

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

KARYA TULIS ILMIAH

ROZALIN PRAGOSTIN

NIM : P17240221001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
program pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Program Studi Keperawatan
Kampus Kabupaten Trenggalek Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan**

Kemenkes Malang

ROZALIN PRAGOSTIN

NIM : P17240221001



KEMETERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI D3 KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Rozalin Pragostin

Tempat/tanggal lahir : Trenggalek, 1 Agustus 2004

Agama : Islam

Alamat : RT 27 RW 08 Dsn. Karang
Ds. Wonocoyo Kec. Panggul
Kab. Trenggalek

No. Telpon : 082213706431

Alamat Email : rozalin184@gmail.com

Riwayat Pendidikan : 1. TK Dharma Wanita 1 Wonocoyo (2008-2010)

2. SDN 2 Wonocoyo (2010-2016)

3. SMPN 1 Panggul (2016-2019)

4. SMAN 1 Panggul (2019-2022)

5. Polkesma Prodi D3 Keperawatan Trenggalek (2022-2025)



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Rozalin Pragostin

NIM : P17240221001

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya 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, 09 April 2025

Pembimbing



Edi Yuswantoro, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP.197706042005011013

Yang membuat pernyataan



Rozalin Pragostin
P17240221001

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Rozalin Pragostin (P17240221001) dengan judul
“Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan
RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 09 April 2025

Dosen Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Edi Yuswantoro', with a stylized flourish at the end.

Edi Yuswantoro, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 197706042005011013

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Ratih Pangesti (P17240221022) dengan judul **“Hubungan Kualitas Tidur terhadap Saturasi Oksigen Pasien *Cerebrovascular Accident* (CVA) dengan Kesadaran *Composmentis* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 5 Mei 2025.

Dewan penguji,

Ketua Penguji


Mimik Christiani, SST., M.Kes
NIP. 19691218 199403 2 005

Anggota Penguji


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

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang


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

MOTTO

Libatkan Allah SWT dan doa orangtua untuk setiap prosesmu, insyaallah semua akan diberi kemudahan. La Ilaha Illa Anta Subhanaka Inni Kuntu Minadzolimin....

LEMBAR PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillah tiada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala rahmat mu ya Allah. Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Atas takdirmu penulis bisa menjadi pribadi yang berpikir dan berilmu untuk menyelesaikan tugas akhir. Terimakasih, dengan tekad, semangat, dan diiringi do'a tewujudlah rangkaian kata demi kata yang tersusun menjadi sebuah kalimat, kalimat demi kalimat yang tersusun menjadi sebuah paragraf, paragraf demi paragraf yang tersusun sehingga mewujudkan terciptanya Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis mempersembahkan tugas akhir ini untuk orang-orang terhebat yang berperan penting dalam terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, dan begitu berartinya dalam kehidupan penulis.

Dengan ini saya persembahkan karya kecil ini untuk....

Untuk Bapak dan Ibuku

Sebagai tanda bukti, hormat dan terimakasih ku persembahkan Karya ini kepada kedua orang tua yaitu bapak Nurkolik dan Ibu Suprapti tercinta yang telah memberikan kasih sayang, dukungan dan sudah senantiasa menghabiskan waktu dan tenaganya untuk mencari biaya kuliah penulis. Terimakasih untuk do'a yang senantiasa setiap waktu kau panjatkan. Terimakasih, semoga segala bentuk keluh kesahmu, lelah letihmu dapat menjadi pahala yang akan menjadi bekal untukmu, dan semoga untuk segalanya dapat terbayar melalui anak-anakmu. Semoga ini menjadi

langkah awal untuk membahagiakan kedua orang tua untuk menuju masa depan yang sukses dan lebih baik lagi.

Untuk Kakakku

Teruntuk Kakakku Efendy Noer Choiri yang sudah mau mendukung, mendoakan, dan memberikan kasih sayangnya pada penulis saat berada di Trenggalek untuk menempuh pendidikan ini selama kurang lebih 3 tahun. Semoga Mas Pendi diberikan kesehatan dan kesuksesan kedepannya. Aamiin. Terimakasih atas motivasi, saran, dan wejangan yang selalu engkau berikan kepada penulis yang dimana wejangan tersebut sangat berarti untuk penulis dimasa depan nanti.

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

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

Untuk Sahabatku

Teruntuk teman perjuangan di Kost Griya Yasmin yaitu Salma, Cinta, Ratih, Hajar, Tita, Seila, Hanif, Sena, dan Fila terimakasih sudah memberikan semangat, dukungan, dan doa untuk penulis. Terimakasih sudah mau mendengarkan keluh kesah

penulis selama ini dan terimakasih sudah menerima penulis menjadi teman kalian. Semoga kalian diberikan kesehatan, bahagia selalu, dan sukses kedepannya. Aamiin.

Untuk Teman-Teman

Teruntuk seluruh teman seperjuangan terimakasih sudah mendukung dan membantu penulis dalam keadaan senang maupun susah. Semoga kalian sehat selalu dan sukses kedepannya. Aamiin

Untuk seseorang

Teruntuk seseorang yang tidak bisa penulis sebutkan terimakasih telah bersama penulis mulai dari masuk kuliah sampai masa sempro kemarin, terimakasih banyak, atas waktu, effort, semangat, dukungan, motivasi yang selalu engkau berikan dikala penulis terpuruk dan membutuhkan seseorang sebagai teman curhat penulis. Semoga engkau selalu diberikan kesehatan, kelancaran, dan kesuksesan kedepannya. Aamiin.. Dan semoga kita bisa menjadi teman yang saling mendukung satu sama lain.

Untuk Saya Sendiri

Terimakasih atas segala kerja keras dan semangatnya yang tidak menyerah dalam mengerjakan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah ini. Sekali lagi terimakasih kepada diri saya sendiri yang sudah kuat melewati semua lika-liku dalam kehidupan hingga sekarang ini. Terimakasih kepada raga dan jiwa yang masih kuat dan waras hingga sekarang. SAYA BANGGA PADA SAYA SENDIRI!! Pada akhirnya bisa berada di fase yang sekarang ini. Untuk raga yang kuat, hati yang selalu tegar dan ikhlas, mari bekerjasama untuk berkembang menjadi pribadi yang lebih baik. Ingatlah ini awal

dari segalanya, tetap semangat semoga setelah ini diberikan kesuksesan dan ilmunya dapat bermanfaat untuk orang banyak. Aamiin ya rabbal alamin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada klien dengan *Stroke Iskemik* di RSUD dr. Soedomo Trenggalek”. Karya Tulis Ilmiah program Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Penulis menyadari pada penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan selesai tanpa bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan 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 Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Eko Atmaja, A.Md.Kep selaku kepala ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah memberikan tempat untuk melaksanakan penelitian.
6. Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberi pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari Karya Tulis Ilmiah.
7. Mimik Christiani, S.ST., M.Kes., selaku penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah mengujikan dan memberi saran perbaikan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
8. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
9. Ny. S dan Keluarga yang bersedia menjadi responden dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berusaha semaksimal mungkin untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya dan harapannya Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat baik kepada penulis sendiri maupun kepada para pembaca. Namun demikian penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan

saran yang membangun dari semua pihak yang terkait demi tercapainya suatu kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Trenggalek, 09 April 2025

Penulis

ABSTRAK

Rozalin Pragostin (2025). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Malang, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep.

Stroke merupakan masalah yang serius di dunia karena menyebabkan kematian terbanyak setelah penyakit jantung. Stroke *iskemik* merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan. Tujuan penelitian memberikan Asuhan Keperawatan dan menganalisis kesenjangan antara teori dan fakta pada Klien dengan Stroke *Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus dan dilaksanakan pada 13-15 Maret 2025. Penelitian ini memperoleh data wawancara, pemeriksaan fisik, pengumpulan data, observasi secara langsung, dan analisa dilakukan dengan cara membandingkan antara fakta, teori dan opini dalam bentuk tabel. Hasil penelitian pada Ny.S lebih banyak kesesuaian teori dan fakta dari pada kesenjangan untuk masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot karena hemiparase. Intervensi yang digunakan sesuai teori yang telah disusun. Implementasi menyesuaikan dengan kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama tiga hari menggunakan SOAP. Rekomendasi penelitian selanjutnya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke iskemik sehingga mempercepat proses pemulihan dan mencegah munculnya komplikasi lebih lanjut.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Iskemik, Klien

ABSTRACT

Rozalin Pragostin (2025). *Nursing Care for Clients with Ischemic Stroke in the Flamboyant Room of Dr. Soedomo Trenggalek Regional Hospital*. Descriptive Case Study, Malang Nursing Diploma Program, Department of Nursing, Ministry of Health Polytechnic Health of Malang. Supervisor: Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep.

Stroke is a serious problem in the world because it causes the most deaths after heart disease. Ischemic stroke is a stroke caused by a disturbance in the brain's blood circulation in the form of obstruction or blockage that causes hypoxia in the brain and does not cause bleeding. The purpose of the study was to provide Nursing Care and analyze the gap between theory and fact in Clients with Ischemic Stroke in the Flamboyant Room of dr. Soedomo Trenggalek Hospital. The study used qualitative descriptive with a case study approach and was carried out on March 13-15, 2025. This study obtained interview data, physical examination, data collection, direct observation, and analysis was carried out by comparing facts, theories and opinions in table form. The results of the study on Mrs. S had more theories and facts than gaps between theories and facts for the nursing problems that emerged were impaired cerebral tissue perfusion related to hypertension, and impaired physical mobility related to decreased muscle strength due to hemiparase. The interventions used were in accordance with the theory that had been prepared. Implementation was adjusted to the client's condition. The evaluation was carried out for three days using SOAP. Further research recommendations improve personal knowledge and skills in providing nursing care to clients with ischemic stroke so as to accelerate the recovery process and prevent further complications.

Keywords: Nursing Care, Ischemic Stroke, Client

DAFTAR ISI

CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
MOTTO	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	xi
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR TABEL	xxi
DAFTAR GAMBAR.....	xxiii
DAFTAR LAMPIRAN	xxiv
DAFTAR ISTILAH	xxv
DAFTAR SINGKATAN.....	xxix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan Umum	6

1.4.2 Tujuan Khusus	7
1.5 Manfaat	7
1.5.1 Manfaat Teoritis	7
1.5.2 Manfaat Praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Klasifikasi Stroke.....	10
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Faktor Resiko	13
2.1.5 Manifestasi Klinis	16
2.1.6 Patofisiologi	20
2.1.7 Komplikasi.....	24
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik.....	26
2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan	27
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke	30
2.2.1 Pengkajian.....	30
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	43
2.2.3 Intervensi Keperawatan	59
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	78
2.2.5 Evaluasi.....	78
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	80
3.1 Desain Penelitian	80
3.2 Batasan Istilah	80

3.3 Partisipan	81
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian	81
3.4.1 Lokasi Penelitian.....	81
3.4.2 Waktu Penelitian.....	82
3.5 Pengumpulan Data.....	82
3.5.1 Bahan atau Instrumen	82
3.5.2 Metode Pengumpulan Data.....	82
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data.....	82
3.6 Uji Keabsahan Data	85
3.6.1 <i>Credibility</i> (Kepercayaan)	85
3.6.2 <i>Transferability</i> (Keteralihan).....	85
3.6.3 <i>Dependability</i> (Kebergantungan)	86
3.6.4 <i>Confirmability</i> (Kepastian).....	86
3.7 Analisa Data	86
3.8 Etika Penelitian.....	87
3.8.1 <i>Informed Consent</i> (Lembar Persetujuan Menjadi Responded).....	87
3.8.2 <i>Confidentially</i> (Kerahasiaan)	88
3.8.3 <i>Anonymity</i> (Tanpa Nama)	88
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	89
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.....	89
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	89
4.1.2 Pengkajian.....	90
4.1.3 Analisa Data.....	103
4.1.4 Daftar Diagnosa Keperawatan	106

4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan.....	109
4.1.6 Implementasi.....	112
4.1.7 Evaluasi.....	114
4.1.8 Catatan Perkembangan.....	117
4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan	125
4.2 Pembahasan	147
4.2.1 Pengkajian.....	147
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	156
4.2.3 Intervensi Keperawatan	157
4.2.4 Implementasi.....	158
4.2.5 Evaluasi.....	158
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	160
5.1 Kesimpulan.....	160
5.1.1 Pengkajian.....	160
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	161
5.1.3 Interevensi Keperawatan.....	161
5.1.4 Implementasi.....	161
5.1.5 Evaluasi.....	162
5.2 Saran	163
5.2.1 Bagi Lahan Penelitian.....	163
5.2.2 Bagi Institusi	163
5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya	163
5.2.4 Bagi Klien	164
5.2.5 Bagi Penulis	164

DAFTAR PUSTAKA	165
LAMPIRAN.....	168

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif	35
Tabel 2. 2 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kuantitatif	36
Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Defisit Nutrisi	47
Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik	50
Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Nyeri Akut	51
Tabel 2. 6 Batasan Karakteristik Gangguan Persepsi Sensorik	53
Tabel 2. 7 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal	55
Tabel 2. 8 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit	58
Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	61
Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral	63
Tabel 2. 11 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi.....	65
Tabel 2. 12 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.....	67
Tabel 2. 13 Intervensi Keperawatan Nyeri akut.....	68
Tabel 2. 14 Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori.....	70
Tabel 2. 15 Intervensi Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal	72
Tabel 2. 16 Intervensi Keperawatan Gangguan integritas kulit.....	74
Tabel 2. 17 Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh	76
Tabel 4. 1 Identitas Klien.....	90
Tabel 4. 2 Riwayat Kesehatan Klien.....	90
Tabel 4. 3 Pola Fungsi Kesehatan	92
Tabel 4. 4 Data Psikososial	94
Tabel 4. 5 Data Spiritual	95
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik	96
Tabel 4. 7 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium	100
Tabel 4. 8 Penatalaksanaan dan Terapi	102

Tabel 4. 9 Analisa Data.....	103
Tabel 4. 10 Daftar Diagnosa Keperawatan	106
Tabel 4. 11 Rencana Tindakan Keperawatan.....	109
Tabel 4. 12 Implementasi.....	112
Tabel 4. 13 Evaluasi.....	114
Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan.....	117
Tabel 4. 15 Hasil Analisis	125

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Patofisiologis Stroke Iskemik (Sumber : Padila, 2012)	21
Gambar 4. 1 Genogram klien.....	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent.....	168
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	169
Lampiran 3 Surat Izin Melaksanakan Penelitian	170
Lampiran 4 Persetujuan Penelitian.....	171
Lampiran 5 Keterangan Praktik Klinik	172
Lampiran 6 Format Pengkajian Data Keperawatan (Asuhan Keperawatan)	173

DAFTAR ISTILAH

Afasia	: Kesulitan dalam bicara.
Analgesik	: Sekelompok obat yang digunakan sebagai Pereda nyeri.
Aneurisma	: Suatu area yang membengkak dan lemah didalam arteri.
Antifibrinolitik	: Obat yang digunakan sebagai terapi yang dapat mencegah terjadinya risiko re-bleeding.
Antihipertensi	: Kelompok obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah akibat hipertensi.
Antikoagulan	: Obat yang berfungsi mencegah pengumpalan darah.
Aorta	: Pembuluh darah arteri terbesar yang mengalirkan darah dari jantung kemudian dilanjutkan ke bagian cabang tubuh.
Aritmia	: Detak jantung yang tidak normal, tidak beraturan, terlalu cepat, atau terlalu lambat.
Arteri	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan darah beroksigen ke beberapa bagian tubuh.
Arteritis	: 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
Arteriosklerosis	: Pengerasan atau penyempitan arteri yang disebabkan oleh plak kolesterol yang melapisi arteri dari waktu ke waktu.

Ataksia	: Gangguan keseimbangan atau koordinasi, dapat disebabkan karena kerusakan otak, saraf, atau otot.
Atropi	: Kondisi ketika jaringan otot berkurang sehingga tampak lebih kecil dari biasanya.
Diplopia	: Melihat dua bayangan dari satu objek, juga dikenal sebagai penglihatan ganda.
Disatria	: Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang digunakan untuk berbicara.
Disfagia	: Kesulitan menelan makanan atau cairan yang timbul dari tenggorokan atau kerongkongan, mulai dari kesulitan ringan untuk menyelesaikan dan penyumbatan dengan rasa sakit.
Emboli	: Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat oleh zat asing.
Endokarditis	: Infeksi lapisan dalam jantung, biasanya melibatkan katup jantung.
Fibrilasi	: Kondisi ketika serambi (atrium) jantung berdenyut dengan tidak beraturan dan cepat.
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.
Hyperkoagulasi	: Darah yang menambah kental yang menyebabkan hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran

Inkontinensia	: darah. Kondisi ketika hilangnya kontrol kandung kemih sehingga
Intraserebral	: kesulitan dalam menahan buang air kecil. Pendarahan spontan yang bukan disebabkan oleh trauma,
Malformasi	: yang darahnya masuk parenkim otak membetuk hematoma. Proses kelainan yang disebabkan oleh kegagalan atau
Mobilisasi	ketidaksempurnaan dari satu atau lebih proses : embriogenesis. Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah
Polisitemia	: dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat.
Range of Motion	Kelainan pada darah yang menyebabkan tubuh memproduksi terlalu banyak sel darah merah. : Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau : memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan
Subarachnoid	sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa
Stroke / CVA	: otot dan tonus otot. Penimbunan darah di dalam lapisan pelindung otak.
Stroke Hemoragic	: Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian pada otak tiba-tiba menjadi terganggu.
Stroke Iskemik	: Terjadi ketika pembuluh darah lemah pecah dan berdarah ke dalam otak.

TIA	: Terjadi ketika aliran darah ke otak tersumbat oleh bekuan darah.
TIK	: Serangan yang terjadi saat pasokan darah ke otak mengalami gangguan sesaat
Thrombosis	Jumlah total dari tekanan yang diberikan oleh otak, darah, : dan cairan, cerebrospinal didalam ruang kranium yang kaku. Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena
Trombus	adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik. Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah.

DAFTAR SINGKATAN

ACA	: Anterior Cerebral Arteri
ADL	: Activity Daily Living
AKI	: Arteri Karotis Interna
CT Scan	: Computerized Tomografi Scan
CVA	: Cerebral Vaskuler Accident
DM	: Diabetes Melitus
EEG	: Elektro Encephalografi
EKG	: Elektrokardiogram
GCS	: Glasgow Coma Scale
Hb	: Hemoglobin
HDL	: High Density Lipoprotein
IHME	: Institute for Health Metrics and Evaluation
MCA	: Middle Cerebral Arteri
MRI	: Magnetik Resonance Imaging
NGT	: Nasogastric Tube
ROM	: Range Of Motion
<i>TCD</i>	: Transcranial doppler
TIA	: Transient Ischemic Attack

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan masalah yang serius di dunia karena menyebabkan kematian terbanyak setelah penyakit jantung. Tingginya kematian pada kasus stroke dikarenakan serangan stroke secara mendadak mengakibatkan kematian, kecacatan fisik, dan mental baik pada usia produktif maupun usia lanjut (Saksono, Siwi, Sekar, & Putranti, 2022). Penyakit Stroke sebagai penyebab kematian primer hampir disemua pelayanan kesehatan di Indonesia. Indonesia merupakan negara penyumbang stroke terbesar di Asia (Nurhayati, 2018). Stroke atau CVA (*Cerebral Vaskuler Accident*) merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat terhambatnya aliran darah ke otak (Tunik, Anam, Khoirul, & Niningasih, 2022). Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen sehingga terjadi kematian sel atau jaringan otak (Ferawati, Rita, Amira, & Ida, 2020). Stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik atau biasa disebut stroke iskemik (Usaman, Suwarno, & Geneva, 2023). Stroke iskemik merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan, hampir sebagian besar klien atau 83% mengalami stroke

iskemik (Srilestar, 2022). Berdasarkan hasil penelitian Hisni et al. (2022), menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor resiko yang berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian stroke iskemik yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hipertensi, diabetes melitus, kolesterol, merokok, dan minuman alcohol. Namun penelitian menunjukkan usia secara statistik memang tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stroke iskemik. Menurut hasil penelitian Nurhidayat (2021), klien stroke iskemik cenderung mengalami ketergantungan terhadap orang lain dalam Activity Daily Living (ADL) akibat adanya gejala sisa yang ditinggalkan. Gejala sisa terjadi akibat defisit neurologi yang disebabkan oleh adanya gangguan pembuluh darah pada otak, dimana gejala sisa yang berkepanjangan dapat mengakibatkan kecacatan pada klien sehingga klien tidak mampu melakukan Activity Daily Living (ADL) secara mandiri, sehingga penelitian menyatakan klien stroke yang berada pada tingkat ketergantungan total dan parah masih menjadi kelompok klien dengan jumlah terbanyak saat keluar rumah sakit dan tidak mengalami peningkatan yang signifikan.

Data stroke menurut Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2021), menunjukkan bahwa penyakit stroke masih merupakan salah satu penyebab kematian utama di dunia prevalensi stroke di seluruh dunia pada tahun 2021 adalah sekitar 12,4%, yang berarti bahwa dari 1.000 orang, 12,4 orang menderita stroke. Kemudian menurut data World Stroke Organization (2022), terdapat 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang

hidup saat ini pernah mengalami stroke dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya. Berdasarkan hasil penelitian Hisni et al. (2022), dapat diketahui bahwa usia beresiko lebih banyak pada kelompok kasus (60%) dibandingkan kelompok kontrol (40%) penderita stroke iskemik paling banyak ditemukan pada rentang usia 65-74 tahun dengan presentase sebesar (45,6%). Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada 2023, angka pravalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 persen sedangkan di Jawa timur sendiri memiliki prevalensi stroke di atas rata-rata nasional yakni 9,0 per 1.000 penduduk. Angka kejadian stroke di Trenggalek sendiri dilaporkan pada tahun 2022 untuk kasus stroke iskemik tercatat sekitar 961 orang, sedangkan di Ruang Unit Stroke tercatat sekitar 775 klien dan di Ruang Flamboyan tercatat sekitar 186 klien. Berdasarkan data yang didapat dari Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo pada tahun 2023 sebanyak 1.288 jiwa menderita stroke (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, dalam KTI Arnasya, 2023)

Stroke iskemik berdasarkan patogenesis atau proses terjadinya terdiri dari stroke iskemik *trombotik dan emboli*. Selain itu, stroke iskemik (sumbatan) juga dapat disebabkan faktor lain seperti kelainan *hematologi* atau sebab lain yang belum diketahui atau dapat dijelaskan (Que, 2023). Seseorang yang menderita stroke memiliki dua faktor risiko stroke yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain usia tua, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, riwayat stroke

sebelumnya. Sementara faktor risiko yang dapat diubah yaitu hipertensi, diabetes melitus (DM), merokok, obesitas, dan kolesterol (Pinzon, Rizaldy, & Asanti, 2017). Penyebab stroke iskemik dapat ditandai dengan adanya kelemahan atau hemiparesis, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan disfagia (Usaman, Suwarno, & Geneva, 2023). Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah ke otak. Menurut Junaidi (2019), otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Hambatan aliran darah disebabkan bekuan darah menyebabkan penurunan persediaan oksigen yang berakibat kematian jaringan otak. Terhalangnya aliran darah yang menuju ke otak dapat disebabkan oleh suatu *thrombosis atau emboli*. Keduanya merupakan jenis bekuan darah dan pengerasan arteri yang disebut *plak aterosklerotik* melalui proses *aterosklerosis* yang merupakan penumpukan dari lemak darah, kolestol dan lain-lain pada dinding pembuluh darah arteri dan disebut juga dengan *ateroma*.

Tingginya angka kecacatan dan kematian akibat serangan stroke, maka diperlukan terapi yang cepat dan tepat. Terapi yang tepat dapat meningkatkan keberhasilan dan meminimalkan resiko efek yang tidak dikehendaki. Terapi stroke iskemik bertujuan mengembalikan aliran darah pada otak yang tersumbat dengan cepat, sehingga dapat mengurangi kerusakan neurologi, mengurangi angka kematian dan kecacatan jangka panjang serta mencegah terjadinya stroke berulang (Wiwit, 2017). Terapi stroke iskemik dilakukan dengan dua cara, yaitu secara farmakologi dan non farmakologi. Secara farmakologi stroke iskemik

dapat dilakukan dengan pemberian obat-obat fibrinolitik, antiplatelet, antikoagulan, antihipertensi, antineuroprotektif dan antikolesterol. Terapi non farmakologi dilakukan dengan cara tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, dan menjaga pola hidup sehat. Upaya untuk 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. Selain gizi yang seimbang juga dilakukan olahraga teratur, dengan berolahraga teratur dapat mengontrol berat badan serta mengurangi resiko terjadinya stroke (Wahyuni, Tri, & Pratama, 2019). Klien stroke mengalami gangguan mobilisasi yang menyebabkan kekakuan otot dan sendi sehingga kemampuan untuk bergerak sangat tergantung pada orang lain, oleh karena itu dibutuhkan tindakan keperawatan dengan cara latihan pergerakan sendi atau ROM (Range Of Motion). ROM merupakan pergerakan maksimum yang mungkin dilakukan oleh sendi. Latihan ROM dilakukan dengan cara ROM pasif atau ROM aktif. ROM pasif merupakan latihan ROM yang dilakukan klien dengan bantuan perawat setiap gerakan. ROM aktif merupakan latihan isotonik dengan klien secara mandiri menggerakkan sendi tubuhnya melalui rentang pergerakan sendi yang lengkap, dan peregangan seluruh otot yang maksimal pada persendian (Berman, 2017). Terapi yang tepat diharapkan meningkatkan keberhasilan terapi dan meminimalkan resiko efek yang tidak dikehendaki. Oleh karena itu, peran perawat sangat diperlukan dalam memberika asuhan keperawatan pada penderita stroke. Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup klien stroke yaitu mengkaji kebutuhan klien baik secara langsung

atau berkomunikasi dengan keluarga, kemudian dapat membantu klien ketika mengalami kesulitan atau membutuhkan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan *Activity of Daily Living* (ADL). Peran perawat selanjutnya sebagai edukasi kepada klien maupun orang lain yang membantu pemenuhan kebutuhan klien (Utami, Wati, & Suhardianty, 2018). Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek”.

1.2 Batasan Masalah

Pada Karya Tulis Ilmiah ini dibatasi pada asuhan keperawatan klien *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan / tanpa penyakit penyerta dengan kesadaran composmentis.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada klien dengan *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan dan menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori pada pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada klien *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan Penyakit *Stroke Iskemik* pada klien di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 3) Menyusun tindakan (intervensi) yang tepat pada klien *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 4) Melaksanakan tindakan (implementasi) *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 5) Melakukan evaluasi tindakan pada klien *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 6) Menganalisa antara teori dan fakta pada klien *Stroke Iskemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan untuk mengembangkan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Pada Klien *Stroke Isekemik* di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi penulis

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

2) Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi dan bahan ajar kepustakaan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan *Stroke Iskemik* dan juga sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan pada klien dengan *Stroke Iskemik*.

3) Bagi perawat

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

4) Bagi peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai panduan untuk penelitian pada klien dengan *Stroke Iskemik*.

5) Bagi klien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi (Kusyani, 2022).

Stroke adalah suatu penyakit neurologis yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak secara mendadak yang mengakibatkan kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, dan bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Que, 2023).

Stroke iskemik merupakan suatu keadaan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang umumnya terjadi serangan saat atau setelah bangun tidur (Nurhidayat, Andarmoyo, & Widiyat, 2021). Sedangkan menurut Kusyani (2022), stroke Iskemik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral, biasanya sering terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau terjadi di pagi hari serta tidak terjadi perdarahan. Stroke iskemik merupakan stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah ke otak yang dapat menyebabkan penurunan persediaan oksigen yang berakibat kematian jaringan otak.

Berdasarkan definisi Stroke iskemik diatas dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik merupakan sebuah kondisi gangguan fungsi 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

Menurut Maria (2021), berdasarkan kronologis gejala klinisnya, Stroke iskemik dapat dibagi menjadi empat jenis yaitu:

- 1) Transient ischemic attack (TIA) adalah gangguan fungsi otak yang bersifat lokal, timbul secara mendadak, dan akan pulih dalam 24 jam
- 2) Reversible neurological deficit (gangguan neurologis sementara) adalah gangguan fungsi otak yang terjadi lebih dari 24 jam dan akan menghilang dalam waktu 3 minggu
- 3) Stroke in evolution (stroke progresif) adalah gangguan fungsi otak berlangsung perlahan semakin lama semakin berat
- 4) Completed stroke (stroke lengkap) adalah gangguan fungsi otak maksimal dan cenderung menetap sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan.

Sedangkan berdasarkan keadaan patologis stroke Iskemik dapat diklasifikasikan menjadi

- 1) Stroke trombosis adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu
- 2) Stroke emboli adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pada pembuluh darah otak
- 3) Hipoperfusi sistemik disebabkan menurunnya tekanan arteri
- 4) Stroke akibat penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar

2.1.3 Etiologi

Menurut Que (2023), penyebab Stroke iskemik terdiri dari:

1) Thrombosis

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 atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat mengakibatkan iskemia

serebral. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak:

a) Arteriosklerosis (timbunan kolesterol di dinding arteri)

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

b) Hyperkoagulasi (pengentalan darah)

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 keseluruh 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 :

a) Penyakit jantung reumatik.

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

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Que (2023), ada beberapa faktor resiko terjadinya stroke yaitu :

1) Tekanan darah tinggi atau hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang sering terjadinya stroke. Hipertensi dapat menyebabkan gumpalan darah terbentuk di arteri menuju ke otak, sehingga menghalangi aliran darah yang dapat menjadi penyebab terjadinya stroke. Klien dengan hipertensi yang lama akan berpengaruh terhadap kerusakan arteri, penebalan, arterosklerosis atau arteri dapat pecah atau ruftur.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung merupakan faktor penyebab yang paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko stroke diantaranya penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral.

3) Diabetes Melitus

Pada penyakit DM terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena hiperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak.

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 koroner. Penelitian menunjukkan angka stroke meningkat pada klien dengan kadar kolesterol diatas 240 mg %. Setiap kenaikan 38,7 mg % akan menaikkan angka stroke 25%. Sedangkan kenaikan HDL 1 mmol (38,7mg %) menurunkan terjadinya stroke setinggi 47%. Demikian juga kenaikan trigiserid menaikkan jumlah terjadinya stroke. Pemberian obat-obat anti kolesterol jenis statin sangat menurunkan terjadinya stroke.

5) Obesitas dan kurang aktivitas

Obesitas dan kurang aktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung.

6) Usia

Makin bertambah usia resiko stroke makin tinggi, hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.

7) Ras dan keturunan

Stroke lebih sering ditemukan pada kulit putih.

8) Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi.

9) Polisitemia

Kadar Hb yang tinggi (Hb lebih dari 16 mg/dl) menimbulkan darah menjadi lebih kental dengan demikian aliran darah ke otak lebih lambat.

10) Perokok

Rokok menimbulkan plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga terjadi aterosklerosis.

11) Alkohol

Pada alkoholik dapat mengalami hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia

12) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen

Estrogen diyakini menyebabkan peningkatan pembekuan darah sehingga beresiko terjadinya stroke.

13) Riwayat transient iscemik attack (TIA)

TIA atau disebut juga mini stroke merupakan gangguan aliran darah otak sesaat yang bersifat reversible. Klien TIA merupakan tanda-tanda awal terjadinya stroke dan dapat berkembang menjadi stroke komplit sekitar 10-50%.

14) Penyempitan pembuluh darah karotis

Pembuluh darah karotis berasal dari pembuluh darah jantung yang menuju ke otak dan dapat diraba pada leher. Penyempitan pembuluh darah kadang tidak ada gejala dan hanya diketahui dengan pemeriksaan penyempitan $> 50\%$ ditemukan pada 7% klien laki-laki dan 5% pada perempuan pada umur diatas 65 tahun. Pemberian obat-obat aspirin dapat mengurangi insiden terjadinya stroke, namun pada beberapa klien dianjurkan dikerjakan carotid endarterectomi.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Stroke iskemik dapat menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi pembuluh darah mana yang tersumbat ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral sekunder atau aksesori. Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pada Stroke iskemik sendiri gejala klinisnya biasanya lebih tenang, jarang terdapat tekanan intra kranial, kecuali jika terjadi okulasi di arteri besar terjadi hipoksia yang cukup berat sehingga menyebabkan edema dan adanya edema akan meningkatkan tekanan intra kranial sehingga klien juga dapat mengalami sakit kepala dan penurunan kesadaran.

Menurut Kusyani (2022), manifestasi klinis stroke iskemik meliputi:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

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

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

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

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

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit 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.

Afasia dibagi menjadi 3 (tiga) yaitu:

- a) Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini klien dapat memahami lawan bicara tetapi klien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

- b) Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik klien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi klien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan klien tidak nyambung atau koheren.
- c) Afasia global klien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan, diplopia

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

7) Disfagia

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

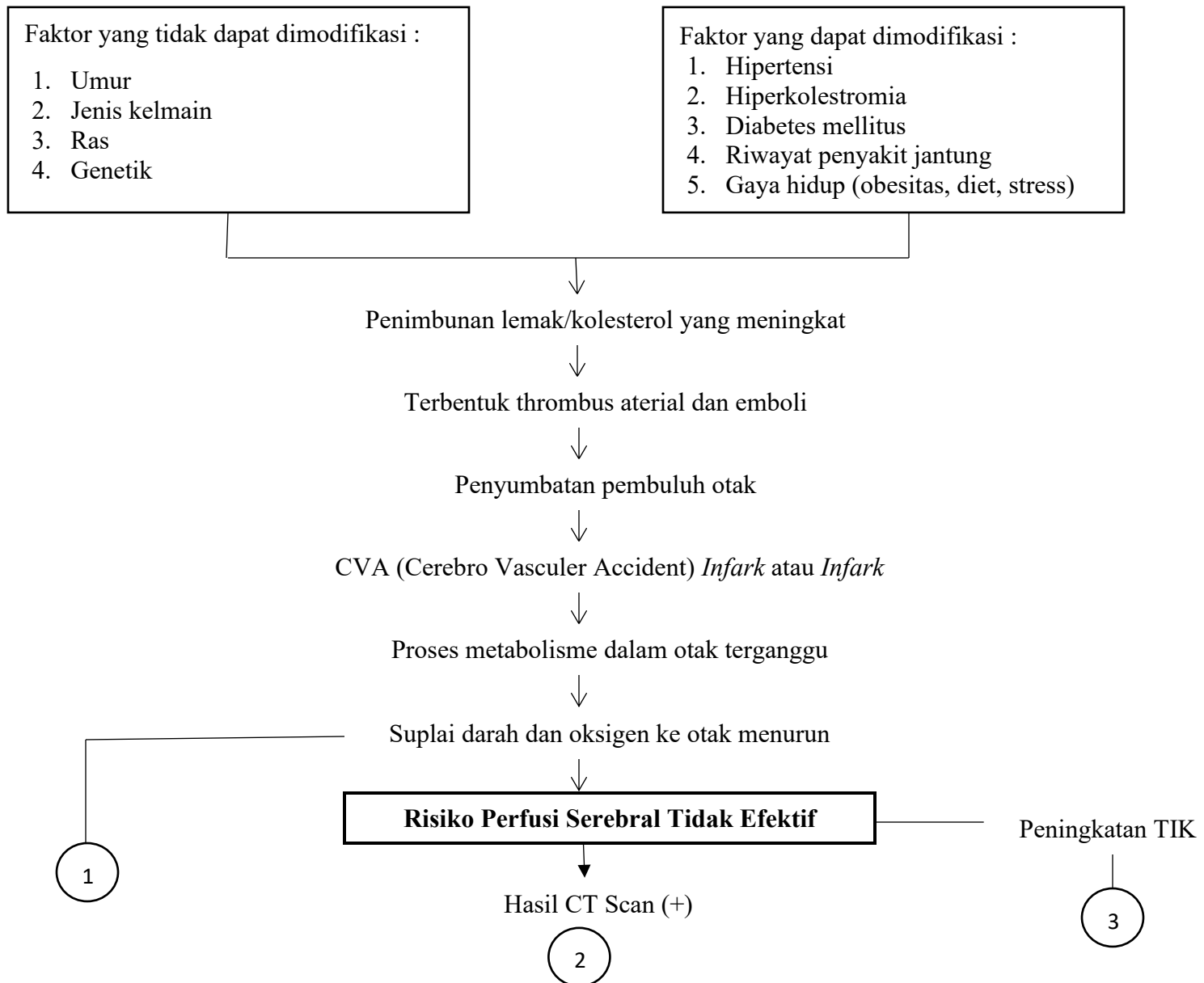
8) Inkontinensia

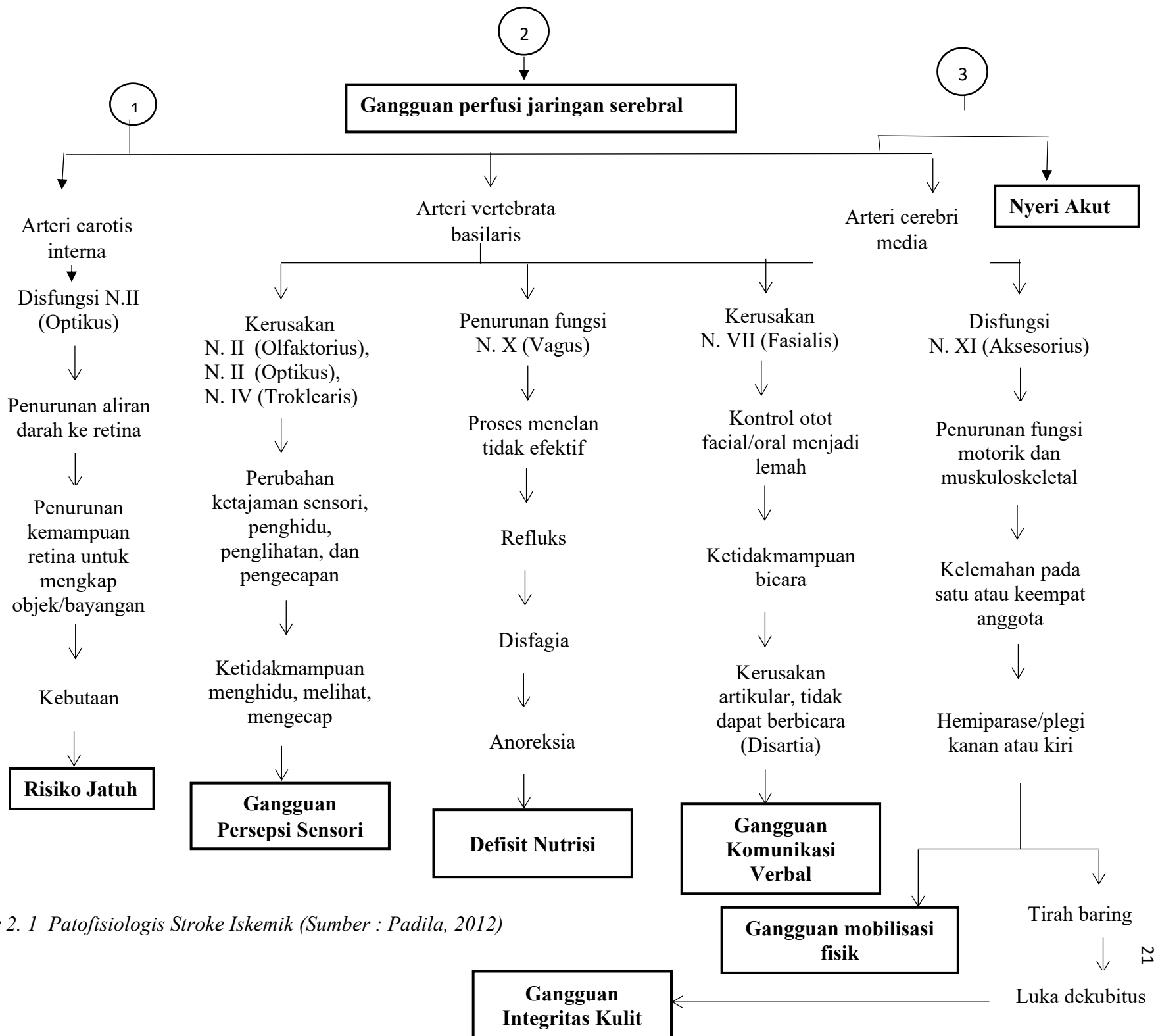
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

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

2.1.6 Patofisiologi

1) Skema





Gambar 2. 1 Patofisiologis Stroke Iskemik (Sumber : Padila, 2012)

Uraian :

Stroke diakibatkan oleh beberapa faktor yaitu faktor yang dapat diubah dan tidak dapat diubah salah satu faktor yang tidak dapat diubah seperti umur, ras, jenis kelamin, genetik sedangkan faktor yang dapat diubah yaitu hipertensi, hiperkolestomia, diabetes mellitus, riwayat penyakit jantung, gaya hidup (obesitas, diet, stress) yang menimbulkan adanya penimbunan lemak/kolesterol yang meningkatkan dalam aliran darah sehingga terbentuknya thrombus arterial dan emboli sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah dalam otak yang artinya suplai darah dan oksigen yang menuju otak mengalami penurunan sehingga terjadi iskemik jaringan pada otak. Adanya sumbatan tersebut menyebabkan metabolisme dalam otak terganggu sehingga suplai darah dan oksigen ke otak menurun, akan memunculkan diagnosa keperawatan **resiko perfusi serebral tidak efektif**. Pada masalah keperawatan jika dari hasil CT scan positif infark maka akan munculah masalah keperawatan **Gangguan perfusi jaringan serebral**. Perfusi serebral tidak efektif juga dapat terjadi akibat munculnya trombus yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah terhambat dan eristrosit menggumpal, endotel menjadi rusak mengakibatkan cairan plasma hilang kemudian akan menimbulkan edema cerebral dan terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial dapat memunculkan masalah keperawatan **nyeri akut**. Peningkatan tekanan

intrakranial mempengaruhi arteri cerebri media yang menyebabkan tidak normalnya nervus ke sebelas (Aksesorius) yang dapat mengakibatkan penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal serta menimbulkan kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak sehingga terjadi hemiparase atau hemiplegi kanan atau kiri, keadaan ini dapat memunculkan masalah keperawatan **gangguan mobilitas fisik**. Pada klien dengan gangguan mobilitas fisik yang tirah baring lama akan menimbulkan luka dekubitus dan dapat memunculkan masalah keperawatan **gangguan integritas kulit**. Akibat dari tekanan intrakranial pada arteri cerebri media juga dapat menimbulkan kerusakan pada nervus ke tujuh (Fasialis) serta nervus ke sembilan (Glosofaringeus) yang dapat menyebabkan kontrol otot fasial atau oral lemah sehingga penderita mengalami ketidakmampuan bicara dan dapat menimbulkan kerusakan artikular, tidak dapat berbicara atau disatria, keadaan ini dapat memunculkan masalah keperawatan yaitu **gangguan komunikasi verbal**. Akibat dari peningkatan intrakranial pada arteri cerebri media juga dapat menyebabkan penurunan fungsi pada nervus ke sepuluh (Vagus) dan nervus ke sembilan (Glosofaringeus) yang akan menyebabkan proses menelan tidak efektif sehingga menimbulkan refluks dan timbulnya disfagia, yang menyebabkan anoreksia sehingga memunculkan masalah keperawatan **defisit nutrisi**. Pengaruh dari peningkatan intrakranial pada arteri vertebra basilaris menimbulkan kerusakan pada nervus pertama (Olfaktorius), nervus kedua (Optikus), nervus keempat (Troklearis), serta

pada nervus kedua belas (Hipoglosus) yang akan menyebabkan perubahan ketajaman sensori, penghidu, penglihatan dan pengecapan sehingga memunculkan masalah keperawatan **gangguan persepsi sensori**. Gangguan persepsi sensori juga dapat terjadi akibat dari peningkatan intrakranial yang mempengaruhi arteri carotis interna yang menyebabkan tidak berfungsinya nervus kedua (Optikus) yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke retina menurun dan kemampuan retina untuk menangkap obyek atau bayangan juga menurun sehingga menimbulkan kebutaan. Keadaan ini juga dapat memunculkan masalah keperawatan **resiko jatuh** (Padila, 2012).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyani (2022), 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 masa 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

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

1) 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 aktivitas listrik otak.
- c) Malnutrisi karena intake yang tidak adekuat.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada klien stroke menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyani (2022), yaitu:

1) Radiologi

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

dan cairan mengandung darah menunjukkan perdarahan subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

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

2) Laboratorium

- a) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED
- b) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- c) Kolesterol, lipid
- d) Asam urat
- e) Elektrolit
- f) Masa pembekuan dan masa perdarahan

2.1.9 Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan stroke menurut Tarwoto (2013) dalam Kusyanti (2022), antara lain :

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut

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

- (2) Terapi oksigen, Klien stroke non hemoragik 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 oksimetri.
- (3) Penatalaksanaan peningkatan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol 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 anti konvulsan, dan cegah resiko injuri.
- (8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- (9) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan anti koagulan.

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

b) Fase rehabilitasi

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

2) Pembedahan

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

3) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke

a) Stroke non hemoragik

- (1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (*recombinan tissueplasminogen*)

(2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfabet, kaptopril antagonis kalsium pada klien dengan hipertensi.

b) Stroke hemoragik

(1) Anti hipertensi: katopril, antagonis kalsium

(2) Diuretik: manitol 20 % , furosmide

(3) Antikonfalsan: fenitoin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari klien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2017).

1) Identitas klien

Pada identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua, setelah berusia 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena stroke dari pada wanita, resiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga

kemungkinan meninggal lebih besar) pendidikan , alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnose medis (Kusyani, 2022).

2) 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 (Kusyani, 2022)

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke iskemik biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

4) Riwayat kesehatan lalu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

5) Riwayat Kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

6) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola istirahat tidur

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

b) Pola eliminasi

Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani, 2022).

c) Pola makan dan minum

Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Que, 2023).

d) Kebersihan diri atau personal hygiene

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang (Que, 2023).

e) Pola kegiatan atau aktivitas lain

Pada klien dengan stroke adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) (Kusyani, 2022).

7) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran klien serta keluarga. (Harsono, 2003 dalam Tarwoto, 2013).

a) Konsep diri

(1) Gambaran diri/citra diri

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

(2) Ideal diri

Klien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya.

(3) Harga diri

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

(4) Peran

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

(5) Identitas diri

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

b) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

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

c) Pola seksual

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

d) Pola mekanisme koping

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

e) Pola kognitif dan persepsi sensori

Terdapat gangguan penglihatan atau kekaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada

pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif (Kusyani, 2022)

8) Data spiritual

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

9) Pemeriksaan fisik

a) Kesan umum/keadaan umum

Tingkat kesadaran klien merupakan indikator pertama status neurologis klien. Biasanya pada klien stroke mengalami tingkat kesadaran pada klien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), klien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stoke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15 (Sulistiawaty, 2020).

Tabel 2. 1 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kualitatif

Kesadaran	Tanda-tanda
Composmentis	Orientasi penuh dapat menjawab pertanyaan dengan benar
Apatis	Keadaan klien segan untuk berhubungan

	keadaan sekitar, sikap acuh tak acuh
Delirium	Penurunan kesadaran disertai peningkatan abnormal aktivitas psikomotor. Klien nampak gaduh gelisah, meronta-ronta
Samnolen	Keadaan klien yang selalu mau tidur, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri namun jatuh tidur kembali
Sopor	Keadaan klien mirip koma, tidak dapat dibangunkan kecuali dengan rangsangan nyeri
Koma	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dengan rangsangan apaun tidak akan timbul.

Sumber : (Tarwoto, 2013)

Tabel 2. 2 Tingkat Kesadaran Berdasarkan Kuantitatif

Kriteria	Tingkatan	Skor
Membuka mata/eye evening (E)		
Membuka sebelum diberi stimulus	Spontan	4
Membuka sebelum diberi perintah suara	Terhadap suara	3
Membuka sebelum diberi stimulus pada ujung jari	Terhadap rangsangan nyeri	2
Tidak membuka sama sekali	Tidak ada respon	1
Respon verbal/verbal respon (V)		
Menyebut nama, tempat, dan tanggal	Orientasi baik	5
orientasi tidak baik tetapi komunikasi jelas	Bingung	4
Kata-kata saja (berbicara tidak jelas)	Suara tidak dimengerti	3
Mengerang tanpa arti	Suara tidak jelas	2
Tidak ada suara yang terdengar	Tidak ada respon	1
Respon motorik/ motor respon (M)		
Mengikuti perintah	Menuruti perintah	6
Menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Mengetahui lokasi nyeri	5
Menghindar atau menarik extremitas menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri	Reaksi menghindar nyeri	4

Melipat siku, gerakan abnormal dominan	Fleksi abnormal	3
Ekstensi siku lengan	Ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan lengan/tungkai (tanpa faktor pengahalng)	Tidak ada respon	1

Sumber : (Marwuntu, 2019)

b) Tanda-tanda vital

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

c) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Kepala dan rambut

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

(2) Mata

Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor,

kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor (Sulistiawaty, 2020).

(3) Hidung

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

(4) Telinga

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

(5) Mulut

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

(6) Leher

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

(7) Pemeriksaan payudara dan ketiak

Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada klien stroke (Griselda, 2023).

d) Pemeriksaan dada

(1) Pemeriksaan sistem pernafasan

- (a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest(bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung),frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan
- (b) Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus
- (c) Perkusi : Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.
- (d) Auskultasi : pada klien dengan tingkat kesadaran Compositis tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapt bunyi nafas tambahan (Kusyani, 2022).
- (2) Pemeriksaan jantung
 - (a) Inspeksi : Ictus kordis tidak Nampak
 - (b) Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra
 - (c) Perkusi : Suara jantung pekak
 - (d) Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung 1 dan 11, murmur atau gallop (Griselda, 2023).
- e) Pemeriksaan abdomen

- (1) Inspeksi : ada pernafasan perut (pernafasan diafragma)
 - (2) Auskultasi : terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit).
 - (3) Palpasi : tidak teraba massa, tidak nyeri tekan
 - (4) Perkusi : suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung (Griselda, 2023).
- f) Pemeriksaan genetalia
- Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC) (Kusyani, 2022).
- g) Pemeriksaan ekstremitas
- Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Kusyani, 2022).
- h) Pemeriksaan integuman dan kuku
- Jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bed rest (Kusyani, 2022).
- i) Pemeriksaan neurologi
- (1) Syaraf otak (nervus cranialis)
- Ada 12 saraf kranial yang dapat diidentifikasi dengan angka romawi. Fungsi dari masing-masing saraf kranial dapat

sebagai sensorik, motorik atau keduanya dan dapat juga sebagai sensorik, motorik atau keduanya dapat juga sebagai otonom.

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

(h) Nervus VIII Vestibulococlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).

(i) Nervus IX Glossofaringeus : klien tidak dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan

(j) Nervus X Vagus : kemampuan klien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.

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

(l) Nervus XII Hipoglosu : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara (Griselda, 2023).

(2) Fungsi motorik dan sensorik

Pada fungsi motorik dapat mengetahui kekuatan otot pada anggota gerak, terutama pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada fungsi sensorik pada sentuhan/raba kemampuan klien untuk merasakan sentuhan pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada rasa klien mampu atau tidaknya merasakan rasa yang diberikan. Pada bau klien mampu tidaknya bau yang diberikan (Kusyani, 2022).

(3) Pemeriksaan reflek

Refleks fisiologis, seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan reflek patologis, seperti refleksi plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleksi fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleksi

fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Kusyani, 2022).

j) Pemeriksaan penunjang

- (1) Elektrokardiografi
- (2) Laboratorium (kimia darah, fungsi ginjal, hematologi, hemostasis, gula darah, urinalisis, analisis gas darah, dan elektrolit)
- (3) Foto toraks, untuk melihat adanya gambaran kardiomegali sebagai penanda adanya hipertensi untuk faktor risiko stroke
- (4) CT scan/MRI (lihat Gambar 1): gambaran hipodens/hipointens didapatkan pada stroke iskemik dan hiperdens/hiperintens pada stroke hemoragik pada T1W1
- (5) *Transcranial doppler* (TCD) dan doppler karotis. antara lain untuk melihat adanya penyumbatan dan patensi dinding pembuluh darah sebagai risiko stroke
- (6) Analisis cairan serebrospinal jika diperlukan (Chiris, 2014).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Menurut Padila (2012), adapun diagnosa Stroke Iskemik yang mungkin muncul pada klien stroke iskemik berdasarkan subkategori (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1) Subkategori : Sirkulasi

Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017).

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

b) Faktor risiko :

- (1) boplastin parsial
- (2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- (3) Aterosklerosis aorta
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)
- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulopati intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme
- (14) Cedera kepala
- (15) Hiperkolesteronemia

- (16) Hipertensi
 - (17) Endocarditis infektif
 - (18) Katup prostetik mekanis
 - (19) Stenosis mitral
 - (20) Neoplasma otak
 - (21) Infark miokard akut
 - (22) Sindrom sick sinus
 - (23) Penyalahgunaan zat
 - (24) Terapi trombolitik
 - (25) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)
- c) Kondisi klinis terkait
- (1) Stroke
 - (2) Cedera kepala
 - (3) Aterosklerotik aortik
 - (4) Infark miokard akut
 - (5) Diseksi arteri
 - (6) Embolisme
 - (7) Endokarditis infektif
 - (8) Fibrilasi atrium
 - (9) Hiperkolesteronemia
 - (10) Hipertensi
 - (11) Dilatasi kardiomiopati
 - (12) Koagulasi intravaskuler diseminata

- (13) Miksoma atrium
- (14) Neoplasma otak
- (15) Segmen ventrikel kiri akinetik
- (16) Sindrom sick sinus
- (17) Steosis karotid
- (18) Stenosis mitral
- (19) Hidrosefalus
- (20) Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)

2) Gangguan perfusi jaringan serebral menurut Tarwoto (2013)

dalam Kusyanti (2022), sebagai berikut:

Data pendukung

- a) Penurunan kesadaran
- b) Nilai GCS
- c) Perubahan tanda vital
- d) Perubahan sensorik dan motoric
- e) Penurunan fungsi memori
- f) Nyeri kepala
- g) Hipertensi
- h) Muntah
- i) Kejang
- j) Perubahan pupil
- k) Perubahan pola nafas
- l) Nilai AGD

m) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebri, perdarahan, herniasi

n) Penggunaan terapi deuretik, sedatif

3) Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b) Penyebab

(1) Ketidakmampuan menelan makanan

(2) Ketidakmampuan mencerna makanan

(3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

(4) Peningkatan kebutuhan metabolisme

(5) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)

(6) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Defisit Nutrisi

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.
Minor	1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri Abdomen 3. Nafsu makan menurun	1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat

		5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare
--	--	--

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke
- (2) Parkinson
- (3) Mobius syndrome
- (4) Cerebral palsy
- (5) Cleft lip
- (6) Cleft palate
- (7) Amyotropic lateral sclerosis
- (8) Kerusakan neuromuscular
- (9) Luka bakar
- (10) Kanker
- (11) Infeksi
- (12) AIDS
- (13) Penyakit Crohn's
- (14) Enterokolitis
- (15) Fibrosis kistik

4) Subkategori : Aktivitas dan Istirahat

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

- a) Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
- b) Penyebab
 - (1) Kerusakan integritas struktur tulang
 - (2) Perubahan metabolisme
 - (3) Ketidakbugaran fisik
 - (4) Penurunan kendali otot
 - (5) Penurunan massa otot
 - (6) Penurunan kekuatan otot
 - (7) Keterlambatan perkembangan
 - (8) Kekakuan sendi
 - (9) Kontraktur
 - (10) Malnutrisi
 - (11) Gangguan muskuloskeletal
 - (12) Gangguan neuromuskuler
 - (13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
 - (14) Efek agen farmakologis
 - (15) Program pembatasan gerak
 - (16) Nyeri
 - (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
 - (18) Kecemasan

(19) Gangguan kognitif

(20) Keengganan melakukan pergerakan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Tampak kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun
Minor	1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak.	1. Tampak sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis

(1) Stroke

(2) Cedera medula spinalis

(3) Trauma

(4) Fraktur

(5) Osteoarthritis

(6) Osteomalasia

(7) Keganasan

5) Subkategori : Nyeri dan nyaman

Nyeri Akut (D.0077)

- a) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
- b) Penyebab
- (1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
 - (2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
 - (3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)
- c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Nyeri Akut

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor	(tidak tersedia)	1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu

		5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis
--	--	---

d) Kondisi klinis

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindrom koroner akut
- (5) Glaukoma

6) Subkategori : Integritas Ego

Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

- a) Definisi : perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.
- b) Penyebab
 - (1) Gangguan pengelihatan
 - (2) Gangguan pendengaran
 - (3) Gangguan penciuman
 - (4) Gangguan perabaan
 - (5) Hipoksia serebral
 - (6) Penyalahgunaan zat
 - (7) Usia lanjut
 - (8) Pemajanan toksin lingkungan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 6 Batasan Karakteristik Gangguan Persepsi Sensorik

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar bisikan atau melihat bayangan 2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
Minor	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.

S

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

(1) Glaukoma

(2) Katarak

(3) Gangguan refraksi (myopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia)

(4) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/ tumor otak)

- (5) Infeksi okuler
- (6) Presbiakusis
- (7) Malfungsi alat bantu dengar
- (8) Delirium
- (9) Demensia
- (10) Gangguan amnestik
- (11) Penyakit terminal
- (12) Gangguan psikotik

7) Subkategori : interaksi sosial

Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

- a) Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.
- b) Penyebab :
 - (1) Penurunan sirkulasi serebral
 - (2) Gangguan neuromuskuler
 - (3) Gangguan pendengaran
 - (4) Gangguan muskuloskeletal
 - (5) Kelainan palatum
 - (6) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidektomi)
 - (7) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

- (8) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- (9) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)
- c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 7 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	(tidak tersedia)	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
--	--	---

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait :

- (1) Stroke
- (2) Cedera kepala
- (3) Trauma wajah
- (4) Peningkatan tekanan intrakranial
- (5) Hipoksia kronis
- (6) Tumor
- (7) Miastenia gravis
- (8) Sklerosis multipel
- (9) Distropi muskuler
- (10) Penyakit Alzheimer
- (11) Kuadriplegia
- (12) Labiopalatoskizis
- (13) Infeksi laring
- (14) Fraktur rahang
- (15) Skizofrenia
- (16) Delus

(17) Parnoid

(18) Autisme

8) Subkategori : Keamanan dan proteksi

Gangguan integritas kulit (D.0129)

a) Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).

b) Penyebab :

(1) Perubahan sirkulasi

(2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

(3) Kekurangan/kelebihan volume cairan

(4) Penurunan mobilitas

(5) Bahan kimia iritatif

(6) Suhu lingkungan yang ekstrim

(7) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)

(8) Efek samping terapi radiasi

(9) Kelembaban

(10) Proses penuaan

(11) Neuropati perifer

(12) Perubahan pigmentasi

(13) Perubahan hormonal

- (14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/
melindungi integritas jaringan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 8 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(Tidak tersedia)	1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
Minor	(tidak tersedia)	1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

d) Kondisi klinis

- (1) Dispesifikan menjadi kulit atau jaringan
- (2) Kulit hanya terbatas pada dermis dan epidermis, sedangkan jaringan meliputi tidak hanya kulit tetapi juga mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau ligamen

9) Subkategori : keamanan dan proteksi

Risiko jatuh (D.0143)

- a) Definisi : Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.
- b) Faktor risiko :
- (1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- (2) Riwayat jatuh
- (3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)

- (4) Penggunaan alat bantu berjalan
- (5) Penurunan tingkat kesadaran
- (6) Perubahan fungsi kognitif
- (7) Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing)
- (8) Kondisi pasca operasi
- (9) Hipotensi ortostatik
- (10) Perubahan kadar glukosa darah
- (11) Anemi
- (12) Kekuatan otot menurun
- (13) Gangguan pendengaran
- (14) Gangguan keseimbangan
- (15) Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
- (16) Neuropati
- (17) Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan

klien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan klien secara spesifik (Kusyani, 2022).

Sehingga dari diagnosa diatas maka didapatkan intervensi dan tujuan berdasarkan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2022) sebagai beriku :

1) Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017)

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/ meningkat. Kriteria hasil : a) Tingkat kesadaran meningkat b) Kognitif meningkat c) Tekanan intra kranial menurun d) Sakit kepala menurun e) Gelisah menurun f) Kecemasan menurun g) Agitasi menurun h) Demam menurun i) Nilai rata-rata	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu e) Monitor PAWP, jika perlu f) Monitor PAP, jika perlu g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia	Observasi a) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan b) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan c) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi d) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik a) Istirahat yang cukup dan

	tekanan darah membaik j) Kesadaran membaik k) Tekanan darah sistolik membaik l) Tekanan darah diastolik membaik m) 13) Reflek saraf membaik	h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) i) Monitor gelombang ICP j) Monitor status pernapasan k) Monitor intake dan output cairan l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang b) Berikan posisi semi Fowler c) Hindari manuver Valsava d) Cegah terjadinya kejang e) Hindari penggunaan PEEP f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik g) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal h) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali b) Untuk memberikan kenyamanan klien c) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral d) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut. Kolaborasi a) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
--	--	---	--

2) Gangguan perfusi jaringan serebral

Tabel 2. 10 Intervensi Keperawatan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan perfusi jaringan serebral	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral (L.02014) dapat adekuat/ meningkat. Kriteria hasil : n) Tingkat kesadaran meningkat o) Kognitif meningkat p) Tekanan intra kranial menurun q) Sakit kepala menurun r) Gelisah menurun s) Kecemasan menurun t) Agitasi menurun u) Demam menurun v) Nilai rata-rata tekanan darah membaik w) Kesadaran membik x) Tekanan darah	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) b) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu e) Monitor PAWP, jika perlu f) Monitor PAP, jika perlu g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) i) Monitor gelombang ICP	Observasi a) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan b) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan c) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi d) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan pada batang otak Terapeutik e) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali f) Untuk memberikan kenyamanan klien

	sistolik membaik y) Tekanan darah diastolik membaik z) 13) Reflek saraf membaik	j) Monitor status pernapasan k) Monitor intake dan output cairan l) Monitor cairan serebrospinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik m) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang n) Berikan posisi semi Fowler o) Hindari manuver Valsava p) Cegah terjadinya kejang q) Hindari penggunaan PEEP r) Hindari pemberian cairan IV hipotonik s) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal t) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi u) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu v) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu w) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	g) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral h) Klien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut. Kolaborasi i) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intra kranial (TIK)
--	--	--	---

3) Defisit nutrisi (D.0019)

Tabel 2. 11 Intervensi Keperawatan Defisit Nutrisi

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi (L.03030) adekuat/membaik. Kriteria hasil: a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat b) Kekuatan otot mengunyah meningkat c) Kekuatan otot menelan meningkat d) Nafsu makan membaik e) TTV membaik	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f) Monitor asupan makanan g) Monitor berat badan h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik a) Lakukan oral hygienis sebelum makan, jika perlu b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) c) Sajikan makanan secara	Observasi a) Membantu mengetahui nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b) Untuk mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit Terapeutik a) Makanan yang secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan klien b) Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi c) Membantu menambah nafsu makan klien Edukasi a) Membantu klien pada saat makan Kolaborasi a) Diet sesuai

		menarik dan suhu yang sesuai d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f) Berikan suplemen makanan, jika perlu g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu b) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	dengankebutuhan nutrisi klien
--	--	---	-------------------------------

4) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tabel 2. 12 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Pergerakan ekstremitas meningkat b) Kekuatan otot meningkat c) Rentang gerak (ROM) meningkat d) Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi (L.05173) Observasi a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) b) Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu c) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi a) Jelaskan tujuan dan prosedur	Observasi a) Amati apakah ada trauma pada klien b) Untuk mencegah terjadinya luka ketika baring ditempat tidur dengan waktu yang lama Terapeutik a) Daerah yang tertekan lama dapat mengakibatkan trauma b) Untuk mengetahui tingkat kekuatan otot yang mengalami kelemahan Edukasi a) Terapi pada klien yang mengalami kelemahan ekstremitas b) Keluarga juga berpengaruh untuk kesembuhan klien yang mengalami kelemahan fisik

		mobilisasi b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Kolaborasi a) Membantu untuk memulihkan kekuatan otot klien
--	--	---	--

5) Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2. 13 Intervensi Keperawatan Nyeri akut

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Nyeri akut (D.0077)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066). Kriteria hasil: a) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b) Keluhan nyeri menurun c) Meringis menurun d) Sikap protektif menurun e) Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a) Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi respon nyeri non verbal d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	Observasi a) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri b) Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan klien c) Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal d) Untuk mengetahui efek samping analgesik yang mungkin dirasakan klien Terapeutik a) Agar klien mau dan mampu

	f) Kesulitan tidur menurun g) Menarik diri menurun h) Berfokus pada diri sendiri menurun i) Diaforesis menurun j) Perasaan depresi (tertekan) menurun k) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun l) Pupil dilatasi menurun m) Muntah menurun n) Mual menurun o) Frekuensi nadi membaik p) Pola nafas membaik q) Tekanan darah membaik r) Pola tidur membaik	g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik a) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c) Fasilitasi istirahat dan tidur d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri	- memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan b) Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri c) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat Edukasi a) Agar klien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi rasa nyeri b) Untuk menenangkan dan membantu klien beristirahat Edukasi a) Agar klien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri, sehingga klien dapat mengantisipasi dan mengambil keputusan terkait nyeri yang dirasakan b) Agar klien dapat melakukan strategi meredakan nyeri sehingga nyeri yang dirasakan dapat dikurangi c) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan
--	--	--	--

		c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	pemberian aagesik yang tepat sehingga tidak terjadi resistensi terhadap obat d) Agar klien dapat mengetahui teknik nonfarmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri
--	--	---	---

6) Gangguan persepsi sensori (D.0085)

Tabel 2. 14 Intervensi Keperawatan Gangguan Persepsi Sensori

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensori (L.09083) dapat membaik. Kriteria hasil : a) Verbalisasi mendengar bisikan menurun b) Verbalisasi melihat bayangan menurun c) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan	Meminimalisir Rangsangan (I.08241) Observasi a) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik a. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) b. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)	Obeservasi a) memeriksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) Terapeutik a) Mediskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) b) Membatasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)

	d) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman e) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera perabaan f) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecap g) Distorsi sensori menurun h) Perilaku halusinasi menurun i) Menarik diri menurun j) Melamun menurun k) Curiga menurun l) Mondar-mandir menurun m) Respons sesuai stimulus membaik n) Konsentrasi membaik o) 15) Orientasi membaik	c. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat b) Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi a) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus	c) Menjadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat Edukasi a) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
--	--	---	--

7) Gangguan komunikasi verbal (D.0119).

Tabel 2. 15 Intervensi Keperawatan Gangguan Komunikasi Verbal

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal (L.13118) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Aktivitas fisik yang direkomendasikan meningkat b) Aktivitas yang tepat meningkat c) Strategi untuk menyeimbangkan aktivitas dan istirahat meningkat d) Teknik konservasi energi meningkat e) Teknik pernafasan yang efektif meningkat f) Pembatasan energi meningkat g) Mekanika tubuh yang tepat	Promosi komunikasi: defisit bicara (13492) Observasi a) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) c) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara d) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis.	Observasi a) Untuk mengetahui masalah bicara yang dialami klien Terapeutik a) Dukungan dari keluarga membantu untuk pemulihan klien b) Komunikasi yang alternatif dapat membantu klien untuk bisa berkomunikasi dengan sekitarnya Edukasi a) Bicara yang pelan dapat mudah dipahami oleh klien Kolaborasi a) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

	meningkat h) Teknik menyederhanakan pekerjaan meningkat i) Penggunaan alat bantu yang benar meningkat j) Pembatasan aktivitas menurun k) Faktor-faktor yang meningkatkan pengeluaran energi menurun	berdiri didepan klien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan klien) c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan d) Ulangi apa yang disampaikan klien e) Berikan dukungan psikologis f) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi a) Anjurkan berbicara perlahan b) Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
--	--	--	--

8) Gangguan integritas kulit (D.0129)

Tabel 2. 16 Intervensi Keperawatan Gangguan integritas kulit

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan integritas kulit (D.0129)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit meningkat (L.14125). Kriteria hasil: a) Elastisitas meningkat b) Hidrasi meningkat c) Perfusi jaringan meningkat d) Kerusakan jaringan menurun e) Kerusakan lapisan kulit menurun f) Nyeri menurun g) Perdarahan menurun h) Kemerahan menurun i) Hematoma menurun j) Pigmentasi abnormal menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik a) Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit	Observasi a) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik a) Mengubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring b) Melakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu c) Membersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d) Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e) Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive

	k) Jaringan parut menurun l) Nekrosis menurun m) Abrasi kornea menurun n) Suhu kulit membaik o) Sensasi membaik p) Tekstur membaik q) Pertumbuhan rambut membaik	sensitive f) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Anjurkan minum air yang cukup c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	f) Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Menganjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Menganjurkan minum air yang cukup c) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
--	--	--	---

9) Resiko Jatuh (D.0143)

Tabel 2. 17 Intervensi Keperawatan Resiko Jatuh

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Resiko Jatuh (D.0143)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138). Kriteria hasil: a) Jatuh dari tempat tidur menurun b) Jatuh dari berdiri menurun c) Jatuh saat duduk menurun d) Jatuh saat berjalan menurun e) Jatuh saat dipindahkan menurun f) Jatuh saat naik tangga menurun g) Jatuh saat di kamar mandi menurun h) Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi a) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik a) Orientasikan ruangan pada klien dan keluarga b) Pastikan roda tempat tidur dan	a) Mengetahui tingkat keparahan terjadinya risiko jatuh b) Pemasangan tanda risiko jatuh guna mengidentifikasi klien yang berisiko jatuh c) Menjaga keamanan klien pada saat berada diatas tempat tidur d) Keluarga mampu mengantisipasi dalam pencegahan risiko terjadinya jatuh e) Mengetahui tingkat atau skala faktor risiko jatuh pada klien

		kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c) Pasang handrail tempat tidur d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah e) Tempatkan klien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station f) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan klien Edukasi a) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh d) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri e) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Kusyani, 2022).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam suatu proses keperawatan. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Kusyani, 2022).

Hasil yang diharapkan pada evaluasi klien stroke iskemik meliputi:

- 1) Mencapai peningkatan mobilisasi
 - a) Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur dan footdrop
 - b) Berpartisipasi dalam program latihan
 - c) Mencapai keseimbangan saat duduk
 - d) Penggunaan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang hemiplegia
- 2) Dapat merawat diri dalam bentuk perawatan kebersihan dan menggunakan adaptasi terhadap alat-alat
- 3) Pembuangan isi kandung kemih dapat diatur
- 4) Berpartisipasi dalam program meningkatkan kognisi
- 5) Adanya peningkatan komunikasi

- a) Anggota keluarga memperlihatkan tingkah laku yang positif dan menggunakan mekanisme koping
- b) Tidak terjadi komplikasi
- 6) Tekanan darah dan kecepatan jantung dalam batas normal untuk klien
- 7) Pada saat akan melakukan pendokumentasian, menggunakan SOAP,

yaitu :

S : Data subyektif merupakan masalah yang diutarakan klien

O : Data obyektif merupakan tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan diagnose keperawatan

A : Analisis dan diagnose

P : Perencanaan merupakan pengembangan rencana untuk yang akan datang dari intervensi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian merupakan suatu penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian. Desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian, serta berperan sebagai alat dan pedoman (Setiadi 2013 dalam Susanti 2022).

Penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif kualitatif merupakan suatu metode yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendeskripsikan keadaan secara objektif. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Suryono, 2013). Batasan istilah dalam penelitian ini adalah Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan 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 Iskemik merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak disebabkan karena adanya thrombus atau embolus. Penelitian ini menggunakan responden pada klien stroke iskemik dengan / tanpa penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung, dan lain-lain, klien dengan kesadaran *composmentis*, dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari di rumah sakit.

3.3 Partisipan

Partisipan pada penelitian ini yaitu Ny. S (42 th) dengan diagnosa medis Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek. Partisipan yang digunakan adalah satu klien dengan kriteria :

- 1) Klien kooperatif
- 2) Tingkat kesadaran klien *composmentis*,
- 3) Bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan
- 4) Klien dengan / tanpa penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung, dan lain-lain.
- 5) Klien yang mendapatkan perawatan minimal 3 hari di rumah sakit

3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Berdasarkan dengan masalah yang diambil maka peneliti melakukan lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada klien dengan

Stroke Iskemik dilaksanakan di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Berdasarkan waktu yang telah disepakati oleh institusi maka peneliti melakukan pengambilan data pada bulan 13 Maret 2025 s/d 15 Maret 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan atau Instrumen

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

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

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

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data menurut Suryono (2017) meliputi empat tahap yaitu :

1) Tahap persiapan

- a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Keperawatan Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek nomor DP.04.04/F.XIII.15.5/73/2025
- b) Mengurus ijin penelitian dan persetujuan pada lokasi tempat melakukan pengambilan study kasus yaitu Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
- c) Mendapat surat balasan persetujuan ijin penelitian dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek nomor 000.9/75/406.010.001/18.00.2025
- d) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Jurusan Keperawatan Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (clinical instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap Kontrak

Peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data. Waktu pelaksanaan wawancara menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan sedangkan tempat pelaksanaan mempertimbangkan lokasi

nyaman, tenang, dan mempermudah partisipan yaitu di bed partisipan. Partisipan menyetujui kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati.

a) Tahap Pelaksanaan

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan dan dimulai dari pengkajian yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan klien, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnose, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

b) 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.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta-fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), Keteralihan (*Transferability*), Ketergantungan (*Dependability*) dan Kepastian (*Confirmability*) (Suryono, 2017)..

3.6.1 *Credibility* (Kepercayaan)

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

3.6.2 *Transferability* (Keteralihan)

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

3.6.3 *Dependability* (Kebergantungan)

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

3.6.4 *Confirmability* (Kepastian)

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

3.7 Analisa Data

Menurut Suryono (2017), bahwa analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam

pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain.

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

3.8 Etika Penelitian

Menurut Suryono (2017), etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

3.8.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan Menjadi Responded)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak klien.

3.8.2 *Confidentially* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

3.8.3 *Anonymity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan hasil Pelaksanaan dan Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dimulai dari gambaran lokasi pengambilan data, pengkajian, terhadap klien, merumuskan diagnose keperawatan, menentukan intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi keperawatan.

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan tanggal 13 Maret – 15 Maret 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek tahun 2025 dengan partisipan Ny.S Klien yang diteliti berada di kelas III ruang 7A.

Ruang Flamboyan merupakan ruang syaraf dan stroke yang memberikan perawatan khusus bagi klien yang terkena syaraf. Jumlah perawat di ruang Flamboyan yaitu 18 orang dengan kapasitas tempat tidur 23 bed (tempat tidur). Di kelas II ada 3 ruang dengan masing-masing ruangan 1 bed (tempat tidur), di HCU ada 4 bed (tempat tidur) dalam satu ruangan, dan di kelas III ada 4 ruang dengan masing-masing ruangan 4 bed (tempat tidur).

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4. 1 Identitas Klien

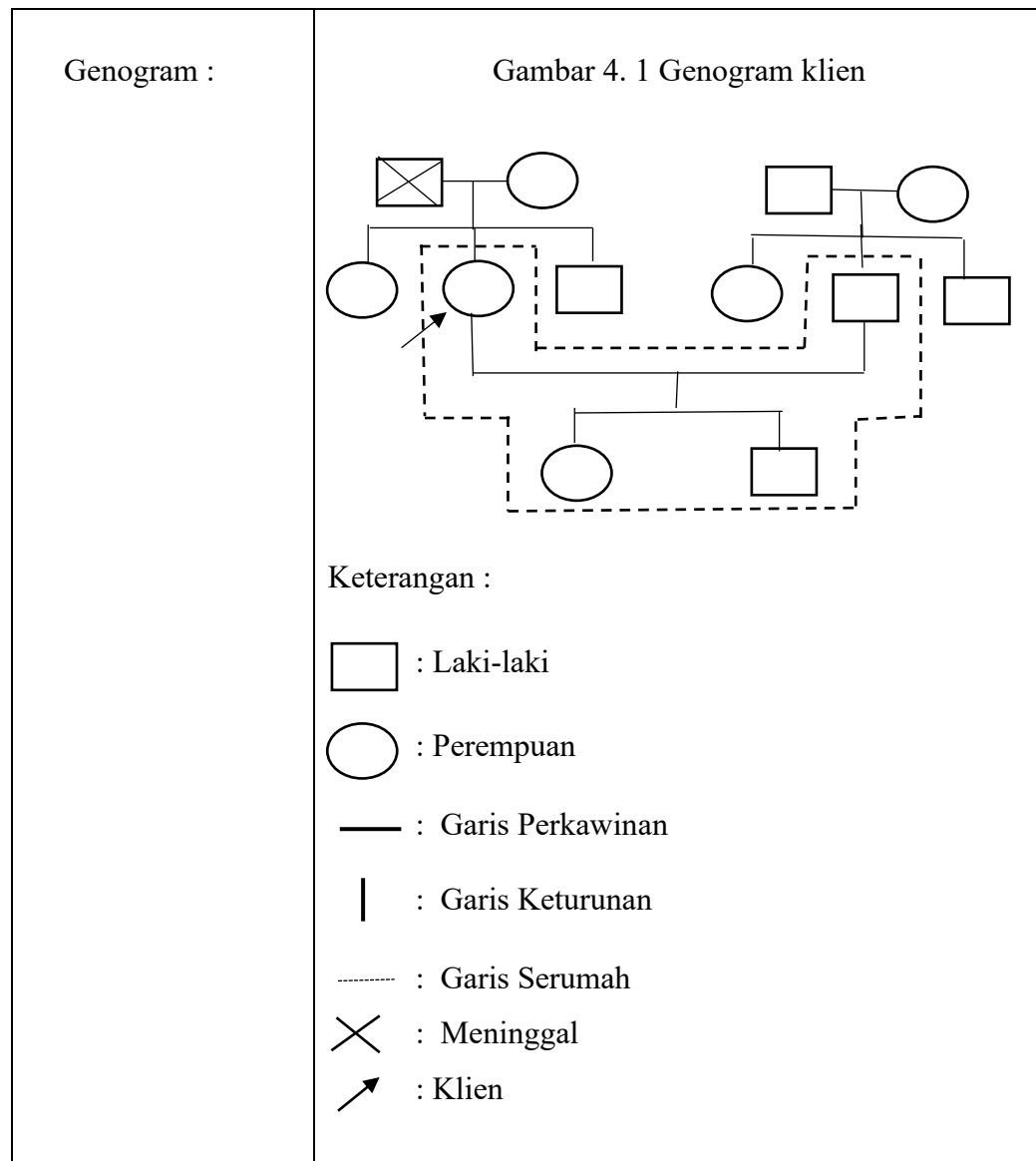
Identitas Klien	Klien
Nama	Ny. S
Jenis kelamin	Perempuan
Umur	42 tahun
Status perkawinan	Menikah
Pekerjaan	Ibu rumah tangga (IRT)
Agama	Islam
Pendidikan terakhir	SMA
Alamat	Munjungan
Diagnosa medis	CVA Infark
No. Register	351xxx
Tgl dan jam MRS	Rabu 12-3-2025 / 14.10
Tgl dan jam Pengkajian	Kamis 13-3-2025 / 15.20
Diagnosa Medis	CVA Infark

2) Riwayat Kesehatan Klien

Tabel 4. 2 Riwayat Kesehatan Kien

Riwayat Kesehatan Klien	Klien
1. Keluhan utama / alasan masuk Rumah Sakit:	- Saat MRS : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing berputar-putar, serta tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas susah digerakkan - Saat pengkajian : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar
2. Riwayat penyakit sekarang :	Pada hari senin tanggal 10-3-2025 saat klien mengepel lantai tiba-tiba merasakan pusing berputar-putar kemudian klien jatuh sehingga pada bagian mata sebelah kanan terbentur kursi dan badan sebelah kiri terasa lemas kemudian klien langsung dibawah ke

	puskesmas munjungan kondisi klien masih lemas pada bagian tangan dan kaki sebelah kiri, bicara sedikit pelo, klien sadar dengan TD klien sekitar 187/101 mmhg. Di puskesmas selama 2 hari klien mendapatkan perawatan berupa obat injeksi dan dilakukan rekam jantung kemudian klien disarankan untuk dirujuk ke RSUD Dr soedomo. Klien dirujuk pada hari rabu tanggal 12 Maret 2025 sekitar pukul 14.10 WIB, di IGD tangan dan kaki sebelah kiri masih lemas susah digerakkan, klien merasa mual tetapi tidak muntah, kepala klien masih terasa pusing. Saat di IGD klien dicek tensi, diberikan obat injeksi, rekam jantung, serta diambil darah untuk dilab. Kemudian klien dibawa ke Ruang Flamboyan hari rabu sekitar pukul 18.30 WIB klien di cek ulang tensi. Saat pengkajian hari kamis tanggal 13 maret 2025 pukul 15.20 WIB klien masih merasa pusing berputar-putar, tangan dan kaki sebelah kiri masih lemas susah digerakkan, terdapat lebam pada mata bagian kanan, serta sudah tidak mengalami gangguan bicara (cedal). P : Klien mengatakan pusing Q : Pusing seperti berputar-putar R : Pusing terasa di kepala bagian atas S : Skala nyeri 6 (nyeri sedang) T : Pusing muncul hilang timbul saat istirahat, waktunya $\pm$ 10 menit setelah itu hilang.
3. Riwayat kesehatan yang lalu :	Klien mengatakan baru pertama kali masuk RS, klien memiliki riwayat hipertensi 2 tahun lalu, klien tidak pernah kontrol hanya minum obat penurun tensi yang dibeli di apotik.
4. Riwayat kesehatan keluarga :	Klien mengatakan ada riwayat Kesehatan keluarga yaitu Hipertensi dari ibunya



3) Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4. 3 Pola Fungsi Kesehatan

Pola Yang Dikaji	Pola di Rumah	Pola di RS
1. Pola istirahat tidur	Klien mengatakan klien tidur siang pukul 12.00-13.00 WIB dan tidur malam pukul 22.00-04.30 WIB.	Klien mengatakan klien tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB dan tidur siang pukul 11.00-13.00 WIB. Klien tidak ada masalah

	Klien tidak ada masalah dalam tidurnya, total tidur klien dalam sehari 7,5 jam.	dalam tidurnya, klien terbangun saat tidur jika ada tindakan medis, total tidur klien 9 jam dalam sehari.
2. Pola eliminasi	- Klien mengatakan BAB 1x dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dengan bau khas feses. - Klien mengatakan BAK $\pm 6-7x$ perhari dengan warna jernih Dalam BAB dan BAK klien tidak ada masalah	- Klien mengatakan selama di RS sampai pengkajian ini klien sudah BAB selama 2x, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dengan bau khas feses - Klien mengatakan saat ini memakai pampers, sehari ganti 3x dengan kondisi pampers penuh Dalam BAB dan BAK klien tidak ada masalah
3. Pola makan dan minum	- Klien mengatakan makan 3x sehari pada pagi, siang, dan malam dengan komposisi nasi, sayur, dan lauk - Klien mengatakan minum sehari ± 2 liter Dalam makan dan minum klien tidak ada masalah, klien tidak memiliki alergi pada makan dan minum.	- Klien mengatakan makan 3x sehari pagi (06.00), siang (12.00), dan sore (17.00) klien diberikan diit TKTPRG dengan bentuk lunak, setiap makan klien selalu menghabiskan 1 porsi penuh - Klien mengatakan minum air putih $\pm 1,5$ liter dalam sehari, dan diberikan susu pada pagi hari sekitar 200cc Klien tidak ada masalah dalam makan dan minum, serta klien tidak ada alergi.
4. Kebersihan diri atau personal hygiene	Klien mengatakan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 3x dalam seminggu, memotong	Klien mengatakan di RS hanya disibin oleh keluarganya 2x dalam sehari, gosok gigi 1x dan dibantu

	kuku 1x dalam seminggu sesuai dengan kondisi kukunya.	oleh keluarganya, klien belum keramas selama di RS.
5. Pola kegiatan atau aktivitas lain	Klien mengatakan saat di rumah kegiatannya sebagai ibu rumah tangga.	Klien mengatakan saat di RS klien terbatas untuk melakukan aktivitas karena harus bedrest dulu.

4) Data Psikososial

Tabel 4. 4 Data Psikososial

Data Psikososial	Klien
A. Konsep diri : - Gambaran diri/citra diri : - Ideal diri : - Harga diri : - Peran : - Identitas diri :	Klien seorang perempuan berumur 42 tahun, seorang istri dan ibu dari 2 anaknya klien mengetahui jika dirinya sedang sakit, klien pasrah kepada Tuhan agar segera diberikan kesembuhan. Klien mempunyai harapan yang besar untuk sembuh dan segera kembali pulang untuk memenuhi kebutuhan keluarga rumah. Klien mengatakan merasa tidak berdaya, seharusnya ia dirumah untuk bisa melayani keluarganya. Klien mengatakan sebagai seorang istri dan ibu dari kedua anaknya, tetapi saat ini klien sakit maka kedua anaknya sementara tinggal bersama kakak klien. Klien mengatakan dirinya bernama Ny.S berusia 42 tahun alamat di Munjungan.
B. Pola peran hubungan dengan orang lain :	Saat di rumah klien mengatakan berhubungan baik dengan keluarga, saudara, dan tetangganya, sedangkan di RS klien mengatakan berhubungan baik dengan sesama klien, keluarga klien, dan pegawai di RS.

C. Pola seksual :	Klien berjenis kelamin perempuan, berusia 42 tahun, sudah menikah, klien masih menstruasi satu bulan sekali dengan durasi ± 7 hari, klien memiliki 2 anak. Saat ini klien tidak mau melakukan hubungan seks karena fokus kesembuhannya agar bisa segera pulih.
D. Pola mekanisme koping :	Klien mengatakan jika ada masalah akan dibicarakan baik-baik dengan suami dan keluarganya agar mendapatkan jalan keluar/solusi.
E. Pola kognisi dan persepsi sensori	
- Status mental :	Klien kooperatif saat dilakukan tindakan medis, klien mampu diajak kerjasama serta tidak ada penolakan.
- Pola komunikasi :	Klien berkomunikasi sehari-hari menggunakan bahasa jawa, selama pengkajian klien tidak mengalami gangguan dalam berbicara.
- Orientasi :	Klien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama, orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat.

5) Data Spiritual

Tabel 4. 5 Data Spiritual

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

6) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Fisik

A. Kesan umum/keadaan umum :	K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6, E(4) : membuka mata dengan spontan, V(5) : orientasi baik dan sadar, M(6) : mengikuti perintah yang diberikan, terpasang infus pz ditangan sebelah kanan
B. Tanda-tanda vital	TD : 184/116 mmHg N : 92x/menit S : 36,6 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 97% BB : 70 kg TB : 160 cm
C. Pemeriksaan kepala dan leher	
- Kepala dan Rambut:	Bentu kepala oval, tidak ada benjolan, ubun-ubun rata, rambut hitam bergelombang, terlihat sedikit kering, wajah simetris antara kanan dan kiri.
- Mata :	Mata lengkap, konjungtiva merah muda, pada mata bagian kanan lebam (<i>hemathoma</i>) karena benturan, mata bagian kiri normal, sclera berwarna putih, kedua pupil miosis isokor, pergerakan bola mata normal, klien tidak mengalami masalah pada penglihatan.
- Hidung :	Tulang hidung dan septum nasi berada di tengah, tidak terdapat <i>secret</i> , tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau.
- Telinga :	Telinga simetris antara kanan dan kiri, ukuran sama besar, terdapat sedikit serumen, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan di pendengaran klien.

- Mulut dan Faring:	Bibir simetris, bibir lembab, lidah putih, terdapat <i>caries</i> gigi, uvula ditengah, klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan.
- Leher	Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada pembesaran kelenjar <i>tyroid</i> , tidak ada pemebesaran <i>vena jugularis</i> , dan nadi <i>carotis</i> teraba.
- Pemeriksaan payudara dan ketiak :	Tidak ada benjolan pada bagian payudara maupun ketiak, payudara simetris antara kanan dan kiri, <i>aerola</i> berwarna kecoklatan.
D. Pemeriksaan thorax/dada	
1) Pemeriksaan paru	
- Inspeksi :	Bentuk normal <i>chest</i> , pernafasan regular, tidak ada <i>retraksi intercostal</i> .
- Palpasi :	<i>Vocal vrementus</i> (getaran) sama antara lapang paru kanan dan kiri.
- Perkusi :	Suara paru <i>sonor</i> .
- Auskultasi :	Suara nafas <i>vesikuler</i> , tidak ada suara nafas tambahan seperti <i>ronchi</i> dan <i>wheezing</i> .
2) Pemeriksaan jantung	
- Inspeksi :	Tidak terdapat <i>pulsasi</i> .
- Palpasi :	Teraba <i>ictus cordis</i> di ICS 4-5 <i>midclavicula sinistra</i> .
- Perkusi :	Suara jantung pekak.
- Auskultasi :	Terdapat bunyi jantung di S1 (lup), dan S2 (dup)
E. Pemeriksaan abdomen	
- Inspeksi :	Bentuk abdomen buncit, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah.
- Auskultasi :	Bising usus 9x/menit
- Palpasi :	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa.

- Perkusi :	Terdengar suara <i>tympani</i> .				
F. Pemeriksaan genetalia	Tidak ada kelainan, dan tidak terdapat luka/lesi pada genetalia, klien tidak mampu menahan kencing.				
G. Pemeriksaan ekstremitas	Terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri Kekuatan otot <table> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>5</td><td>2</td></tr> </table> Keterangan : 2 : Tidak mampu melawan gravitasi, hanya mampu bergeser 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 5 : Kekuatan otot penuh	5	3	5	2
5	3				
5	2				
H. Pemeriksaan integument dan kuku	Kulit lembab, akral hangat, turgor kembali < 2 detik, tidak ada edema, tidak ada luka <i>dekubitus</i> pada daerah yang menonjol, CRT < 2 detik.				
I. Pemeriksaan neurologi					
1) Tingkat kesadaran (secara kuantitatif) /GCS	E4 V5 M6				
2) Syaraf otak (Nervus Cranialis)	1) Nervus I Olfaktorius : Penciuman klien baik, klien masih mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih 2) Nervus II Optikus : penglihatan klien baik, mampu melihat tanpa alat bantu, klien dapat membaca dengan jarak $\pm 1,5$ meter. 3) Nervus III Okulomotoris : Pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya). Klien tidak mampu menggerakkan bola mata kearah atas. 4) Nervus IV Trochlearis : Klien tidak mampu menggerakkan bola mata kearah bawah.				

	5) Nervus V Trigemini : Klien dapat menggerakkan otot rahang. 6) Nervus VI Abducent : Klien tidak mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri. 7) Nervus VII Fasialis : Klien mampu mengerutkan dahi, muka pada klien simetris. 8) Nervus VIII Vestibulocochlearis : Klien saat dipanggil ada respon. 9) Nervus IX Glossopharyngeus : Klien tidak mengalami kesulitan berbicara (cedal) kata yang diucapkan jelas dan klien mampu membedakan rasa seperti asin, manis, dan kecut. 10) Nervus X Vagus : Klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan. 11) Nervus XI Accessorius : Klien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kiri. 12) Nervus XII Hypoglossus : Klien masih mampu menjulurkan lidah.
3) Fungsi motorik :	Klien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, dengan kekuatan otot ekstremitas atas 2 yaitu tidak dapat melawan gravitasi, hanya mampu bergeser, sedangkan ekstremitas bawah 3 yaitu tidak dapat melawan gravitasi, pada ekstremitas kanan tidak ada masalah
4) Fungsi sensorik :	- Raba : Klien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada tubuh menggunakan kapas. - Rasa : Klien mampu merasakan asin, manis dengan menyeringai saat diberi rasa asin. - Bau : Klien mampu mencium minyak kayu putih.
5) Reflek - Reflek Fisiologis:	- Trisep : kanan (+), kiri (-) - Bisep : kanan (+), kiri (-) - Patella : kanan (+), kiri (-)

- Reflek Patologis:	Keterangan : (+) : Terdapat reflek (-) : Tidak terdapat reflek - Babinski : kanan (-), kiri (+) Keterangan : (-) : Terdapat reflek (+) : Tidak terdapat reflek
---------------------	--

7) Pemeriksaan penunjang

a) Laboratorium

Tanggal 12-03-2025 / 16:00:15

Tabel 4. 7 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
a) Pemeriksaan darah lengkap			
Hemoglobin	13,8	g/dl	12,5 – 16,0
Lekosit H	11,8	10³/L	4,0 – 10,5
Trombosit	413	10 ³ /L	150 – 450
Hematokrit	44,5	%	37,0 – 47,0
Eritrosit H	5,10	Juta/ul	3,50 – 4,76
- MCV	87,3	Fl	78,0 – 100,0
- MCH L	27,1	Pg	31,0 – 37, 0
- MCHC L	31,0	g/dl	37,0 – 54,0
RDW	14,1	%	11,0 – 16,0
PDW	10,0	Fl	9,0 – 17,0
MPV	8,4	Fl	8,0 – 11,0
Hitungan jenif (DIFF)			
- Neu % H	81,2	%	37,0 – 72,0
- Lym % L	12,8	%	15,0 – 50,0
- Mxd %	6,0	%	0,0 – 14,0
- Neu # H	9,6	10³/L	1,5 – 6,6
- Lym #	1,5	10 ³ /L	1,5 – 3,5
- Mxd #	0,7	10 ³ /L	< 1,0
GULA DARAH			

Glukosa Darah	90	Mg/dl	< 180
FAAL GINJAL			
Ureum	16,0	Mg/dl	15,0 – 45,0
Creatinin L	0,58	Mg/dl	0,6 – 1,1
b) Kimian Klinik			
GULA DARAH			
HbA1c	5,2	%	< 5,8 (normal) 5,8 - 6,9 (pre diabetes) < 6,9 (diabetes)
PROFIL LIPID			
Kolesterol Total H	209,9	Mg/dl	140 – 200
Trigliserida	112,8	Mg/dl	40 – 150
HDL Kolesterol	59,0	Mg/dl	High > 60 Low < 40
LDL Kolesterol	94,4	Mg/dl	Optimal < 100
FAAL GINJAL			
Asam Urat	2,8	Mg/dl	2,6 – 6,0

b) CT-Scan Kepala Tanpa Kontras

Tanggal : 13-3-2025 / 11:10:52

Hasil :

Tampak lesi hipodense batas tegas di pons kiri, basal ganglia kiri, lesi hypodense Sebagian batas tidak tegas di pons kanan

Sulci dan gyri normal

System ventrikel dan cysterna normal

Cerebellum normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Tak tampak deviasi midline

Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tampak kelainan

Calvaria normal

Tak tampak proses osteolitik / osteoblastic

Kesan

Chronic infrak di pons kiri, basal ganglia kiri,

Acute to subacute infark di pons kanan

c) ECG

Tanggal : 12-3-2025 / 14:45:12

Interpretation made without knowing patient's gender/age ST junctional depression is nonspecific

Borderline ECG

8) Penatalaksanaan dan Terapi

Tabel 4. 8 Penatalaksanaan dan Terapi

Tanggal	Terapi	Cara Pemeberian Obat
13-3-2025	- Injeksi Citicoline 2x500 mg - Injeksi Norages 3x500 mg - Infus PZ 1500 cc/24 jam = 20 tetes/jam - Obat tetes mata alletrol 2 tetes, 3x sehari	- IV - IV - IV - Tetes
14-3-2025	- Injeksi Citicoline 2x500 mg - Injeksi Norages 3x500 mg - Infus PZ 1500 cc/24 jam = 20 tetes/jam - Obat tetes mata alletrol 2 tetes, 3x sehari	- IV - IV - IV - Tetes
15-3-2025	- Injeksi Citicoline 2x500 mg - Injeksi Norages 3x500 mg - Infus PZ 1500 cc/24 jam = 20 tetes/jam - Obat tetes mata alletrol 2 tetes, 3x sehari	- IV - IV - IV - Tetes

4.1.3 Analisa Data

Nama Klien : Ny. S

Umur : 42 Tahun

No.Register : 351xxx

Ruang : Flamboyan

Tabel 4. 9 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : - Klien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dibagian kepala atas terasa hilang timbul saat istirahat dengan durasi $\pm$ 10 menit setelah itu hilang. DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV Klien : - TD : 184/116 mmHg - N : 92x/menit - S : 36,6 c - RR : 20x/menit - SPO₂ : 97% - Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras : Tampak lesi hipodense batas tegas di pons kiri, basal ganglia kiri, lesi hypodense Sebagian	Gangguan Perfusi Jaringan serebral	Hipertensi ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Infark serebral ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah dan O₂ ke otak mneurn ↓ Risiko gangguan perfusi jaringan serebral ↓ Hasil CT Scan ↓ Gangguan perfusi jaringan serebral

	batas tidak tegas di pons kanan Sulci dan gyri normal Cerebellum normal Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tampak kelainan Kesan : Chronic infrak di pons kiri, basal ganglia kiri, Acute to subacute infark di pons kanan						
2.	DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan sulit untuk digerakkan DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Klien tampak mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas - aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya - kekuatan otot menurun : <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> keterangan : 2 : tidak mampu melawan gravitas, hanya mampu bergeser 3 : Tidal dapat melawan gravitasi 5 : kekuatan otot penuh - Klien tampak lemah dan terbaring ditempat tidur - Reflek Fisiologis • Trisep : kanan (+), kiri (-) • Bisep : kanan (+), kiri (-)	5	2	5	3	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan fungsi motoric ↓ Kelemahan pada salah satu anggota tubuh ↓ Penurunan kekuatan otot karena hemiparase
5	2						
5	3						

	• Patella : kanan (+), kiri (-) - Reflek Patologis • Babinski : kanan (-), kiri (+)		
--	--	--	--

4.1.4 Daftar Diagnosa Keperawatan

Nama : Ny.S

Umur : 42 Tahun

No.Register : 351xxx

Ruang : Flamboyan

Tabel 4. 10 Daftar Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	Kamis 13-3-2025	Gangguan Perfusi Jaringan serebral b.d Hipertensi d.d : DS : - Klien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar dibagian kepala atas terasa hilang timbul saat istirahat dengan durasi $\pm$ 10 menitan setelah itu hilang. DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV Klien : TD : 184/116 mmHg	15-03-2025	

		N : 92x/menit S : 36,6 c RR : 20x/menit SPO₂ : 97% - Hasil CT-Scan Kepala Tanpa Kontras : Tampak lesi hipodense batas tegas di pons kiri, basal ganglia kiri, lesi hypodense Sebagian batas tidak tegas di pons kanan Sulci dan gyri normal Cerebellum normal Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tampak kelainan Kesan : Chronic infrak di pons kiri, basal ganglia kiri, Acute to subacute infark di pons kanan		
2.	Kamis 13-3-2025	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase d.d : DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan sulit untuk digerakkan DO : - K/U lemah - Kesadaran <i>Composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Klien tampak mengalami keterbatasan	15-03-2025	

		dalam melakukan aktivitas - aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya - kekuatan otot menurun : <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> keterangan : 2 : Tidak mampu melawan gravitas, hanya mampu bergeser 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 5 : kekuatan otot penuh - Klien tampak lemah dan terbaring ditempat tidur - Reflek fisiologis • Trisep : kanan (+), kiri (-) • Bisep : kanan (+), kiri (-) • Patella : kanan (+), kiri (-) - Reflek Patologis • Babinski : kanan (-), kiri (+)	5	2	5	3		
5	2							
5	3							

4.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Nama Klien : Ny.S

Umur : 42 tahun

Tabel 4. 11 Rencana Tindakan Keperawatan

NO	TANGGAL	NO. DX KEP	SLKI	SIKI	RASIONAL	TTD
1.	13-03-2025		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tekanan intracranial membaik 2) Tekanan darah sistolik membaik 3) Tekanan darah diastolic membaik 4) Refleks syaraf membaik	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4) Monitor status pernafasan Terapeutik 5) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan	Observasi 1) Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan 2) Autoregulasi mempertahankan aliran darah otak yang konstan 3) Tingkat kesadaran merupakan indikator terbaik adanya perubahan neurologi 4) Adanya perubahan tanda vital seperti respirasi menunjukkan kerusakan	

				yang tenang 6) Berikan posisi semi Fowler 7) Hindari manuver Valsava	pada batang otak Terapeutik 5) Istirahat yang cukup dan lingkungan yang tenang mencegah perdarahan kembali 6) Untuk memberikan kenyamanan klien 7) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral	
2.	13-03-2025	(D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Lemas menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 4) Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 5) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam	Observasi 1) Amati apakah ada trauma pada klien 2) Untuk mencegah terjadinya luka ketika baring ditempat tidur dengan waktu yang lama Terapeutik 3) Daerah yang tertekan lama dapat mengakibatkan trauma 4) Untuk mengetahui tingkat kekuatan otot yang mengalami kelemahan	

			4) Gerakan terbatas menurun 5) Kelemahan fisik menurun	meningkatkan pergerakan Edukasi 6) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	Edukasi 5) Terapi pada klien yang mengalami kelemahan ekstremitas 6) Keluarga juga berpengaruh untuk kesembuhan klien yang mengalami kelemahan fisik	
--	--	--	--	---	--	--

4.1.6 Implementasi

Nama : Ny.S

Umur : 42 tahun

No Reg : 351xxx

Ruang : Flamboyan

Tabel 4. 12 Implementasi

NO	TANGGAL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN	TTD
1.	13-03-2025 15.20 15.30 15.35 15.40 15.45	Gangguan Perfusi Jaringan serebral b.d Hipertensi	1. Melakukan validasi dengan klien menjelaskan maksud dan tujuan 2. Mengobservasi k/u klien dengan menilai GCS klien 3. Mengidentifikasi peningkatan TIK dengan menanyakan apakah klien masih merasa pusing 4. Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan dengan mengobservasi TTV 5. Mengukur TTV dan menentukan MAP klien Hasil : TD : 169/119 mmHg MAP : $\frac{169 + 119 \times 2}{3} = 136$ N : 103x/menit S : 36,7 C RR : 20x/menit SPO ₂ : 98 %	   

	15.50		6. Menyediakan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menganjurkan untuk bedrest	
	16.55		7. Memberikan posisi semifowler 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk	
	16.00		8. Hindari tindakan manuver valsalva dengan memberitahu klien untuk perbanyak makanan yang berserat agar tidak mencejan saat BAB	
	16.05		9. Memberikan injeksi melalui IV Hasil : citalopram 500mg dan norelges 500mg	
	16.10		10. Mengganti cairan infus PZ 1500 cc : 20 tpm	
2	13-03-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot karena hemiparase	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan mengukur kekuatan otot	
	16.10		2. Mengobservasi kondisi umum klien selama melakukan latihan gerak ROM	
	16.20		3. Menyediakan pagar pada tempat tidur klien sebagai alat bantu aktivitas mobilisasi sederhana, sehingga dapat membantu klien meningkatkan kekuatan otot	
	16.25		4. Melakukan latihan gerak ROM pasif	
	16.30		5. Melibatkan keluarga klien dalam melakukan Latihan gerak ROM	
	16.45		6. Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan Latihan gerak ROM	
	16.50		7. Mengubah posisi klien dengan miring kanan dan miring kiri tiap 2-4 jam sekali	
	16.55		8. Memberitahu keluarga klien untuk sering mengajak klien dalam melakukan gerakan ROM	
	17.00			

4.1.7 Evaluasi

Nama : Ny. S

Umur : 42 tahun

No Reg : 351xxx

Ruang : Flamboyan

Tabel 4. 13 Evaluasi

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
13 Maret 2025	Gangguan Perfusi Jaringan serebral b.d Hipertensi	S : Klien mengatakan kepalanya masih terasa pusing seperti berputar-putar dibagian kepala atas, masih terasa hilang timbul saat istirahat dengan durasi ± 10 menit setelah itu hilang, klien mengatakan sudah makan-makanan yang berserat seperti buah kates O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri klien 6 (nyeri sedang) - TTV klien TD : 178/104 mmHg MAP : $\frac{178 + 104 \times 2}{3} = 128$ N : 109x/menit S : 36,7 c

		RR : 20x/menit SPO ₂ : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5, 6, 7				
13 Maret 2025	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot karena hemiparase	S : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas sulit digerakkan. O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Klien masih tampak mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas - Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga - TTV klien TD : 178/104 mmHg N : 109x/menit S : 36,7 c RR : 20x/menit SPO ₂ : 98% - Kekuatan otot : <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> keterangan : 2 : Tidak mampu melawan gravitas, hanya mampu bergeser 3 : Tidak dapat melawan gravitasi	5	2	5	3
5	2					
5	3					

		5 : kekuatan otot penuh A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10
--	--	---

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tanggal : 14 Maret 2025

Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI AWAL DINAS 14.00	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI AKHIR DINAS 21.00	TTD
1.	Gangguan Perfusi Jaringan serebral b.d Hipertensi	S : Klien mengatakan pusing dikepalanya sedikit berkurang terasa seperti berputar-putar dibagian kepala atas, masih terasa hilang timbul dengan durasi ± 10 menitan setelah itu hilang O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri klien 4 (pusing sedang)	15.00 15.05 15.10	1. Mengobservasi k/u klien dengan menilai GCS klien 2. Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan menanyakan apakah klien merasa pusing, mual, muntah dan kejang 3. Mengukur TTV dan menentukan MAP klien Hasil : TD : 174/122 mmHg MAP : $\frac{174 + 122 \times 2}{3}$ = 140 N : 99x/menit S : 36,5 C RR : 20x/menit	S : Klien mengatakan pusing dikepalanya mulai berkurang masih terasa berputar-putar dibagian kepala atas, hilang timbul dengan durasi ± 10 menitan setelah itu hilang, klien mengatakan tidak merasa mual muntah O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri klien 4 (pusing sedang)	  

		- TTV klien TD : 156/109 mmHg N : 102x/menit S : 36,7 c RR : 20x/menit SPO₂ : 97% A : Masalah terasai Sebagian - Pusing klien sedikit berkurang - Skala nyeri turun menjadi 4 (pusing sedang) - Tekanan darah sistolik dan diastolis mulai membaik P : Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5, 6, 7	15.20 15.30 15.40 15.50 15.55	SPO₂ : 98% 4. Menyediakan lingkungan tenang dengan membatasi pengunjung dan menganjurkan untuk bedrest 5. Memberikan posisi semifowler 30-45 derajat dengan posisi leher tidak menekuk 6. Hindari tindakan manuver valsafah dengan memberitahu keluarga klien jika klien ingin muntah jangan menahan napas atau mengejan kuat, karena dapat memperburuk keadaan klien yaitu risiko perdarahan ulang 7. Memberikan injeksi melalui IV Hasil : citicoli 500mg dan norages 500mg 8. Mengganti cairan infus	- TTV klien TD : 164/100 mmHg MAP : $\frac{164 + 100 \times 2}{3}$ = 121 N : 92x/menit S : 36,2 c RR : 20x/menit SPO₂ : 100% A : Masalah teratasi Sebagian - Pusing klien sudah berkurang - Skala nyeri turun menjadi 4 (pusing sedang) P : Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 6, 7	    
--	--	---	--	--	---	--

		- Kekuatan otot : <table> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> keterangan : 2 : Tidak mampu melawan gravitas, hanya mampu bergeser 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 5 : kekuatan otot penuh A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10	5	2	5	3	16.40	posisi miring kanan dan kiri tiap 2-4 jam sekali 7. Memberitahu keluarga klien untuk sering mengajak klien dalam melakukan gerakan ROM	- Kekuatan otot : <table> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table> keterangan : 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 4 : Dapat melawan gravitasi 5 : kekuatan otot penuh A : Masalah teratasi Sebagian - Kekuatan otot meningkat P : lanjutkan intervensi 4, 5, 6, 7, 9, 10	5	3	5	4	
5	2													
5	3													
5	3													
5	4													

Tanggal : 15 Maret 2025

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI AWAL DINAS 07.00	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI AKHIR DINAS 17.00	TTD
1.	Gangguan Perfusi Jaringan serebral b.d Hipertensi	S : Klien mengatakan pusing kepalanya berkurang, sudah jarang timbul, jika kembuh durasinya hanya ± 2 menit O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri klien 2 (nyeri ringan) - TTV klien TD : 154/98 mmHg	14.30 14.40 15.00	1. Mengobservasi k/u klien dengan menilai GCS klien 2. Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK dengan menanyakan apakah klien masih merasa pusing, mual, muntah 3. Mengukur TTV dan menentukan MAP klien Hasil : TD : 150/98 mmHg MAP : $\frac{150 + 89 \times 2}{3} = 115$ N : 89x/menit S : 36,4 C RR : 20x/menit SPO₂ : 100 %	S : Klien mengatakan kepalanya sudah tidak pusing lagi. O : - K/U cukup, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri klien 4 (pusing ringan) - TTV klien TD : 142/95 mmHg MAP : $\frac{142 + 95 \times 2}{3} = 111$ N : 90x/menit S : 36,2 c	  

		lemas, tetapi kakinya sudah bisa diangkat dan digerakkan		dengan mengukur kekuatan otot	kakinya sudah bisa diangkat dan digerakkan					
		O :	15.40	2. Mengobservasi kondisi umum klien selama melakukan latihan geran ROM	O :					
		- K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6	16.00	3. Melibatkan keluarga klien dalam melakukan latihan gerak ROM	- K/U cukup, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6					
		- Klien masih tampak mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas	16.10	4. Memberitahu keluarga klien untuk sering mengajak klien dalam melakukan gerakan ROM	- Klien masih tampak mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas					
		- Aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga			- Aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga					
		- TTV klien			- TTV klien					
		TD : 154/98 mmHg			TD : 142/95 mmHg					
		N : 98x/menit			N : 90x/menit					
		S :36,4 c			S :36,2 c					
		RR : 20x/menit			RR : 20x/menit					
		SPO ₂ : 98%			SPO ₂ : 99%					
		- Kekuatan otot :			- Kekuatan otot :					
					<table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table>	5	3	5	4	
5	3									
5	4									

		<table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> keterangan : 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 4 : Dapat melawan gravitasi 5 : kekuatan otot penuh A : Masalah teratasi Sebagian - Kekuatan otot meningkat P : lanjutkan intervensi 1, 4, 7, 10	5	3	5	4			keterangan : 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 4 : Dapat melawan gravitasi 5 : kekuatan otot penuh A : Masalah teratasi Sebagian - Kekuatan otot meningkat P : Intervensi dihentikan klien KRS	
5	3									
5	4									

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 15 Hasil Analisis

Analisis		
Teori	Fakta	Keterangan
1. Identitas Klien : Pada identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua, setelah berusia 55 tahun, resikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa stroke terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena stroke dari pada wanita, resiko stroke pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar) pendidikan , alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomer register, diagnose medis.	Berdasarkan hasil penelitian klien stroke iskemik pasa Ny.S dengan usia 42 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, Pendidikan terakhir SMA, beragama islam, alamat Munjungan Trenggalek, diagnose medis CVA Infark, tanggal MRS 12 Maret 2025, dan tanggal pengkajian 13 Maret 2025	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

2. 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	- Saat MRS : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing berputar-putar, serta tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas susah digerakkan - Saat pengkajian : Klien mengatakan kepalanya terasa pusing seperti berputar-putar	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
3. Riwayat penyakit sekarang : Serangan stroke iskemik biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar.	Pada hari senin tanggal 10-3-2025 saat klien mengepel lantai tiba-tiba merasakan pusing berputar-putar kemudian klien jatuh sehingga pada bagian mata sebelah kanan terbentur kursi dan badan sebelah kiri terasa lemas kemudian klien langsung dibawa ke puskesmas munjungan kondisi klien masih lemas pada bagian tangan dan kaki sebelah kiri, bicara sedikit pelo, klien sadar dengan TD klien sekitar 187/101 mmhg. Di puskesmas selama 2 hari klien mendapatkan perawatan berupa obat injeksi dan dilakukan rekam jantung kemudian klien disarankan untuk dirujuk ke RSUD Dr soedomo. Klien dirujuk pada hari rabu tanggal 12 Maret 2025 sekitar pukul 14.10 WIB, di IGD tangan dan kaki	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

	sebelah kiri masih lemas susah digerakkan, klien merasa mual tetapi tidak muntah, kepala klien masih terasa pusing. Saat di IGD klien dicek tensi, diberikan obat injeksi, rekam jantung, serta diambil darah untuk dilab. Kemudian klien dibawa ke Ruang Flamboyan hari rabu sekitar pukul 18.30 WIB klien di cek ulang tensi. Saat pengkajian hari kamis tanggal 13 maret 2025 pukul 15.20 WIB klien masih merasa pusing berputar-putar, tangan dan kaki sebelah kiri masih lemas susah digerakkan, terdapat lebam pada mata bagian kanan, serta sudah tidak mengalami gangguan bicara (cedal). P : Klien mengatakan pusing Q : Pusing seperti berputar-putar R : Pusing terasa di kepala bagian atas S : Skala nyeri 6 (nyeri sedang) T : Pusing muncul hilang timbul saat istirahat, waktunya $\pm$ 10 menit setelah itu hilang.	
4. Riwayat Kesehatan Lalu : Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin,	Klien mengatakan baru pertama kali masuk RS, klien memiliki riwayat hipertensi 2 tahun lalu, klien tidak pernah kontrol hanya minum obat penurun tensi jika klien terasa pusing saja yang yang dibeli di apotik.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta

vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan		
5. Riwayat Kesehatan keluarga : Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.	Klien mengatakan ada riwayat kesehatan keluarga yaitu Hipertensi dari ibunya	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta
6. Pola istirahat tidur : Biasanya klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot).	Saat di RS Klien mengatakan klien tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB dan tidur siang pukul 11.00-13.00 WIB. Klien tidak ada masalah dalam tidurnya, klien terbangun saat tidur jika ada tindakan medis, total tidur klien 9 jam dalam sehari.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak ada masalah pada istirahat maupun waktu tidur.
7. Pola eliminasi : Adanya konstipasi karena penurunan peristaltik usus yang merupakan pola defekasi, dan terdapat inkontinensia urine.	Selama di RS sampai pengkajian ini klien sudah BAB selama 1x, dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dengan bau khas feces Klien mengatakan saat ini memakai pampers, sehari ganti 3x dengan kondisi pampers penuh Dalam BAB dan BAK klien tidak ada masalah	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
8. Pola makan dan minum : Pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan.	Saat di RS Klien mengatakan makan 3x sehari pagi (06.00), siang (12.00), dan sore (17.00) klien diberikan diit TKTPRG dengan bentuk lunak, setiap makan klien selalu menghabiskan 1 porsi penuh Klien mengatakan minum air putih $\pm 1,5$ liter dalam sehari, dan diberikan susu pada pagi	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, serta kesulitan untuk menelan.

	hari sekitar 200cc. Klien tidak ada masalah dalam makan dan minum, serta klien tidak ada alergi.	
9. Kebersihan diri atau personal hygiene: Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise atau hemiplegi, mudah lelah. Oleh karena itu personal hygiene klien kurang.	Klien mengatakan di RS hanya disibin oleh keluarganya 2x dalam sehari, gosok gigi 1x dan dibantu oleh keluarganya, klien belum keramas selama di RS.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
10. Pola kegiatan atau aktivitas lain : Pada klien dengan stroke adanya kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis	Klien mengatakan saat di RS klien terbatas untuk melakukan aktivitas karena harus bedrest dulu	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
11. Data Psikososial A. Konsep diri : - Gambaran diri/citra diri : Klien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan klien tidak mau membebani keluarganya, sehingga klien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan - Ideal diri : Klien mengatakan ingin kembali sehat	Klien seorang perempuan berumur 42 tahun, seorang istri dan ibu dari 2 anaknya klien mengetahui jika dirinya sedang sakit, klien pasrah kepada Tuhan agar segera diberikan kesembuhan. Klien mempunyai harapan yang besar untuk sembuh dan segera kembali pulang untuk	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

seperti sebelumnya. - Harga diri : Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. - Peran : Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. - Identitas diri : Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan B. Pola peran hubungan dengan orang lain : Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.	memenuhi kebutuhan keluarga rumah. Klien mengatakan merasa tidak berdaya, seharusnya ia dirumah untuk bisa melayani keluarganya. Klien mengatakan sebagai seorang istri dan ibu dari kedua anaknya, tetapi saat ini klien sakit maka kedua anaknya sementara tinggal bersama kakak klien. Klien mengatakan dirinya bernama Ny.S berusia 42 tahun alamat di Munjungan. Saat di RS klien mengatakan berhubungan baik dengan sesama klien, keluarga klien, dan pegawai di RS.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami kesukaran dalam berkomunikasi karena klien tidak mengalami
---	---	---

C. Pola seksual : Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari pengobatan CVA, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antogonis histamine merupakan terjadinya penurunan pada gairah.	Klien berjenis kelamin perempuan, berusia 42 tahun, sudah menikah, klien masih menstruasi satu bulan sekali dengan durasi ± 7 hari, klien memiliki 2 anak. Saat ini klien tidak mau melakukan hubungan seks karena fokus kesembuhannya agar bisa segera pulih.	gangguan bicara. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
D. Pola mekanisme coping : Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.	Klien mengatakan jika ada masalah akan dibicarakan baik-baik dengan suami dan keluarganya agar mendapatkan jalan keluar/solusi.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta karena jika ada masalah klien dan keluarga akan membicarakan terlebih dahulu.
E. Pola kognisi dan persepsi sensori: Terdapat gangguan penglihatan atau kekaburan pandang, sentuhan atau perabaan menurun terhadap muka serta ekstremitas sakit pada pola sensori, sedangkan terdapat penurunan memori, dan proses berpikir menurun merupakan pola kognitif	Klien kooperatif saat dilakukan tindakan medis, klien mampu diajak kerjasama serta tidak ada penolakan. Klien berkomunikasi sehari-hari menggunakan Bahasa Jawa, selama pengkajian klien tidak mengalami gangguan dalam berbicara. Klien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama, orang, waktu maupun tempat sekarang	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami gangguan penglihatan, perabaan yang menurun, serta proses berpikir yang menurun.

F. Data spiritual : Keyakinan dalam diri seseorang yang dapat mempengaruhi individu untuk kesembuhan pada penyakitnya sesuai dengan agama Klien. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya.	dirawat. Klien mengatakan agamanya islam, sebelum sakit biasanya menjalankan sholat 5 waktu, sedangkan selama di RS klien sholat 5 waktu ditempat tidur, dan klien percaya bahwa Allah itu Esa.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
12. Pemeriksaan Fisik A. Kesan umum/keadaan umum : Tingkat kesadaran klien merupakan indikator pertama status neurologis klien. Biasanya pada klien stroke mengalami tingkat kesadaran pada klien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sammolen), klien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (sopor), spoor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stoke. Saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.	K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6, E(4) : membuka mata dengan spontan, V(5) : orientasi baik dan sadar, M(6) : mengikuti perintah yang diberikan, terpasang infus pz ditangan sebelah kiri.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

B. Tanda-tanda vital : Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.	TD : 184/116 mmHg N : 92x/menit S : 36,6 c RR : 20x/menit SPO₂ : 97% BB : 70 kg TB : 160 cm	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
C. Pemeriksaan kepala dan leher - Kepala dan Rambut: Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis.	Bentu kepala oval, tidak ada benjolan, ubun-ubun rata, rambut hitam bergelombang, terlihat sedikit kering, wajah simetris antara kanan dan kiri.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu muka klien simetris antara kanan dan kiri
- Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan	Mata lengkap, konjungtiva merah muda, pada mata bagian kanan lebam (<i>hematoma</i>) karena benturan, mata bagian kiri normal, <i>sclera</i>	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien

penglihatan (rabun). Pada mata biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor.	berwarna putih, kedua pupil miosis isokor, pergerakan bola mata normal, klien tidak mengalami masalah pada penglihatan.	tidak mengalami penurunan penglihatan (kabur).
- Hidung : Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I).	Tulang hidung dan septum nasi berada di tengah, tidak terdapat <i>secret</i>, tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami gangguan penciuman.
- Telinga : Kesimetrisan telinga, adanya serumen, adanya polip, adanya lesi dan fungsi pendengaran masih baik atau tidak, terdapat nyeri tekan dan polip atau tidak.	Telinga simetris antara kanan dan kiri, ukuran sama besar, terdapat sedikit <i>serumen</i>, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan di pendengaran klien.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Mulut dan Faring: Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan	Bibir simetris, bibir lembab, lidah putih, terdapat <i>caries</i> gigi, uvula ditengah, klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan, klien tidak cedal atau pelo, tidak

lidah, pharing dan bibir. - Leher Biasanya tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tyroid, kaku kuduk jarang terjadi. - Pemeriksaan payudara dan ketiak : Umumnya tidak ada kelainan pada payudara pada klien stroke. D. Pemeriksaan thorax/dada 1) Pemeriksaan paru - Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest(bentuk dada cekung), barrel chest (mengembung),frekuensi	Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran <i>tonsil</i>, tidak ada pembesaran kelenjar <i>tyroid</i>, tidak ada pemebesaran <i>vena jugularis</i>, dan nadi <i>carotis</i> teraba. Tidak ada benjolan pada bagian payudara maupun ketiak, payudara simetris antara kanan dan kiri, <i>aerola</i> berwarna kecoklatan. Bentuk normal <i>chest</i>, pernafasan regular, tidak ada <i>retraksi intercostal</i>.	mengalami kesulitan dalam berbicara, serta kelemahan pada lidah. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Ada kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
---	--	---

pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.		
- Palpasi : Untuk menilai tactile fremitus.	<i>Vocal vrementus</i> (getaran) sama antara lapang paru kanan dan kiri.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Perkusi : Untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.	Suara paru <i>sonor</i>.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Auskultasi : Pada klien dengan tingkat kesadaran <i>Composmentis</i> tidak didapatkan bunyi nafas tambahan, sedangkan pada klien dengan penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma terdapt bunyi nafas tambahan.	Suara nafas <i>vesikuler</i>, tidak ada suara nafas tambahan seperti <i>ronchi</i> dan <i>wheezing</i>.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
4 Pemeriksaan jantung - Inspeksi : Ictus kordis tidak nampak.	Tidak terdapat <i>pulsasi</i>.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

- Palpasi : Teraba Ictus Cordis pada ICS V linea midclavicularis sinistra.	Teraba <i>ictus cordis</i> di ICS 4-5 <i>midclavicularis sinistra</i> .	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Perkusi : Suara jantung pekak.	Suara jantung pekak.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Auskultasi : Irama jantung reguler, terdengar suara jantung I dan II, murmur atau gallop.	Terdapat bunyi jantung di S1 (lup), dan S2 (dup)	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
b) Pemeriksaan abdomen	Bentuk abdomen buncit, tidak terdapat luka, tidak ada bayangan pembuluh darah.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Inspeksi : ada pernafasan perut (pernafasan diafragma).	Bising usus 9x/menit	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Auskultasi : Terjadi penurunan paristaltik (normalnya 5-35x/menit).	Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak terdapat massa.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
- Palpasi : Tidak teraba massa, tidak nyeri tekan.	Terdengar suara <i>tympani</i> .	Adanya kesesuaian antara

Suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung.		teori dan fakta.				
c) Pemeriksaan genetalia Kaji adanya masalah saat buang air kecil atau inkontinensia urine, adanya luka maupun nyeri, serta apakah dipasang alat dower cateter (DC).	Tidak ada kelainan, dan tidak terdapat luka/lesi pada genetalia, klien tidak mampu menahan kencing.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.				
d) Pemeriksaan ekstremitas Biasanya didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh	Terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>2</td></tr></table> Keterangan : 2 : Tidak mampu melawan gravitasi, hanya mampu bergeser 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 5 : Kekuatan otot penuh	5	3	5	2	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
5	3					
5	2					
e) Pemeriksaan integument dan kuku Jika klien kekurangan O2 kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali > 2 detik). Disamping itu juga	Kulit lembab, akral hangat, turgor kembali < 2 detik, tidak ada edema, tidak ada luka dekubiktus pada daerah yang menonjol, CRT < 2 detik.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.				

perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bed rest. f) Pemeriksaan neurologi - Tingkat kesadaran (secara kuantitatif) /GCS : GCS < 12 pada awal terserang stoke, saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15. - Syaraf otak (Nervus Cranialis) a. Nervus I Olfactorius : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman anatar kiri dan kanan berbeda. b. Nervus II Optikus : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien hemiplegia kiri.	E4 V5 M6 a. Nervus I Olfactorius : Penciuman klien baik, klien masih mampu mencium bau-bauan seperti minyak kayu putih b. Nervus II Optikus : penglihatan klien baik, mampu melihat tanpa alat bantu, klien dapat membaca dengan jarak $\pm 1,5$ meter.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien
--	---	---

Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 dan gangguan lapang pandang.		tidak mengalami gangguan pada penglihatannya.
c. Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas.	c. Nervus III Okulomotoris : Pupil miosis (mampu mengecil saat terkena rangsangan cahaya). Klien mampu menggerakkan bola mata ke arah atas	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien mampu menggerakkan bola mata ke atas
d. Nervus IV Trochlearis : klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah	d. Nervus IV Trochlearis : Klien mampu menggerakkan bola mata ke arah bawah.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien mampu menggerakkan bola mata ke bawah.
e. Nervus V Trigemini : klien mampu menggerakkan otot rahang.	e. Nervus V Trigemini : Klien dapat menggerakkan otot rahang.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
f. Nervus VI Abducent : klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar.	f. Nervus VI Abducent : Klien mampu menggerakkan bola mata ke samping kanan dan kiri.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien mampu menggerakkan bola memutar

g. Nervus VII Fasialis : klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum.	g. Nervus VII Fasialis : Klien mampu mengerutkan dahi, muka pada klien simetris.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu wajah klien simetris antara kanan dan kiri.
h. Nervus VIII Vestibulococlearis : Dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).	h. Nervus VIII Vestibulococlearis : Klien saat dipanggil ada respon	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami gangguan pendengaran
i. Nervus IX Glossofaringeus : klien tidak dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan	i. Nervus IX Glossofaringeus : Klien tidak mengalami kesulitan berbicara (cedal) kata yang diucapkan jelas dan klien mampu membedakan rasa seperti asin, manis, dan asam.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien mampu membedakan rasa seperti asin, manis, dan asam.
j. Nervus X Vagus : kemampuan klien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.	j. Nervus X Vagus : Klien tidak mengalami kesulitan menelan saat makan.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada klien yaitu klien tidak mengalami gangguan menelan.

k. Nervus XI Asesorius : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat. l. Nervus XII Hipoglosus : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara. - Fungsi motoric dan sensorik : Pada fungsi motorik dapat mengetahui kekuatan otot pada anggota gerak, terutama pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada fungsi sensorik pada sentuhan/raba kemampuan klien untuk merasakan sentuhan pada sisi tubuh yang terkena stroke. Pada rasa klien mampu atau tidaknya merasakan rasa yang diberikan. Pada bau klien mampu tidaknya bau yang diberikan	k. Nervus XI Asesorius : Klien tidak mampu menahan tahanan pada bahu sebelah kiri. l. Nervus XII Hipoglosus : Klien masih mampu menjulurkan lidah. Fungsi motoric : Klien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, dnegan kekuatan otot ekstremitas atas 2 yaitu tidak dapat melawan gravitasi, hanya mampu bergeser, sedangkan ekstremitas bawah 3 yaitu dapat melawan gravitasi, pada ekstremitas kanan tidak ada masalah Fungsi sensorik : - Raba : Klien dapat meraskan sentuhan yang diberikan pada tubuh menggunakan kapas. - Rasa : Klien mampu merasakan asin, manis dengan menyeringai saat diberi rasa asin. - Bau : Klien mampu mencium minyak kayu putih.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
---	---	--

- Reflek Refleks fisiologis, seperti reflek bisep, trisep, brakioradialis, patella, achilles dan reflek patologis, seperti refleksi plantar (Babinski) dan chaddock mengalami kelumpuhan. Pada fase akut, refleksi fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleksi fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleksi patologis	Reflek fisiologis : - Trisep : kanan (+), kiri (-) - Bisep : kanan (+), kiri (-) - Patella : kanan (+), kiri (-) Keterangan : (+) : Terdapat reflek (-) : Tidak terdapat reflek Reflek patologis : - Babinski : kanan (-), kiri (+) Keterangan : (-) : Terdapat reflek (+) : Tidak terdapat reflek	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
13. Diagnosa : 1) Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (D.0017) 2) Gangguan perfusi jaringan serebral (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti, 2022) 3) Defisit Nutrisi (D.0019) 4) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) 5) Nyeri Akut (D.0077) 6) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085) 7) Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	1) Gangguan perfusi jaringan serebral b.d Hipertensi 2) Gangguan mobilitas fisik b.d Penurunan kekuatan otot karena hemiparase	Adanya kesenjangan antara teori dan fakta yaitu pada teori ditemukan 9 diagnosa sedangkan pada penelitian hanya ditemukan 2 diagnosa yang muncul pada klien sebab menyesuaikan kondisi dari Klien saat itu.

8) Gangguan integritas kulit (D.0129) 9) Risiko jatuh (D.0143)		
14. Intervensi : Intervensi keperawatan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi atau tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada klien.	Sesuai yang disusun penulis	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta (tidak semua intervensi dapat dilakukan pada klien).
15. Implementasi : Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru.	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Implementasi yang dilakukan mengacu pada intervensi yang telah ditetapkan. Pada saat penelitian tidak semua intervensi dapat dilakukan tindakan kepada klien dikarenakan menyesuaikan kondisi Klien.
16. Evaluasi : Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, yang mana dalam evaluasi	Diagnosa 1 S : Klien mengatakan kepalanya masih terasa pusing seperti berputar-putar dibagian kepala atas, masih terasa hilang timbul saat istirahat dengan durasi $\pm$ 10 menit setelah itu hilang	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. (Mengevaluasi klien sebelum maupun sesudah melakukan tindakan untuk

terdapat komponen evaluasi yaitu SOAP	O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Akral terasa hangat - CRT < 2 detik - Skala nyeri klien 6 (nyeri sedang) - TTV klien - TD : 178/104 mmHg - MAP : $\frac{178 + 104 \times 2}{3} = 128$ - N : 109x/menit - S : 36,7 c - RR : 20x/menit - SPO₂ : 98% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2, 3 , 13, 14, 15 Diagnosa 2 S : Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas sulit digerakkan. O : - K/U lemah, kesadaran <i>composmentis</i> GCS E4 V5 M6 - Klien masih tampak mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas	mengetahui adanya perkembangan)
--	--	--

	- Aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga - TTV klien TD : 178/104 mmHg N : 109x/menit S :36,7 c RR : 20x/menit SPO₂ : 98% - Kekuatan otot : <table><tr><td>5</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> keterangan : 2 : Tidak mampu melawan gravitas, hanya mampu bergeser 3 : Tidak dapat melawan gravitasi 5 : kekuatan otot penuh A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 4, 5, 6, 7, 9, 10	5	2	5	3	
5	2					
5	3					

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pola istirahat tidur, pola makan dan minum, pola peran hubungan dengan orang lain, pola mekanisme koping, pola kognisi dan persepsi sensori, pemeriksaan fisik meliputi (kepala dan rambut, mata, hidung, mulut dan faring) pada syaraf kranial meliputi (Nervus II Optikus, Nervus III Okulomotoris, Nervus IV Trochlearis, Nervus VI Abdusen, Nervus VII Fasalis, Nervus VIII Vestibulococlearis, Nervus IX Glossofaringeus, Nervus X Vagus).

1) Pola Istirahat Tidur

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien Saat di RS mengatakan klien tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB dan tidur siang pukul 11.00-13.00 WIB. Klien tidak ada masalah dalam tidurnya, klien terbangun saat tidur jika ada tindakan medis, total tidur klien 9 jam dalam sehari.

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

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat klien tidak ada gangguan untuk istirahat dan tidurnya, karena klien mendapatkan terapi obat norages yang

bertujuan untuk meredakan nyeri akut seperti sakit kepala sehingga tidak mengganggu waktu istirahat dan tidur klien.

2) Pola Makan dan Minum

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mengatakan makan 3x sehari setiap makan klien selalu menghabiskan 1 porsi penuh, untuk minum air putih $\pm 1,5$ liter dalam sehari, dan diberikan susu pada pagi hari sekitar 200cc, klien tidak ada masalah dalam makan dan minum, serta klien tidak ada alergi.

Secara teori pada klien dengan stroke terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah dan kesulitan untuk menelan (Que, 2023).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat klien tidak ada masalah pada makan dan minum, karena klien saat serangan stroke tidak mengalami gangguan pada nervus glossofaringeus dan vagus serta klien cocok dengan makanan yang diberikan oleh RS dan selalu menghabiskan satu porsi penuh.

3) Pola Peran Hubungan dengan Orang Lain

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mengatakan di RS berhubungan baik dengan sesama klien, keluarga klien, dan pegawai di RS.

Secara teori adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara (Kusyani, 2022).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat kesadaran klien *composmentis* serta mendapat dukungan dari keluarga. Dalam berkomunikasi maupun berinteraksi klien sangat baik dan tidak mengalami masalah pada nervus hipoglasus.

4) Pola Mekanisme Koping

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien mengatakan jika ada masalah akan dibicarakan baik-baik dengan suami dan keluarganya agar mendapatkan jalan keluar/solusi.

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

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat klien tidak mengalami masalah pada nervus hipoglasus sehingga klien masih bisa diajak komunikasi dan mampu mengungkapkan rasa sakit yang dialaminya.

5) Pola Kognisi dan Persepsi

Berdasarkan data pengkajian didapatkan klien kooperatif saat dilakukan tindakan medis, klien mampu diajak kerjasama serta tidak ada penolakan. Klien berkomunikasi sehari-hari menggunakan Bahasa

jawa, selama pengkajian klien tidak mengalami gangguan dalam berbicara. Klien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama, orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat.

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

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada pemeriksaan Ny.S tidak mengalami masalah pada area otak yang mengatur kognisi dan persepsi tidak terjadi di area motoric tanpa melibatkan korteks frontal atau parietal, sehingga fungsi kognisi dan persepsi tetap normal. Selain itu klien mendapatkan terapi obat citicoline yang salah satu kegunaannya untuk mencegah gangguan memori.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala dan Rambut

Berdasarkan data pengkajian didapatkan bentuk kepala klien oval, tidak ada benjolan, ubun-ubun rata, rambut hitam bergelombang terlihat sedikit kering, wajah simetris antara kanan dan kiri.

Secara teori bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya

peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Pada rambut biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada klien stroke iskemik. Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh yaitu nervus fasialis. (Sulistiawaty, 2020).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien saat disuruh meringis wajahnya simetris, hal ini membuktikan area yang mengatur otot wajah tidak rusak yaitu korteks motorik wajah.

b) Mata

Berdasarkan data pengkajian didapatkan mata lengkap, simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, pada mata bagian kanan lebam (*hemathoma*) karena benturan, mata bagian kiri normal, sclera berwarna putih, kedua pupil miosis isokor, pergerakan bola mata normal, klien tidak mengalami masalah pada penglihatan.

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

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami

gangguan pada mata karena lokasi lesi stroke tidak selalu mempengaruhi area otak yang terkait dengan penglihatan atau fungsi mata. Jika area penglihatan tidak terkena dampak stroke, maka klien mungkin tidak mengalami gangguan pada mata.

c) Hidung

Berdasarkan data pengkajian didapatkan tulang hidung dan septum nasi berada di tengah, tidak terdapat secret, tidak ada pernafasan cuping hidung, mampu membedakan bau.

Secara teori adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I) (Griselda, 2023).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa klien tidak mengalami masalah struktural atau fungsional pada hidung, karena kesadaran klien *composmentis* sehingga hidung tetap berfungsi dengan normal baik untuk pernapasan maupun penciuman. Jika ada gejala seperti pernapasan cuping hidung mungkin mencerminkan masalah pernapasan sistematis (masalah di organ pernapasan atau sistem tubuh) atau neurologis (masalah di otak atau saraf yang mengatur napas) bukan kelainan pada hidung itu sendiri.

d) Mulut dan Faring

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

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

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pada klien bisa menelan makanan dengan baik dan bisa minum tanpa tersedak. Biasanya klien stroke iskemik yang mengalami gangguan pada mulut dan faring mungkin ada sebagian otot yang lemah atau lumpuh, sehingga proses membawa makanan atau minuman dari mulut ke lambung terganggu.

7) Pemeriksaan Neurologis

Berdasarkan hasil CT-SCAN pada tanggal 13-3-2025 yaitu :

Hasil :

Tampak lesi hipodense batas tegas di pons kiri, basal ganglia kiri, lesi hypodense Sebagian batas tidak tegas di pons kanan

Sulci dan gyri normal

System ventrikel dan cysterna normal

Cerebellum normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Tak tampak deviasi midline

Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tampak kelainan

Calvaria normal

Tak tampak proses osteolitik / osteoblastic

Kesan

Chronic infark di pons kiri, basal ganglia kiri,

Acute to subacute infark di pons kanan

Sedangkan pada klien hanya mengalami keterbatasan dalam mengendalikan gerak tubuh sebelah kiri. Sehingga muncul kesenjangan pada syaraf kranial meliputi Nervus II Optikus, Nervus III Okulomotoris, Nervus IV Trochlearis, Nervus VI Abdusen, Nervus VII Fasalis, Nervus VIII Vestibulococlearis, Nervus IX Glosfaringeus, Nervus X Vagus.

a) Pemeriksaan Syaraf Kranialis

Pada pemeriksaan syaraf kranialis didapatkan Nervus II Optikus, Nervus III Okulomotoris, Nervus IV Trochlearis, Nervus VI Abdusen, Nervus VII Fasalis, Nervus VIII Vestibulococlearis, Nervus IX Glosfaringeus, Nervus X Vagus normal tidak ada gangguan.

Secara teori pada pemeriksaan syaraf kranialis nervus Optikus, Okulomotoris, Trochlearis, Abdusen, Fasalis, Vestibulococlearis, Glosfaringeus, Vagus mengalami gangguan. Yang dimana Nervus II Optikus mengalami gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 dan gangguan lapang pandang. Nervus III Okulomotoris pada diameter

pupil 2mm/2mm, klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah. Nervus IV Trochlearis klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas. Nervus VI Abducentis klien tidak dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar. Nervus VII Fasialis untuk mengetahui klien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum. Nervus VIII Vestibulocochlearis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo). Nervus IX Glosofaringeus klien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan. Nervus X Vagus kemampuan klien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan (Griselda, 2023).

Dari uraian tersebut di dapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat pada klien tidak terjadi gangguan pada nervus Optikus, Okulomotoris, Trochlearis, Abducentis, Fasialis, Vestibulocochlearis, Glosofaringeus, Vagus, karena klien mengalami serangan stroke pertama kali dan langsung mendapatkan penanganan secara cepat sehingga bisa memanfaatkan golden periodnya. Oleh karena itu klien tidak sampai mengalami gangguan pada nervus tersebut, tetapi yang terkena hanya pada syaraf yang mengenai ekstremitas bagian kiri (nervus asessorius).

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilaksanakan terdapat dua diagnosa keperawat muncul pada Ny. S yaitu Gangguan Perfusi Jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi, dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan Penurunan kekuatan otot karena hemiparase.

Menurut SDKI (2016), Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Pada diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan *Stroke Iskemik* sebanyak 9 diagnosa keperawatan, yaitu Risiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif, Gangguan Perfusi Jaringan Serebral, Defisit Nutrisi, Gangguan Mobilitas Fisik, Nyeri Akut, Gangguan Persepsi Sensori, Gangguan Komunikasi Verbal, Gangguan Integritas Kulit, Risiko Jatuh.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Menurut penulis, pada diagnosa Defisit Perawatan diri tidak muncul dikarenakan klien hanya mengalami hemiparesis, sehingga klien masih mampu memenuhi ADL nya meskipun di bantu oleh keluarga, lalu pada diagnosa Gangguan kebutuhan Nutrisi tidak muncul karena tidak ditemukan adanya disfagia ataupun anoreksia dan gangguan menelan pada klien, sehingga intake nutrisi masih terpenuhi. Pada diagnosa Perubahan persepsi sensori tidak muncul karena tidak ada gangguan pada persepsi

dan fungsi sensorik klien, yakni klien masih bisa merasakan sentuhan/rangsangan. Pada diagnosa Gangguan eliminasi urine juga tidak muncul karena klien tidak ada masalah pada sistem perkemihan dan juga saluran pencernaannya. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 2 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

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

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

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Intervensi sudah disusun berdasarkan teori dan

disesuaikan dengan kebutuhan klien. Karena menyesuaikan kondisi actual pada klien dan menyesuaikan standar operasional yang berlaku pada lokasi pengambilan data.

4.2.4 Implementasi

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 13 Maret 2025 sampai 15 Maret 2025.

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Kusyani, 2022).

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

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama tiga hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari ketiga, kondisi klien sudah mulai ada

sedikit perubahan. Berdasarkan teori, evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Hal yang terjadi pada kedua klien karena pemulihan penyakit stroke membutuhkan waktu yang tidak singkat, sehingga perlu perawatan yang intensif dan berkelanjutan terutama pada klien yang sudah mengalami kelemahan tubuh. Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek maka pada pengkajian Ny.S lebih banyak kesesuaian teori dan fakta dari pada kesenjangannya, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian terdapat kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan fakta yang ada. Kesenjangan terdapat pada pola istirahat tidur, pola makan dan minum, pola peran hubungan dengan orang lain, pola mekanisme koping, pola kognitif dan persepsi sensori, pemeriksaan fisik yaitu (kepala dan rambut, mata, hidung, mulut dan faring), serta pada pemeriksaan neurologis yaitu (Nervus II Optikus, Nervus III Okulomotoris, Nervus IV Trochlearis, Nervus VI Abdusen, Nervus VII Fasalis, Nervus VIII Vestibulococlearis, Nervus IX Glossofaringeus, Nervus X Vagus). Maka dari data yang diperoleh peneliti antara kesesuaian teori dan fakta dengan kesenjangan yaitu lebih banyak pada kesesuaian teori dan faktanya.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 2 diagnosa, yaitu klien dengan Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot karena hemiparase. Pada konsep teori *Stroke Iskemik* terdapat 9 diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa ditemukan.

5.1.3 Interevensi Keperawatan

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot karena *hemiparase*.

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

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

5.1.6 Analisa

Berdasarkan data pelaksanaan asuhan keperawatan, peneliti menganalisa klien didapatkan hasil adanya kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan perumusan diagnosa. Pada bagian pengkajian kesenjangan yang didapat yaitu pada pola istirahat tidur, pola makan dan minum, pola peran hubungan dengan orang lain, pola mekanisme koping, pola kognitif dan persepsi sensori, pemeriksaan fisik yaitu (kepala dan rambut, mata, hidung, mulut dan faring), serta pada pemeriksaan neurologis yaitu (Nervus II Optikus, Nervus III Okulomotoris, Nervus IV Trochlearis, Nervus VI Abdusen, Nervus VII Fasalis, Nervus VIII Vestibulococlearis, Nervus IX Glosofaringeus, Nervus X Vagus). Pada perumusan diagnosa didapatkan dari teori tidak semua diagnosa yang disebutkan muncul pada klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Flamboyan RSUD dr.Soedomo Trenggalek diharapkan dapat mengutamakan tindakan independen dan meningkatkan pendokumentasian secara jelas dan akurat. Selain memberikan asuhan keperawatan, seharusnya juga memberikan penyuluhan tentang pencegahan stroke dan perawatan pada klien Stroke Iskemik / CVA Infark setelah diperbolehkan pulang dari rumah sakit. Dengan demikian diharapkan keluarga klien dapat mencegah terjadinya stroke berulang maupun komplikasi yang mungkin terjadi dan juga dapat mempercepat proses penyembuhan terutama pada klien yang mengalami kelemahan fungsi tubuh.

5.2.2 Bagi Institusi

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

5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini masih sangat sederhana sehingga belum mampu menggambarkan suatu hasil yang maksimal, untuk peneliti selanjutnya di harapkan di jadikan panduan serta bahan pengembangan dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan personal dalam

memberikan asuhan keperawatan pada klien *Stroke Iskemik* sehingga hasil peneliti selanjutnya menjadi semakin baik tepatnya pada perawatan klien stroke dengan masalah kelemahan fungsi tubuh lebih memotivasi kembali keluarga untuk terus membantu klien dalam latihan gerak dan sendi.

5.2.4 Bagi Klien

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

5.2.5 Bagi Penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Arnasya, E. S. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek*. File:///C:/Users/Acer/Downloads/P17240201004_Ega Salsabilla Arnasya_Kti Semhas.Pdf
- Berman, A. (2017). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis Kozier & Erb*. Egc.
- Direktorat Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat. (2023). *Kenali Stroke Dan Penyebabnya*. Kemenkes. <https://Ayosehat.Kemkes.Go.Id/Kenali-Stroke-Dan-Penyebabnya>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). *World Stroke Organization (Wso): Global Stroke Fact Sheet 2022*. 17(X). <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Ferawati; Rita, Ika; Amira, Salma ; Ida, Y. (2020). *Stoke “Bukan Akhir Segalanya” Cegah Dan Atasi Sejak Dini*. Guepedia.
- Getudris. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada, Tn S. W.Denganstroke Non Haemoragik Di Ruang Kelimutu Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*. File:///C:/Users/User/Downloads/Gabungan Kti.Pdf
- Griselda, M. A. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek*. Online. File:///C:/Users/Acer/Downloads/P17240201002_Mila Amalia Griselda_Kti Semhas.Pdf
- Hidayat, A. A. (2017). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Salemba Medika.
- Hisni, D., Saputri, M. E., & Jakarta, N. (2022). *Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021 Factors Related To The Event Of Ischemic Stroke In Physioterapy Installation At Pluit Stroke Adalah Penyakit Atau Gangguan Fungsional Otak Berupa Kelumpuhan Saraf De. I*.
- Junaidi, I. (2019). *Stroke Waspada! Ancamannya*. Cv. Andi Offset.
- Kusyani, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa Dan Perawatan Profesional* (Guepedia/Br (Ed.)). Guepedia.
- Maria. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Cv. Budi Utama.
- Na'Im, A; Arisdiani, T;, H. (2019). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga*

- Tentang Penyakit Stroke Dengan Penanganan Pre-Hospital. *Jurnal Gawat Darurat*, 13–24.
[Http://Journal.Stikeskendal.Ac.Id/Index.Php/Jgd/Article/View/498](http://Journal.Stikeskendal.Ac.Id/Index.Php/Jgd/Article/View/498)
- Nurhayati, F. S. (2018). Faktor Resiko Kejadian Stroke Di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang, Volume Xiv*.
[Https://Ejurnal.Poltekkes-Tjk.Ac.Id/Index.Php/Jkep/Article/View/1006](https://Ejurnal.Poltekkes-Tjk.Ac.Id/Index.Php/Jkep/Article/View/1006)
- Nurhidayat, Saiful; Andarmoyo, Sulistyo; Widiyat, W. (2021). Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living (Adl) Pada Klien Stroke (Iskemik Dan Hemoragik) Berdasarkan Indeks Barthel Di Rsud Dr. Harjono S. Ponorogo. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon, Vol.7 No.1*, Hal. 29-37.
[Https://Www.Ejournal.Stikeskepanjen-Pemkabmalang.Ac.Id/Index.Php/Mesencephalon/Article/View/271](https://Www.Ejournal.Stikeskepanjen-Pemkabmalang.Ac.Id/Index.Php/Mesencephalon/Article/View/271)
- Padila, P. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Pinzon, Rizaldy; Asanti, L. (2017). *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan Dan Pencegahan*. Andipublisher.
- Ppni. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Dpp Ppni.
- Que, B. J. (2023). *Stroke Iskemik*. Cv. Adanu Abimata.
- Register Rawat Inap Rsud Dr. Soedomo Trenggalek*. (2023).
- Saksono, Tejo; Siwi, Adiratna Sekar; Putranti, D. P. (2022). Asuhan Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Klien Dengan Stroke Iskemik. *Jurnal Inovasi Penelitian, Vol.3 No.7*.
[Https://Stp-Mataram.E-Journal.Id/Jip/Article/View/2219/1733](https://Stp-Mataram.E-Journal.Id/Jip/Article/View/2219/1733)
- Srilestar. (2022). *Stroke*. [Https://Yankes.Kemkes.Go.Id/View_Artikel/620/Stroke](https://Yankes.Kemkes.Go.Id/View_Artikel/620/Stroke)
- Sulistiawaty. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragic Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*.
 File:///C:/Users/User/Downloads/Kti Sulistiyawati.Pdf
- Suryono. (2013). *Metodelogi Penelitian Kesehata*. Mitra Cendikia.
- Susanti, F. E. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cva (Cerebral Vascular Accident) Non Hemoragic Di Ruang Unit Stroke Rsud Dr. Soedomo Trenggalek*. Online. File:///C:/Users/Acer/Downloads/P17240201010_Fanti Eka Susanti_Kti Semhas.Pdf
- Tanto I Chiris. (2014). *Kapita Selekt Kedokteran Edisi Iv*. Media Aesculapitus.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Sangung Seto.
- Tim Pokja Sdk Dpp Ppni. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*:

Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Dpp Ppni.

- Tim Pokja Siki Dpp Ppni. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Edisi 1 Cetakan Ii.* Dpp Ppni.
- Tim Pokja Siki Dpp Ppni. (2022). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Edisi 1 Cetakan Iii.* Dpp Ppni.
- Tunik; Anam, Agus Khoirul; Niningasih, R. (2022). *Perawatan Post Hospitalisasi Klien Stroke Yang Mengalami Imobilisasi.* Media Nusa Creativ.
- Usaman, Suwarno; Geneva, R. (2023). Gambaran Karakteristik Individu Dengan Kejadian Stroke Pada Klien. *Jurnal Kedokteran Stm (Sains Dan Teknologi Medik),* Volume Vi.
<https://jurnal.fk.uisu.ac.id/index.php/stm/article/view/466>
- Utami, Nisa; Wati, Nenden Wati; Suhardianty, N. S. (2018). Persepsi Klien Stroke Terhadap Peran Perawat Dalam Pemenuhan Activity Daily Living (Adl) Di Ruang Rawat Inap Rsau Dr. M. Salamun Kota Bandung. *Jurnal Kesehatan Aeromedika – Poltekes Tni Au Ciumbuleuit Bandung, Volume Iv.*
<https://jurnal.poltekestniau.ac.id/jka/article/view/59>
- Wahyuni, Agustina Tri; Pratama, J. E. (2019). Profil Terapi Klien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Pindad Turen. *Akademi Farmasi Putra Indonesia Malang,* 2–3.
<https://repository.poltekkespim.ac.id/id/eprint/478/>
- Wiwit. (2017). *Stroke & Penanganannya : Memahami, Mencegah, & Mengobati Stroke.* Ar-Ruzz Media Group.

*Lampiran 1***LEMBAR INFORM CONSENT**

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

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

Trenggalek, 13 Maret 2025



NUR WITO

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek tang bernama Rozalin Pragostin dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr.Soedomo Trenggalek”, saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menanda tangani surat persetujuan ini.

Trenggalek, 13 Maret 2025


NURWITO

Lampiran 3



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

Trenggalek, 20 Februari 2025

Nomor : DP.04.03/F.XIII.15.5/73/2025

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 : ROZALIN PRAGOSTIN

NIM : P17240221001

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

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

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerja samanya 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. Flamboyan

3. Peneliti.

Lampiran 4

	PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110 Email : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id TRENGGALEK 66312
	Trenggalek, 05 Maret 2025
	Nomor : 000.9/ 75 /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.15.5/73/2025 tanggal 20 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : ROZALIN PRAGOSTIN
 NIM : P17240221001
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

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

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

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


SUJIONO, SST., M.Kes
 Pembina

NIP. 19741020-199603 1 003


Tembusan disampaikan kepada:

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

Lampiran 5

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/ *225* /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 : ROZALIN PRAGOSTIN
NIM : P17240221001
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. 19671030 200212 1 002

Lampiran 6**FORMAT PENGKAJIAN****DATA KEPERAWATAN****BIODATA**

Nama :

Jenis kelamin :

Umur :

Status perkawinan :

Pekerjaan :

Agama :

Pendidikan terakhir :

Alamat :

Diagnosa medis :

No. Register :

Tgl dan jam MRS :

Tgl dan jam Pengkajian :

Diagnosa Medis :

RIWAYAT KESEHATAN KLIEN

5. Keluhan utama / alasan masuk Rumah Sakit:

6. Riwayat penyakit sekarang :

7. Riwayat kesehatan yang lalu :

8. Riwayat kesehatan keluarga :

Genogram :

POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Pola istirahat/tidur		
2	Pola eliminasi		
3	Pola makan dan minum		
4	Kebersihan diri atau personal hygiene		
5	Pola kegiatan atau aktivitas lain		

DATA PSIKO SOSIAL

- A. Konsep diri :
- Gambaran diri / Citra diri :
 - Ideal diri :
 - Harga diri :
 - Peran :
 - Identitas diri :
- B. Pola peran hubungan dengan orang lain :
- C. Pola seksual :
- D. Pola mekanisme koping :
- E. Pola kognisi dan persepsi sensori :
- Status mental :
 - Pola komunikasi :
 - Orientasi :

DATA SPIRITUAL

Pola nilai dan Kepercayaan klien :

PEMERIKSAAN FISIK

A. Kesan umum / keadaan umum :

B. Tanda – tanda vital

Suhu tubuh	:		Nadi	
Tekanan darah	:		Respirasi	
Tinggi badan	:		Berat badan	

- C. Pemeriksaan kepala dan leher :
1. Kepala dan rambut :
 2. Mata :
 3. Hidung :
 4. Telinga :
 5. Mulut dan faring :
 6. Leher :
 7. Pemeriksaan payudara dan ketiak :
- D. Pemeriksaan thorak / dada
1. Pemeriksaan paru :
 - a. Inspeksi :
 - b. Palpasi :
 - c. Perkusi :
 - d. Auskultasi :
 2. Pemeriksaan Jantung
 - a. Inspeksi :
 - b. Palpasi :
 - c. Perkusi :
 - d. Auskultasi :
- E. Pemeriksaan Abdomen
- a. Inspeksi :
 - b. Auskultasi :
 - c. Palpasi :
 - d. Perkusi :
- F. Pemeriksaan genitalia :
- G. Pemeriksaan Ekstremitas :
- H. Pemeriksaan integuman dan kuku :

I. Pemeriksaan Neurologi :

1. Tingkat kesadaran (secara kwantitatif) / GCS :

2. Syaraf Otak (Nervus Cranialis) :

- 1) Nervus I Olfaktorius :
- 2) Nervus II Optikus :
- 3) Nervus III Okulomotoris :
- 4) Nervus IV Trochlearis :
- 5) Nervus V Trigemini :
- 6) Nervus VI Abducentis :
- 7) Nervus VII Fasialis :
- 8) Nervus VIII Vestibulococlearis :
- 9) Nervus IX Glossofaringeus :
- 10) Nervus X Vagus :
- 11) Nervus XI Asesorius :
- 12) Nervus XII Hipoglosu :

3. Fungsi motorik :

4. Fungsi sensorik :

5. Refleksi :

a. Reflek fisiologis :

b. Reflek patologis :

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan diagnostic / penunjang medis :

1. Laboratorium :

2. Rontgen :

3. E C G :

5. lain – lain :

PENATALAKSANAAN DAN TERAPI:

ANALISA DATA

NAMA KLIEN :

UMUR :

NO.REGISTER :

RUANG :

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA :

UMUR :

NO.REGISTER :

RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NAMA KLIEN :

UMUR :

NO	TANGGAL	NO. DX KEP	SLKI	SIKI	RASIONAL	TTD

IMPLEMENTASI

NAMA :

UMUR :

NO REG :

RUANG :

NO	TGL/JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/IMPLEMENTASI	TTD

EVALUASI

NAMA : UMUR :

NO REG : RUANG :

NO	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN

CATATAN PERKEMBANGAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI AWAL DINAS	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI AKHIR DINAS	TTD



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : ROZALIN PRAGOSTIN
NIM : P17240221001
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Pembimbing : Edi Yuswanto, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	02 Januari 2025	Konsultasi judul	
2.	08 Januari 2025	Revisi sesuai masukan : - Merapikan penulisan - Mencari data terbaru - Menambah introduction lain yang menguatkan stroke iskemik layak diteliti	
3.	13 Januari 2025	Revisi sesuai masukan : - Menambah kata "Proposal" sebelum kalimat "Karya Tulis Ilmiah" - Merapikan pada lembar pengesahan	
4.	15 Januari 2025	Revisi sesuai masukan : - Membuat kalimat efektif - Mengganti tanda "&" menjadi "dan" pada paragraf	

		2 - Menambah sumber literatur pada paragraf 4	
5.	20 Januari 2025	Revisi sesuai masukan : - Revisi penulisan - Revisi patofisiologis - Literatur terbaru	
6.	25 Januari 2025	ACC ujian Proposal	
7.	14 Maret 2025	Konsultasi kondisi klien, diagnosa kemudian melanjutkan Asuhan Keperawatan, laporan hasil dan Pembahasan	
8.	19 Maret 2025	Revisi sesuai masukan : - Melengkapi BAB I – BAB V	
9.	21 Maret 2025	Revisi sesuai masukan : - Pada hasil lab di bold jika hasilnya lebih/kurang dari normal - Menambah cara pemberian obat pada terapinya - Mengaplikatikan bahasa pada Implementasi	
10.	24 Maret 2025	Revisi sesuai masukan : - Pada pengkajian di BAB V kesenjangan/ kesesuaian lebih dominan yang mana - Spesifik saran lahan dan penelitian selanjutnya pada BAB V	

11.	09 April 2025	Revisi sesuai masukan : - Perbaiki pada bagian abstrak - Perbaiki kesimpulan tambah sesuai pada bagian tujuan umum	
12.	14 April 2025	ACC Ujian Hasil Penelitian	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : ROZALIN PRAGOSTIN
NIM : P17240221001
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Dosen Penguji : Mimik Christiani, SST, M.Kes

No	Tanggal	Rekomendasi Penguji	Tanda Tangan Penguji
1.	30 Januari 2025	Revisi seminar proposal : - Menambah lampiran dan format Asuhan Keperawatan - Mencari data Riskesdes terbaru - Mencari klasifikasi dan manifestasi yang lebih spesifik pada stroke iskemik - Batasan masalah pada BAB 2 lebih spesifik yang apa?	
2.	10 Februari 2025	Revisi sesuai masukan : - Batasan istilah dan partisipan di tambahkan minimal perawatan 3 hari pada BAB 3 - Menambah sumber pada diagnosa dan intervensi - Memperbaiki daftar pustaka pada spasinya	
3.	13 Februari 2025	ACC	

4.	5 Mei 2025	Revisi sesuai masukan : - Memperbaiki penulisan yang kurang tepat - Implementasi harus disesuaikan dengan intervensi yang sesuai - Pembahasan dikaji ulang untuk urutannya fakta, teori, dan opini lebih luas	
5.	19 Mei 2025	Revisi sesuai masukan : - Memperbaiki pada intervensi - Revisi pada pembahasan memperbaiki kalimat yang kurang tepat - Menambah "hindari tindakan manuver" pada implementasi	
6.	21 Mei 2025	Revisi sesuai masukan : - Revisi pada pembahasan yaitu memperbaiki kalimat yang kurang tepat	
7.	22 Mei 2025	ACC	