

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

KARYA TULIS ILMIAH

MELITA PUSFITA SARY

P17240223038



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI DIPLOMA-III
KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



Disusun Oleh :

Melita Pusfita Sary

(P17240223038)

**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI DIPLOMA-III
KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

CURRICULUM VITAE

Nama : Melita Pusfita Sary
Tempat tanggal lahir : Trenggalek, 19 Mei 2004
Agama : Islam
Alamat : RT 07/RW 03 Dsn. Krajan, Ds.
Karangrejo, Kec. Kampak, Kab.
Trenggalek, Prov. Jawa Timur
Email : melitapusfita@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita 1 Karangrejo tahun 2008 – 2010
2. SD Negeri 1 Karangejo tahun 2010 – 2016
3. MTsN 2 Trenggalek tahun 2016 – 2019
4. SMA Negeri 1 Kampak tahun 2019 – 2022
5. POLKESMA Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
tahun 2022 – 2025

Riwayat Organisasi :

1. Anggota UKM Puspenitetri Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode
2022 – sekarang
2. Anggota UKM Olahraga Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2022
– sekarang

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Melita Pusfita Sary

NIM : P17240223038

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, 5 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Elok Yulidaningsih, S. Kep., M. Kep
NIP. 919840706 20190 1 201

Yang membuat pernyataan



Melita Pusfita Sary
NIM.P17240223038

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Melita Pusfita Sary (P17240223038) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, yang ditulis oleh Melita Pusfita Sary NIM P17240223038 telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 5 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Elok Yulidaningsih, S. Kep., M. Kep
NIP. 919840706 20190 1 201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Melita Pusfita Sary (P17240223038) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit
Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah dipertahankan di depan dewan
penguji pada 5 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji

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

Anggota Penguji

Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep
NIP. 919840706 201901201

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina SuciAstuti, S.Kep., M.Kes
NIP : 197608102002122001

MOTTO

“Kesuksesan bukan tentang seberapa tinggi hal yang sudah dicapai, tetapi seberapa jauh telah berkembang dari tempat memulai”.

LEMBAR PERSEMBAHAN

Assallamu'allaikum Wr. Wb

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

Untuk Diriku Sendiri

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

Untuk Ayah dan Ibuku

Secerca kata yang mewakili semua rasa syukurku yang telah di anugrahi malaikat tak bersayap. Dimana telah engkau hadirkan kedua malaikat dengan kesabaran yang penuh dan selalu menyayangiku. Ayahku Sutarjo dan Ibuku Mutini yang selama ini menjadi penyemangat dalam menjalani hidup ini. Kasih sayang yang tulus diberikan tanpa minta balas, yang tak henti mendoakan setiap langkah menuju kesuksesan dan yang tak pernah lelah untuk mengusahakan apapun demi anak. Terimakasih banyak untuk perjuangan kedua orang tua jerih payah nya untuk

membiayai kuliahku sampai akhir, terimakasih untuk semua doa dari kalian untuk anakmu yang belum bisa membanggakan ini. Ini hanyalah hadiah kecil yang bisa ku berikan selama aku berada di bangku kuliah ini tidak seberapa dengan perjuangan engkau selama ini. Maafkan semua kesalahanku ayah, ibu jika ada tingkah laku yang membuat hatimu terluka, maafkan jika ada kesalahan yang di sengaja maupun tidak disengaja. Ku persembahkan gelar ini untukmu malaikatku yang senantiasa menemani setiap langkah sulitku. Ku mohon tetaplah tersenyum untuk melihat kesuksesanku, melihat anakmu menyandang gelar PERAWAT dan selalu membanggakan untuk kalian ayah dan ibuku.

Aku sayang kalian Ayah dan Ibuku.....

Untuk Kakak ku

Teruntuk kakak ku , terimakasih telah mendukungku, menyemangatiku, selalu ada disaat aku berada dalam keadaan apapun, dan terimakasih selalu menunggu dan membantuku untuk meraih kesuksesanku, terima kasih banyak semoga ini menjadi langkah awal untuk menjawab semua harapan dan do'a kalian untuk kesuksesanku.

Teman – teman yang ku sayangi

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

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku

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

Seluruh Dosen Pengajar dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

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

Untuk Jodohku

Teruntuk jodohku, terimakasih telah mensupportku, mendukungku dan menyemangati dalam keadaan apapun. Terimakasih telah mendengarkan keluh kesahku yaaa. Semoga kamu menjadi jodohku kelak.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** tepat pada waktu yang sudah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek.

Dalam penyusunan penulis mendapat banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa 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 D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.M.Kep Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Dr. H. Moh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah menyediakan lahan penelitian dan memberi izin untuk melakukan penelitian.
- 4) Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang,

yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

- 5) Ns. Zuliana, S.Kep. selaku Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah memperkenalkan melakukan penelitian dan membimbing serta mengarahkan peneliti dalam melaksanakan penelitian.
- 6) Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan, saran dan revisi kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
- 7) Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep. selaku ketua penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan masukan yang mmbangun dalam penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah.
- 8) Dosen dan Staf Poltiteknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan fasilitas serta bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 9) Partisipan yang telah bersedia menjadi klien dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu demi kesempurnaan, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak yang terkait untuk menyempurnakannya.

Trenggalek, Mei 2025

Melita Pusfita Sary

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

ABSTRAK

Melita Pusfita Sary

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

Stroke Iskemik merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh thrombus maupun pada emboli bagian pembuluh darah di otak. Tujuan dari penelitian ini adalah memberikan asuhan keperawatan dan menganalisa berdasarkan fakta dan teori pada klien dengan stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Desain atau rancangan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu klien yang mengalami Stroke *iskemik* dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta dan mengalami kelemahan ekstremitas. Analisa data dilakukan dengan membandingkan kesenjangan antara teori dan fakta.

Dari hasil penelitian ini didapatkan kesenjangan pemeriksaan kepala dan wajah, dada/thorax, genitalia, pola eliminasi, pola makan. Diagnosa yang muncul diantaranya gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi yang digunakan sesuai dengan teori studi kepustakaan yang ada. Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan masalah klien. Evaluasi keperawatan dilakukan selama empat hari dengan kriteria hasil masalah teratasi sebagian, klien menunjukkan peningkatan derajat kesehatan.

Hasil yang didapatkan dari penelitian ini bahwa pasien dengan Stroke *Iskemik* memerlukan pemulihan yang membutuhkan waktu yang lama, maka perlu perawatan yang *intensif* dan berkelanjutan.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Stroke Iskemik, Klien

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

ABSTRACT

Melita Pusfita Sary

Nursing Care for Patients with Stroke Infarction in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Case Study Scientific Writing

Ischemic Stroke is a condition when blood flow is obstructed in the brain that usually arises after physical activity or because there is a psychological influence caused by thrombus or embolism of the blood vessels in the brain. The purpose of this study is to provide nursing care and analyze based on facts and theories on clients with stroke in the Stroke Unit room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

The design or design in this study is qualitative descriptive with a case study approach regarding Nursing Care in clients with Infarction Stroke. The participants in this study were one client who experienced an infarction stroke with composmentis consciousness without comorbidities and experiencing extremity weakness. Data analysis is done by comparing the gap between theory and fact.

From the results of this study, examinations of the head and face, chest/thorax, genitalia, elimination patterns, and eating patterns were obtained. The diagnoses that emerged included ineffective cerebral tissue perfusion disorders related to cerebral infarction, impaired physical mobility related to decreased muscle strength. The interventions used were in accordance with the existing literature study theory. Implementation was carried out based on interventions that had been prepared and adjusted to the client's problems. Failure evaluation was carried out for four days with the criteria for the results of the problem being partially resolved, the client showing an increase in health status.

The results obtained from this study are that patients with Ischemic Stroke need a recovery that takes a long time, so they need intensive and continuous care.

Keywords: Nursing Care, Ischemic Stroke, Client

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
CURRICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK	xii
ABSTRACT.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
DAFTAR ISTILAH	xxiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan Umum	7
1.4.2 Tujuan Khusus	8

1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat Teori.....	8
1.5.2 Manfaat Praktis	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	10
2.1.1 Definisi.....	10
2.1.2 Klasifikasi Stroke	11
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Manifestasi Klinis	14
2.1.5 Faktor Resiko	17
2.1.6 Komplikasi	19
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	21
2.1.8 Patofisiologi Stroke Iskemik.....	23
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan	26
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke.....	30
2.2.1 Pengkajian.....	30
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	41
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	49
2.2.4 Implementasi	57
2.2.5 Evaluasi	58
BAB 3 METODE PENELITIAN	59
3.1 Rancangan Penelitian.....	59
3.2 Batasan Istilah.....	60
3.3 Partisipan	61

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	61
3.4.1 Lokasi Penelitian	61
3.4.2 Waktu Penelitian	61
3.5 Pengumpulan Data	61
3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Mengumpulkan Data	61
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data	62
3.6 Uji Keabsahan Data	64
3.6.1 <i>Credibility</i> (Kepercayaan)	64
3.6.2 <i>Transferability</i> (Keteralihan)	65
3.6.3 <i>Dependability</i> (Kebergantungan)	65
3.6.4 <i>Confirmability</i> (Kepastian)	65
3.7 Analisis Data	66
3.8 Etika Penelitian	66
3.8.1 <i>Informed Consent</i>	66
3.8.2 <i>Anonymity</i> (Tanpa nama)	66
3.8.3 <i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan)	67
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	68
4.1 Hasil	68
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	68
4.1.2 Pengkajian	68
4.1.3 Analisa Data	76
4.1.4 Diagnosa Keperawatan	77
4.1.5 Perencanaan	79
4.1.6 Pelaksanaan	81

4.1.7	Evaluasi.....	84
4.1.8	Catatan Perkembangan.....	86
4.1.9	Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	91
4.2	Pembahasan	102
4.2.1	Pengkajian	102
4.2.2	Diagnosa keperawatan.....	106
4.2.3	Intervensi keperawatan.....	107
4.2.4	Implementasi keperawatan	107
4.2.5	Evaluasi	108
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN		109
5.1	Kesimpulan.....	109
5.1.1	Pengkajian	109
5.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	109
5.1.3	Intervensi	109
5.1.4	Implementasi	110
5.1.5	Evaluasi	110
5.2	Saran.....	111
5.2.1	Bagi Institusi Rumah Sakit.....	111
5.2.2	Bagi Institusi Pendidikan.....	111
5.2.3	Bagi Penulis.....	111
5.2.4	Bagi Klien	111
DAFTAR PUSTAKA		113

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1Tanda Dan Gejala Mayor.....	43
Tabel 2. 2 Tanda Dan Gejala Minor.....	43
Tabel 2.3 Tanda Dan Gejala Mayor.....	43
Tabel 2.4 Tanda Dan Gejala Minor	44
Tabel 2.5 Tanda Dan Gejala Mayor.....	44
Tabel 2.6 Tanda Dan Gejala Minor.....	45
Tabel 2.7 Tanda Dan Gejala Mayor.....	45
Tabel 2.8 Tanda Dan Gejala Minor.....	45
Tabel 2.9 Tanda Dan Gejala Mayor.....	46
Tabel 2.10 Tanda Dan Gejala Minor.....	46
Tabel 2.11Tanda Dan Gejala Mayor	47
Tabel 2.13 Intervensi Gangguan Perfusi Serebral Tidak Efektif	49
Tabel 2.14 Tabel Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik.....	50
Tabel 2.15 Tabel Rencana Tindakan Defisit Perawatan Diri.....	51
Tabel 2.16 Tabel Intervensi Gangguan Eliminasi Urine.....	52
Tabel 2.17 Tabel Intervensi Gangguan Persepsi Sensori.....	53
Tabel 2.18 Tabel Intervensi Defisit Nutrisi.....	54
Tabel 2.19 Tabel Intervensi Gangguan Komunikasi Verbal.....	55
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	68
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	69
Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan.....	70
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	72
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	75
Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi.....	76
Tabel 4.7 Analisa Data.....	76
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan	77
Tabel 4.9 Perencanaan.....	79
Tabel 4.10 Pelaksanaan	81
Tabel 4.11 Evaluasi.....	83
Tabel 4.12 Catatan Perkembangan.....	85
Tabel 4.13 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Stroke Iskemik	22
Gambar 4.1 Genogram	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan (Inform Consent)	112
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	113
Lampiran 3 Surat Penelitian	114
Lampiran 4 Surat Balasan Penelitian	115
Lampiran 5 Format Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke	116
Lampiran 6 Lembar Konsultasi	129

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity of Daily Living</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CI	: <i>Clinical Instructure</i>
CT – Scan	: <i>Computerized Tomografi Scanning</i>
EEG	: <i>Elektro Encephalografi</i>
EKG	: <i>Elektro Kardio Graph</i>
EMG	: <i>Elektro Miografi</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
MRI	: <i>Magneting Imaging Resonance</i>
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
RIND	: <i>Reversible Ischemick Neurologick Defisit</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
rt-PA	: <i>Recombinant tissue-Plasminogen Activator</i>
TIA	: <i>Transient Iskemik Attack</i>
TIK	: Tekanan Intra Kranial

TTV : Tanda – Tanda Vital

WHO : *World Health Organization*

DAFTAR ISTILAH

A

Afasia	:	Kesulitan dalam bicara
Abdomen	:	Rongga tubuh besar yang terletak tepat dibawah thorax dan pisahkan dari rongga thorax oleh diafragma
Antihipertensi	:	Kelompok obat yang digunakan untuk mengurangi <u>tekanan darah</u>
Antikoagulan	:	Obat yang berfungsi mencegah penggumpalan darah
Aterosklerosis	:	Menumpuknya lemak, kolesterol, dan zat lain di dalam dan di dinding arteri
Aneurisma	:	Pelebaran atau pembengkakan abnormal pada bagian arteri akibat kelemahan dinding pembuluh darah
Aritmia	:	Suatu kondisi ketika irama atau detak jantung tidak teratur, bisa terlalu cepat atau terlalu lambat
Ateritis	:	Radang pada arteri
Apraksia	:	Ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya
Anoreksia	:	Gangguan makan yang diakibatkan oleh penurunan berat badan yang drastis

Antikonvulsan	:	Anti kejang
Aspirin	:	Obat untuk meredakan nyeri, demam, dan peradangan
Apatis	:	Kondisi ketika seseorang kurang beraktivitas, kurang tertarik, dan tidak mengekspresikan emosi
Achilles	:	Jaringan ikat yang menghubungkan otot betis dengan tulang tumit
Aorta	:	Pembuluh darah terbesar yang berfungsi untuk mengangkut darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh
Arteri	:	Pembuluh darah yang mendistribusikan darah kaya oksigen ke seluruh tubuh
Afonia	:	Ketidakmampuan untuk menghasilkan suara
Abdusen	:	Berfungsi untuk mengendalikan otot mata rektus lateral yang memiliki peran sebagai penggerak mata ke arah luar, misalnya melihat ke arah telinga

B

Bed rest	:	Tirah Baring
Bowel	:	Usus atau intestinum
Babinski	:	Reflek kaki yang terjadi secara alami pada bayi dan

anak kecil hingga mereka berusia sekitar 6 bulan hingga 2 tahun

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

C

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

Chaddock : Refleks patologis yang digunakan untuk menguji disfungsiintraktus kortikospinalis

D

Disfagia : Kesulitan menelan makanan atau cairan yang timbul dari tenggorokan atau kerongkongan, mulai dari kesulitan ringan untuk menyelesaikan dan penyumbatan dengan rasa sakit

Depresi : Gangguan kesehatan mental yang mempengaruhi perasaan dan perilaku dari seseorang

Discharge planning : Proses sistematis untuk mempersiapkan pasien dan keluarganya agar dapat kembali ke rumah setelah dirawat di rumah sakit

Degenerasi : Perubahan keadaan sel, jaringan, atau organ yang

bersifat menurun

- Disatria : Lemah pada otot yang digunakan untuk berbicara, membuat bicara lambat atau tidak jelas
- Dekubitus : Luka akibat tekanan yang berkepanjangan pada kulit
- Diastole : Tekanan darah pada saat jantung relaksasi
- Dislalia : Gangguan artikulasi yang menyebabkan seseorang kesulitan mengucapkan kata-kata dengan benar
- Disleksia : Suatu gangguan belajar yang ditandai dengan kesulitan membaca

E

- Emboli : Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat oleh zat asing, seperti gumpalan darah, gelembung udara, atau gumpalan kolesterol
- Elektrolit : Zat yang mengandung ion bebas yang membuatnya menjadi konduktor listrik
- Edema : Membengkaknya bagian tubuh tertentu akibat penumpukan cairan berlebih
- Endokarditis : Infeksi lapisan dalam jantung, biasanya melibatkan katup jantung

F

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

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

Fibrinogen : Salah satu protein yang disintesis oleh hati yang merupakan reaktan fase akut berbentuk globulin beta

G

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

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

H

Hipertensi : Keadaan dimana tekanan darah terhadap dinding arteri terlalu tinggi

Hiperkoagulasi : Kondisi ketika terjadi penggumpalan darah yang berlebihan

Hemiplegia : Kondisi kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh

Hemiparesis	:	Otot lemah atau kelumpuhan parsial pada satu sisi tubuh yang dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah
Hipoksia	:	Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh
I Inkontinensia	:	Kondisi berupa hilangnya kontrol otot kandung kemih yang menyebabkan seseorang kesulitan menahan buang air kecil
Intrakranial	:	Nilai tekanan didalam rongga kepala
Intraserebral	:	Pendarahan spontan yang bukan disebabkan oleh trauma, yang darahnya masuk parenkim otak membentuk hematoma
Infark miokardium	:	Kondisi yang terjadi ketika aliran darah arteri koroner sangat berkurang atau tersumbat akibat penyempitan pembuluh darah. Kekurangan aliran darah berisiko menyebabkan jaringan otot jantung mengalami kerusakan.
Inflamasi	:	Respons imun yang menyebabkan kemerahan dan bengkak pada area tubuh atau mungkin jaringan dalam tubuh

K

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

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

L

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

M

Migraine : Sakit kepala sebelah

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

Malnutrisi : Kekurangan nutrisi yang cukup dalam tubuh

Mukosa : Jaringan yang melapisi rongga dan organ di dalam tubuh

N

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

Nokturia : Sering buang air kecil di malam hari

O

Overweight : Kelebihan berat badan

Oksimetri : Metode untuk mengukur kadar oksigen dalam darah

Oral hygiene : Praktik menjaga kebersihan mulut, gigi, dan gusi agar tetap sehat dan bebas penyakit

P

Prevalensi : Proporsi populasi yang memiliki karakteristik tertentu dalam jangka waktu tertentu

Patologi : Ilmu kedokteran yang mempelajari penyakit dan proses terjadinya penyakit

Propriosepsi : Kemampuan tubuh untuk merasakan posisi dan gerakan tubuh, serta mendeteksi tekanan pada jaringan lunak

Palatum : Atap rongga mulut yang memisahkan rongga mulut dengan rongga hidung

Pelo : Istilah untuk gangguan berbicara yang ditandai dengan kesulitan mengucapkan kata-kata dengan jelas

Partisipan : Orang atau kelompok yang terlibat dalam suatu kegiatan

R

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

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

S

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

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

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

Stroke Non: Stroke yang terjadi akibat penyumbatan pada

Hemoragik		pembuluh darah otak
Sembelit	:	Kondisi gangguan pencernaan ketika seseorang sulit untuk buang air besar
Subaraknoid	:	Perdarahan yang terjadi pada ruang antara otak dan jaringan yang menutupi otak
Spasme	:	Kontraksi otot yang tidak sengaja, biasanya tidak berbahaya dan sementara, tapi dapat menimbulkan rasa sakit
Samnolen	:	Kondisi yang ditandai dengan rasa kantuk dan kesadaran yang menurun
Sopor	:	Suatu kondisi tidur nyenyak yang tidak normal, mirip pingsan tetapi tidak terlalu parah, sehingga sulit untuk membangunkan seseorang
T		
Trombosis	:	Penggumpalan dalam pembuluh darah yang dapat menghambat aliran darah, atau bahkan menghentikan aliran tersebut
Tromboemboli	:	Kondisi yang terjadi ketika gumpalan darah berpindah dan menyumbat aliran darah
Trombolitik	:	Obat atau prosedur yang digunakan untuk memecah

gumpalan darah yang menyumbat pembuluh darah

Trombus : Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah

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

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

Trisep : Otot besar yang terletak di bagian bawah lengan atas

U

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

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

V

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

Vaskuler : Pembuluh darah di luar pembuluh koroner, seperti

arteri, vena, dan limfe

Vasodilatasi : Proses alami yang meningkatkan aliran darah dan menurunkan tekanan darah

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

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan stroke merupakan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian yang meliputi respon klien, kemudian ditetapkan suatu rencana tindakan dan dilanjutkan melakukan tindakan keperawatan. Untuk menilai keadaan klien perlu dilakukan evaluasi yang merujuk pada tujuan rencana keperawatan (Tarwoto, 2013). Stroke 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 Iskemik merupakan suatu keadaan ketika aliran darah terhambat pada bagian otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena ada pengaruh psikologis disebabkan oleh thrombus maupun pada emboli bagian pembuluh darah diotak (Fransisca C, 2008). Menurut WHO (World Health Organization), stroke disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak, biasanya karena pecahnya pembuluh darah atau penyumbatan oleh gumpalan darah. Stroke secara luas diklasifikasikan menjadi stroke hemoragik dan non hemoragik atau yang biasa disebut stroke iskemik (Wardhana, 2016). Stroke bersifat mendadak, sehingga perlu diperhatikan sejak dini terutama mengenai tanda dan gejala yang menjadi kunci utama dalam penanganan stroke. Keterlambatan penanganan salah satunya disebabkan karena menyepelekan tanda dan gejala dini stroke yang muncul, sehingga menyebabkan keterlambatan pada fase awal yaitu pra hospital. Seseorang dapat menderita

stroke bisa disebabkan dari pola makan yang tidak teratur, kurangnya olahraga, jam kerja yang berlebihan, dan konsumsi makanan yang kurang sehat dan banyak mengandung kolestrol (Istichana, 2015). Stroke harus segera mendapatkan penanganan dari lembaga kesehatan agar dampak yang ditimbulkannya tidak fatal. Penanganan yang ditunda membuat penderita stroke akan mengalami kematian sel sehingga dampak pasca serangan lebih kompleks. Saat terjadi serangan stroke, maka pasien harus segera dibawa ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan. Pasien tidak diperkenankan mendapatkan penanganan dari orang yang belum ahli karena bisa berakibat fatal. Penyakit stroke merupakan salah satu gangguan pada fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Dengan membawa ke rumah sakit, mampu mengurangi dampak yang ditimbulkan. Meskipun *golden periode* penderita stroke sekitar 4,5 jam sebaiknya pasien segera datang maksimal 2 jam setelah serangan berlangsung. Hal ini serangan stroke yang terjadi selama 1 menit membuat 32 ribu sel mati. Maka dalam waktu sekitar 1 jam, 120 juta sel mati. Semakin lama penanganan pada penderita stroke, maka dampak yang ditimbulkan kompleks. Upaya penanganan pasien berlangsung selama 6 jam dengan menggunakan alat bantu.

Jika kondisi klien tidak ditangani lebih dari 6 jam atau melewati masa keemasan atau *golden periode* maka akan mengakibatkan kecacatan dan kelemahan fisik baik pada usia produktif maupun pada usia lanjut (Meo et al., 2021). Namun pada beberapa kondisi, penanganan bisa lebih dari 12 jam. Semakin lama waktu penanganan, maka kondisi pasien akan memburuk. Jika pasien penderita stroke mengalami penyumbatan darah, maka penanganan

akan dilakukan dengan memberikan obat trombolisis untuk pelepasan penyumbatan kurang dari 1 jam.

Menurut Data WHO (World Stroke Organization) bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian akibat penyakit stroke. Sekitar 70% kejadian penyakit stroke dan 87% disabilitas dan kematian karena stroke terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah. Stroke merupakan salah satu penyakit katastrofik yang banyak ditemukan di Indonesia, yaitu sebanyak 2,5 juta kasus. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian di Indonesia, yaitu sebesar 11,2 persen dari total kecacatan dan 18 persen dari total kematian. Di negara Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2018), prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 55 – 64 tahun (33,3%). Terbanyak kedua pada kelompok umur 65 – 74 tahun (22,5%). Disusul kelompok usia 45 – 54 tahun sebanyak (21,8%). Di Jawa Timur prevalensi stroke iskemik meningkat, penderita stroke di Provinsi Jawa Timur menurut Riset Kesehatan Dasar pada 2018 mencapai 21.120 jiwa atau 12,4 %. Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek tercatat bahwa penderita stroke tahun 2018 sebesar 3.771 jiwa dengan penduduk 693.104 jiwa, sedangkan kasus stroke di Ruang Unit Stroke pada tahun 2022 sebanyak 994 jiwa meliputi 219 penderita Stroke Hemoragik dan 775 penderita Stroke Iskemik dengan rata – rata perbulan sebanyak 83 pasien (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek dalam KTI

Vella, 2023). Berdasarkan penelitian Hibatul 'Azizi Sevia Ma'arif yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, diperoleh data tahun 2023 terdapat sebanyak 339 penderita stroke hemoragik, dan 947 penderita stroke non hemoragik (Ma'rifah 2024). Berdasarkan penelitian Dini Eka Sephia yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek tahun 2024 bahwa, diperoleh data kasus stroke yaitu sebanyak 130 kasus pada bulan Januari-Maret tahun 2024 (Sephia 2024). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek angka kejadian pasien stroke iskemik pada bulan Januari sampai dengan April sebanyak 187 kasus.

Stroke disebabkan adanya pendarahan diotak (Tarwoto, 2013). Gumpalan darah akan masuk kealiran darah sebagai akibat dari penyakit lain atau karena adanya bagian otak yang cedera dan menyumbat arteri otak, akibatnya fungsi otak berhenti dan menjadi penurunan fungsi otak (Pajri et al., 2018). Jika kondisi klien dengan stroke iskemik tidak segera ditangani lebih dari 6 jam atau melewati masa keemasan atau *Golden Periode* maka akan mengakibatkan kecacatan dan kelemahan fisik baik pada usia produktif maupun pada usia lanjut (Meo et al., 2021). Berdasarkan penyebabnya stroke iskemik terjadi pembentukan gumpalan darah di salah satu pembuluh darah arteri yang memasok darah ke otak. Stroke iskemik dibagi lagi menjadi 2 jenis yaitu stroke trombotik dan stroke embolik. Faktor resiko gaya hidup pada stroke berulang sama dengan faktor resiko pada stroke pertama. Faktor resiko adalah faktor yang memperbesar kemungkinan seseorang untuk menderita

stroke. Upaya pencegahan baru dapat dilakukan jika mengetahui faktor resiko apa saja yang menyebabkan stroke. Faktor resiko terjadinya stroke dapat dibedakan menjadi dua yaitu faktor resiko yang dapat diubah atau dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dimodifikasi (Hisni et al., 2022). Kementerian Kesehatan RI (2014) mengklasifikasikan faktor resiko yang dapat dimodifikasi terdiri dari hipertensi, diabetes militus, kurang aktivitas fisik, diet tidak sehat dan stress. Sedangkan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi terdiri dari riwayat keluarga, umur dan jenis kelamin. Serangan stroke iskemik sering kali terjadi secara tiba-tiba dan menimbulkan gejala tertentu tergantung bagian otak mana yang kekurangan aliran darah. Maka dari itu, penderita stroke harus segera mendapatkan pertolongan secepat mungkin agar kerusakan sel otak yang terjadi minimal sehingga tidak menimbulkan cacat atau gejala sisa akibat serangan. Kecacatan bisa berupa kelumpuhan anggota gerak, proses berpikir, gangguan bicara dan memori, bahkan dapat menimbulkan kematian (Amelia et al., 2021).

Penanganan penyakit stroke memerlukan penatalaksanaan yang tepat terhadap serangan stroke. Penatalaksanaan terhadap serangan stroke terbagi menjadi dua macam terapi yaitu terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Penatalaksanaan stroke dengan terapi farmakologi merupakan pendekatan terapi pada stroke akut untuk menghilangkan sumbatan pada aliran darah dengan menggunakan obat seperti terapi suportif, antihipertensi, terapi trombolitik, dan terapi antikoagulan. Terapi non farmakologi yaitu dengan tindakan pembedahan (*surgical intervention*) dan terapi endovaskuler (Hisni et

al., 2022). Stroke dapat dicegah dengan cara pengobatan dan pengendalian faktor risiko melalui modifikasi gaya hidup. Modifikasi gaya hidup merupakan salah satu cara untuk mencegah terjadinya stroke berulang (sekunder) (Amila et al., 2019). Ginsberg (2008), mengatakan bahwa rekurensi dapat dicegah dengan pengendalian faktor risiko melalui pengobatan dan modifikasi gaya hidup. Gaya hidup yang dimaksud meliputi; diet tidak sehat, obesitas, rokok, alkohol dan kurang aktifitas fisik (Amila et al., 2019). Untuk itu perlu dilakukan upaya mengurangi terjadinya stroke dengan mengonsumsi gizi yang seimbang seperti; perbanyak makan sayur, buah-buahan segar, protein rendah lemak dan kaya serat yang sangat bermanfaat untuk pembuluh darah. Dan juga melakukan olahraga yang teratur, dengan berolahraga teratur dapat mengontrol berat badan serta mengurangi resiko terjadinya stroke (Amila et al., 2019). Perawat berperan penting dalam proses penyembuhan klien stroke untuk mengurangi resiko terjadinya komplikasi atau serangan stroke berulang. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dalam bentuk sistem pendukung dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia, memberikan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan, dan mengambil tindakan yang tepat untuk direncanakan dan dilaksanakan dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi untuk melihat tingkat perkembangannya. Perawat dapat membantu aktivitas hidup sehari-hari dan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan anggota keluarga untuk meningkatkan informasi kesehatan, gejala penyakit, bahkan prosedur yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku klien setelah diberikan pendidikan Kesehatan (Hidayat, 2008).

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut, maka penulis mengambil kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah yang terlalu luas sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Masalah pada penelitian ini dibatasi oleh pengambilan kasus dengan diagnose “Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” tanpa penyakit penyerta lainnya dengan kesadaran penuh , klien kooperatif yang mengalami kelemahan pada ekstremitas atas atau bawah atau keduanya dengan lama hari rawat minimal 3 hari yang membutuhkan Asuhan Keperawatan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

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

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan secara menyeluruh pada pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan penyakit Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana tindakan (Intervensi) pada pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan (Implementasi) pada pasien stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan pada pasien stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Melakukan analisa data antara fakta dan teori pada pasien dengan stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teori

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam mengembangkan ilmu dan pengetahuan keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan serta evaluasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan praktek pada

Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan yang berhubungan dengan pasien Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pengembangan serta pembelajaran dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Bagi Pasien

Di harapkan pasien dan keluarga termotivasi dan dapat mengaplikasikan informasi. Pada pasien yang mengalami kelemahan segera melakukan terapi di rumah dengan cara melakukan gerakan aktif dan pasif dan sering memeriksa diri ke Puskesmas terdekat ataupun Rumah Sakit.

5) Bagi Penelitian Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi serta memperkaya ilmu dan dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variabel yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

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

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

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

bangun tidur yang dapat mengakibatkan kematian karena penyumbatan pembuluh.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

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

1) Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke *Hemoragik*

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarahnoid 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 – Hemoragic*

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, 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 penyakitnya dibagi menjadi dua yaitu, TIA (*Transien Iskemik Attack*) dan Stroke Involusi (Awan Haryanto & Sulistyowati 2015).

a) TIA (*Transien Iskemik Attack*)

Serangan sepiantas 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.

2.1.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2008) Penyebab stroke iskemik terdiri dari :

1) *Thrombosis Cerebral*

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi, sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis diri penurunan tekanan darah

yang dapat mengakibatkan iskemia serebral. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis pada otak :

a) *Arteriosklerosis*

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

b) *Hyperkoagulasi*

Darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas / hematokrit meningkat, sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.

c) *Arteritis* (radang pada arteri)

Arteritis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri – arteri terbesar pada tubuh dan cabang – cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri – arteri tersebut, menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerah – daerah lainnya.

2) Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri serebral. Keadaan – keadaan yang dapat menimbulkan emboli adalah :

a) Penyakit jantung reumatik

- b) Infark miokardum
- c) Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan – gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri.
- d) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

1) TIA (Transient Ischemic Attack)

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

2) RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)

Gejala timbul lebih dari 24 jam

3) Progressing stroke atau stroke in evolution

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

4) Sudah menetap atau permanen

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

- a) Kelumpuhan wajah atau anggota wajah sebelah (*hemiparesis*) atau hemiplegia (*paralysis*) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat *kontralateral* artinya jika

terjadi kerusakan pada *hemisfer* kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot velunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan *ekstensi* maupun *fleksi*.

b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

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

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

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

d) *Afasia* (Kesulitan dalam berbicara)

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

(1) *Afasia* motorik sensorik

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

(2) *Afasia Sensorik*

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

(3) *Afasia Global*

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

e) *Disartia* (Bicara cedal atau pelo)

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

f) Gangguan penghilatan, *diplopia*

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

Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

g) *Disfagia*

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

h) *Inkontinensia*

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

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

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial, edema.

2.1.5 Faktor Resiko

Faktor resiko yang dapat menyebabkan Stroke Iskemik antara lain:

- 1) Tekanan darah tinggi atau hipertensi merupakan faktor resiko yang sering terjadinya stroke. Sekitar 50%-70% kasus stroke disebabkan karena hipertensi. Penurunan diastole 5-6 MmHg dan systole 10-12 MmHg selama 2-3 tahun akan menurunkan resiko stroke antara 4,5-7% (Anthony Rudd,2002) dalam (Tarwoto, 2013). Pasien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, arterosklerosis atau arteri dapat pecah atau ruftur (Tarwoto, 2013).

- 2) Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik (Tarwoto, 2013). Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko stroke seperti adanya kerusakan coroner jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung, kelainan katup jantung, yang mengarah pada penurunan kardiak out put, peningkatan kerja jantung, dan penurunan perfusi serebral (Hariyanto, 2015).
- 3) Diabetes Melitus terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena diperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak (Tarwoto, 2013). Tinggi kadar gula dalam darah 23 juga dapat mengakibatkan hambatan aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
- 4) Hiperkolesterol dan Lemak Kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Disamping itu hiperkolesterol dapat menimbulkan penyakit jantung coroner. Penelitian menunjukkan angka stroke meingkat pada pasien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg %. Setiap kenaikan 38,7 mg % akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7 mg %) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47 %. Demikian 14 juga kenaikan trigliserid menaikkan jumlah terjadinya stroke, pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke (Tarwoto, 2013).

- 5) Obesitas dan kurang aktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung (Tarwoto, 2013).
- 6) Usia Semakin bertambah usia , risiko stroke semakin tinggi karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah (Hariyanto, 2015).
- 7) Polisitemia Kadar HB yang lebih tinggi lebih dari 16 mg/dl dalam hubungannya dengan kekentalan darah dapat memperlambat aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
- 8) Perokok dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah akibat kandungan nikotin yang mendukung terjadinya aterosklerosis (Hariyanto, 2015).
- 9) Alkohol Pada alkoholik dapat mengalami hipertensi karena sifat alkohol mengikat air, memperberat kerja jantung, dan hipertensi penurunan aliran darah ke otak (Hariyanto, 2015).
- 10) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen Estrogen menyebabkan peningkatan pembekuan darah sehingga beresiko terjadinya stroke (Tarwoto, 2013).

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Tarwoto, 2013), komplikasi dari Stroke Iskemik yaitu :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Karena perdarahan pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Hipoksia jaringan otak akan terjadi

karena tidak adekuatnya aliran darah. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri

Jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik terjadilah edema dimana tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial 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 motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan kranial 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 pada masa pemulihan atau akut lanjut

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis vena dalam, atropi, inkontinensia.

- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang tidak adekuat.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang untuk pasien Stroke menurut (Tarwoto, 2013) yaitu meliputi :

1) Radiologi

- a) *Computerized Tomografi (CTScan)*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur, dan sistem ventrikuler otak.
- b) *Magnetik Resonance (MRI)*: Pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena.
- c) *Angiografi Serebral* : Pemeriksaan yang digunakan untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.
- d) *Elektro Encephalografi*: Pemeriksaan yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah di dasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- e) Sinar X Tengkorak : Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya klasifikasi karotis interna pada trombosis serebral.
- f) Fungsi Lumbar : Pemeriksaan yang digunakan untuk menunjukkan adanya tekanan normal. Jika tekanan meningkat dan cairan

mengandung darah menunjukkan perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

g) Elektro Kardigram : Pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui adanya kelainan jantung yang juga menjadi faktor penyebab.

2) Laboratorium

a) Lumbal Fungsi : Pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (Xantkhrom) sewaktu hari pertama.

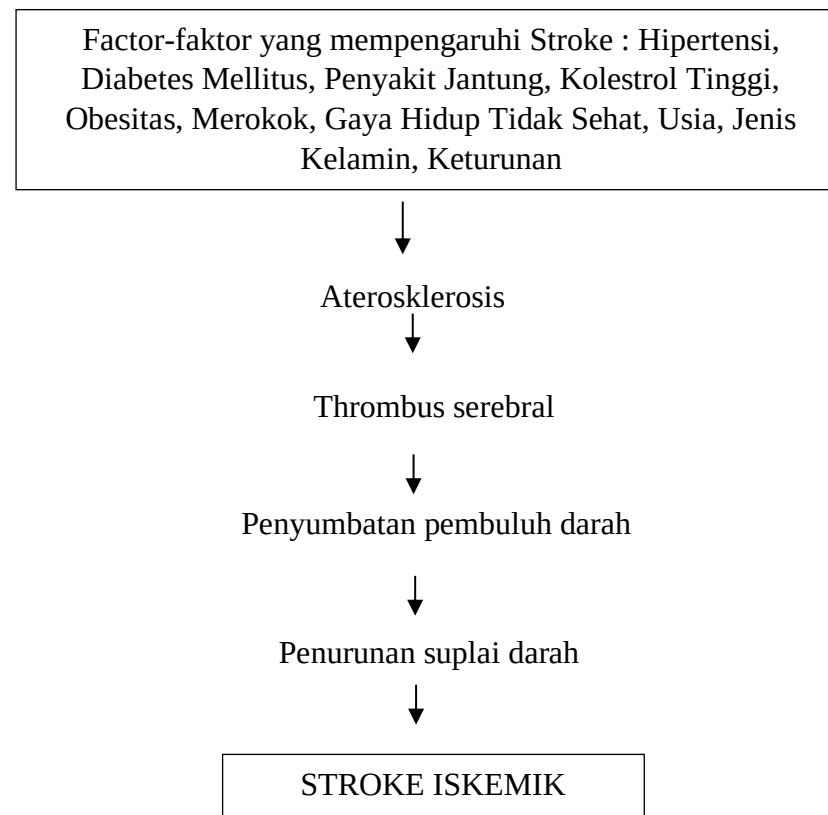
b) Pemeriksaan darah rutin : Glukosa, elektrolit, ureum kreatin.

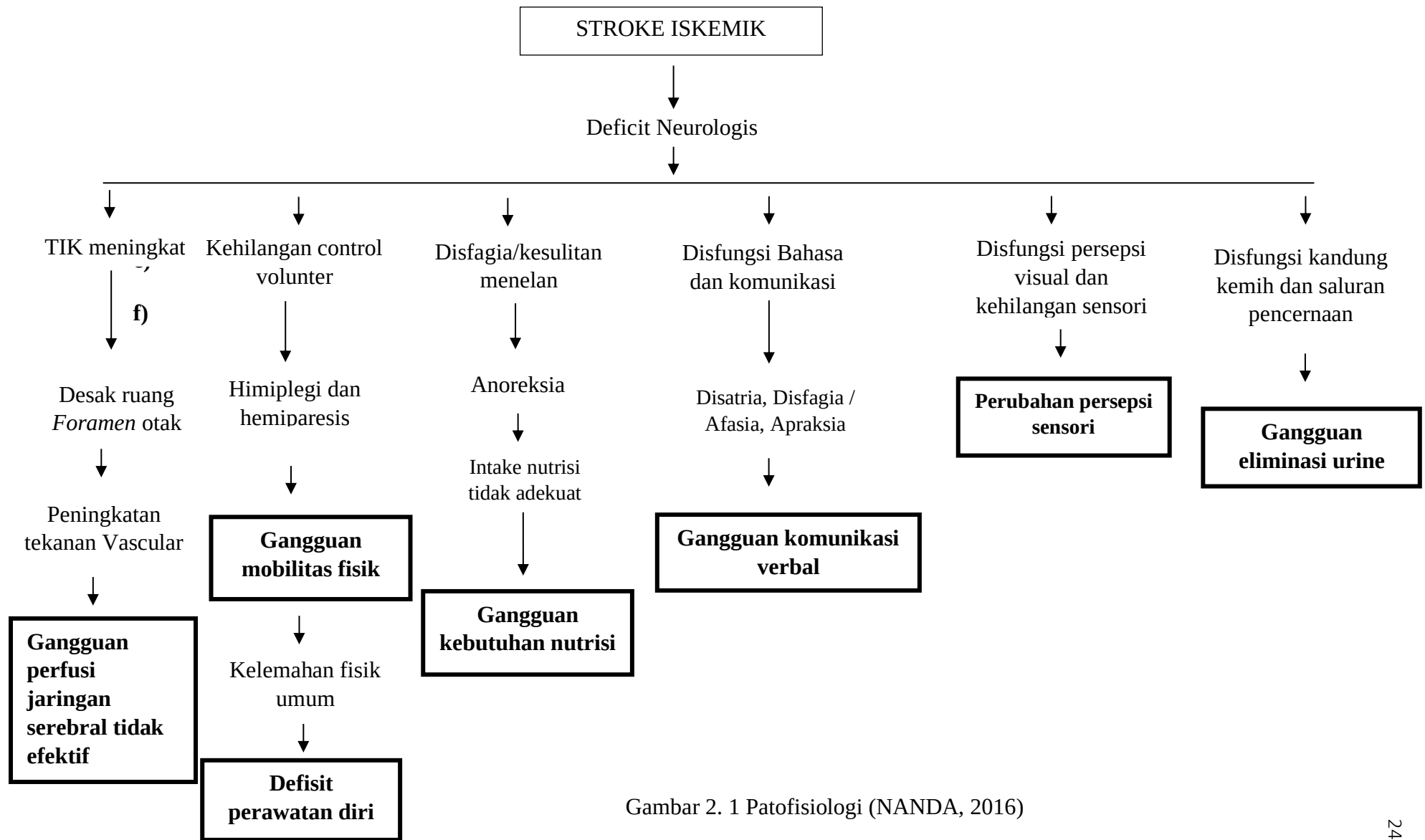
c) Pemeriksaan kimia darah : Pada Stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur angsur turun kembali.

d) Pemeriksaan darah lengkap : Untuk mencari kelaianan pada darah itu sendiri.

2.1.8 Patofisiologi Stroke Iskemik

1) Skema





Gambar 2. 1 Patofisiologi (NANDA, 2016)

2) Uraian

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

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

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (Tarwoto, 2013), penatalaksanaan stroke di rumah sakit terbagi atas :

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut (Golden Periode selama 3 jam)

- (1) Terapi cairan, pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan dapat mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah.

- (2) Terapi Oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)
Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah.
- (4) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah.
- (5) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- (6) Evaluasi status cairan dan elektrolit.
- (7) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan.
- (10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik nervus cranial dan reflex.

b) Pada fase rehabilitasi

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- (2) Program manajemen bladder dan power.
- (3) Mempertimbangkan keseimbangan tubuh.
- (4) Rentang gerak sendi (ROM).
- (5) Pertahankan integritas kulit.
- (6) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- (7) Pemenuhan kebutuhan sehari – hari.
- (8) Persiapan pasien pulang.

c) Fase rehabilitasi pasca stroke

(1) Terapi fisik

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

(2) Okupulasi terapi

Pasien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terpa sangna

dibutuhkan untuk menggali potensi pasien dan melatih sesuai dengan kondisi pasien.

(3) Speech terapi

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

(4) Pembedahan

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

(5) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :

(a) Stroke Iskemik

1. Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen).
2. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada pasien dengan hipertensi.

(b) Stroke hemoragik

1. Antihipertensi : kaptopril dan antagonis kalsium

2. Diuretik : manitol 20% dan furosemide

3. Antikonvulsan : fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien agar dapat mengidentifikasi masalah – masalah yang di alami klien, mental, sosial dan lingkungan (Supratti & Ashriady, 2018).

1) Pengumpulan Data

a) Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013).

b) Keluhan utama

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

c) 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 disamping fungsi otak lain (Tarwoto, 2013).

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Muttaqin, 2008).

e) Riwayat kesehatan keluarga

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

f) Pola – pola fungsi kesehatan

(1) Pola pemenuhan nutrisi

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Muttaqin, 2008)

(2) Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus (Muttaqin, 2008)

(3) Pola aktivitas dan latihan

Pada klien dengan Stroke Iskemik adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (Dongoes, 2000).

(4) Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot / nyeri otot (Dongoes, 2000).

(5) Pola Hubungan Peran

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

(6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

(7) Pola Sensori dan Kognitif

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

(8) Pola reproduksi seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi dan antogonis histamine.

2) Riwayat psikososial

a) Tingkat Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien, dan koma merupakan indikator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari *composmentis*, *apatis*, *latergi*, *delirium*, *sumnolen* dan nilai

GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata (1- 4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) (Tarwoto, 2013).

b) Pola Interaksi dan Komunikasi

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

c) Orientasi

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

d) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulangnya. Tes memori jangka pendek berupa *verbal* dan *visual*. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien (Tarwoto, 2013).

e) Suasana Hati dan Mood

Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sebaliknya (Tarwoto, 2013).

3) Pemeriksaan fisik

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

b) Tanda – tanda vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh (Tarwoto, 2013).

c) Pemeriksaan Kepala dan Leher

(1) Kepala

Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, *alopesia*, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma, yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Tarwoto, 2013).

(2) Wajah

Terdapat hemiparesis / hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Biasanya tidak terdapat nyeri tekan (Tarwoto, 2013).

(3) Mata

Biasanya *konjungtiva* pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi *paralisis* pada sisi *otot okularis* yang sakit (Tarwoto, 2013).

(4) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung

(5) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga) (Tarwoto, 2013).

(6) Mulut dan Faring

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

(7) Pemeriksaan Leher

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

d) Pemeriksaan Thorax

(1) Paru – Paru

Bentuk *thoraks* biasanya normal atau adalah kelainan seperti *pigeon chest* (bentuk dada burung), *funnel chest* (bentuk dada cekung), *barrel chest* (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto, 2013).

(2) Jantung

Suara jantung pada pasien biasanya normal (pekak). Biasanya ictus cordis teraba, suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi "lub", suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi "dub" dan suara jantung tambahan (S3 dan S4), Jika terdengar bunyi S3

berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung (Tarwoto, 2013).

e) Pemeriksaan Abdomen

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

f) Pemeriksaan Integumen

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

g) Pemeriksaan Ekstremitas

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

h) Pemeriksaan Genetalia

Pada klien dengan stroke didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, anuria, distansi abdomen (distansi kemih berlebih) (Dongoes E & Marilyn 2000).

i) Pemeriksaan Neurologi

(1) Refleksi

(a) Reflek fisiologis

1. Reflek bisep tanda abnormal : jika tidak terjadi reflek pada siku, bisa terjadi pada salah satu sisi tubuh

ekstremitas kanan maupun kiri.

2. Reflek trisep tanda abnormal : jika tidak terjadi ekstensi lengan bawah pada sendi siku.
3. Reflek patella tanda abnormal : tidak terjadi ekstensi tungkai bawah.

(b) Reflek patologis

1. Reflek babinsky abnormal : jika ditemukan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.
2. Reflek chaddock abnormal : pengembangan jari-jari kaki, dan ibu jari terjadi dorso fleksi.
3. Reflek Gordon abnormal : pengembangan pada jari-jari kaki dan ibu jari terjadi dorso fleksi.

(2) Saraf kranial

- (a) Nervus 1 *Olfactorius*: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- (b) Nervus 2 *Optikus*: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang
- (c) Nervus 3 *Okulomotorius*: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.

- (d) Nervus 4 *Troclearis*: Kelainan berupa paralisis nervus troclearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (e) Nervus 5 *Trigeminus*: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus.
- (f) Nervus 6 *Abdusen*: Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika pasien melihat lurus ke atas, mata yang sakit teraduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika pasien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.
- (g) Nervus 7 *Fasialis*: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).
- (h) Nervus 8 *Vestibulococlearis*: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

- (i) Nervus 9 *Glosfaringikus* dan Nervus 10 *Vagus*:
Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringius dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru- paru.
- (j) Nervus 11 *Assesorius*: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapeziuz) dan otot leher (otot sterokleidomastoideus). Pasien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persarafan otot trapeziuz dan otot sterokleidomastoideus terganggu.
- (k) Nervus 12 *Hipoglosus*: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah

tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus pasien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

j) Pemeriksaan Penunjang

- (1) Hasil rontgen kepala dan medula spinalis.
- (2) EEG (*Electro Encephalogram*)
- (3) Pemeriksaan foto thorax : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.
- (4) Lumbal fungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada peredaran yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Penyebab :

- a) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hipertensi
- p) Hiperkolesteronemia
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom *sick sinus*
- w) Penyalahgunaan zat

x) Terapi trombolitik

y) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

2) Ganggaun mobilitas fisik (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

Penyebab :

- a) Kerusakan integritas struktus tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan masa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskolasketal
- l) Gangguan neuromaskular
- m) Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan

- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori persepsi

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2. 2 Tanda dan Gejala Minor

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

3) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

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

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
1) Menolak melakukan Perawatan diri	1) Tidak mampu mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
	2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

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

4) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

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

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor

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

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Definisi

Penyebab :

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

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

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

6) Defisit Nutrisi (D.0019)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrisi
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)\
- f) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)

Tabel 2.9 Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Tabel 2.10 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
1) Cepat kenyang setelah makan	1) Bising usus hiperaktif
2) Kram/nyeri abdomen	2) Otot pengunyah lemah
3) Nafsu makan menurun	3) Otot menelan lemah
	4) Membrane mukosa pucat
	5) Sariawan
	6) Serum albumin turun
	7) Rambut rontok berlebihan
	8) Diare

7) Gangguan Komunikasi Verbal

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- h) Hambatan, psikologis (mis, gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

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

-
- 14) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
 - 15) Sulit menyusun kalimat
 - 16) Verbalisasi tidak tepat
 - 17) Sulit mengungkapkan kata-kata
 - 18) Disorientasi orang, ruang, waktu
 - 19) Defisit penglihatan
 - 20) Delusi
-

2.2.3 Intervensi Keperawatan

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

1) Diagnosa 1 : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah, oklusi, peningkatan tekanan intrakranial, infark serebral (D.0017).

Kriteria hasil :

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

j) Refleks saraf: membaik

Tabel 2. 2 Intervensi gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif

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

2) Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054).

Kriteria hasil:

- a) Pergerakan ekstremitas: meningkat
- b) Kekuatan otot: meningkat
- c) Rentang gerak (ROM): meningkat
- d) Kelemahan fisik: menurun

Tabel 2. 3 Tabel Intervensi gangguan mobilitas fisik

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

3) Diagnosa 3 : Defisit perawatan diri: makan, mandi, dan berpakaian
berhubungan dengan kelemahan anggota gerak (D.0109)

Kriteria hasil:

- a) Kemampuan mandi: meningkat
- b) Kemampuan makan: meningkat
- c) Kemampuan mengenakan pakaian: meningkat
- d) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK): meningkat
- e) Minat melakukan perawatan diri: meningkat

Tabel 2. 4 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348)	Obsevasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien
1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien
2) Monitor tingkat kemandirian	

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

4) Diagnosa 4 : Gangguan eliminasi urine: inkontinensia fungsional berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi (D.0040).

Kriteria hasil:

- a) Sensasi berkemih: meningkat
- b) Desakan berkemih (urgensi): menurun
- c) Distensi kandung kemih: menurun
- d) Berkemih tidak tuntas (hesitancy): menurun
- e) Nokturia: menurun
- f) Mengompol: menurun
- g) Frekuensi BAK: membaik
- h) Karakteristik urine: membaik

Tabel 2. 5 Tabel Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen eliminasi urine (I.04152)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine	2) Untuk mengetahui faktor penyebab utama retensi atau inkontinensia urine dan memberikan penanganan yang sesuai
2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine	3) Untuk mengetahui output urine
3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)	Terapeutik
Terapeutik	1) Untuk mengetahui waktu terakhir klien berkemih
1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih	2) Minum yang berlebihan dapat menyebabkan semakin penuh urine di kandung kemih
2) Batasi asupan cairan, jika perlu	3) Untuk mengetahui kandungan yang ada dalam urine klien
3) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur	Edukasi
Edukasi	1) Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi saluran kemih
1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih	2) Klien dan keluarga mengerti cara mengukur asupan cairan dan haluaran urine
2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine	3) Klien dan keluarga mengerti cara mengambil sampel urine tengah
3) Ajarkan mengambil specimen urine midstream	4) Agar klien dapat berkemih pada waktu yang tepat
4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih	5) Agar klien mengetahui cara penguatan otot-otot panggul
5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/perkemihan	6) Untuk memfasilitasi kebutuhan cairan klien
6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi	7) Agar pola tidur klien tidak terganggu
7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur	Kolaborasi
Kolaborasi	1) Untuk menunjang kesembuhan klien
1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu	

5) **Diagnosa 5** : Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan

ketidakmampuan menghidu dan melihat (D.0085)

Kriteria hasil:

- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra perabaan: menurun
- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra penciuman: menurun
- Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap: menurun

- d) Distorsi sensori: menurun
- e) Menarik diri: menurun
- f) Melamun: menurun
- g) Respons sesuai stimulus: membaik
- h) Konsentrasi: membaik
- i) Orientasi: membaik

Tabel 2. 6 Tabel Intervensi Gangguan Persepsi Sensori

Rencana Tindakan	Rasional
Minimalisasi rangsangan (I.08241)	Observasi:
Observasi:	1) Untuk mengetahui faktor yang meningkatkan rangsangan sensori
1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. Nyeri, kelelahan)	Terapeutik:
Terapeutik:	1) Dengan berdiskusi dapat mengetahui beban sensori yang dialami
1) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. Bising, terlalu terang)	2) Dengan membatasi stimulus lingkungan dapat meminimalisir rasa tidak nyaman
2) Batasi stimulus lingkungan (mis. Cahaya, suara, aktivitas)	3) Dilakukan agar klien memiliki aktivitas terjadwal sehingga gangguan rangsangan sensori dapat diminalkan
3) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat	4) Untuk memberikan tindakan yang sesuai dengan kebutuhan klien
4) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan	Edukasi:
Edukasi:	1) Dilakukan untuk memberikan lingkungan yang nyaman dan meminimalkan stimulus
1) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. Mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)	Kolaborasi:
Kolaborasi:	1) Untuk mengurangi atau meminimalisasi rangsangan
1) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan	2) Dilakukan jika klien tidak mampu meminimalkan stimulus yang ada, sehingga diberikan terapi medik
2) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	

6) Diagnosa 6 : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0032).

Kriteria hasil:

- a) Porsi makanan yang dihabiskan: meningkat

- b) Kekuatan otot pengunyah: meningkat
- c) Kekuatan otot menelan: meningkat
- d) Nyeri abdomen: menurun
- e) Berat badan: membaik
- f) Indeks Massa Tubuh: membaik
- g) Frekuensi makan: membaik
- h) Nafsu makan: membaik

Tabel 2. 7 Tabel Intervensi Defisit Nutrisi

Rencana Tindakan	Rasional
Manajemen Nutrisi (I.03119)	Observasi
Observasi	1) Untuk mengetahui status nutrisi klien
1) Identifikasi status nutrisi	2) Untuk menarik kemampuan atau keinginan makan klien
2) Identifikasi makanan yang disukai	3) Mencukupi kalori sesuai kebutuhan klien dapat membantu proses penyembuhan dan menghindari terjadinya komplikasi
3) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient	4) Feeding adalah memberikan cairan nutrisi ke dalam lambung klien yang tidak mampu menelan. Membantu pemberian makanan atau obat-obatan kepada klien yang dalam keadaan lemah atau tidak sadar
4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric	5) Anoreksia dan kelemahan dapat mengakibatkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang serius
5) Monitor asupan makanan	6) Membantu dalam identifikasi malnutrisi protein-kalori klien. Khususnya bila berat badan kurang dari normal
6) Monitor berat badan	Terapeutik
Terapeutik	1) Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan
1) Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan	2) Karena status gizi seseorang menunjukkan seberapa besar kebutuhan fisiologis individu tersebut telah terpenuhi. Keseimbangan nutrisi antara yang masuk dan yang
2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)	
3) Berikan makanan tinggi serat, protein, dan kalori	
Edukasi	
1) Ajarkan diet yang diprogramkan	
Kolaborasi	
1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	

	dibutuhkan untuk kesehatan optimal sangatlah penting.
3)	Untuk memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan membantu meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein
Edukasi	
1)	Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien
Kolaborasi	
1)	Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien dilakukan oleh tenaga profesional yang tepat.

7) Diagnosa 7 : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

Kriteria hasil:

- a) Kemampuan berbicara: meningkat
- b) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh: meningkat
- c) Kontak mata: meningkat
- d) Afasia: menurun
- e) Disfasia: menurun
- f) Apraksia: menurun
- g) Disatria: menurun
- h) Pelo: menurun

Tabel 2. 8 Tabel Intervensi Gangguan Komunikasi Verbal

Rencana Tindakan		Rasional
Promosi komunikasi: Defisit bicara	Observasi	1) Untuk mengetahui tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
(I.13492)	Observasi	

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

2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Rofifah Ninda, 2019).

2.2.5 Evaluasi

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

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

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan serangkaian kegiatan dalam mencari kebenaran suatu studi penelitian, yang diawali dengan suatu pemikiran yang membentuk rumusan masalah sehingga menimbulkan hipotesis awal, dengan dibantu dan persepsi penelitian terdahulu, sehingga penelitian bisa diolah dan dianalisis yang akhirnya membentuk suatu kesimpulan (Sahir, 2021).

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

3.1 Rancangan Penelitian

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

Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengakajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah dari subjek cenderung

sedikit, jumlah variabel yang diteliti sangat luas. Oleh karena itu, sangat penting untuk mengetahui semua variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian. Rancangan dari studi kasus bergantung pada keadaan umum, namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci (Nursalam, 2017).

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah pada penelitian deskriptif kualitatif ini adalah asuhan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien dengan diagnose stroke iskemik tanpa komplikasi dalam keadaan klien sadar penuh yang mengalami kelemahan ekstremitas atas atau bawah atau kedua ekstremitas yang di rawat di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Asuhan Keperawatan merupakan tindakan yang digunakan untuk memberikan pelayanan yang komprehensif yaitu meliputi pengkajian, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Stroke non hemoragik / Stroke iskemik adalah suatu penyakit yang terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak yang di tandai dengan penurunan fungsi, yang disebabkan karena adanya thrombus dan *emboli* yang terjadi begitu cepat dengan kondisi klien tanpa adanya komplikasi penyakit tambahan seperti klien yang *kooperatif* dengan tingkat kesadaran pasien *composmentis* dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari dirumah sakit.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini adalah klien dengan diagnosa medis yaitu Stroke Iskemik dengan kriteria kliien kooperatif. Klien sadar penuh mengalami kelemahan ekstremitas atas atau bawah atau keduanya. Klien yang mendapatkan perawatan minimal 3 hari di rumah sakit, pasien MRS tanpa penyakit penyerta dan bersedia memberikan informasi yang diperlukan dalam penelitian. Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini berjumlah satu orang.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Pengambilan data penelitian ini dilaksanakan pada 10 Februari sampai 12 April tahun 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Mengumpulkan Data

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa alat bantu, yaitu format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah, pengukuran dengan alat seperti stetoskop, tensi meter, hammer, penlight, termometer, midline, timbang berat badan. Metode pengumpulan menggunakan data

primer dan data sekunder. Peneliti memperoleh data primer dari wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi), sedangkan data sekunder diperoleh dari pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain seperti hasil studi dokumentasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

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

1) Tahap Persiapan

- a) Mendapat surat pengantar izin penelitian no. DP.04.03/F.XIII.15.5/97/2025 dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek perihal izin melaksanakan penelitian (studi kasus) dengan memenuhi protocol kesehatan.
- b) Mendapat persetujuan izin penelitian dengan surat no. 000.9/112/406.010.01/18.00/2025 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 Kepala Prodi Poltekkes Kemenkes Malang

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

2) Tahap Kontrak

Sudah mendapatkan klien dengan stroke iskemik kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan penelitian, pasien berkenan untuk menjadi responden maka pasien dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti datang ke tempat pasien yang telah dipilih sebagai responden dan 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 kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa peneliti sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan. Setelah surat izin keluar lanjut ke administrasi. 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*) (Sugiyono, 2011).

3.6.1 *Credibility* (Kepercayaan)

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

langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 *Transferability* (Keteralihan)

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

3.6.3 *Dependability* (Kebergantungan)

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

3.6.4 *Confirmability* (Kepastian)

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

3.7 Analisis Data

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

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent*

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

3.8.2 *Anonymity (Tanpa nama)*

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

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

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

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Tn. R
b) Jenis kelamin	Laki-laki
c) Umur	57 tahun
d) Status perkawinan	Menikah

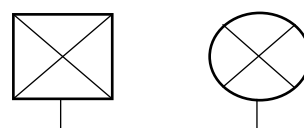
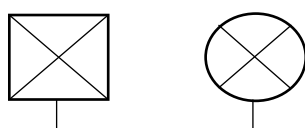
e) Pekerjaan	Swasta
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMA
h) Alamat	RT 07 RW 02 Surodakan, Trenggalek Kab. Trenggalek
i) Tanggal/jam MRS	14 Maret 2025/ 09.40 WIB
j) Tanggal/jam pengkajian	15 Maret 2025/13.00 WIB
k) Diagnosa Medis	CVA Infark

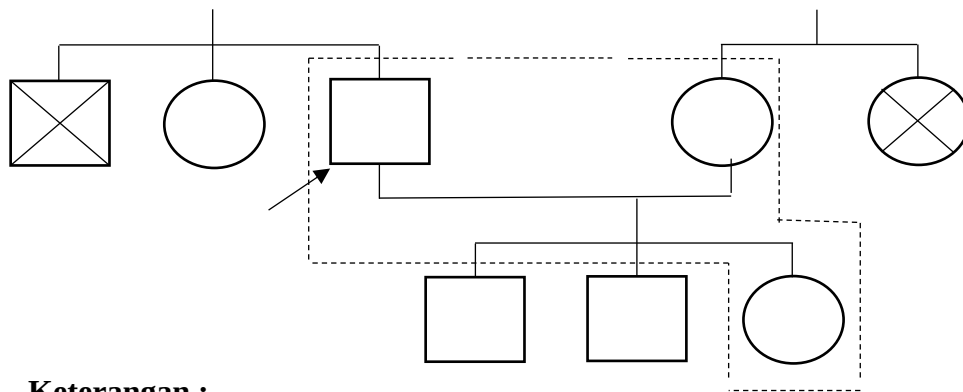
2) Riwayat penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Keluhan utama	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing. Saat pengkajian : klien mengatakan merasa pusing.
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga klien mengatakan tiba – tiba klien pusing, badan lemas, kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan sejak tadi pagi jam 07.30 wib, kemudian klien dibawa ke RS pada jam 09.40 WIB dengan keluhan pusing, badan lemas, kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan. Klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada tanggal 14 maret jam 14.40 WIB. P : Klien mengatakan pusing saat digunakan untuk duduk Q : Klien mengatakan pusing cenut – cenut R : Klien mengatakan pusing dibagian kepala sebelah kanan S : Pusing terasa seperti berputar - putar T : Pusing hilang timbul
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat diabetes melitus sejak 1 tahun yang lalu.
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang terkena stroke dan dm seperti klien tetapi ayah klien mempunyai Riwayat penyakit yang sama yaitu hipertensi.

Genogram :





Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Garis keturunan



: Garis perkawinan



: Tetap serumah



: Meninggal



: Pasien

3) Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien
Makan	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Klien mengatakan makan 3x pada siang hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur, buah habis ½ porsi makan.

Minum	Di rumah : Klien mengatakan minum 6-7 gelas airputih setiap hari $\pm$ 1200 ml. Di RS : Keluarga klien mengatakan dari pagi sampai sore klien minum habis $\frac{1}{2}$ botol air mineral sedang $\pm$ 300 ml.
BAK	Di rumah : Klien mengatakan BAK sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan BAK menggunakan pampers.
BAB	Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien BAB 1x sejak masuk RS berwarna kuning kecoklatan, konsistensi padat, dan berbau khas
Istirahat tidur	Di rumah : Klien mengatakan pada siang tidur ukur 12.00 -13.30 WIB. pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.30 WIB Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan, klien mengalami kesulitan tidur karena suara bising dan ketika ada petugas medis yang datang.
Kebersihan diri	Dirumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya di sbin dengan air hangat pada pagi dan sore hari.
Aktivitas dan Latihan	Di rumah : Klien mengatakan di rumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan orang lain. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien berbaring ditempat tidur, dan aktivitas sehari-hari sebagian dibantu keluarga.
Riwayat psikososial	1) Pola komunikasi Klien dapat berkomunikasi dengan baik, klien berkomunikasi dengan menggunakan Bahasa jawa. 2) Konsep diri

a) Gambaran diri	Dengan kondisinya saat ini, Tn. R menerima keadaannya dan memiliki semangat yang tinggi untuk kesembuhannya.
a) Ideal diri	Klien tampak ikhlas dan tabah dengan keadaannya yang sekarang.
b) Harga diri	Tn. R tampak bersemangat dan selalu berikhtiar untuk kesembuhannya.
c) Peran	Tn. R adalah seorang kepala keluarga, suami dan ayah untuk ketiga anaknya.
d) Identitas diri	Klien mengatakan ia bernama Tn.R , berumur 57 tahun, tinggal di Surodakan Trenggalek.

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien
Keadaan umum	Kesadaran umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Terpasang selang infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Chloride 0,9% 14 tpm.
Tanda-tanda vital	TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit RR: 20x/menit S : 36,3C SPO2 : 99%
Kepala dan rambut	Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, rambut tidak bau, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kepal.
Wajah	Wajah tidak melencong atau simetris, wajah pucat, tidak ada nyeri tekan pada wajah.
Mata	Simetris kanan dan kiri , konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor terkena cahaya, lapang pandang jauh.
Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor.
Leher	Tidak ada kaku kuduk, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea berada tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.
Mulut	Mulut simetris kanan dan kiri, mukosa bibir kering, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih. Klien dapat mengunyah dan menelan tanpa ada gangguan.
Pemeriksaan integument	Kulit lembab, akral hangat, CRT <2 detik warna kulit sawo matang, turgor $\leq$ 3 detik.

Pemeriksaan dada/thorax	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercostal, RR 20x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan, terdapat getaran yang sama pada lapang paru kanan dan kiri Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara nafas tambahan				
Jantung	Inspeksi : tidak terdapat pulsasi, ictus cordis terlihat Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 4-5 midclavikula Perkusi : suara jantung pekak Auskultasi : bunyi jantung lup-dup, tidak terdapat bunyi jantung tambahan.				
Pemeriksaan payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, aerola berwarna lebih gelap daripada area sekitarnya.				
Pemeriksaan abdomen	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Auskultasi : bising usus 10x/ menit Perkusi : suara tympani Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar.				
Pemeriksaan genetalia	Klien tidak terpasang selang kateter, tidak mengalami inkontenesia.				
Ekstremitas	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu keluarga, Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>5</td></tr> </table>	3	5	3	5
3	5				
3	5				
Reflek fisiologis	Refleks biseps (-) biseps (+) reflek triceps (-) trisep (+) reflek patella (-) patela (+)				
Reflek patologis	Babinski (+), babinski (-) Chaddock (+), chaddock (-)				
Pemeriksaan neurologis	Kesadaran / GCS : Composmentis/ GCS 4 (Eye),5(Verbal),6(Motorik) Kemampuan sensorik : klien mampu merasakan sentuhan, panas, dingin, tajam, tumpul. Kemampuan motoric : klien mengalami kelemahan pada kaki sebelah kanan. Nervus : 1) Nervus Olfaktorius Tn. R diminta untuk memejamkan mata dan mencium bau minyak kayu putih, klien dapat mengenali bau tersebut dengan baik. 2) Nervus Optikus Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat 3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya 4) Nervus Toklearis Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah				

-
- 5) Nervus Trigeminus
Klien mampu merasakan sentuhan
 - 6) Nervus Abdusen
Klien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri
 - 7) Nervus Facialis
Klien mampu untuk berekspresi (meringis,tersenyum)
 - 8) Nervus Vestibulococlearis
Klien mampu mendengar dengan baik, klien mampu menjaga keseimbangan
 - 9) Nervus Glossofaringeus
Klien mampu membedakan rasa makanan asin tau manis
 - 10) Nervus Vagus
Klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan
 - 11) Nervus Assesorius
Klien hanya mampu menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri tangan dan kaki
 - 12) Nervus Hipoglasus
Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali
-

5) Pemeriksaan Penunjang

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

hasil :

(1) Cor prominen disertai elongasi dan aortoklerosis

(2) Pulmo saat ini normal

b) EKG pada tanggal 14 maret 2025 dengan hasil :

Sinus rhythm

-Interpretation mode without knowing patients gender/age-

Normal ECG

Vent. Rate 76 bpm

Pr Interval 158 ms

QRS Duration 80 ms

QT / QTc Interval 374 / 402 ms

P/ QRS / T Axes -4/12/50 deg

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

- (1) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri
- (2) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri

d) Darah Lengkap :

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan		Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin		14.5	g/dl	13.5-18.0
Lekosit		6.9s	$10^3/\mu\text{l}$	4.0-10.5
Trombosit		231	$10^3/\mu\text{l}$	150-450
Hematokrit		43.9	%	42.0-51.0
Eritrosit	H	5.12	Juta/ μl	3.50 - 4.76
- MCV		85.8	fL	78.0-100.0
- MCH	L	28.3	Pg	31.0-37.0
- MCHC	L	33.0	g/dl	37.0-54.0
RDW – SD		40.3	%	37.0 – 54.0
RDW – CV		13.2	%	11.0 – 16.0
PDW		16.4	fL	9.0-17.0
MPV	H	11.6	fL	8.0-11.0
Hitung Jenis (DIFF)				
- Basofil #		0.0	$10^3/\mu\text{l}$	<0.1
- Eosinofil #		0.1	$10^3/\mu\text{l}$	<0.7
- Neutrofil #		5.3	$10^3/\mu\text{l}$	1.5 – 6.6
- Limfosit #	L	1.3	$10^3/\mu\text{l}$	1.5 – 3.5
- Monosit#		0.2	$10^3/\mu\text{l}$	<1.0
Gula Darah				
Glukosa Darah		170	mg/dl	<180.0
Faal Ginjal				
Ureum		20.2	mg/dl	15.0 – 45.0
Creatinin	H	1.5	mg/dl	0.9 – 1.3
Egfr		52		
Faal Hati				
SGOT		12.9	U/L	10.0 – 40.0
SGPT		15.3	U/L	10.0 – 55.0
Gula Darah				
HbA1c		6.5	%	<5.8 (Normal) 5.8 – 6.9 (Pre diabetes) >6.9 (Diabetes)
Profil Lipid				
Kolestrol Total	H	239.6	mg/dl	140 – 200
Trigliserida	H	315.5	mg/dl	40 – 150
HDL Kolestrol		48.9	mg/dl	High > = 60 Low < 40
LDL Kolestrol		99.8	mg/dl	Optimal < 100
Faal Ginjal				
Asam urat		3.6	mg/dl	3.5-7.2

6) Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi

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

4.1.3 Analisa Data

Tabel4.7 Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH	Etiologi
1	DS : Klien mengatakan merasa pusing P : Klien mengatakan pusing saat digunakan duduk Q : Klien mengatakan pusing cenut - cenut R : Klien mengatakan pusing di kepala bagian sebelah kanan S : Pusing terasa seperti berputar T : Pusing hilang timbul DO : K/u : Lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik Warna kulit pucat Akral teraba hangat Turgor kulit kembali <3 detik TTV : TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri (2) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan Aortoklerosis, Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus rhythm - Interpretation mode without knowing	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif	Defisit Neurologis ↓ TIK meningkat ↓ Desak ruang foremen otak ↓ Peningkatan tekanan vascular serebral

patients gender/age - Normal ECG			
2	DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah DO : Keadaan umum lemah Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah Kekuatan otot 3 5 3 5 Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan Reflek Fisiologis : Refleks biceps (-) biceps (+) reflek triceps (-) trisep (+) reflek patella (-) patela (+) Reflek Patologis : Babinski (+), babinski (-) Chaddock (+), chaddock (-)	Gangguan Mobilitas Fisik	Defisit neurologis ↓ Kehilangan control volunter ↓ Hemiplegi dan Hemiparesis

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

NO. DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	15 Maret 2025	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan merasa pusing P : Klien mengatakan pusing saat digunakan duduk Q : Klien mengatakan pusing cenut - cenut R : Klien mengatakan pusing di kepala bagian sebelah kanan S : Pusing terasa skala 7 T : Pusing hilang timbul DO : K/u : Lemah		

Tingkat Kesadaran : Composmentis
 GCS : 4,5,6
 CRT < 2 Detik
 Warna kulit pucat
 Akral teraba hangat
 Turgor kulit kembali <3 detik
 TTV :
 TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit
 RR : 20x/menit
 S : 36,3°C SPO2 : 99%

Pemeriksaan penunjang :

- CT-Scan dengan bacaan :
 - (1) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri
 - (2) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri
 - Foto Thorax PA/AP : Corprominen disertai elongasi dan Aortoklerosis, Pulmo saat ini normal
 - EKG dengan bacaan : Sinus rhythm
 - Interpretation mode without knowing patients gender/age
 - Normal ECG
-

2. 15 Maret 2025 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :
- DS :**
 Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah
- DO :**
 Keadaan umum lemah
 Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah
 Kekuatan otot
- | | |
|---|---|
| 3 | 5 |
| 3 | 5 |
- Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga
- Mandi disibin
 - Ganti pakaian
 - Makan
- Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius)
 klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan
- Reflek Fisiologis :
 Refleks biseps (-) biseps (+)
 reflek triceps (-) trisep (+)
 reflek patella (-) patela (+)
- Reflek Patologis :
 Babinski (+), babinski (-)
 Chaddock (+), chaddock (-)
-

4.1.5 Perencanaan

Tabel 4.9 Perencanaan

No.	Tanggal	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi	Tanda Tangan
1	15 Maret 2025	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran: meningkat 2. Kognitif: meningkat 3. Sakit kepala: menurun 4. Gelisah: menurun 5. Kecemasan: menurun 6. Tekanan arteri rata-rata: membaik 7. Tekanan intrakranial: membaik 8. Tekanan darah sistolik: membaik 9. Tekanan darah diastolik: membaik 10. Refleks saraf: membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor penurunan frekuensi jantung 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 9. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 10. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	Observasi 1) Untuk mengetahui peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3) Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien 4) Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien Terapeutik 5) Agar klien jauh lebih nyaman 6) Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang 7) Agar tekanan intrakranial tidak semakin parah Kolaborasi 8) Untuk mencegah atau mengatasi kejang 9) Untuk membuang kelebihan garam dan air dari dalam tubuh melalui urine 10) Untuk memudahkan klien dalam BAB	15 Maret 2025

2	15 Maret 2025	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam maka klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas: meningkat 2. Kekuatan otot: meningkat 3. Rentang gerak (ROM): meningkat 4. Kelemahan fisik: menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring Terapeutik 3. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) 4. Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot Edukasi 5. Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien	Observasi 1) Untuk mengetahui kondisi kulit klien 2) Untuk mencegah terjadinya komplikasi tirah baring Terapeutik 3) Agar tidak terjadi tekanan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan 4) Untuk mengetahui kekuatan otot klien Edukasi 5) Agar klien mengetahui prosedur latihan gerak ROM pasif 6) Agar keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif Kolaborasi 7) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat
---	---------------	--	--	--

4.1.6 Pelaksanaan

Tabel 4.10 Pelaksanaan

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan
1	15/03/2025	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis dibuktikan dengan :	1. Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga (memperkenalkan diri kepada klien, menjelaskan maksud dan tujuan setiap kali melakukan tindakan dan klien mendatangi informed consent)	
	13.00	DS :	2. Mengobservasi TTV	
	13.05	Klien mengatakan merasa pusing	TD : 151/ 80	
	16.00	P : Klien mengatakan pusing saat digunakan duduk	N : 90	
	18.00	Q : Klien mengatakan pusing cenut - cenut	RR : 20	
	18.05	R : Klien mengatakan pusing di kepala bagian sebelah kanan	S: 36, 1	
	19.00	S : Pusing terasa skala 7	SPO2 : 99	
	19.15	T : Pusing hilang timbul	3. Memantau tingkat kesadaran : kesadaran compos mentis GCS 456	
	19.30	DO : K/u : Lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik Warna kulit pucat Akral teraba hangat Turgor kulit kembali <3 detik TTV : TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99%	4. Mempertahankan kepala tempat tidur klien 30 – 45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk. 5. Mempertahankan klien untuk bedrest dan memberikan lingkungan yang tenang dengan membatasi pengunjung dan meminimalisir bawaan keluarga. 6. Mmberikan obat injeksi citicolin 500 mg 7. Mengajarkan klien untuk tidak menekuk lututnya, batuk, bersin, feses yang keras atau mengejan 8. Mempertahankan suhu normal	
		Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (3) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri (4) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri - Foto Thorax PA/ AP : Cor prominen disertai elongasi dan		

		Aortoklerosis, Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus rhythm - Interpretation mode without knowing patients gender/age - Normal ECG	
2. 15/03/2025			
15.00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1. Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga (memperkenalkan diri kepada klien, menjelaskan maksd dan tujuan setiap kali melakukan tindakan	
15.05	dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah	2. Mengobservasi TTV TD : 151/80mmHg N :90 x/menit RR : 20x/menit S :36,1 °C SPO2 : 99%	
15.10	DO : Keadaan umum lemah Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah Kekuatan otot $\begin{array}{r} 3 \quad 5 \\ 3 \quad 5 \end{array}$	3. Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekutan otot. Kekuatan otot : $\begin{array}{r} 3 \quad 5 \\ 3 \quad 5 \end{array}$	
16.00	Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan Terjadi gangguan pada nervus XI (Assessorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan Reflek Fisiologis : reflek biseps(-)biseps (+) reflek triceps(-) trisep (+) reflek patella (-) patela (+) Reflek Patologis : Babinski (+), babinski (-) Chaddock(+),chaddock(-)	4. Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan,seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam dan melebarkan jari –	
17.00			
19.00			
19.10			

jari tangan dan kaki.

5. Membantu klien mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali
 6. Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif
-

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.11 Evaluasi

NO. DX	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
D.0017	15/03/2025	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis dibuktikan dengan :	S : Klien mengatakan masih merasa pusing
	20.00	DS : Klien mengatakan merasa pusing P : Klien mengatakan pusing saat digunakan duduk Q : Klien mengatakan pusing cenut - cenut R : Klien mengatakan pusing di kepala bagian sebelah kanan S : Pusing terasa skala 7 T : Pusing hilang timbul DO : K/u : Lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik Warna kulit pucat Akral teraba hangat Turgor kulit kembali <3 detik TTV : TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri (2) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan Aortoklerosis, Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus rhythm - Interpretation mode without knowing patients gender/age Normal ECG	O : Ku lemah Tingkat Kesadaran Composmentis GCS : 4,5,6 TTV TD:144/89 mmHg Nadi : 66x/menit Suhu :36,2°C RR: 20x/menit SPO2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi1, 2,4, 5, 6, 10

D.0054	15/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah DO : Keadaan umum lemah Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan Reflek Fisiologis : reflek biseps(-)biseps (+) reflek triceps(-) trisep (+) reflek patella (-) patela (+) Reflek Patologis : Babinski (+), babinski (-) Chaddock(+),chaddock(-)	S : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah O : - Tangan dan kaki tampak lemah - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ - Gerakan terbatas pada bagian tubuh sebelah kanan - ADL dibantu keluarga - Mandi disibin, ganti pakaian dan makan dibantu oleh keluarga A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1,2,3,5, 6 dan 7
--------	------------	---	--

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (S O A P)
16/03/2025	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif	1) Mengobservasi TTV	
08.00	berhubungan dengan defisit neurologis dibuktikan dengan : DS : Klien mengatakan merasa pusing	TD : 132/73mmHg N : 61 x/ menit RR: 20 x/ menit S : 36,2 °C SPO: 99 %	S : Klien mengatakan masih sedikit pusing
08.05	P : Klien mengatakan pusing saat digunakan duduk Q : Klien mengatakan pusing cenut - cenut R : Klien mengatakan pusing di kepala bagian sebelah kanan	2) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat Injeksi citicoline 2x500Mg	O : Ku lemah Kesadaran CM GCS 4,5,6 CRT <2 Detik TD : 132/ 73 mmHg
09.00	S : Pusing terasa skala 7 T : Pusing hilang timbul	3) Mengatur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam	Nadi : 61 x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%
09.10	DO : K/u : Lemah Tingkat Kesadaran :	4) Memantau tingkat kesadaran	A : Masalah belum teratasi
10.00	Composmentis GCS : 4,5,6	5) Mempertahanan klien untuk bedrest	P :
11.00	CRT < 2 Detik Warna kulit pucat Akral teraba hangat	6) Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman klien dengan memasang pagar tempat tidur.	Lanjutkan intervensi 2,4,5,6,10
12.00	Turgor kulit kembali <3 detik TTV : TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99%	7) Ajari klien untuk tidak mengejan saat buang air besar	
Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri (2) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan Aortoklerosis, Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus rhythm - Interpretation mode without knowing patients gender/age Normal ECG			

16/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	1) 1) Mengobservasi TTV TTV : TD : 132 / 73 mmHg Nadi : 61x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%	S : Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah
08.00	DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah		O : - Tangan dan kaki kanan tampak lemah berkurang
09.15	DO : Keadaan umum lemah Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah	2) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot :	- Kekuatan otot
09.30		$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
10.00	Kekuatan otot		
11.00	Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan Reflek Fisiologis : reflek biseps(-)biseps (+) reflek triceps(-) trisep (+) reflek patella (-) patela (+) Reflek Patologis : Babinski (+), babinski (-) Chaddock(+),chaddock(-)	3) Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan,seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan 4) Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif 5) Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali 6) Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif	- Gerakan terbatas tubuh kanan belum bisa digerakan - ADL sebagian dibantu keluarga A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi no 1,2,3,4,7
17/03/2025	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis dibuktikan dengan :	1. Mengobservasi TTV TTV TD : 131/63 mmHg Nadi : 67x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%	S : Klien mengatakan pusing sudah berkurang
08.00	DS : Klien mengatakan merasa pusing		O : Ku baik
08.05	P : Klien mengatakan pusing saat digunakan duduk	2. Atur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam	Tingkat Kesadaran Composmentis GCS 4,5,6 CRT ≤2 Detik TTV
09.00	Q : Klien mengatakan pusing	3. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat	CRT ≤2 Detik TTV TD : 131/63 mmHg Nadi 67x/menit Suhu 36,3°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%
09.10	R : Klien mengatakan pusing di kepala bagian sebelah kanan	4. Memantau tingkat kesadaran	A : Masalah belum teratasi
10.00	S : Pusing terasa skala 7 T : Pusing hilang timbul	5. Mempertahanan klien untuk bedrest	P : Intervensi dilanjutkan 2,4,5,6,10
11.00	DO : K/u : Lemah Tingkat Kesadaran : Composmentis GCS : 4,5,6 CRT < 2 Detik Warna kulit pucat	6. Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman klien dengan memasang pagar tempat tidur.	
12.00	Akral teraba hangat Turgor kulit kembali <3 detik	7. Ajari klien untuk tidak mngejan saat buang air	

	TTV : TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99% Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : (1) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri (2) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri - Foto Thorax PA/AP : Cor prominen disertai elongasi dan Aortoklerosis, Pulmo saat ini normal - EKG dengan bacaan : Sinus rhythm - Interpretation mode without knowing patients gender/age Normal ECG	besar	
17/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : 08.00 DS : Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah 09.15 kanan terasa lemah 09.30 DO : Keadaan umum lemah Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah 10.00 Kekuatan otot 3 5 3 5 11.00 Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga 12.00 - Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan Reflek Fisiologis : refleks biseps(-)biseps (+) refleks triceps(-) trisep (+) refleks patella (-) patela (+) Reflek Patologis : Babinski (+), babinski (-) Chaddock(+),chaddock(-)	1) Mengobservasi TTV TTV : TD : 131/63 mmHg Nadi : 67x/menit Suhu 36,3°C RR : 20x/menit SPO2 : 99% 2) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : 4 5 4 5 3).Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kiri yang mengalami kelemahan,seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan 4). Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif 5). Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali 6).Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif	S : Klien mengatakan tangan dan kaki lemah berkurang O : - tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa digerakan - gerakan terbatas bahu sudah mulai bisa digerakan sedikit - ADL sebagian dibantu Keluarga - Kekuatan otot 4 5 4 5 A : Masalah teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,3, 4, 7

18/03/2025	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan defisit neurologis dibuktikan dengan :	1) Mengobservasi TTV	S :
08.00		TTV	Klien mengatakan sudah tidak pusing
08.05	DS :	TD : 135/86 mmHg	
09.00	Klien mengatakan merasa pusing	Nadi : 72x/menit	O :
	P : Klien mengatakan pusing saat digunakan duduk	Suhu : 36,2°C	Ku baik
	Q : Klien mengatakan pusing cenut - cenut	RR : 20x/menit	Tingkat Kesadaran Composmentis
09.10	R : Klien mengatakan pusing di kepala bagian sebelah kanan	SPO2 : 99%	GCS 4,5,6
10.00	S : Pusing terasa skala 7	2) Atur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam	CRT ≤ 2 Detik TTV
	T : Pusing hilang timbul	3) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat	TD : 131/63 mmHg
		Injeksi citicoline	Nadi 67x/menit
	DO :	2x500Mg	Suhu 36,3°C
	K/u : Lemah	4) Memantau tingkat kesadaran	RR : 20x/menit
11.00	Tingkat Kesadaran : Composmentis	5) Mempertahankan klien untuk bedrest	SPO2 : 99%
	GCS : 4,5,6	6) Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman klien dengan memasang pagar tempat tidur.	A :
12.00	CRT < 2 Detik	7) Ajari klien untuk tidak mngejan saat buang air besar	Masalah teratasi
	Warna kulit pucat		P :
	Akral teraba hangat		Intervensi dihentikan klien krs
	Turgor kulit kembali < 3 detik		
	TTV :		
	TD : 168/81 mmHg N :		
	100x/menit		
	RR : 20x/menit		
	S : 36,3°C SPO2 : 99%		
	Pemeriksaan penunjang :		
	- CT-Scan dengan bacaan :		
	(1) Subacute infark pada subcortex corona radiata kiri		
	(2) Subacute to subacute infark pada basal ganglia kiri		
	- Foto Thorax PA/AP :		
	Cor prominen disertai elongasi dan Aortoklerosis,		
	Pulmo saat ini normal		
	- EKG dengan bacaan :		
	Sinus rhythm		
	- Interpretation mode without knowing patients gender/age		
	Normal ECG		
18/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	1). Mengobservasi TTV	S :
08.00		TTV :	Klien mengatakan tangan dan kaki lemah berkurang
09.15	DS :	TD : 170/90 mmHg Nadi 89x/menit Suhu 36,5°C	O :
	Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah	RR : 23x/menit	- tangan dan kaki sudah sedikit sedikit bisa digerakan
09.30	kanan terasa lemah	SPO2 : 98%	- gerakan terbatas bahu sudah mulai bisa digerakan sedikit
	DO :	2). Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot :	- ADL sebagian dibantu
	Keadaan umum lemah		

10.00	Tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah	$\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$	Keluarga
	Kekuatan otot	3).Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan,seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan	- Kekuatan otot $\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$
11.00	$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$		A :
	Sebagian kebutuhan klien dibantu oleh keluarga	4). Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif	Masalah teratasi sebagian
12.00	- Mandi disibin - Ganti pakaian - Makan	5). Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali	P :
	Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius)	6).Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif	Intervensi dilnjutkan no 1,2,3,4,7
	klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan		
	Reflek Fisiologis :		
	reflek biseps(-)biseps (+)		
	reflek triceps(-) trisep (+)		
	reflek patella (-) patela (+)		
	Reflek Patologis :		
	Babinski (+), babinski (-)		
	Chaddock(+),chaddock(-)		

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.13 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

NO.	ANALISA		
	TEORI	FAKTA	KESENJANGAN
1	PENGKAJIAN		
1) Identitas klien Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnosa medis (Tarwoto, 2013).	Nama : Tn. R, umur : 57 tahun, jenis kelamin : laki-laki, pendidikan : SMA, agama : Islam, alamat : RT.07 / Rw 02, Ds, Surodakan Trenggalek.		Tidak terdapat Kesenjangan
2) Keluhan utama Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan Kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Tarwoto, 2013).	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas Saat pengkajian : klien mengatakan pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas		Tidak terdapat Kesenjangan
3) Riwayat penyakit sekarang Serangan CVA biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi kepala nyeri, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. (Tarwoto, 2013),.	Keluarga klien mengatakan tiba – tiba klien pusing, badan lemas, kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan sejak tadi pagi jam 07.30 wib, kemudian klien dibawa ke RS pada jam 09.40 WIB dengan keluhan pusing, badan lemas, kaki dan tangan sebelah kanan mengalami kelemahan. Klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada tanggal 14 maret jam 14.40 WIB		Tidak terdapat Kesenjangan
4) Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat penyakit hipertensi. penyakit jantung, diabetes mellitus dengan kontrasepsi penggunaan obat- obatan, kegemukan (Muttaqin, 2008)	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi sejak 1 tahun lalu		Tidak terdapat Kesenjangan

1) Riwayat penyakit keluarga biasanya ada riwayat keluarga menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus. (Tarwoto, 2013)	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang terkena stroke dan dm seperti klien tetapi ayah klien mempunyai Riwayat penyakit yang sama yaitu hipertensi	Tidak terdapat Kesenjangan
2) Pengkajian psikososial		
Tingkat kesadaran Tingkat kesadaran pasien, dan koma. merupakan indicator pertama status neurologis pasien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari composmentis, apatis, latergi, delirium, samnolen dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata(1-4), respon verbal (1-5), respon motorik (1- 6) . (Tarwoto,2013).	Tingkat kesadaran composmentis	Tidak terdapat Kesenjangan
Pola interaksi dan komunikasi Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan <i>disatria</i> (pelo, cedal), <i>disfonia</i> (serak, bindeng), <i>afasia</i> (gangguan berbahasa), <i>aleksia</i> (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya. (Tarwoto,2013).	Mampu menjawab pertanyaan dari perawatan tanpa ada gangguan berbicara cedal/pelo	Terdapat Kesenjangan
Orientasi Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? (Tarwoto,2013).	Mampu mengingat namanya Tn. R, mampu mengingat dimana sekarang dan hari apa. Di rumah sakit	Tidak terdapat Kesenjangan
Memori Dalam memori di klafikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulangnya. Tes memori jangka pendek berupa verbal dan visual. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien.	Mampu menyebutkan nama pasien Tn.R, umur 57 tahun, alamat Surodakan trenggalek	Tidak terdapat Kesenjangan

Suasana hati (mood) Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku pasien mestinya sedih, datar atau sealiknya. (Tarwoto,2013).	Tn.R mampu tersenyum dan tertawa ketika diajak bercanda	Tidak terdapat Kesenjangan
3) Pola aktivitas sehari-hari Aktivitas dan istirahat Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot). Tanda : gangguan tonus otot, parilitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.	Klien mengatakan pada siang tidur pukul 12.00-13.30 WIB. pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.30 WIB Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan, klien mengalami kesulitan tidur karena suara bising dan ketika petugas medis datang.	Tidak terdapat Kesenjangan
8) Pola eliminasi Gejala : adanya perubahan pola berkemih. Tanda : Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi (Tarwoto, 2013)	Di rumah : Klien mengatakan BAK sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien B A K menggunakan pampers. Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien BAB 1x selama di Rs berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas.	Terdapat kesenjangan
9) Pola makan Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia. Tanda : Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Muttaqin, 2008)	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Klien mengatakan makan 3x pada siang hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur, buah dan tidak mual muntah, tidak mengalami kesulitan menelan	Terdapat kesenjangan

10) Personal hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene. (Tarwoto,2013).	Di rumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya disibin pada pagi sore hari.	Tidak terdapat kesenjangan
11) Pola aktivitas Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia, mudah lelah (Getudris, 2019).	Di rumah : Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan Di RS : Keluarga klien mengatakan klien hanya dapat berbaring di tempat tidur dan aktivitas sehari- hari sebagian dibantu keluarga	Tidak terdapat kesenjangan
12) Keadaan umum Keadaan umum : Biasanya klien CVA mengalami badan lemah (<i>letarge</i>), nyeri kepala (<i>cheplgia</i>) , penurunan kesadaran (<i>apatitis, somnolen, delirium, stupor/semikoma, koma</i>). Terjadi peningkatan tekanan darah (sekitar 20-30 mmHg), peningkatan suhu (>37oC), nadi takikardi,pernafasan sesak. Kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Tarwoto, 2013).	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Terpasang selang infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Chloride 0,9% 14 tpm.	Tidak terdapat kesenjangan
13) Tanda-tanda vital tekanan darah meningkat, denyut nadi tidak beraturan, pada beberapa kasus sering dijumpai adanya masalah bersihan jalan nafas pada sistem pernafasan dan tidak terdapat kenaikan suhu tubuh. (Tarwoto,2013)	TD : 168/81 mmHg N : 100x/menit RR : 20x/menit S : 36,3°C SPO2 : 99%	Tidak terdapat kesenjangan
14) Pemeriksaan kepala dan wajah Kepala Inspeksi : Mengetahui bagaimana penyebaran rambut, <i>alopesia</i> , kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Biasanya terdapat nyeri tekan yang bisa diindikasikan pada	Bentuk kepala oval, penyebaran rambut merata, rambut kotor, tidak ada benjolan , tidak ada nyeri tekan pada kepala	Tidak terdapat kesenjangan

15) Pemeriksaan leher		
Kaku kuduk jarang terjadi Tidak terdapat benjolan, tidak terdapat vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid(Tarwoto,2013)	Tidak ada kaku kuduk, Tidak terdapat vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tiroid.	Tidak terdapat kesenjangan
16) Pemeriksaan dada/thorax		
Bentuk <i>thoraks</i> biasanya normal atau adalah kelainan seperti <i>pigeon chest</i> (bentuk dada burung), <i>funnel chest</i> (bentuk dada cekung), <i>barrel chest</i> (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) Auskultasi trakea suara yang didengar adalah <i>bronchial</i> , auskultasi bronkus suara yang didengar adalah <i>bronkovesikuler</i> , dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar <i>ronchi</i> , <i>wheezing</i> ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto,2013)	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 20x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terapat pembengkakan Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan	Terdapat kesenjangan
17) Pemeriksaan abdomen		
Biasanya perut datar, terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. (Tarwoto,2013)	Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan Auskultasi : terdengar bising usus 10x/menit Perkusi : suara perkusi tympani	Tidak terdapat kesenjangan
18) Pemeriksaan integumen		
Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda - tanda decubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu. (Tarwoto,2013)	Kulit tampak pucat, akral hangat, CRT< 2 Detik Tidak terdapat dekubitus	Tidak terdapat kesenjangan

19) Pemeriksaan ekstremitas	Pada pasien stroke biasanya ditemukan <i>hemiplegi paralisis</i> atau <i>hemiparase</i> , mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013).	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu keluarga, Kekuatan otot	Tidak terdapat kesenjangan				
		<table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	
3	5						
3	5						
20) Pemeriksaan genetalia dan anus	Pada klien dengan CVA didapatkan perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, adanya luka maupun nyeri (Doengoes, 2000).	Tidak mengalami inkontinensia dan tidak ada luka atau lesi pada genetalia	Terdapat kesenjangan				
21) Pemeriksaan neurologi	Nervus I (Olfaktorius) : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kana berbeda.	1) Nervus Olfaktorius Klien disuruh menutup mata dan diberikan bau bauan minyak kayu putih, dan klien dapat mengenali bau tersebut	Tidak terdapat kesenjangan				
	Nervus II (Optikus) : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.	2) Nervus Optikus Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat					
	Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedib dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.	3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya					
	Nervus IV (Toklearis) : klien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan ke bawah.	4) Nervus Toklearis Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke					

bawah

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

5) Nervus Trigeminus
Klien mampu merasakan sentuhan

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

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

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

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

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

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

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

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

Nervus X (Vagus) : kemampuan menelan klien tidak baik, kesulitan membuka mulut.

10) Nervus Vagus
Klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan

Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.

11) Nervus Asesorius
Klien hanya mampu menggerakkan tubuh sebelah kiri

12) Nervus Hipoglasus

Nervus XII (Hipoglossus) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya kembali	
2	DIAGNOSA KEPERAWATAN	
1) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot 3) Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler 4) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler 5) Gangguan eliminasi urine (inkontinensia fungsional) berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi 6) Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik 7) Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah, menelan	1) Gangguan Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral. 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Terdapat kesenjangan
3	INTERVENSI	
Intervensi : sesuai dengan apa yang disusun berdasarkan teori	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK)	Tidak Terdapat kesenjangan
Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral		

a) Tingkat kesadaran: meningkat b) Kognitif: meningkat c) Sakit kepala: menurun d) Gelisah: menurun e) Kecemasan: menurun f) Tekanan arteri rata-rata: membaik g) Tekanan intrakranial: membaik h) Tekanan darah sistolik: membaik i) Tekanan darah diastolik: membaik j) Refleks saraf: membaik	2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Monitor penurunan frekuensi jantung 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. a) Pergerakan ekstremitas: meningkat b) Kekuatan otot: meningkat c) Rentang gerak (ROM): meningkat d) Kelemahan fisik: menurun	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1) Monitor kondisi kulit 2) Monitor komplikasi tirah baring Terapeutik 3) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) 4) Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot Edukasi 5) Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif Kolaborasi 7) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien	
4	IMPLEMENTASI	
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menjadi status kesehatan yang lebih baik	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah disusun.	Terdapat kesenjangan

yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Rofifah Ninda, 2019).

5

EVALUASI

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

Disusun dalam catatan perkembangan SOAP dengan kriteria hasil sesuai dengan yang dilakukan sebelumnya

Mengevaluasi klien sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan untuk mengetahui adanya perkembangan.

4.2 Pembahasan

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

4.2.1 Pengkajian

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

1) Pola interaksi dan komunikasi

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

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

Peneliti berasumsi bahwa tidak semua penderita stroke mengalami gangguan tersebut karena klien mendapatkan penanganan yang tepat saat terjadi serangan stroke pertama kali, kurang dari 5 jam setelah serangan klien dibawa ke Rumah Sakit oleh keluarga sehingga dapat diberikan pencegahan yang lebih dini untuk mengurangi komplikasi atau gejala yang lebih parah salah satunya gangguan pada

nervus hipoglossus. Sehingga, klien masih mampu berkomunikasi dengan baik.

2) Pola makan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan klien Tn. R tidak ditemukan tanda kesulitan menelan dan mengunyah.

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

Peneliti berasumsi bahwa keberhasilan Tn. R dalam menjaga pola makan yang seimbang dengan komposisi nasi, lauk, sayur, menunjukkan bahwa tidak semua pasien stroke mengalami penurunan nafsu makan atau kesulitan menelan. Hal ini terjadi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu klien sudah tidak dalam fase akut, adanya keinginan klien untuk sembuh dan dukungan dari anaknya yang membuat klien termotivasi untuk menjaga pola makan

3) Pemeriksaan kepala

a) Wajah

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

Secara teori pada klien stroke terdapat *hemiparesis/ hemiplegia*, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat, tidak terdapat nyeri tekan Tarwoto (2013).

Peneliti berasumsi dengan telah dilakukan penanganan yang tepat untuk membawa klien ke RS kurang dari waktu 5 jam dapat menekan gejala yang lebih parah sehingga didapatkan klien tidak

mengalami gangguan pada nervus fasialis. Keadaan wajah masih bagus simetris kanan kiri.

b) Mulut

Berdasarkan hasil penelitian pemeriksaan pada Tn. R didapatkan mulut simetris kanan dan kiri, mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih, dan klien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan.

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

Peneliti berasumsi bahwa pada klien tidak mengalami masalah pada mulut, dikarenakan klien tidak mengalami gangguan pada nervus IX glosofaringeus (pengecapan, kemampuan menelan, gerak lidah), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mulut, dibuktikan dengan tidak ada gangguan menelan, seperti klien tidak tersedak saat makan atau minum, dan mulut klien simetris kanan kiri.

4) Pemeriksaan dada/thorax

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan, tidak terdapat suara nafas

tambahan ronchi atau wheezing, tidak teraba nyeri tekan.

Secara teori bentuk *thoraks* biasanya normal atau adalah kelainan seperti *pigeon chest* (bentuk dada burung), *funnel chest* (bentuk dada cekung), *barrel chest* (mengembung), pemeriksaan dada frekuensi pernapasan, biasanya bunyi normal (sonor) auskultasi trakea suara yang didengar adalah *bronchial*, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah *bronkovesikuler*, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar *ronchi*, *wheezing* ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Tarwoto,2013).

Peneliti berasumsi bahwa terjadi karena klien tidak mengalami penurunan kesadaran sehingga jalan nafas tidak ditemukan adanya seckret pada saluran pernafasan.

5) Pemeriksaan genetalia

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

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

Peneliti berasumsi bahwa klien tidak mengalami kesulitan dalam buang air kecil, karena tidak semua pasien stroke mengalami kerusakan pada area otak yang mengontrol fungsi kandung kemih.

6) Pola Eliminasi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan, Tn. R tidak ditemukan masalah pada pola eliminasi.

Secara teori adanya perubahan pola berkemih Tarwoto (2013)

Peneliti berasumsi bahwa tidak semua pasien stroke mengalami perubahan berkemih sehingga pasien dapat mengontrol bak dan bab.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

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

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

Berdasarkan hasil analisa data ada beberapa gejala yang tidak muncul pada hasil. Peneliti merumuskan Diagnosa yang muncul pada klien yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan

kekuatan otot dan Resiko Perfusi Jaringan *Serebral* tidak efektif berhubungan dengan infark serebral.

4.2.3 Intervensi keperawatan

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

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

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

4.2.4 Implementasi keperawatan

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

Secara teori, implementasi atau pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan,

mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Rofifah Ninda, 2019). Oleh karena itu, seorang perawat harus memiliki pengetahuan dan skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang ditangani, sehingga semua intervensi yang telah dirumuskan dapat dilaksanakan dengan baik dan dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP yang bertujuan untuk memudahkan pemantauan perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama 3 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, pada hari kedua kondisi klien sudah ada sedikit perubahan.

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

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

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa, Tn. R tidak mengalami semua tanda tanda Stroke Iskemik yang telah dipelajari, ada kesamaan dan juga ada kesenjangan antara teori dan fakta contohnya pada pola interaksi dan komunikasi pada teori disebutkan bahwa biasanya penderita Stroke Iskemik kesulitan menjawab pertanyaan dari perawat karena adanya gangguan *disartria, disfonia, afasia*. Tetapi fakta yang ditemukan peneliti, Tn. R mampu menjawab pertanyaan dari perawat tanpa adanya gangguan berbicara.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

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

5.1.3 Intervensi

Pada tahap perencanaan, intervensi keperawatan disusun

berdasarkan teori teori dari kepustakaan dan referensi yang ada dari SIKI. (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

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

5.1.6 Analisa Data

Pada tahap analisa data, peneliti menemukan beberapa kesamaan dan kesenjangan atau perbedaan antara teori yang ada pada literatur dan fakta yang ditemukan saat penelitian. Peneliti juga memberikan pendapat mengapa terjadi antara kesamaan maupun kesenjangan antara teori dan fakta yang ditemukan saat penelitian.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek diharapkan agar lebih meningkatkan mutu pelayanan serta melaksanakan tindakan mandiri perawat yang tepat. Tindakan mandiri perawat diharapkan mampu memberikan perubahan yang baik terutama klien Stroke *Iskemik* dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan klien.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.3 Bagi Peneliti

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

5.2.4 Bagi Klien

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

5.2.5 Bagi Penelitian Yang Akan Datang

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

DAFTAR PUSTAKA

- Amila, Sinaga, J. and Evarina, S. (2019) 'Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup', *Jurnal Abdimas*, 22(2), pp. 143–150.
- Amelia, R. *et al.* (2021) 'Pelatihan Deteksi Dini Stroke “Metode Fast” Pada Lansia di Nagari Jawi- Jawi Kabupaten Solok Sumatera Barat', *Jurnal Abdimas ADPI Sains dan Teknologi*, 2(1), pp. 19–24. Available at: <https://doi.org/10.47841/saintek.v2i1.237>.
- Dongoes E & Marilyn (2000) '*Rencana Asuhan Keperawatan :Jakarta:EGC*'.
- Fransisca C, B. (2008) *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba medika.
- Ginsbert, 2008. (2019). Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*, 22(2), 143–150.
- Hariyanto, A. (2015) *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: AR- RUZZ MEDIA.
- Hariyanto, A.& S. (2015) *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: : AR- RUZZ MEDIA.
- Hidayat, A. A. (2008). *Pengantar Konsep dasar keperawatan (edisi 2)*. Salemba Medika.
- Hisni, D., Saputri, M. E., & Sujarni, S. (2022). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021. *Jurnal Penelitian Keperawatan Kontemporer*, 2(1), 140–149. <https://doi.org/10.59894/jpkk.v2i1.333>
- Istichana. (2015). *Pengelompokan Kabupaten / Kota Berdasarkan Pola Makan Menggunakan Analisa Faktor dan Analisis Faktor Hierarchial Clustering*. Institut Teknologi Sepuluh November.
- Kemenkes. (2018). *Apa itu stroke?* <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apaitustroke>
- Meo, M. Y., Dikson, M., & Kewa, G. B. (2021). Activity of daily living pada pasien pasca stroke. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 8(2),

13–19. <http://jkkmfikesunipa.nusanipa.ac.id/index.php/hlj-Unipa/article/view/78>

- Muttaqin, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian ilmu Keperawatan*. Salemba medika. <https://api.penerbitsalemba.com/book/books/08-0284/contents/fc506312-5e09-4027-a661-9ba646dced46.pdf>
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Nerobbehavior*. Graha Ilmu.
- Pajri, R.N., Safri and Dewi, Y. I. (2018). Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke. *Jurnal Online Mahasiswa*, 5(1), 436–444.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Edisi 4*.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Dpp Ppni.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan*.
- Rofifah Ninda. (2019). *Implementasi Keperawatan Pada Perawat Di Puskesmas Pembantu Rongga Wilayah Gunung Halu Kabupaten Bandung Barat*. 1–154.
- Sahir, S. H. (2021). *Metodologi Penelitian* (T. Koryati (ed.); Cetakan 1).
- Sayoga, M. S (2013) *Mencegah Stroke Dan Serangan Jantung*. Edited by Adriyani Kamsyach. Bandung.
- Sugiyono (2014) *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R dan D*. cet. 21. Bandung : Alfabet. Alfabeta. <https://inlislite.uin-suska.ac.id/opac/detail-opac?id=12866>
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.33490/jkm.v2i1.13>
- Tarwoto (2013) *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Edisi. 2, Cet. Jakarta: Sagung Seto.
- Walid, S & Rohman N (2009) *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Wardhana, W.A. (2016) *Strategi Mengatasi & Bangkit dari Stroke*.
- Wijaya, A.S. (2103) *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah Dewasa Teori & Contoh*. Cet. 1. Yogyakarta: Nuha Medika.

Lampiran 1 Lembar Inform Consent

*Lampiran 3 Lembar Persetujuan (Inform Consent)***LEMBAR INFORMED CONSENT**

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

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

Tanda Tangan

Rubandi

Lampiran 2 Lembar Responden

66

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

Trenggalek,

2025

(.....*Rusbandi*.....)

Lampiran 3 Surat Perizinan Penelitian Kampus



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

Trenggalek, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/97/2025

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 : MELITA PUSFITA SARY

NIM : P17240223038

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

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 03 Maret s/d 09 Maret 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

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

Lampiran 4 Surat Perizinan Penelitian RSUD



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/ 112 /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.15.5/97/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : MELITA PUSFITA SARY
NIM : P17240223038
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

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

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

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

**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



Dibuat dengan CamScanner



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

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ *255* /406.010.001/18.00/2025

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

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

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama : **MELITA PUSFITA SARY**
NIM : P17240223038
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

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

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

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

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

Lampiran 5 Lembar Format Pengkajian Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke

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

NAMA : _____
N I M : _____

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

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388
 Fax (0341) 556746

- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613

- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847

- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043

- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095

- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293

- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

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



FORMAT PENGKAJIAN
DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

★ Nama :

★ Jenis kelamin :

★ Umur :

★ Status perkawinan :

★ Pekerjaan :

★ Agama :

★ Pendidikan terakhir :

★ Alamat :

★ Tanggal/Jam MRS :

★ Tanggal/Jam pengkajian: _____

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

4. **RIWAYAT PENYAKIT SAAT INI (P Q R S T)**

RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT DAHULU

5. **RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**

RIWAYAT KEHIDUPAN SOSIAL

POLA KOGNISI

Status Mental Emosional

Mekanisme Koping

Komunikasi

STATUS SPIRITUAL

POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

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

6. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pengkajian Primer

1) Airway

.....

Breathing

.....

Circulation

.....

Disability

Kualitatif

.....

Kuantitatif

.....

Pemeriksaan kepala dan leher (Pemeriksaan Pupil):

.....

Pemeriksaan integumen :

.....

Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :.....

Palpasi :.....

Perkusi :.....

Auskultasi :

Abdoment :

Inspeksi :.....

Auskultasi :.....

Perkusi :.....

Palpasi :

Genetalia :

.....

7. PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

.....

.....

8. PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK

.....
.....

9. PEMERIKSAAN REFLEK

.....
.....

10. PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS

a. Nervus Olfactorius

b. Nervus Optikus

c. Nervus Okulomotorius

d. Nervus Trochlearis

e. Nervus Trigemini

f. Nervus Abducens

g. Nervus Facialis

h. Nervus Auditorius

i. Nervus Glossopharyngeus

j. Nervus Vagus

k. Nervus Asesorius

l. Nervus Hipoglosus

11. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....
.....

PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....
.....

Trenggalek, ...

Pembimbing

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

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

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

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

IMPLEMENTASI

NAMA :

:

UMUR

NO. REG :

:

RUANG

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

EVALUASI

NAMA :
:

UMUR

NO. REG. :
:

RUANG

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Lampiran 6 Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	07 Januari 2025	• Revisi Latar belakang • Judul tabel di taruh diatas • Batasan Istilah • Penulisan daftar pustaka harus sama • Penulisan bahasa asing harus miring	
2.	08 Januari 2025	• Daftar Pustaka belum sesuai dengan ketentuan • Proses pengumpulan data di telaah ulang	
3.	12 Januari 2025	• Proses pengumpulan data di revisi • Daftar pustaka di revisi	
4.	15 Januari 2025	• Konsep askep di perbanyak literturnya	

5.	17 Januari 2025	• Lanjutkan membuat PPT yang akan dipresentasikan • ACC maju sidang proposal	
6.	17 Februari 2025	• Acc penelitian	
7.	16 April 2025	• Analisis ulang beberapa pembahasan • Pembahasan FTO : Opini alasan kenapa tidak sama dengan teori • Surat izin dilampirkan • Bab 3 pelaksanaan	
8.	22 April 2025	• Lampirkan surat izin penelitian • Kata pengantar tidak ada kata proposal lagi • Buat abstrack • Lembar pengesahan • Lembar persembahan	
9.	24 April 2025	• Proses Pengumpulan data • Pembahasan	
10.	28 April 2025	• Acc Semhas	

Lampiran 7 Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	10 Februari 2025	Revisi Bab I Latar Belakang	
2.	11 Februari 2025	Acc	