pasien untuk berbagi perasaan dan keprihatinannya | <p>7. Terhadap gangguan bicara pasien. Penanganan lebih lanjut dengan teknik khusus.</p> |
|---|--|
6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal.
7. Konsul dengan terapis wicara.
-

5. Diagnosa 5 : Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan menelan dan mengunyah

Data Pendukung :

- a) Kesadaran pasien menurun (koma)
- b) Refleks menelan dan mengunyah tidak ada
- c) Berat badan tidak seimbang
- d) Hb kurang dari normal
- e) Terlihat anemis
- f) Intake makanan tidak adekuat
- g) Lingkar tangan pasien kurang dari normal
- h) Tonus otot kurang

Kriteria Hasil:

- a) Intake makanan adekuat
- b) Anemis tidak ada
- c) Berat badan ideal
- d) Tanda vital normal
- e) Hb dan albumin normal
- f) Lingkar lengan pasien normal
- g) Tonus otot meningkat

Tabel 2.17 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Monitor intake makanan pasien	1. Mengetahui keseimbangan nutrisi
2. Observasi keadaan NGT	2. Aduatnya aliran masuk makanan
3. Berikan makanan per NGT dengan Teknik yang benar	3. Mencegah terjadinya aspirasi
	4. Mencegah muntah dan aspirasi
4. Berikan makanan cair tidak lebih 600 cc sekali pemberian	5. Tanda adanya anemia
	6. Meningkatkan selera makanan
5. Observasi sclera, warna kulit	7. Tekanan darah yang rendah dapat disebabkan kurang nutrisi, bising usus ini menentukan adekuatnya pencernaan makanan
6. Jaga kebersihan mulut pasien	
7. Kaji tanda vital dan bising usus	
8. Kaji lingkar lengan dan tonus otot	
9. Monitor hasil laboratorium seperti glukosa, elektrolit, haemoglobin , albumin, kolaborasi dengan tim medis	8. Indikator status nutrisi
	9. Mengetahui status nutrisi
	10. Pemberian transfuse darah dimungkinkan jika Hb kurang

10. Kolaborasi dengan medis dalam pemberian transfuse darah sesuai indikasi

6. Diagnosa 6 : Gangguan perawatan diri : ADL berhubungan dengan defisit neuromuskuler, menurunnya kekuatan otot dan daya tahan, kehilangan kontrol otot, gangguan kognitif.

Kriteria hasil :

- a) Mendemonstrasikan perubahan dalam merawat diri : mandi, BAB, BAK, berpakaian, makan
- b) Menampilkan aktivitas perawatan secara mandiri

Tabel 2.18 (tabel rencana tindakan)

Rencana Tindakan	Rasional
1. Kaji kemampuan ADL pasien	1. Membantu merencanakan intervensi
2. Anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu	2. Menumbuhkan kemandirian dalam perawatan
3. Berikan umpan balik positif atas usaha klien	3. Meningkatkan harga diri klien
4. Pertahankan dukungan, sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada klien	4. Perawat konsisten dalam memberi asuhan keperawatan
	5. Memenuhi kebutuhan ADL dan melatih kemandirian
	6. Mengembangkan rencana terapi

-
5. Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL pasien jika klien tidak mampu
 6. Kolaborasi hasil fisioterapi
-

7. Diagnosa 7 : Gangguan eliminasi urine : inkontinensia fungsional sehubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi.

Kriteria hasil :

- a) Pola BAK normal
- b) Pasien dapat berkomunikasi sebelum BAK
- c) Kulit bersih dan kering
- d) Terhindar dari infeksi saluran kemih

Tabel 2.19 (tabel rencana tindakan)

Rencana tindakan	Rasional
1. Kaji kembali tipe inkontinensia dan polanya	1. Menentukan rencana lebih lanjut
2. Buatlah jadwal untuk BAK	2. Melatih BAK secara teratur
3. Palpasi bladder terhadap adanya distensi	3. Obstruksi saluran kemih kemungkinan dapat terjadi
4. Berikan minum yang cukup 1500-2000 ml jika tidak ada kontraindikasi	4. Mencegah batu saluran kemih
5. Lakukan perawatan kateter setiap hari	5. Menghindari terjadinya infeksi
	6. Mengetahui secara dini infeksi saluran kemih

-
- | | |
|---|--|
| 6. Monitor hasil urinalisa dan karakteristik urin

7. Jaga privasi pasien saat BAK

8. Hindari pasien minum sebelum tidur | 7. Memberikan rasa nyaman

8. Menghindari BAK saat tidur |
|---|--|
-

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019).

Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

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

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

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

2.2.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses

keperawatan (Rofifah, 2019). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP, yaitu:

- 1) S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau ungkapkan(apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien)
- 2) O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicitum, diraba, dan diukur oleh perawat
- 3) A (Analisis) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu proses yang dilakukan secara sistematis guna mencari kebenaran terhadap suatu fenomena ataupun sebuah fakta dalam kasus yang diinvestigasi. Dalam metode penelitian tersebut terdapat desain penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu penelitian, pengumpulan data, analisis data, data uji kebahasaan data dan etika penelitian. Hal-hal tersebut akan diuraikan sebagai berikut :

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2017). Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan study kasus. Rancangan deskriptif merupakan suatu metode yang bertujuan menggambarkan atau mendeskripsikan tentang suatu keadaan secara objektif. Penelitian deskriptif kualitatif merupakan metode penelitian yang dilandasi filsafat post positif, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah instrument kunci teknik pengumpulan data. Studi kasus merupakan prosedur penelitian yang menganalisis suatu permasalahan dalam suatu unit kasus tunggal yang dianalisis secara mendalam dari berbagai segi yang berhubungan dengan kasus, factor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul akibat kasus,

tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu pemaparan/perlakuan tertentu. Peneliti ini menggunakan 1 partisipan, studi kasus ini mempunyai tujuan untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek secara komprehensif yang dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke yaitu rangkaian praktik keperawatan dari proses kegiatan dengan cara memberikan perawatan pada pasien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia berpegang pada standar keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi, secara komprehensif selama pasien dirawat. Stroke adalah kumpulan gejala klinis berupa gangguan dalam sirkulasi darah sebagian otak yang menyebabkan gangguan perfusi baik lokal atau global yang terjadi secara mendadak, progresif dan cepat yang umumnya menyebabkan hemiparasis pada penderita stroke (Heriyanto, 2015). RSUD dr Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan suatu unit pelayanan kesehatan masyarakat yang memberikan pelayanan bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Batasan istilah pada penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus ini adalah asuhan keperawatan stroke yang diberikan secara langsung kepada klien stroke

kesadaran composmentis dengan hipertensi di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.3 Lokasi dan waktu penelitian

3.3.1 Lokasi

Lokasi penelitian dilaksanakan di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.3.2 Waktu penelitian

Penelitian atau pengambilan data dalam studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 18 Maret 2025 – 20 Maret 2025.

3.4 Partisipan

Partisipan merupakan subjek yang dilibatkan dalam kegiatan mental dan emosi secara fisik sebagai peserta dalam memberikan respon terhadap kegiatan yang dilaksanakan dalam proses belajar-mengajar serta mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab atas keterlibatannya (Fadliyati, R, 2015). Partisipan dalam penelitian ini dengan kriteria inklusi yaitu klien yang dirawat di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek dengan diagnose medis Stroke dengan dengan kriteria

- 1) Pasien dengan kesadaran composmentis
- 2) Pasien dengan hipertensi
- 3) Pasien laki- laki
- 4) Tidak ada batasan umur
- 5) Bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Bahan/Instrumen

Metode pengambilan data yang digunakan yaitu dengan cara wawancara, observasi langsung, dan studi dokumentasi. Penelitian kualitatif teknik pengumpulan data yang utama adalah observasi partisipan, wawancara, mendalam study dokumentasi, dan gabungan ketiganya. Dalam penelitian ini metode pengumpulan data dilakukan pada kondisi yang alamiah, sumber data primer, dan teknik pengumpulan data lebih banyak pada observasi dan wawancara mendalam. Sehingga peneliti menggunakan metode pengumpulan data dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta dokumentasi.

3.5.2 Metode pengumpulan data

Dalam penelitian ini metode pengumpulan data dilakukan pada kondisi yang alamiah, sumber data primer, dan teknik pengumpulan data lebih banyak pada observasi dan wawancara mendalam. Sehingga peneliti menggunakan metode pengumpulan data dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil

pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta dokumentasi.

3.5.3 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu tahap persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan dan tahap penutup.

1) Tahap persiapan

a) Diterbitkan surat ijin penelitian no

DP.04.03/F.XIII.15.5/88/2025 dari Ketua Program Studi D3

Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Kampus

kabupaten Trenggalek yang ditujukan kepada Direktur

RSUD dr.Soedomo Trenggalek perihal ijin melaksanakan

penelitian (studi kasus) dengan memenuhi protocol

kesehatan.

b) Diterbitkan surat persetujuan penelitian no

000.9/113/406.010.001/18.00/2025 dari lokasi tempat

pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo

Trenggalek dengan surat pengantar yang menyatakan tidak

keberatan perihal izin melaksanakan rencana penelitian

(studi kasus) yang menyatakan untuk membantu peneliti

dalam melakukan penelitian.

c) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat

melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo

Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Program Studi D3

Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Kampus

kabupaten Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (clinical instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

- d) Dalam melakukan semua kegiatan peneliti tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan yang berlaku

2) Tahap Kontrak

Jika sudah mendapatkan klien dengan Stroke kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada responden yaitu klien dan keluarga tentang tujuan penelitian, jika responden berkenan, responden dipersilahkan untuk menandatangani inform consent. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden, maka peneliti tetap menghormati keputusan itu dan mencari responden yang lain yang bersedia untuk menjadi responden penelitian.

3) Tahap Pengambilan proses Asuhan Keperawatan

Peneliti datang ke tempat partisipan yang bersedia menandatangani informed consent serta melihat kesiapan responden melakukan wawancara. Wawancara dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan wawancara sesuai dengan pertanyaan-pertanyaan

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

4) Tahap Penutup

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

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (credibility), keteralihan (transferability), kebergantungan (dependability) dan kepastian (confirmability) menurut (Sugiyono, 2014).

3.6.1 Credibility (Kepercayaan)

Credibility merupakan aktifitas yang dapat meningkatkan kepercayaan terhadap penemuan yang dicapai. Derajat kepercayaan penelitian dibuktikan peneliti dengan membaca berbagai literatur saat pengambilan data, dan memvalidasi hasil yang telah ditemukan kepada semua partisipan. Derajat kepercayaan ini dibuktikan peneliti dengan mendiskusikan hasil penelitian kepada pembimbing lahan untuk mendapatkan hasil kredibilitas.

3.6.2 Transferability (Keteralihan)

Transferability merupakan validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Transferability merupakan sejauh mana hasil penerapan suatu studi kasus pada suatu objek dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain (Aritma, 2015). Peneliti membuat uraian hasil studi kasus dengan panduan dan petunjuk teknis yang ada sehingga mudah dipahami oleh pembaca dan dapat diaplikasikan oleh peneliti ditempat lain pada proses Transferability.

3.6.3 Dependability (Kebergantungan)

Kebergantungan (Dependability) adalah 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 klien dengan diagnose Stroke. Sebelum melakukan penelitian, peneliti

sudah mendapatkan ijin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya.

3.6.4 Confirmability (Kepastian)

Confirmability atau disebut juga dengan persetujuan. Confirmability disebut sebagai uji obyektifitas penelitian yaitu, jika hasil penelitian telah disepakati banyak orang maka penelitian dikatakan obyektif. Peneliti telah melalui proses bimbingan yang mencapai kesepakatan antara pembimbing satu, dua dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan, saran dan masukan.

3.7 Analisa data

Analisa data merupakan sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode atau tanda dan mengkategorikannya sehingga diperoleh suatu temuan berdasarkan focus atau masalah yang ingin dijawab (Sugiyono, 2017). Prinsip analisis studi kasus merupakan jenis penelitian yang kualitatif yang diawali dari prose mencari, menyusun, dan menganalisis secara sistemis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Peneliti sebagai instrument dalam penelitian teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah observasi atau pengamatan serta dengan anamneses atau wawancara. Untuk memperoleh data yang akurat, diperlukan rasa saling percaya antara peneliti dengan partisipan keluarga dan orang terdekat dari klien. Sesuai yang ada pada teori dalam

penerapannya, metode analisa data yang digunakan adalah metode kualitatif yaitu peneliti sebagai human instrument dan dengan Teknik pengumpulan data participant observation (observasi berperan serta) dan in depth interview (wawancara mendalam), maka peneliti harus berinteraksi dengan sumber data yaitu klien serta keluarganya. Setelah melakukan pendekatan peneliti bisa menyimpulkan apa saja yang menjadi masalah keperawatan pada klien stroke.

3.8 Etika Penelitian

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

3.8.1 Informed Consent (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan menjadi responden ini diberikan subjek yang diteliti. Peneliti yang menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin akan terjadi selama dan sesudah pengumpulan data.

3.8.2 Confidentially (kerahasiaan)

Informasi yang diberikan kepada responden serta semua data yang dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hal ini tidak dipublikasikan atau diberikan kepada orang lain tanpa seijin responden.

3.8.3 Anonymity (tanpa nama)

Pada saat responden mulai mendapatkan penjelasan dan mendapatkan sebuah angket atau pertanyaan, wawancara, maka responden tidak perlu mencantumkan nama responden ke dalam lembar pertanyaan tersebut.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Tn. "S" dengan CVA Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 18 Maret 2025 sampai tanggal 20 Maret 2025. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong kedalam Rumah Sakit tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek dengan luas tanah 37.420 dengan luas bangunan 14.553,97 meter persegi. Ruang Unit stroke memiliki 22 kamar meliputi 2 HCU, 6 Kamar perawatan kelas 1, 2 kamar perawatan kelas 2 dan 12 kamar perawatan kelas 3. Penyakit dalam pada Ruang Unit Stroke terdiri dari penyakit pada system persyarafan, seperti CVA, Tumor Otak. Di ruang Unit Stroke terdapat 15 paramedis, 1 Administrasi dan 3 Cleaning Service. 15 paramedis sendiri diantaranya 1 Kepala Ruang, 2 Ketua Tim, 4 Ketua Shift dan 8 Perawat Pelaksana. Ruang Unit stroke memiliki beberapa ruangan lain yaitu 1 ruang konsultasi, 1 kamar mandi khusus pegawai, 1 ruang perawat, 1 ruang obat dan tindakan, 1 ruang mencuci tangan, 1 ruang gym, 1 ruang peralatan dan 9 kamar pasien.

4.1.2 Identitas Umum

1) Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Umum

Nama	Tn.S
Jenis Kelamin	Laki-laki
Umur	71 tahun
Suku/ bangsa	Jawa
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SD
Pekerjaan	Petani
Alamat	Duren Tugu, Trenggalek
Status Perkawinan	Kawin
Tgl dan jam MRS	17 Maret 2025 jam 23.45 WIB
Ruang / Kelas	Unit Stroke/ III
Tgl dan jam Pengkajian	18 Maret 2025 jam 11.00 WIB

Diagnosa Medis : CVA Infark

2) Riwayat Penyakit

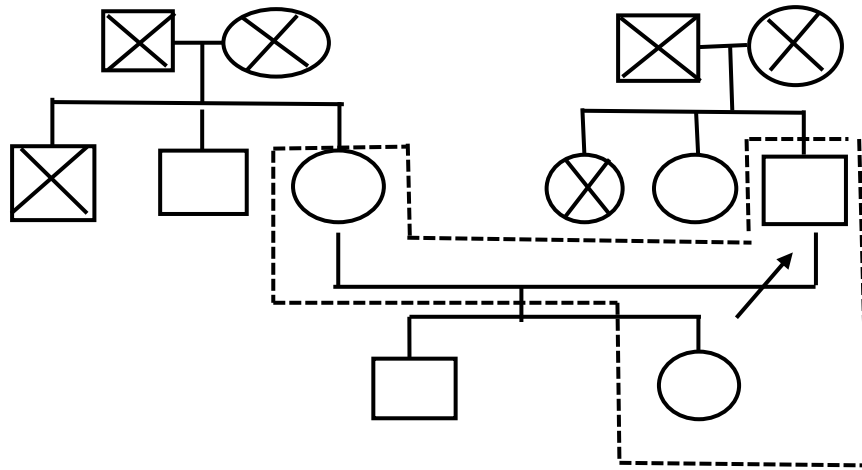
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan Utama	Saat MRS : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing Saat Pengkajian : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga klien mengatakan, pada tanggal 17 Maret 2025 sekitar pukul 22.00 WIB malam saat bangun tidur klien mengeluh badan terasa lemas, bicara sedikit pelo. Lalu pasien segera dibawa ke IGD oleh keluarganya, tiba diIGD pada pukul 23.45 WIB. Kemudian pasien dipindah ke Ruang Unit Stroke pada tanggal 18 Maret 2025 pukul 08.00 WIB. P : Klien mengatakan pusing Q : Pusing terasa berputar-putar R : Pusing terasa dikepala bagian depan S : Pusing yang dirasakan sedang (seperti berputar-putar) T : Pusing terasa sewaktu-waktu
Riwayat Penyakit Dahulu	Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Klien mengatakan control dan minum obat secara rutin di puskesmas

Riwayat Keluarga

terdekat.

Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau.

Genogram :**Keterangan :**

: Laki-laki



: Perempuan



: Meninggal Dunia



: Pasien



: Tinggal Serumah

4 Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Aktivitas	Di rumah	Di RS
1.	Makan dan Minum	Klien mengatakan makan 3x sehari Pagi, Siang, Malam dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan. Klien tidak ada pantangan makan	Klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan baru makan 1x pada Pagi pukul 06.00 dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah. Porsi makan dihabiskan setengah porsi Klien diberikan diit rendah garam Klien tidak mengalami kesulitan makan
	Makan	Klien mengatakan minum air putih $\pm$ 1,5 liter / hari. Klien tidak ada pantangan minum	Klien mengatakan selama di rumah sakit, minum air putih $\pm$ 500 mili liter (1/2 aqua tanggung) Klien tidak ada pantangan minum
2.	Pola Eliminasi BAB	Klien mengatakan saat dirumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan.	Klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB.
	BAK	Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine	Klien mengatakan selama dirumah sakit klien BAK 4x menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.
3.	Pola Istirahat/ Tidur	Klien mengatakan saat dirumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB. Klien mengatakan	Klien mengatakan selama dirumah sakit baru bisa tidur pada pukul 02.00 WIB dan bangun pada pukul 05.00 WIB

		jarang tidur siang.	
4.	Kebersihan Diri	Klien mengatakan saat di rumah klien mandi 2x sehari pagi dan sore dengan memakai sabun. Gosok gigi 2x sehari dan keramas 2 hari sekali.	Klien mengatakan selama di rumah sakit klien belum mandi

5 Riwayat Psikososial

a) Konsep Diri

Tabel 4.4 Konsep Diri

Citra Diri	Klien merasa tidak nyaman dengan kondisinya saat ini.
Ideal Diri	Klien mempunyai harapan untuk cepat sembuh dari kondisi yang di derita saat ini.
Harga Diri	Klien saat sakit jarang berkumpul dengan tetangga.
Peran Identitas Diri	Klien berperan sebagai seorang ayah dan kakek Klien bernama Tn.S berusia 71 tahun, jenis kelamin laki-laki, ia sebagai seorang ayah dari anaknya dan seorang kakek dari cucu-cucunya, ia tinggal di Duren, Tugu.

b) Pola Peran Hubungan Dengan Orang Lain

Klien mengatakan menjalin hubungan baik dengan keluarga dan orang lain.

c) Pola Seksual

Klien merupakan seorang suami dan memiliki 2 orang anak. 1 orang anak perempuan dan 1 orang anak laki-laki.

d) Pola Mekanisme Koping

Klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu cerita ke anak-anaknya untuk mencari jalan keluarnya.

e) Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Tabel 4.5 Pola Kognisi dan Persepsi Sensori

Status Mental	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik
Bahasa yang Digunakan	Klien menggunakan Bahasa

	Jawa
Kemampuan Bicara	Bicara klien sedikit pelo
Kemampuan membaca	Klien dapat membaca tulisan
Pendengaran	Fungsi pendengaran klien kurang baik
Pengetahuan Pasien Tentang Penyakit	Klien mengatakan paham mengenai penyakit yang dideritanya
Persepsi Tentang Penyakit	Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

f) Pola Keyakinan dan Nilai

Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib sholat 5 waktu. Saat di rawat di Rumah Sakit klien berdoa kepada Allah SWT agar segera sembuh.

6 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	
a. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah. Kesadaran compos mentis, GCS 4-5-6, ekstremitas sinistra lemah. Terpasang infus di tangan kiri.
b. Tanda-tanda vital	TD : 187/93 mmHg N : 62x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SP02 : 99%
c. Pemeriksaan kepala dan leher	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut putih karena uban, wajah simetris.
1. Kepala dan Rambut	Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala.
2. Mata	Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur

3. Telinga	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
4. Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan.
5. Mulut	Bibir simetris. Tidak ada sianosis, keadaan mulut dan lidah tampak bersih, tidak ada gigi pasangan, mukosa bibir lembab, tidak mengalami kesulitan menelan, bicara pelo.
6. Leher	Inspeksi : Tidak ada pembesaran vena jugularis. Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
d. Pemeriksaan Integumen	Inspeksi : Kulit tampak lembab, tidak terdapat lesi. Palpasi : Turgor kulit <2 detik, akral teraba dingin, CRT2 detik, suhu tubuh 36,5 °C
e. Pemeriksaan dada/ thorax	
1. Pemeriksaan Jantung	Inspeksi : isctus cordis tidak terlihat Palpasi : ictus cordis teraba di ICS 5, frekuensi nadi 62x/menit Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup dup
2. Pemeriksaan Paru	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i> , pernapasan <i>reguler</i> , tidak ada <i>retraksi intercostral</i> . Palpasi : <i>Vocal Fremitus</i> (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan.
f. Pemeriksaan Payudara	Inspeksi : payudara simetris kanan kiri, aerola bewarna kecoklatan Palpasi : tidak teraba adanya benjolan
g. Abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak adan benjolan, tidak ada

	lesi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : bising usus terdeggar 9x/menit				
h. Genetalia	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak terpasang kateter, tidak ada masalah buang air kecil/ inkontinensia urine.				
i. Ekstremitas	Terpasang infus Pz 20 tpm ditangan kiri, akral teraba dingin, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot <table> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> </table> Nilai 5 : kekuatan otot penuh Nilai 3 : Otot dapat berkontraksi sepenuhnya dan menggerakkan bagian tubuh kesegala arah melawan gravitasi. Tetapi ketika diberi tahanan, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi	3	5	3	5
3	5				
3	5				
j. Pemeriksaan Neurologis	<i>Reflek Fisiologis:</i> -Trisep (-) (+) -Bisep (-) (+) -Patella (-) (+) <i>Reflek Patologis :</i> -Babinski (-) (+) -Chaddock (-) (+)				
Kemampuan Sensorik	Sensasi Nyeri (+) Sensasi Panas dan Dingin (+) Penciuman (+)				
Kemampuan Motorik	<i>Hemiparesis</i> pada bagian kiri				
k. Nervus Cranialis	1. Olfactorius : Penciuman klien baik, klien mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih.				

-
2. Opticus : klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding.
 3. Okulomotorius : pupil *miosis* (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya)
 4. Toklear : klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah
 5. Trigeminus : reflek berkedip klien positif
 6. Abdusen : klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri
 7. Fasialis : klien mampu mengerutkan dahi
 8. Vestibulacochlear : Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.
 9. Glasofaringeus : klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan.
 10. Vagus : klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan
 11. Aksesorius : klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan
 12. Hipoglosus : klien mampu menjulurkan lidah
-

7 Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 4.7 Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
18 Maret 2025	Hemoglobin	15.6	g/dL	13.5-18.0
	Hematokrit	47.4	%	42.0-51.0
	Lekosit	9.9	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-10.5
	Trombosit	357	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
	Eritrosit	5.28	Juta/ μL	3.50-4.76
	MCV	89.7	fL	78.0-100.0
	MCH	29.5	pg	31.0-37.0
	MCHC	32.8	g/dL	37.0-54.0
	RDW-SD	42.9	fL	37.0-54.0
	RDW-CV	13.4	%	11.0-16.0
	PDW	16.0	fL	9.0-17.0
	MPV	9.6	fL	8.0-11.0
	Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	<0.1
	Eosinofil#	0.4	$10^3/\mu\text{L}$	<0.7
	Neutrofil#	6.2	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 6.6
	Limfosit#	2.7	$10^3/\mu\text{L}$	1.5 – 3.5
	Monosit#	0.5	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0
	Glukosa Darah	123	mg/dL	<180.0

b) CT Scan kepala tanpa kontras (18/3/2025)

- (1) *Sub acute-Chronic ischemic cerebral infarction* di SSO kanan, basal ganglia kiri, capsula interna et pericornu ventrikel lateralis bilateral dan pons
- (2) Tak nampak lesi hiperdense berdensitas darah di brain parenchyma

- (3) Sistem ventrikel normal. Tak tampak mid line shift
- (4) Cerebellum normal
- (5) Tampak kalsifikasi abnormal di proyeksi MCA bilateral et vertebralis kanan
- (6) Calvaria, sinus paranasalis yang terscanning dan mastoid normal

Kesimpulan

- (1) Sub acute – Chronic ischemic cerebral infarction di SSO kanan, basal ganglia kiri, capsula interna et pericornu ventrikel lateralis bilateral dan pons

- (2) Tak tampak ICH

- (3) Atherosklerosis MCA bilateral et vertebralis kanan

c) Thorax PA/AP

- (1) Pulmo kanan tampak lesi fibrosis di parahilar kanan
- (2) Elongasi aorta
- (3) Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

d) Kimia Klinik (18-03-2025)

Tabel 4.8 Kimia Klinik

Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
SGOT	14.5	u/	10.0-40.0
UREUM	23.9	mg/dL	15.0-45.0
CREATININ	1.7	mg/dL	0.9-1.3

8 Penatalaksanaan (Terapi/ Pengobatan)

Tabel 4.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan	Obat-obatan	Rute
18 Maret 2025	Infus Pz 20 tpm Citicolin 2x500 mg Ranitidine 2x50 mg	Intravena Intravena Intravena
19 Maret 2025	Infus Pz 20 tpm Citicolin 2x500 mg Ranitidine 2x50 mg	Intravena Intravena Intravena
20 Maret 2025	Infus Pz 20 tpm Citicolin 2x500 mg	Intravena Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.10 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi				
1.	Ds : - Klien mengatakan merasa pusing seperti berputar-putar Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis - GCS 4-5-6 - Skala pusing sedang - TTV TD : 187/93 mmHg N : 63 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Hasil CT Scan Kesimpulan 1) Sub acute – Chronic ischemic cerebral infarction di SSO kanan, basal ganglia kiri, capsula interna et pericornu ventrikel lateralis bilateral dan pons 2) Tak tampak ICH 3) Atherosklerosis MCA bilateral et vertebralis kanan	Gangguan perfusi jaringan cerebral	Defisit Neurologis ↓ TIK meningkat ↓ Desak ruang foramen otak ↓ Peningkatan tekanan <i>vascular cerebral</i>				
2.	Ds : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat Do : - Keadaan umum lemah - Rentang gerak (ROM) menurun - ADL dibantu keluarga dan perawat - Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> - TTV TD : 187/93 mmHg N : 62 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	3	5	3	5	Gangguan Mobilitas Fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Himiplegi dan hemiparesis
3	5						
3	5						

3.	Ds : - Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis GCS 4-5-6 - Berbicara sulit dimengerti - Sulit memahami komunikasi - TTV TD : 187/93 mmHg N : 62 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	Gangguan Komunikasi Verbal	Defisit Neurologis ↓ Disfungsi bahasa dan komunikasi ↓ Disatria
----	---	----------------------------------	--

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Teratasi	Tanda tangan
1.	18-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis ditandai dengan Ds : - Klien mengatakan merasa pusing seperti berputar-putar Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis - GCS 4-5-6 - Skala pusing sedang - TTV TD : 187/93 mmHg N : 63 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% - Hasil CT Scan Kesimpulan : 1. Sub acute – Chronic ischemic cerebral infarction di SSO kanan, basal ganglia kiri, capsula interna et pericornu ventrikel lateralis bilateral dan pons 2. Tak tampak ICH 3. Atherosklerosis MCA bilateral et vertebralis kanan	20-03-2025	

2.	18-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Ds : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan berat Do : - Keadaan umum lemah - Rentang gerak (ROM) menurun - ADL dibantu keluarga dan perawat - Kekuatan otot 3 5 3 5 - TTV TD : 187/93 mmHg N : 62 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	20-03-2025
3.	18-03-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria ditandai dengan Ds : - Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos metis - GCS 4-5-6 - Berbicara sulit dimengerti - Sulit memahami komunikasi - TTV TD : 187/93 mmHg N : 62 x/menit S : 36,5 °C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	20-03-2025

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.12 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasionalisasi
1.	18-03-2025	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) 11. Reflek saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Mengoservasi tingkat kesadaran 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau

7. Mengukur TTV	tidak
8. Monitor status pernapasan	10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien
9. Monitor intake dan output	11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman
10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi)	12. Memeriksa posisi semi fowler
Terapeutik	13. menghindari penggunaan PEEP
11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik
12. Berikan posisi semi fowler	15. Mengatur ventilator agar PaCO ₂ pasien optimal
13. Hindari penggunaan PEEP	16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal
14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik	17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan
15. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal	18. Kolaborasi pemberian diuretik
16. Pertahankan suhu tubuh normal	19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja
Kolaborasi	
17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan	
18. Kolaborasi pemberian	

				obat	
				19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	
2.	18-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5) 6. Kaku sendi Menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5) 8. Gerakan terbatas Menurun (5) 9. Kelemahan fisik Menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Mengkaji kekuatan otot Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

				meningkatkan pergerakan	8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
				Edukasi	9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
				8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu
				9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	
				10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
3.	18-03-2025	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4. Afasia menurun (5) 5. Disatria Menurun (5) 6. Respon perilaku	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)	1. Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien 2. Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien 3. Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien 4. Untuk mengidentifikasi

membaik(5)	3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan,	perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi 5. Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien 7. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman 10. Gunakan juru bicara 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 13. Rujuk ke ahli patologi
------------	--	---

gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)	bicara atau terapis
7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	
8. Ulangi apa yang disampaikan pasien	
9. Berikan dukungan psikologis	
10. Gunakan juru bicara, jika perlu	
Edukasi	
11. Anjurkan berbicara perlahan	
12. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara	
Kolaborasi	
13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.13 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Diagnosa	Implementasi	Tanda Tangan
1	18-3-2025 13.00 13.05 13.10 13.15 13.20 13.25 13.30	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	1. Mengidentifikasi penyebab TIK.mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral. (Defisit Neurologis) 2. Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran(Pusing) 3. Mengobservasi tingkat kesadaran (Composmentis 4-5-6) 7. Mengukur TTV TD : 187/93 mmHg N : 62 x/ menit S : 36,5°C RR : 20 x/ menit SP02 : 99% 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang (dengan membatasi pengunjung dan meminimalisir barang bawaan keluarga klien) 12. Memposisikan pasien semifowler (meningkatkan ekspansi paru-paru, memudahkan pernapasan) 18. Kolaborasi pemberian Obat	

(Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 50 mg)			
2	18-3-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	5. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (klien di anjurkan bed rest, hanya mika-miki)
	13.05		
	13.10		4. Mengkaji kekuatan otot
			3 5
			3 5
	13.15		5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu misal. pagar tempat tidur
	13.20		(memfasilitasi pagar bed untuk mika-miki)
			7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
			(membantu mika-miki, makan, minum dan BAK)
	13.25		9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi
			(mika-miki dan menggerakkan tangan dan kaki)
3	18-3-2025	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien :
	13.00		(klien bisa berbicara tetapi sedikit pelo, kata-kata sulit dipahami)
	13.05		10. Menganjurkan klien untuk bicara perlahan lahan (melatih bicara klien)
	13.10		11. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.14 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Tanda Tangan
1	18-3-2025 14.00	Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis	S : 1. Klien mengatakan masih merasa pusing seperti berputar-putar dikepala bagian depan pusing dirasakan sewaktu waktu 0 : 1. Keadaan umum klien lemah 2. Kesadaran Compos Mantis 3. GCS 4-5-6 4. Skala pusing sedang (seperti berputar-putar) 5. TTV TD :187/93 mmHg N : 62 x/ menit S: 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (3) 9. Tekanan darah sistolik membaik (3) 10. Tekanan darah diastolik membaik (3)	

			P: Intervensi dilanjutkan No. (2.3.7,18)				
2	18-3-2025 14.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri masih terasa lemas O: 1. Keadaan umum lemah 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien masih berbaring di tempat tidur 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table> A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (2,4,7,8)	3	5	3	5
3	5						
3	5						
3	18-3-2025 14..00	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disatria	S : O : 1. Keadaan umum lemah 2. Klien sulit berbicara (cedal) A : Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (4.10.11)				

4.1.6 Catatan Perkembangan

Tabel 4.15 Catatan Perkembangan

No	No. Diagnosa	Evaluasi Awal Dinas 07.00	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Akhir dinas 14.00	Tanda Tangan
1	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	S : 1. Klien mengatakan masih merasa pusing seperti berputar-putar dikepala bagian depan pusing dirasakan sewaktu waktu 0 : 1. Keadaan umum klien mulai membaik 2. Kesadaran Compos Mentis 3. GCS 4-5-6 4. Skala pusing sedang (seperti berputar-putar) 5. TTV TD: 160/85 mmHg N: 70 x/ menit S : 36,5 °C RR : 20 x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian 1. Tingkat kesadaran mengikat (5)	19-8-2025 08.00 08.10 08.15 08.20	2. Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (Pusing berkurang) 3. Mengobservasi tingkat kesadaran (Composmentis 4-5-6) 7. Mengukur TTV TD: 165/80 mmHg N: 68 x/ menit S : 36,3 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% 18. Kolaborasi pemberian obat (Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 50 mg)	S : 1. Klien mengatakan masih merasa pusing tetapi sudah berkurang masih terasa berputar-putar dikepala bagian depan 0 : 1. Keadaan umum klien mulai membaik 2. Kesadaran Compos Mentis 3. GCS 4-5-6 4. Skala pusing sedang (seperti berputar putar) 5. TTV TD: 175/95mmHg N: 72 x/ menit S : 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah Teratasi Sebagian	

		3. Sakit kepala langsung menurun (3) 9. Tekanan darah sistolik membaik (3) 10. Tekanan darah diastolik membaik (3)			1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (3) 9. Tekanan darah sistolik membaik (3) 10. Tekanan darah diastolik membaik (3)
		P: Intervensi dilanjutkan No. (2.3.7,18)			P: Intervensi dilanjutkan No.(2.7.18)
2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri terasa lemas O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien hanya boleh tidur 4. Rentang Gerak (ROM) menurun 5. Kekuatan otot 4 5 4 5	19-8-2025 08.00 08.20 18.25	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (klien di anjurkan bed rest, hanya mika-miki)	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah mulai membaik untuk digerakkan O: 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien masih di anjurkan tidur 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot
		A: Masalah belum teratasi			

					(membantu mika-miki, makan, minum dan BAK)	4	5
						4	5
P: Intervensi dilanjutkan No. (2,4,7,9)			08.30	9.	Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (mika-miki dan menggerakkan tangan dan kaki)	A: Masalah teratasi sebagian	
						1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (3)	
						2. Kekuatan otot Meningkat (5)	
						9. Kelemahan fisik Menurun (4)	
						P: Intervensi dilanjutkan No. (2,4, 9)	
3	Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	S : O : 1. Keadaan umum mulai membaik 2. Klien sulit berbicara cedal	19-8-2025 08.00 08.20	4.	Mengkaji kemampuan komunikasi klien : (klien bisa berbicara tetapi sedikit cedal, mulai agak dipahami)	S : - O : 1. Keadaan umum mulai membaik	
				10.	Menganjurkan klien untuk bicara perlahan lahan (melatih bicara klien)	2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik	
		A : Masalah belum teratasi				A : Masalah teratasi sebagian	
		P: Intervensi dilanjutkan No. (4.10.11)	08.25	11.	Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan keluhannya dengan	1. Kemampuan bicara meningkat (3) 5. Disatria Menurun (3)	
						P: Intervensi dilanjutkan	

				menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)	No. (4.11)
1	Gangguan perfusi serebral tidak efektif b.d defisit neurologis	S : - Klien mengatakan sudah pusing berkurang 0 : - Keadaan umum klien Cukup - Skala pusing ringan (seperti berputar putar sudah berkurang) - Kesadaran Compos Mantis - GCS 4,5,6 - TTV TD: 175/73 mmHg N: 79 x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah teratasi sebagian - Tingkat kesadaran mengikat (5) - Sakit kepala langsung menurun (4)	19-8-2025 08.30 08.45 08.55	- Memonitoring tanda gejala TIK mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran (sudah tidak pusing, CM GCS 4-5-6) - Mengukur TTV TD: 180/90 mmHg N: 72 x/ menit S : 36,5 °C RR : 20x/ menit SP02 : 99% - Kolaborasi pemberian obat (Citicolin 1 x 500 mg, Ranitidin 1 x 50 mg)	S : - Klien mengatakan sudah tidak pusing 0 : - Keadaan umum klien Cukup - Skala pusing ringan (tidak pusing) - Kesadaran Compos Mantis GCS 4,5,6 - TTV TD : 145/74 mHg N: 75 x/ menit S : 36,3°C RR : 20x/ menit SP02 : 99% A: Masalah sudah teratasi - Tingkat kesadaran mengikat (5) - Sakit kepala langsung menurun (5)

		9. Tekanan darah sistolik membaik (3)			9. Tekanan darah sistolik membaik (5)
		10. Tekanan darah diastolik membaik (3)			10. Tekanan darah diastolik membaik (5)
		P: Intervensi dilanjutkan (No. 2,7,18)			P: Intervensi di hentikan (Klien KRS)
2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah tidak ada kelemahan O: 1. Keadaan umum Cukup 2. Keterbatasan melakukan aktifitas berkurang 3. Klien Sudah boleh duduk 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot 5 5 5 5	19-8-2025 08.30	4. Mengkaji kekuatan otot 5 5 5 5	S : 1. Klien mengatakan tangan kiri dan kaki sebelah kiri sudah tidak ada kelemahan O: 1. Keadaan umum Cukup 2. Keterbatasan melakukan aktifitas meningkat 3. Klien Sudah boleh BAK di toilet dan latihan jalan 4. Rentang Gerak (ROM) mulai membaik 5. Kekuatan otot 5 5 5 5
		A: Masalah teratasi sebagian 1. Pergerakan ekstremitas Meningkatkan (4) 2. Kekuatan otot Meningkatkan (5)		9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi (melatih klien jalan perlahan dan menenangkan keluarga menemani klien BAK di toilet)	A: Masalah sudah teratasi

10. Kelemahan fisik Menurun (4)			1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5)		
P: Intervensi dilanjutkan No. (4.9)			2. Kekuatan otot Meningkat (5)		
			10. Kelemahan fisik Menurun (5)		
			P: Intervensi di hentikan (Klien KRS)		
Gangguan komunikasi verbal b.d disatria	S : -	19-8-2025	4. Mengkaji kemampuan komunikasi klien :	S : -	
	O :	08.30	(klien bisa berbicara tetapi sudah jelas)	O :	
	1. Keadaan umum mulai membaik	08.50	11. Mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara (mengajak klien mengutarakan	1. Keadaan umum mulai membaik	
	2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik		keluhannya dengan menganjurkan untuk berbicara pelan dan kalimat pendek)	2. Klien sulit berbicara cadel mulai membaik	
	A : Masalah teratasi sebagian			3. Mulut klien mulai simetris	
	1. Kemampuan bicara meningkat (4)			A : Masalah teratasi sebagian	
	5. Disatria Menurun (4)			1. Kemampuan bicara meningkat (5)	
	P: Intervensi dilanjutkan No. (4.11)			5. Disatria Menurun (5)	
			P: Intervensi di hentikan (Klien KRS)		

4.1.8 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.16 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Teori	Analisa	
	Fakta	Kesenjangan
Pengkajian	Berdasarkan hasil penelitian klien Stroke Infark pada Tn. S dengan usia 71 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SD, bertempat tinggal di Duren, Tugu. Pekerjaan Petani, beragama Islam, berasal dari suku Jawa, tanggal MRS 17 Maret 2025, tanggal pengkajian 18 Maret 2025 dan diagnosa medis CVA Infark.	Sesuai
1. Identitas pasien Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013)		
2. Keluhan Utama Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah kanan, bicara pelo, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Tarwoto, 2013)	Saat MRS : Klien mengatakan badannya tiba-tiba lemas tangan dan kaki sebelah kiri sulit digerakkan, bicara pelo, dan klien mengataan pusing. Saat Pengkajian : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan, bicara pelo dan klien mengatakan masih pusing.	Sesuai
3. Riwayat Penyakit Sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar,	Klien mengatakan, pada tanggal 17 Maret 2025 sekitar pukul 22.00 WIB malam saat bangun tidur klien mengeluh badan terasa lemas, bicara sedikit pelo. Lalu pasien segera dibawa ke IGD oleh keluarganya, tiba diIGD pada pukul 23.45 WIB. Kemudian pasien dipindah ke Ruang Unit Stroke pada tanggal	Sesuai

disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain (Tarwoto, 2013).	18 Maret 2025 pukul 08.00 WIB.	
4. Riwayat Penyakit Dahulu Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obatan antikoagulem, aspirin, fasodilator, obat-obatan adiktif, kegumukan (Tarwoto, 2013)	Klien mengatakan mempunyai Riwayat Hipertensi sejak 2 tahun yang lalu. Klien mengatakan control dan minum obat secara rutin di puskesmas terdekat.	Sesuai
5. Riwayat Penyakit Keluarga Menurut Doengoes (2000), perlu dikaji adanya riwayat hipertensi pada keluarga, riwayat terjadinya stroke, komposisi keluarga dan apakah ada anggota keluarga yang lain mengidap penyakit menular.	Klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti beliau.	Sesuai
6. Pola Nutrisi dan Cairan Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut (Tarwoto,2013)	Dirumah : Klien mengatakan makan 3x sehari Pagi, Siang, Malam dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk. Porsi makan dihabiskan. Klien mengatakan minum air putih +- 1,5 liter / hari DiRS : Klien mengatakan, selama di rumah sakit klien makan 1x sehari Pagi pukul 06.00	Terdapat kesenjangan

	Makan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah. Makan dihabiskan setengah porsi. Klien mengatakan selama di RS minum air putih 500 mili liter (1/2 aqua tanggung) Klien diberikan diit rendah garam	
7. Pola Eliminasi Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. (Tarwoto, 2013)	Di rumah : BAB : Klien mengatakan saat di rumah BAB rutin setiap pagi 1x sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan. BAK : Klien mengatakan BAK 4-5x sehari dengan warna BAK kekuningan dengan bau khas urine Di RS BAB : Klien mengatakan selama di rumah sakit belum BAB. BAK : Klien mengatakan selama di rumah sakit klien BAK 4x menggunakan pispot dibantu oleh keluarga, dengan warna kekuningan dan bau khas urine.	Sesuai
8. Pola Istirahat Tidur Pada klien CVA terdapat gangguan jumlah dan kualitas tidur yang dibatasi waktu, akibat faktor eksternal, klien akan mengalami istirahat yang tidak cukup karena keluhan yang di alaminya. (Tarwoto, 2013)	Di rumah : Klien mengatakan saat di rumah klien tidur malam pukul 21. 00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB. Klien mengatakan jarang tidur siang. Di RS : Klien mengatakan saat di rumah sakit tidur pukul 02.00 WIB bangun pukul 05.00 WIB.	Sesuai

9. Pola kognitif dan sensori persepsi Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan/ kekaburan pandangan, perabaan/ sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif yang biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Doengoes & Marilyn, 2000)	Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik. Klien menggunakan Bahasa Jawa. Bicara klien sedikit pelo, klien dapat membaca tulisan, fungsi pendengaran klien kurang baik, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya. Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.	Terdapat kesenjangan
10. Pola Peran Hubungan atau Interaksi Sosial Pola hubungan dan peran adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Doengoes & Marilyn, 2000)	Klien mengatakan bicara sedikit sulit tetapi klien bisa menjawab sedikit demi sedikit dengan Bahasa Jawa. Klien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.	Sesuai
11. Pola Keyakinan dan Nilai Pola keyakinan dan nilai meliputi keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya (Rohmah, 2009)	Klien beragama Islam, sebelum sakit klien melakukan kegiatan keagamaan seperti yasinan, klien tertib shalat 5 waktu. Saat di rawat di RS klien berdoa kepada Allah SWT agar cepat sembuh.	Sesuai
12. Keadaan Umum	Keadaan umum lemah, kesadaran compos	Terdapat kesenjangan

Biasanya klien <i>CVA</i> mengalami badan lemah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>), penurunan kesadaran (<i>apatis, samnolen, delirium, stupor/ semikoma, koma</i>). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu (>37°C), nadi takikardi, pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013)	metis GCS 4-5-6, ekstremitas dextra lemah, bicara pelo, terpasang infus di tangan kanan. Tanda-tanda vital : TD : 187/93 mmHg N : 62x/ menit S : 36,5°C RR : 20x/ menit SPO2 : 99%	
Pemeriksaan Fisik Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal, abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, meononjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hematoma atau riwayat operasi. Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun)	Inspeksi : Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, warna rambut hitam sedikit beruban, wajah simetris. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat gangguan fungsi pergerakan pada kepala. Inspeksi : Simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva warna kemerahan, sklera putih. Palpasi : Tidak terdapat benjolan pada mata, tidak ada oedema Pemeriksaan visus : Pandangan tidak kabur	Sesuai Terdapat kesenjangan

3. Telinga : biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/ berdesis pada telinga)	Inspeksi : Telinga simetris kanan kiri, keadaan telinga bersih, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.	Sesuai
4. Hidung : ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.	Tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau, tidak ada sekret. Tidak ada perdarahan	Terdapat kesenjangan
5. Mulut : adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disatria (bicara cadel atau pelo), afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.	Bibir tidak simetris, bicara cadel atau pelo dan kesulitan dalam berbicara	Sesuai
6. Dada/ Thorax		
a) Pemeriksaan paru		
Inspeksi : amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung), frekuensi pernapasan, irama dan suara	Inspeksi : bentuk normal <i>chest</i> , pernapasan <i>reguler</i> , tidak ada <i>retraksi intercostral</i> .	Sesuai

nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000)

Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

Palpasi : *Vocal Fremitus* (getaran) sama di lapang paru kanan dan kiri

Sesuai

Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor

Perkusi : suara paru sonor

Sesuai

Auskultasi : auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan reflek batuk dan menelan (Doengos & Marilyn, 2000)

Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing

Sesuai

b) Pemeriksaan Jantung

Perkusi : pada jantung untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak	Perkusi : suara jantung pekak	Sesuai
Auskultasi : mengetahui suara jantung (S1) terdengar bunyi “lup”, suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi “dup” dan suara jantung ketiga (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung	Auskultasi : bunyi jantung lup dup	Sesuai
7. Abdomen : didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan, tidak ada <i>lesi</i>. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak terdapat massa, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : terdengar suara <i>Thympani</i> Auskultasi : bising usus terdegar 7x/menit	Terdapat kesenjangan
8. Genetalia : kaji adanya masalah	Tidak ada kelainan, tidak ada luka, tidak	Terdapat kesenjangan

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

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

9. Ekstremitas : pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan edisi II, 2013)

Terpasang infus Pz 20 tpm ditangan kiri, akral hangat, ekstremitas sinistra lemah, kekuatan otot

$$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$$

Nilai 5 : kekuatan otot penuh
Nilai 3 : Otot dapat berkontraksi sepenuhnya dan menggerakkan bagian tubuh kesegala arah melawan gravitasi. Tetapi ketika diberi tahanan, otot tidak mampu mempertahankan kontraksi

Sesuai

Saraf Kranial

- | | | |
|---|---|----------------------|
| 1. Saraf Kranial 1 Olfaktorius : | Penciuman klien baik, px mampu mencium bau makanan dan bau minyak kayu putih. | Sesuai |
| 2. Saraf Kranial 2 Optikus : kelainan pada nervus optikus menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang | Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada dinding | Terdapat kesenjangan |
| 3. Nervus 3 Okulomotorius : kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke fase 3, atas dan lateral, kebawah dan keluar | Pupil <i>miosis</i> (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya) | Terdapat kesenjangan |
| 4. Nervus 4 Troklearis : kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial | Klien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah | Terdapat kesenjangan |
| 5. Nervus 5 Trigemini : untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang | Refleks berkedip klien positif | Terdapat kesenjangan |
-

percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| <p>6. Nervus 6 Abdusen: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, etika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.</p> | <p>Klien mampu menggerakkan bola mata kesamping kanan dan kiri</p> | <p>Terdapat kesenjangan</p> |
| <p>7. Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).</p> | <p>Terdapat gangguan pendengaran</p> | <p>Sesuai</p> |
| <p>8. Nervus 8 auditorius : Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).</p> | <p>Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang.</p> | <p>Sesuai</p> |
-

9. Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 vagus : Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian . Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru-paru.	Klien mengalami kesulitan bicara (pelo), klien masih mampu membedakan rasa makanan. Klien saat makan tidak mengalami kesulitan menelan makanan	Terdapat kesenjangan
10. Nervus 11 Asesorius: Gangguan pada nervus asesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus asesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya	Klien mampu menggerakkan kepala dan bahu sebelah kanan	Sesuai

persarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.		
11. Nervus 12 Hipoglossus: Kerusakan nervus hipoglossus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat	Klien mampu menjulurkan lidah	Terdapat kesenjangan
Diagnosa Keperawatan		Terdapat kesenjangan
1. Gangguan perfusi jaringan cerebral	1. Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	
2. Gangguan mobilitas fisik	2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria	
3. Gangguan komunikasi verbal	3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	
4. Gangguan persepsi sensori		
5. Gangguan kebutuhan nutrisi		
6. Defisit perawatan diri		
7. Gangguan eliminasi urine		
Intervensi	Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis	Sesuai

Menurut Teori (Tarwoto,2013) pada diagnose Gangguan perfusi jaringan cerebral ada 10 intervensi , pada diagnose Gangguan Komunikasi verbal ada 7 dan pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik ada 8.

1. Kaji status neurologic setiap jam
 2. Kaji tingkat kesadaran dan GCS
 3. Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata
 4. Kaji reflek kornea dan gag
 5. Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien
 6. Monitor tanda-tanda vital
 7. Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur
 8. Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas
 9. Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk/ fleksi
 10. Anjurkan pasien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan
 11. Pertahankan suhu normal
 12. Monitor kejang dan berikan obat anti kejang
 13. Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien semenimal mungkin
 14. Pertahankan kepatenan jalan napas, suction jika perlu, berikan oksigen 100% sebelum suction dan suction
-

-
- tidak lebih dari 15 detik
15. Monitor AGD, PaCO₂ antara 35-45 mmHg dan PaO₂>80mmHg
 16. Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping
 17. Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostik
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
1. Kaji kemampuan motorik
 2. Ajarkan pasien untuk melakukan *ROM* minimal 4x perhari bila mungkin
 3. Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh
 4. Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi
 5. Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak
 6. Lakukan massage pada daerah tertekan
 7. Konsultasikan dengan ahli fisioterapi
 8. Kolaborasi stimulus elektrik
 8. Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur antidekubitus
- Gangguan komunikasi verbal berhubungan
-

	dengan disatria 1. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara. 2. Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi 3. Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi 4. Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh 5. Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara 6. Berikan respon terhadap perilaku non verbal 7. Konsul dengan terapis wicara	
Implementasi Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019).	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Pada saat penelitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien.
Evaluasi Evaluasi keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang	Diagnosa 1 S : - Klien mengatakan masih pusing	Sesuai

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

O :

- K/u lemah
- Kesadaran compos metis GCS 4-5-6
- CRT <2 detik
- TTV
- TD : 187/93 mmHg
- N : 63 x/menit
- S : 36,5 C
- RR : 20 x/menit
- SPO : 99%

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

Diagnosa 2

S :

- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah

O :

- K/u lemah
- ADL dibantu oleh keluarga dan perawat
- Kekuatan otot

3	5
3	5

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan Intervensi

Diagnosa 3

S :

- Klien mengatakan bicara sulit

O :

- K/u lemah
- Kesadaran compos metis
- Bicara klien pelo dan tidak jelas
- Klien tampak sulit berbicara (disatria)

A : Masalah belum tertasi

P : Lanjutkan Intervensi

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

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

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Keluarga klien mengatakan, selama di rumah sakit klien baru makan 1 kali makanan yang diberikan dari rumah sakit dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur. Klien mengatakan menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan.

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

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami kesulitan menelan karena klien tidak mengalami masalah pada nervus 10 (vagus), klien tidak mual muntah, nafsu makan baik karena klien tidak dalam fase akut.

2) Pola Kognitif dan Sensori Persepsi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan Klien dapat mengorientasikan orang, waktu dan tempat dengan baik, Klien menggunakan Bahasa Jawa, Bicara klien sedikit pelo, Klien dapat

membaca tulisan, Fungsi pendengaran klien sedikit berkurang, tidak berdenging, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, Klien mengatakan paham mengenai penyakitnya, Klien mengatakan penyakitnya timbul karena sudah takdir dari Allah SWT.

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

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

3) Keadaan Umum

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

Menurut Teori Tarwoto (2013), biasanya klien CVA mengalami badan lemaah (letarge), nyeri kepala (cheplgia) ,penurunan kesadaran (apatis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma).

Penulis berasumsi bahwa klien tidak mengalami penurunan kesadaran selama 3 hari perawatan karena saturasi oksigen klien dalam batas normal sehingga oksigen pada otak terpenuhi.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Mata

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

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

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

b) Hidung

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

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

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

c) Abdomen

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

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

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

d) Genetalia

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

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

Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami kesulitan

dalam buang air kecil dan tidak ada inkontinensia urine, sehingga tidak ada masalah pada genetalia.

5) Pemeriksaan Neurologis

Berdasarkan CT- Scan tanggal 18 Maret 2025, didapatkan hasil :

- a) Sub acute – Chronic ischemic cerebral infarction di SSO kanan, basal ganglia kiri, capsula interna et pericornu ventrikel lateralis bilateral dan pons
- b) Tak tampak ICH
- c) Atherosklerosis MCA bilateral et vertebralis kanan

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

(1) *Optikus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, klien tidak menggunakan alat bantu melihat seperti kacamata, klien dapat melihat tulisan pada jam dinding.

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

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi

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

(2) *Okulomotorius*

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

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

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

(3) *Toklearis*

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

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

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi masalah pada nervus 4 troklearis (gerakan bola mata ke atas bawah), dikarenakan nervus troklearis pada klien tidak

mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

(4) *Trigeminus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan refleks berkedip klien positif.

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

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

(5) *Abdusen*

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

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

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

(6) *Glasofaringeus*

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

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

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

(7) *Vagus*

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

Menurut teori (Muttaqin, 2008), gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glossofaringius

dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko teradanya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian .Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan menjadi lemah dan lumpuh.

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

(8) *Hipoglosus*

Berdasarkan data penelitian didapatkan klien masih mampu menjulurkan lidah.

Menurut teori (Muttaqin, 2008), Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglosus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

Penulis berpendapat bahwa pada klien tidak terjadi

masalah pada nervus 12 hipoglosus (posisi lidah), dikarenakan nervus hipoglosus pada klien tidak mengalami kerusakan maupun gangguan akibat stroke yang dialami.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 3 diagnosa yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral, gangguan komunikasi verbal dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan secara teori klien dengan CVA *iskemik* diagnosa yang muncul ada 7. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan Diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan

kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan persepsi sensori tidak muncul karena tidak ada gangguan pada persepsi dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan dan juga tidak ada gangguan pada sistem penglihatan. Pada diagnosa Gangguan eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 3 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien *CVA infark* disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari (Tarwoto, 2013) dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data. Berdasarkan diagnosa yang sudah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien, pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral intervensi yang direncanakan Kaji status neurologic setiap jam, Kaji tingkat kesadaran dan GCS, Kaji pupil, ukuran, respon terhadap cahaya, gerakan mata, Kaji reflek kornea dan gag, Evaluasi keadaan motoric dan sensori pasien, Monitor tanda vital , Hitung irama denyut nadi, auskultasi adanya murmur, Pertahankan pasien bedrest, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung, atur waktu istirahat dan aktivitas, Pertahankan kepala tempat tidur 30-45 deajat dengan posisi leher tidak

menekuk/fleksi, pertahankan suhu normal, Lakukan aktivitas keperawatan dan aktivitas pasien seminimal mungkin, Berikan obat sesuai program dan monitor efek samping, Bantu pasien untuk pemeriksaan diagnostic. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara, Pertahankan kontak mata dengan pasien saat berkomunikasi, Ciptakan lingkungan penerimaan dan privasi, Gunakan kata-kata sederhana secara bertahap dan dengan bahasa tubuh, Ajarkan teknik untuk memperbaiki bicara, Berikan respon terhadap perilaku non verbal, Konsul dengan terapis wicara. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik intervensi yang direncanakan Kaji kemampuan motoric, Ajarkan pasien untuk melakukan *ROM* minimal 4x perhari bila mungkin, Bila klien di tempat tidur, lakukan tindakan untuk meluruskan postur tubuh, Observasi daerah yang tertekan termasuk warna, edema, atau tanda lain gangguan sirkulasi, Inspeksi kulit terutama pada daerah tertekan, beri bantalan lunak, Lakukan massage pada daerah tertekan, Konsultasikan dengan ahli fisioterapi, Kolaborasi stimulasi elektrik, Kolaborasi dalam penggunaan tempat tidur anti dekubitus

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

Dari uraian tersebut peneliti berpendapat bahwa tidak ditemukan

adanya kesenjangan teori dan fakta, intervensi yang digunakan sesuai dengan teori yang telah disusun yaitu teori menurut Tarwoto (2013).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 18 Maaret 2025 sampai 20 Maret 2025. Berdasarkan intervensi yang telah direncanakan, implementasi yang dapat dilakukan pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral sebanyak 8 yaitu membina hubungan saling percaya dengan klien dan juga keluarga, memonitor tingkat kesadaran klien, mempertahankan kepala tempat tidur klien, mempertahankan klien untuk tetap bedrest, memberikan terapi farmakologis, dan mengobservasi TTV. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi verbal dari intervensi yang telah dirumuskan, implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 5 yaitu mengkaji kemampuan komunikasi klien, mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan klien dan berbicara pelan dengan intonasi normal, serta mengajarkan klien untuk memperbaiki bicara. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik dari intervensi yang sudah dirumuskan , implementasi yang dapat dilakukan sebanyak 6 yaitu mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot, mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, membantu klien mengubah posisi sendi (miring kanan miring kiri) tiap 2 jam sekali, dan memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif.

Menurut teori (Walid,2019) Pelaksanaan adalah realisasi rencana

tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. sehingga implementasi yang dilakukan pada klien berdasarkan intervensi dari teori Tarwoto (2013).

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

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga pada diagnosa Gangguan perfusi jaringan cerebral masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah teratasi sebagian yakni

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

Berdasarkan teori (Tarwoto, 2013), Kriteria hasil pada diagnose Gangguan Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan deficit neurologis yaitu pasien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi kognitif, sensorik, motoric, tanda-tanda vital stabil, peningkatan TIK tidak ada, gangguan lebih lanjut tidak terjadi pada diagnose Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan disartria yaitu klien mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, terhindar dari tanda-tanda frustasi, mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar, mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain. Pada diagnose Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis yaitu klien mampu mempertahankan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur, footdrop, mempertahankan kekuatan fungsi tubuh secara optimal, mendemonstrasikan teknik perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit, kebutuhan ADL terpenuhi.

Penulis berasumsi terdapat adanya kesesuaian antara teori dan fakta,

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

BAB 5

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Masalah yang muncul pada kasus CVA pada penelitian studi kasus ini adalah Gangguan perfusi jaringan cerebral, Gangguan Komunikasi Verbal dan Gangguan Mobilitas Fisik. Pada hasil penelitian didapatkan beberapa perbedaan antara teori dan fakta yaitu pada pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, mulut, auskultasi pada bagian paru-paru, abdomen, genitalia), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, fasialis, glossofarinkus, vagus, hipoglossus). Menunjukkan bahwa tidak semua manifestasi dapat ditemukan pada saat pengkajian dan juga disebabkan oleh beberapa faktor lain, pemberian terapi yang tepat yang melatarbelakangi tidak terjadinya komplikasi yang berlanjut..

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

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

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan menggunakan dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan defisit neurologis, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan disartria, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Selama dilakukan evaluasi tiga hari, kondisi klien mulai ada perubahan yaitu pada diagnosa Resiko Gangguan perfusi jaringan cerebral masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien dapat mempertahankan tingkat kesadaran, peningkatan TIK tidak ada dan gangguan lebih lanjut tidak ada. Pada diagnosa Gangguan Komunikasi Verbal masalah belum teratasi yakni klien Mampu menggunakan metode komunikasi yang efektif baik verbal maupun non verbal, Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dasar , Mampu mengekspresikan diri dan memahami orang lain. Pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik masalah teratasi sebagian yaitu dengan kriteria klien mampu mempertahankan kekuatan tubuh secara optimal seperti tidak adanya kontraktur dan footdrop, klien dapat mendemonstrasikan teknik/perilaku melakukan aktivitas, mempertahankan integritas kulit dan kebutuhan ADL terpenuhi, meskipun belum mencapai hasil maksimal.

5.1.6 Fakta dan Teori

Pada tahap menganalisis antara teori dan fakta pada penelitian studi kasus ini dengan klien CVA di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo, terdapat kesenjangan pada pengkajian pola nutrisi dan cairan, pola kognitif dan sensori persepsi, keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, abdomen, genitalia) dan pada pemeriksaan saraf. Pada diagnosa keperawatan juga terdapat

kesenjangan teori pada konsep teori stroke terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa tersebut ditemukan. Pada Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan melihat kondisi klien. Dengan mengatasi kesenjangan antara teori dan fakta di harapkan asuhan keperawatan yang di berikan pada klien stroke akan menjadi efektif, komperhensif, dan berorientasi pada pemulihan yang optimal.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

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

5.2.2 Bagi Institusi

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

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

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

5.2.4 Bagi Klien

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

5.2.5 Bagi Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Andriastuti, a. (2020). Asuhan keperawatan pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan. 3.
- Anggraheni, d. F. (2020). *Asuhan keperawatan pada tn. j dengan diagnosa medis cva (cerebro vascular accident) diruang krissan rsud bangil pasuruhan. Sidoarjo : eprints.*
- Artini, w. D. (2021). *Asuhan keperawatan pada klien cva (cerebrovaskularaccident) dengan masalahkeperawatan gangguan mobilitas fisik di desa Kedungbako. Sidoarjo: kertacendekia.*
- Aryati, d. (2021). *Penerapan mirror therapy untuk kekuatanotot lansia dengan stroke non hemoragik di keluarga . Magelang: eprintslib.*
- Darussalam, Miftafu, Zahroh Shaluhayah, And Bagoes Widjanarko. 2022. “Stroke Rehabilitation Program In Improving Adl (Activity Daily Living): Literature Review.” *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan* 7 (4): 1067-74. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i4.1289>.
- Geofani, p. (2017). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke hemoragik di bangsal syaraf rsup dr. M. Djamil padang . Padang : pustaka*
- Harahap, Mukhtar Effendi. 2021. “The Effect Of Active Range Of Motion (Rom) On Muscle Strength In Non-Hemorric Stroke Patients In The Physioteraphy Room Of Imelda Pekerja Indonesia General Hospital , Medan City North.” *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan* 6 (4): 859-64.

<https://doi.org/10.30604/jika.v6i4.1136>.

Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosa NANDA Internasional*. Ar-Ruzz Media.

Haris, H. a. (2020). Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 976-982.

Hartaty, H. a. (2020). Hubungan Gaya Hidup dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 976-982.

Irma fatkurohmah, r. A. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

handayani, d., & dominica, d. (2018). gambaran drug related problems (drp's) pada penatalaksanaan pasien stroke hemoragik dan stroke non hemoragik di rsud dr m yunus bengkulu.

Kemenkes. (2018). Apa itu stroke?

<https://drive.google.com/file/d/183n6NfmMBouT76NiOcK9RnxxWzuxqcDA/view?usp=drivesdk>.

Kemenkes. (2023). *Hari Stroke Sedunia 2023, Lebih Besar Dari Stroke, Kenali dan Kelola Stroke*. <https://yankes.kemkes.go.id/read/1443/world-stroke-day-2023-greater-than-stroke-kenali-dan-kendalikan-stroke>

Nursalam. (2016). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: salemba medika.

Nursalam. (2017). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: salemba medika

Rofifah, n. (2019). *Implementasi keperawatan pada perawat di puskesmas pembantu rongga wilayah gunung halu kabupaten bandung barat : studi kasus*. Bandung: repository.

Rsudza. (2018). Bagaimana stroke bisa terjadi?
<https://drive.google.com/file/d/183n6NfmMBouT76NiOcK9RnxxWzuxqcDA/view?usp=drivesdk>.

SIPPN. (2021). Apa itu asuhan keperawatan?
<https://sippn.menpan.go.id/pelayanan-publik/8030863/dinas-kesehatan-kota-semarang/asuhan-keperawatan?download=true>.

Tim pokja sdki dpp ppni. (2018). *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Jakarta: dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional indonesia.

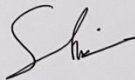
Walid, n. R. (2019). *Proses keperawatan berbasis kkni*. Malang : edulitera.

*Lampiran 1***LEMBAR PERSETUJUAN****(INFORMED CONCENT)**

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

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

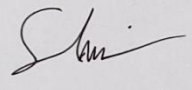
Trenggalek, 18 Maret 2025


(.....Saeni.....)

*Lampiran 2***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

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

Trenggalek, 18 Maret 2025


(.....Saeni.....)

Lampiran 3



Kemenkes
Poltekkes Malang

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Malang
Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/88/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

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

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo
Kabupaten Trenggalek
di –
TRENGGALEK

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

Nama : LUKYA CITRA MARZHANDA
NIM : P17240223074
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.
Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik

Lampiran 4



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

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

Trenggalek, 12 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 113 /406.010.001/18.00/2025

Lampiran : -

Perihal : Persetujuan Penelitian

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

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/88/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **LUKYA CITRA MARZHANDA**
NIM : P17240223074
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

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

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabid. Rengas, Mangan dan Pengendalian



SUJIONO, SST., M.Kes

Pembina

NIP. 19741020198603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

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

Lampiran 5

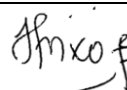
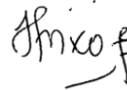
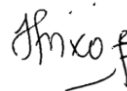
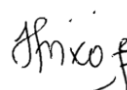


Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Lukya Citra Marzhanda
NIM : P17240223074
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
Dosen Pembimbing : Ns. Ixora, S.Kep., M. Kep.

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	21 Januari 2025	- Pemilihan Departemen Keperawatan - Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek)	
2.	22 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Latar Belakang - Justifikasi - Batasan Masalah - Tujuan Penelitian	
3.	23 Januari 2025	Revisi BAB 2 - Patofisiologi - Batasan istilah - Kriteria partisipan Daftar pustaka	
4.	23 Januari 2025	Revisi BAB 2 Patofisiologi Revisi BAB 3	

5.	25 Januari 2025	• Batasan istilah • Patofisiologi • Batasan Margin	Ahixof
6.	30 Januari 2025	• Patofisiologi • Lengkapi lampiran	Ahixof
7.	31 Januari 2025	ACC Proposal, Siapkan untuk Seminar Proposal	Ahixof
8.	23 April 2025	BAB 3 • Proses pengumpulan data • Waktu penelitian BAB 4 • Pembahasan (F T O)	Ahixof
9.	24 April 2025	Tambahkan format Askep	Ahixof
10.	25 April 2025	BAB 3 • Lengkapi lampiran	Ahixof
11.	26 April 2025	Revisi PPT	Ahixof
12.	29 April 2025	KTI ACC Siapkan Seminar Hasil	Ahixof



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 : Lukya Citra Marzhanda
 NIM : P17240223074
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek
 Dosen Pembimbing : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	15 Februari 2025	Revisi penulisan sitasi	
2.	17 Februari 2025	ACC Penelitian	
3.	8 Mei 2025	• Analisa data disesuaikan dengan data pengkajian • Revisi pada penulisan Implementasi	
4.	15 Mei 2025	Menyesuaikan data dengan pengkajian	
5.	16 Mei 2025	ACC, Siapkan Seminar Hasil	

Lampiran 6

FORMAT PENGKAJIAN
DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

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

2. DIAGNOSA MEDIS :**3. KELUHAN UTAMA :**

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

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT YANG LALU

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

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

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

8. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

A. Konsep diri Konsep diri

- a. Identitas diri :
- b. Ideal diri :
- c. Harga diri :
- d. Peran :
- e. Gambaran diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain :

C. Pola Seksual

D. Pola mekanisme koping

E. Pola kognisi dan persepsi sensori ;

a. Status mental/emosional :

b. Pola komunikasi :

c. Orientasi :

9. DATA SPIRITUAL

10. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

b. Tanda – tanda vital :

c. Pemeriksaan kepala dan leher :

d. Pemeriksaan integumen :

e. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi :

f. Pemeriksaan payudara :

g. Abdomen :

Inspeksi :

Auskultasi :

Perkusi :

Palpasi :

h. Genetalia :

i. Ekstremitas :

11. PEMERIKSAAN NEUROLOGIS

a. Kesadaran/GCS :

b. Kemampuan sensorik :

c. Kemampuan motorik :

d. Tanda peningkatan TIK :

e. Tanda rangsangan meningeal :

f. Reflek :

g. Nervus cranialis :

12. PEMERIKSAAN PENUNJANG

13. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

Trenggalek,

Pembimbing

ANALISA DATA**NAMA PASIEN :****UMUR :****NO. REGISTER :****RUANG :**

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN**NAMA PASIEN :****UMUR :****NO. REGISTER :****RUANG :**

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

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

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

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

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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