

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN STROKE ISKEMIK

DI RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO

KARYA TULIS ILMIAH

OKTAFIA FITRI NUROHMAH

(P17240221024)



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI

DIPLOMA D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



Disusun Oleh :

Oktafia Fitri Nurohmah

(P17240221024)

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

2025

CURICULUM VITAE

Nama : OKTAFIA FITRI NUROHMAH
Tempat/tanggal lahir : Tulungagung, 27 Oktober 2003
Agama : Islam
Alamat : RT. 02 RW. 01 Dsn.Gempolan Ds. Gempolan
Kec. Pakel, Kab. Tulungagung, Prov. Jawa
Timur
Email : oktafia231@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Lulus Tahun 2009 : TK Islam Babussalam
2. SD Lulus Tahun 2016 : SD Islam Babussalam
3. SMP Lulus Tahun 2019 : SMPN 1 Durenan
4. SMA Lulus Tahun 2022 : SMAN Gondang
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan
Kampus Kab. Trenggalek

Riwayat Organisasi

1. Anggota Badan Eksekutif Mahasiswa Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang Periode 2024
2. Sekertaris UKM English Club D3 Keperawatan Trenggalek
2023-2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini saya :

Nama : Oktafia Fitri Nurohmah

Nim : P17240213034

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

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

Mengetahui

Trenggalek, 6 Mei 2025

Pembimbing



Mimik Christiani, SST., M.Kes
NIP. 196912181994032005

Yang membuat pernyataan



Oktafia Fitri Nurohmah
NIM.P17240221024

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** yang ditulis oleh Oktafia Fitri Nurohmah NIM. P17240221024 telah disetujui untuk diuji.

Trenggalek, 6 Mei 2025

Pembimbing



Mimik Christiani, SST., M.Kes
NIP. 196912181994032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Oktafia Fitri Nurohmah (P17240221024) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 6 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji



Mimik Christiani, SST., M.Kes
NIP. 196912181994032005

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

Tetaplah bertahan sampai kamu melihat doa doamu terkabulkan

LEMBAR PERSEMBAHAN

Yang Utama Dari Segalanya.....

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

Untuk Diriku Sendiri

Terimakasih banyak untuk diriku yang sudah bertahan sampai saat ini. Ku akui banyak sekali masalah, tantangan, hujatan, hinaan yang sebenarnya membuatmu lelah, tetapi terimakasih sudah mau berjuang dan selalu yakin bahwa semua ini bakal terselesaikan dengan baik. Terimakasih sudah mau bertahan sejauh ini aku tau ini bukan hal yang mudah tapi hasil akhir tidak akan pernah mengecewakan bukan. Tidak lupa semua itu karna Allah SWT yang telah menguatkanmu, memberikan semangat untuk berjuang, dan slalu diberikan kesehatan. Semoga hambamu ini dapat meraih cita-cita dan membahagiakan kedua orang tua.

Untuk Ayah dan Ibuku

Secerca kata yang mewakili semua rasa syukurku yang telah di anugrahi malaikat tak bersayap. Ibuku Nikmaturohmah dan Ayah Suhudi yang selama ini menjadi penyemangat dalam menjalani hidup ini. Kasih sayang yang tulus diberikan tanpa

minta balas, yang tak henti mendoakan setiap langkah menuju kesuksesan dan yang tak pernah lelah untuk mengusahakan apapun demi anak. Ku persembahkan gelar ini untukmu malaikatku yang senantiasa menemani setiap langkah sulitku. Ku mohon tetaplah tersenyum untuk melihat kesuksesanku, melihat aku menyandang gelar PERAWAT dan selalu membanggakan untuk kalian ayah dan ibuku. Aku sayang kalian Ayah dan Ibuk.....

Untuk Keluarga Besarku

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

Teman – teman yang ku sayangi

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

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku

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

Seluruh Dosen Pengajar dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

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

Untuk Orang Spesial

Terimakasih sudah menemaniku dimasa yang berarti ini dengan mensupportku baik dari kata kata yang menenangkan maupun dari asupan yang selalu bikin semangat menyelesaikan tugas akhir, tidak lelah mendengar keluh kesahku, semoga apapun yang sedang kamu usahakan berjalan dengan lancar. Sampai jumpa diwaktu yang tepat.

KATA PENGANTAR

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

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

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen, M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Dr. H. Moh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah menyediakan lahan penelitian dan memberi izin untuk melakukan penelitian.
- 4) Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

- 5) Ns. Zuliana, S.Kep. selaku Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah memperkenankan melakukan penelitian dan membimbing serta mengarahkan peneliti dalam melaksanakan penelitian.
- 6) Mimik Christiani , SST., M.Kes. selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang memberikan pengarahan, saran, bimbingan dan revisi kepada penulis dalam menyempurnakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 7) Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan bimbingannya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 8) Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
- 9) Partisipan yang telah bersedia menjadi klien dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah.

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

Trenggalek, 6 Mei 2025



Oktafia Fitri Nurohmah

ABSTRAK

Oktafia Fitri Nurohmah (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Malang. Jurusan Keperawatan , Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Mimik Christiani, SST., M.Kes

Asuhan keperawatan stroke adalah proses yang diberikan kepada klien stroke untuk mengatasi masalah yang muncul akibat penyakit stroke. Stroke iskemik terjadi ketika aliran darah ke otak terhenti akibat aterosklerosis atau bekuan darah. Penelitian ini bertujuan memberikan asuhan keperawatan dan menganalisisnya berdasarkan fakta dan teori pada klien stroke di RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Responden pada penelitian ini adalah klien stroke iskemik dengan kriteria kesadaran composmentis dan mengalami kelemahan ekstremitas. Data dikumpulkan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik, meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan fakta, terutama dalam pemeriksaan kepala, wajah, dan pola eliminasi. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi disusun berdasarkan teori dan diimplementasikan sesuai kebutuhan klien. Hasil yang didapatkan dari penelitian ini bahwa pasien dengan Stroke *Infark* memerlukan pemulihan yang membutuhkan waktu yang lama, maka perlu perawatan yang *intensif* dan berkelanjutan.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Stroke Infark, Klien

ABSTRACT

Oktafia Fitri Nurohmah (2025). *Nursing Care for Clients with Ischemic Stroke in the Stroke Unit of RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Scientific Writing Case Study, DIII Nursing Study Program Malang. Nursing Department, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang. Supervisor: Mimik Christiani, SST., M.Kes

Nursing care for stroke is a process provided to stroke clients to address health issues. Ischemic stroke occurs when blood flow to the brain stops due to atherosclerosis or a blood clot. This study aims to provide nursing care and analyze it based on facts and theories for stroke clients at RSUD dr. Soedomo Trenggalek. The method used is a descriptive qualitative approach with a case study of one ischemic stroke client who is conscious and experiencing extremity weakness. Data were collected through interviews and physical examinations, including assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The results of the study indicate a gap between theory and facts, particularly in the examination of the head, face, and elimination patterns. The nursing diagnoses identified are ineffective cerebral tissue perfusion risk related to hypertension and physical mobility impairment related to decreased muscle strength. Interventions were developed based on theory and implemented according to the client's needs. The results of this study indicate that patients with infarct stroke require a long recovery period, thus necessitating intensive and ongoing care.

Keywords: Nursing Care, Infarction Stroke, Client

DAFTAR ISI

COVER	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	x
ABSTRAK	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR ISTILAH.....	xx
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit Stroke Iskemik.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Klasifikasi Stroke.....	8
2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Faktor Resiko.....	11
2.1.5 Manifestasi klinis.....	12

2.1.6 Komplikasi.....	12
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.8 Patofisiologi	16
2.1.8 Penatalaksanaan	19
2.2 Konsep dasar Asuhan Keperawatan	23
2.2.1 Pengkajian.....	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	34
2.2.3 Intervensi Keperawatan	42
2.2.4 Implementasi Keperawatan	50
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	51
BAB 3 METODE PENELITIAN	52
3.1 Desain Penelitian	52
3.2 Batasan Istilah	53
3.3 Partisipan	53
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	54
3.4.1 Lokasi Penelitian	54
3.4.2 Waktu Penelitian	54
3.5 Pengumpulan Data	54
3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Mengumpulkan Data	54
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	54
3.6 Uji Keabsahan Data.....	56
3.6.1 Kepercayaan (<i>Credibility</i>).....	56
3.6.2 Keteralihan (<i>Transferability</i>)	57
3.6.3 Kebergantungan (<i>Dependability</i>).....	57
3.6.4 Kepastian (<i>Confirmability</i>).....	57
3.7 Analisis Data.....	58
3.8.1 Informed Consent	58
3.8.2 Tanpa nama (<i>Anonymity</i>)	59
3.8.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	59
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	60
4.1 Hasil	60
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	60

4.1.2 Pengkajian	60
4.1.3 Analisa Data	70
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	71
4.1.5 Intervensi	74
4.1.6 Implementasi	77
4.1.7 Evaluasi	79
4.1.8 Catatan perkembangan	81
4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	87
4.2 Pembahasan	96
4.2.1 Pengkajian	96
4.2.2 Diagnosa keperawatan.....	99
4.2.3 Intervensi keperawatan.....	100
4.2.4 Implementasi keperawatan.....	100
4.2.5 Evaluasi	101
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	103
5.1 Kesimpulan	103
5.1.1 Pengkajian	103
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	103
5.1.3 Intervensi	104
5.1.4 Implementasi	104
5.1.5 Evaluasi	104
5.2 Saran	105
5.2.1 Bagi Peneliti	105
5.2.2 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan.....	105
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan	105
5.2.4 Bagi Masyarakat.....	105
5.2.5 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	105
DAFTAR PUSTAKA.....	107
DAFTAR LAMPIRAN	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Patofisiologi (NANDA, 2016)	17
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Inform Consent.....	110
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden	111
Lampiran 3 Surat Penelitian.....	112
Lampiran 4 Surat Balasan Penelitian	113
Lampiran 5 Format Askep.....	114
Lampiran 6 Lembar Konsultasi.....	135

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi risiko perfusi serebral tidak efektif.....	43
Tabel 2. 2 Tabel Intervensi gangguan mobilitas fisik.....	44
Tabel 2. 3 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri	44
Tabel 2. 4 Tabel Intervensi Gangguan Eliminasi Urine	46
Tabel 2. 5 Tabel Intervensi Gangguan Persepsi Sensori	47
Tabel 2. 6 Tabel Intervensi Defisit Nutrisi	48
Tabel 2. 7 Tabel Intervensi Gangguan Komunikasi Verbal.....	50
Tabel 4. 1 Identitas Klien	60
Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit.....	61
Tabel 4. 3 Perubahan Pola Kesehatan	63
Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik.....	65
Tabel 4. 5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	68
Tabel 4. 6 Penatalaksanaan Terapi	69
Tabel 4. 7 Analisa Data	70
Tabel 4. 8 Diagnosa Keperawatan.....	72
Tabel 4. 9 Tabel Intervensi Keperawatan	74
Tabel 4. 10 Pelaksanaan	77
Tabel 4. 11 Evaluasi	79
Tabel 4. 12 Catatan Perkembangan	81
Tabel 4. 13 Tabel Analisis Kualitatif	87

DAFTAR ISTILAH

A

- Afasia : Kesulitan dalam berbicara
- Abdomen : Rongga tubuh besar yang terletak tepat dibawah thorax dan pisahkan dari rongga thorax oleh diafragma
- Antihipertensi : Kelompok obat yang digunakan untuk mengurangi tekanan darah
- Antikoagulan : Obat yang berfungsi mencegah penggumpalan darah
- Antikolestrol : Obat yang digunakan untuk menurunkan kadar kolesterol jahat dalam darah
- Antikonvulsan : Jenis obat yang digunakan untuk mencegah atau mengobati kejang.
- Antineuroprotektan : Obat yang dapat digunakan untuk mengurangi adanya kerusakan sel akibat terjadinya penghambatan aliran darah yang menyuplai oksigen
- Aritmia* : Gangguan irama jantung, suatu kondisi dimana jantung berdenyut tidbak normal
- Atropi : Kondisi penyusutan atau penipisan bagian tubuh, baik itu jaringan otot, sel, atau organ

B

- Bed rest* : Tirah baring
- Bladder* : Kantong membranosa, seperti yang bertindak sebagai wadah untuk sekresi, terutama kandung kemih
- Bowel* : Usus atau Intestinum

D

- Dehidrasi : Kehilangan cairan tubuh terlalu banyak
- Disatria : Bicara cedal atau pelo

Disfagia : Kesulitan menelan

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

E

Ekstremitas : Anggota gerak tubuh

Elektrolit : Garam yang *terionisasi* (terurai menjadi ion positif dan negatif dalam cairan tubuh)

Edema : Penumpukan dalam tubuh atau pembengkakan

Eliminasi : pelepasan air seni dan tinja (BAK dan BAB)

Eritrosit : sel darah merah yang membawa *oksigen* kedalam sel tubuh dan *karbondioksida* keluar sel tubuh

F

Fibrilasi : Kondisi dimana ruas atas jantung (*atrium*) berdenyut berdenyut terlalu cepat dan kacau

G

Goldenperiode : Waktu paling bagus untuk menangani penyakit stroke

H

Hipertensi : Peningkatan tekanan darah melebihi 140/90 mmHg

Hemoragik : Perdarahan

Hematocrit : Porsi volume darah yang terdiri dari sel darah merah

Hematoma : Kumpulan darah diluar pembuluh darah, terdapat didinding pembuluh darah tertusuk atau mengalami Luka

Hemiparesis : Kelemahan yang mengenai satu sisi tubuh

Hemoglobin : Pigmen pembawa oksigen dibentuk oleh eritrosit yang berkembang dalam sum-sum tulang

Homeostasis : Suatu kondisi keseimbangan internal yang ideal.
Semua System tubuh berinteraksi dalam cara tepat memenuhi kebutuhan tubuh.

Hipoksia : Kekurangan oksigen dalam darah

I

Infark : Nekrosis iskemik terbatas yang disebabkan oleh okklusipali arteri atau vena pada bagian tersebut

Inkontinensia : Ketidakmampuan mengontrol buang air kecil dan buang air besar.

Iritabilitas : Pekat terhadap rangsangan

Imobilisasi : Ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif

K

Kapiler : Membran sel atau lapisan sel , missal dinding pembuluh darah Kapiler

Kardiak : Jumlah total darah yang dipompa oleh jantung selama priode waktu tertentu

L

Leukosit : Sel darah putih

Limfosit : Leukosit yang ditemukan dalam jaringan getah bening

M

Metabolisme : Kemampuan tubuh untuk memecahkan kalori dan mengubahnya menjadi energi

Miokard Infark : Serangan jantung. Terjadi ketika sekelompok otot jantung mati karena penyumbatan mendadak

Motorik : Otot otot yang menerima sinyal impuls saraf system saraf pusat jalur saraf

O

Oklusi : Penutupan suatu lubang, dektus atau pembuluh darah

P

Parastesia : Sensasi tertusuk jarum, terbakar, mati rasa, atau kesemutan pada kulit

Perfusi : Pengaliran zat cair seperti darah lewat organ atau Jaringan

Peristaltik usus : Gerakan otot seperti gelombang dalam saluran pencernaan yang menggerakkan makanan dan cairan melalui saluran pencernaan

R

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

W

Wheezing : Suara bernada tinggi seperti siulan yang terdengar saat bernapas

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan stroke merupakan proses keperawatan yang diberikan kepada klien stroke secara langsung untuk mengatasi masalah yang muncul di berbagai tatanan pelayanan Kesehatan (Nasution, 2020). Stroke adalah penyakit otak fungsional yang terjadi secara tiba-tiba dengan gejala klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam meliputi tanda – tanda seperti perdarahan, perdarahan otak, iskemik atau infark serebral (Mutiarasari, 2019). Stroke dibagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik (ischemic stroke) maupun stroke hemorragik (haemorrhagic stroke). Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerosis (penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak (Auryn, 2020). Penderita stroke akan mengalami perubahan secara fisik, mental maupun sosial, sehingga klien stroke tidak mampu lagi melakukan aktivitas sehari hari secara mandiri, untuk dapat melanjutkan hidupnya klien stroke membutuhkan seseorang yang dapat membantu mereka dalam segala aktivitasnya (Insani & Ngkolu, 2020). Asuhan keperawatan pada klien stroke dibutuhkan untuk meminimalkan komplikasi serta mendukung agar pemulihan, dan kualitas hidup klien meningkat (Basuni et al., 2023).

Stroke iskemik menjadi kasus yang paling sering terjadi dan mencakup (62,4%) dari seluruh kasus stroke. (Ekkert et al., 2022). Menurut World Stroke Organization (2022) secara global, lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat

orang di atas usia 25 akan mengalami stroke atau lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini, lebih dari 7,6 juta atau (62%) stroke iskemik baru setiap tahun. Lebih dari (28%) dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intraserebral, 1,2 juta perdarahan subarachnoid. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat menderita stroke baru atau berulang. Sekitar 610.000 di antaranya adalah stroke pertama kali, sementara 185.000 adalah stroke berulang (World Stroke Organization, 2022). Berdasarkan penelitian Riskesdas (2018), angka kejadian stroke di Indonesia terus meningkat kurang lebih (15%) dibandingkan tahun 2013 (9%). Provinsi dengan jumlah tertinggi angka kejadian stroke adalah Kalimantan Timur (15%), sedangkan provinsi dengan jumlah angka kejadian stroke terendah adalah Papua tercatat (4,1%). Sementara di Provinsi Jawa Timur prevalensi stroke sebanyak (12,4) dengan jumlah 113.045 jiwa. Proporsi kontrol stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan pada penduduk umur 15 tahun ke atas berdasarkan diagnosis dokter di Kabupaten Trenggalek adalah (65,28%) kontrol rutin, (25,76%) tidak rutin, dan (17,96%) tidak melakukan kontrol ulang (Riskesdas, 2018). Kasus stroke di Ruang Unit Stroke pada tahun 2025 pada bulan Februari sampai April sebanyak 173 jiwa meliputi 35 penderita Stroke Hemoragic dan 125 penderita Stroke Iskemik (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek 2025).

Stroke iskemik dapat terjadi baik di masyarakat maupun di rumah sakit dan harus diketahui oleh orang yang berada disekitarnya dan/atau fasilitas layanan kesehatan (Herpich & Rincon, 2020). Stroke iskemik terjadi karena sumbatan pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Stroke iskemik dibagi menjadi 2, yaitu sumbatan akibat thrombus dan sumbatan akibat emboli.

Thrombus terjadi di dinding pembuluh darah sebagai bagian dari proses pengerasan dinding pembuluh darah (atherosklerosis), dan emboli adalah jendalan darah yang berasal dari tempat lain (misalnya: jendalan darah dari jantung) (Pinzon, 2016). Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding bagian dalam pembuluh darah (arteri) menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan. Oleh karena darah berupa cairan kental, maka ada kemungkinan akan terjadi gumpalan darah (trombosis), sehingga aliran darah jadi makin lambat dan lama-lama menjadi sumbatan pembuluh darah. Akibatnya, otak mengalami kekurangan pasokan darah yang membawa nutrisi dan oksigen yang diperlukan oleh darah, dan menjadikan serangan stroke (Faiqoh, 2022). Apabila kekurangan pasokan darah berlangsung lama, otak tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen, maka sel-sel jaringan otak akan rusak dan mati. Sel-sel jaringan otak yang rusak dan mati tidak dapat dipulihkan kembali, tidak bisa melakukan regenerasi seperti halnya sel-sel jaringan tubuh lainnya. Karena sel-sel jaringan otak tidak dapat beregenerasi, maka kesehatan sel-sel jaringan otak perlu dijaga dengan baik, kesehatan tubuh juga perlu dijaga untuk menghindari adanya serangan stroke (Wardhana, 2011). Ketika penanganan stroke dilakukan lebih dari 3 jam setelah terjadi serangan, mengakibatkan kerusakan otak yang ditandai dengan kelemahan dan kelumpuhan, gangguan sensorik, nyeri, masalah bicara, dan gangguan emosional sampai kematian (Kasim, 2012).

Penatalaksanaan medis stroke iskemik bertujuan untuk memulihkan aliran darah ke otak yang tersumbat dengan cepat, mengurangi angka kesakitan, mencegah reoklusi, dan mencegah kekambuhan stroke (Setiadi & Halim,

2018). Pengobatan stroke iskemik dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu secara farmakologis dan non farmakologis. Jika tidak dengan cara farmakologis, hal ini dapat dicapai dengan menjaga pola hidup sehat, berhenti merokok, dan minum alkohol. Saat ini stroke iskemik dapat ditangani secara farmakologis dengan pemberian fibrinolitik, antiplatelet, antikoagulan, antihipertensi, antineuroprotektan, dan antikolesterol. Manajemen pengobatan yang memadai diperlukan untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan dan mengurangi risiko efek samping (Agustina & Pratama, 2019). Proses pemulihan pada klien stroke iskemik yang dapat dilakukan perawat yaitu mempertahankan nutrisi, program manajemen *bladder* dan *bowel*, mempertahankan keseimbangan dan rentang gerak sendi (ROM), pertahanan integritas kulit, pemenuhan kebutuhan sehari-hari (Oktavianus, 2014). Perawat berperan penting dalam proses penyembuhan klien stroke untuk mengurangi resiko terjadinya komplikasi atau serangan stroke berulang. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dalam bentuk sistem pendukung dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia, memberikan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan, dan mengambil tindakan yang tepat untuk direncanakan dan dilaksanakan dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi untuk melihat tingkat perkembangannya. Perawat dapat membantu aktivitas hidup sehari-hari dan memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan anggota keluarga untuk meningkatkan informasi kesehatan, gejala penyakit, bahkan prosedur yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku klien setelah diberikan pendidikan Kesehatan (Hidayat, 2008). Berdasarkan data diatas, penulis

tertarik untuk mengetahui lebih lanjut dengan harapan dapat membantu klien dengan stroke iskemik dalam meningkatkan proses penyembuhan dan mengurangi resiko komplikasi atau serangan stroke berulang. Maka dari itu penulis mengangkat kasus “ Asuhan Keperawatan pada klien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD Dr. Soedomo”.

1.2 Batasan Masalah

Studi kasus ini dibatasi Asuhan Keperawatan pada klien dengan diagnosa stroke iskemik tanpa komplikasi di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

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

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif pada klien yang menderita penyakit Stroke iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami Penyakit Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada klien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 3) Merencanakan Tindakan Keperawatan pada klien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan Implementasi Keperawatan yang tepat pada klien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan Keperawatan pada klien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Menganalisis hasil penelitian antara fakta dan teori pada asuhan keperawatan pada klien Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

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

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi Peneliti.

Menambah wawasan dan pengalaman penulis dalam melakukan penelitian khususnya dibidang kesehatan/asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Stroke Iskemik.

- 2) Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan pada klien yang mengalami Stroke

Iskemik yang dapat dipakai sebagai acuan bagi praktik klinik mahasiswa keperawatan.

3) Bagi Institusi Pendidikan.

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memotivasi mahasiswa untuk lebih mengembangkan ilmu pengetahuan melalui penelitian terhadap klien Stroke Iskemik. Serta dapat memahami lebih detail Asuhan Keperawatan.

4) Bagi Masyarakat

Menambah informasi kepada masyarakat bagaimana perawatan klien Stroke Iskemik.

5) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek layanan keperawatan khususnya pada klien dengan Stroke Iskemik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke Iskemik

2.1.1 Definisi

Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan pada saraf (*deficit neurologic*) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena adanya bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah (Tamburion et al., 2020).

Stroke Iskemik merupakan gangguan pada system otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan fungsi neurologis lainnya yang terjadi lebih dari 24 jam (Hariyanto, 2015).

Stroke iskemik adalah kondisi dimana tersumbatnya arteri servikal atau serebral yang mengakibatkan matinya jaringan otak karena aliran darah terganggu di bagian otak. Beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik merupakan gangguan fungsional otak yang disebabkan karena aliran darah ke otak terganggu sehingga menyebabkan adanya bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah dan terjadi secara tiba tiba (Mutiarasari, 2019)

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut (Arifianto, 2014) secara garis besar stroke dibagi dalam 2 tipe yaitu :

- 1) Stroke Iskemik disebut juga infark atau *non hemorrhagic* disebabkan oleh gumpalan atau penyumbatan dalam arteri yang menuju ke otak

yang sebelumnya sudah mengalami proses aterosklerosis. Stroke Iskemik terdiri dari tiga macam yaitu :

a) Stroke Emboli

Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang terangkut menuju otak

b) Stroke Trombolik

Bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak

c) Stroke Hipoperfusi

Yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

2) Tipe kedua adalah hemorrhagic stroke merupakan kerusakan atau "ledakan" dari pembuluh darah di otak, perdarahan dapat disebabkan lamanya tekanan darah tinggi dan aneurisma otak. Ada dua jenis stroke hemorrhagic:

a) Stroke Subarachnoid

Penyakit cerebrovaskular yang bersifat merusak setelah pecahnya aneurisma intrakranial, mendorong darah masuk kedalam ruang subarakhnoid sehingga menyebabkan gangguan perfusi dan fungsi otak(Astannudinsyah et al., 2020)

b) Stroke Intracerebral.

Stroke yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah intracerebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Junaidi, n.d.).

2.1.3 Etiologi

Stroke dapat disebabkan oleh arteri yang tersumbat atau bocor (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak (transient ischemic attack atau TIA) yang tidak menyebabkan kerusakan permanen (Ns. Endro Haksara & Shafira Aliya Putri, 2021).

Penyebab Stroke Iskemik menurut (Muttaqin, 2008) antara lain :

1) Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedemadan 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

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

b) *Hyperkoagulasi*

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

c) Arteritis (radang pada arteri)

Arteritis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri-arteri terbesar pada tubuh dan cabang-cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya oksigen dari jantung 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. Kaeadaan-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

Ada 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya stroke iskemik :
(Mutiarasari, 2019)

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan Riwayat keluarga. Karena faktor usia yang tua

memiliki resiko kematian, kecacatan dan proses pemulihan yang lama dibandingkan dengan usia muda, sedangkan jenis kelamin sering terjadi pada pria (Utama & Nainggolan, 2022)

- 2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, alkohol dan *atrial fibrillation*

2.1.5 Manifestasi klinis

Stroke Iskemik dibagi menjadi 2 jenis yaitu : stroke trombotik dan stroke embolik. Penyebab stroke iskemik diantaranya : Hipertensi, Diabetes mellitus, Dalam buku (Maria, 2021) Gejala stroke dapat diingat lebih mudah dengan kata FAST :

- 1) *Face* (wajah), kelumpuhan wajah
- 2) *Arms* (tangan), kesulitan mengangkat tangan
- 3) *Speech* (Perkataan), afasia, bicara tidak jelas/tidak lancar/pelo
- 4) *Time* (waktu), harus segera membawa ke RS.
- 5) Gangguan penglihatan.
- 6) *Ataksia* (truncal/anggota badan)
- 7) Vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala, pingsan, depresi.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa Komplikasi stroke dapat terjadi sebagai akibat langsung dari stroke itu sendiri, imobilisasi atau stroke. Hal ini berdampak signifikan pada

outcome klien stroke, sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan memperpanjang masa tinggal di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia dan depresi merupakan komplikasi yang sangat umum terjadi pada klien stroke (Listari et al., 2023)

Menurut Tarwoto (2013) Komplikasi yang terjadi pada klien stroke iskemik meliputi :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

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

b) Edema Serebri

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

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan sensorik,

motoric, nyeri kepala, gangguan kesadaran peningkatan tekanan intracranial 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.

2) Komplikasi Kronis

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi karena akibat imobilisasi

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

c) Malnutrisi karena *intake* yang adekuat

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

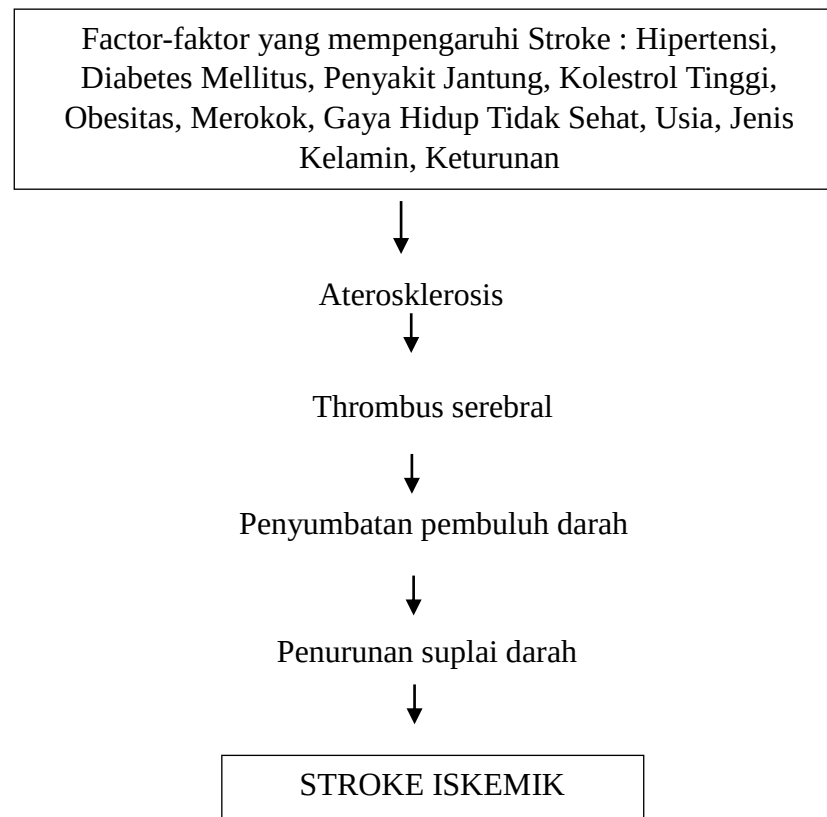
Dalam buku (Hariyanto, 2015) Pemeriksaan Penunjang CVA yaitu meliputi :

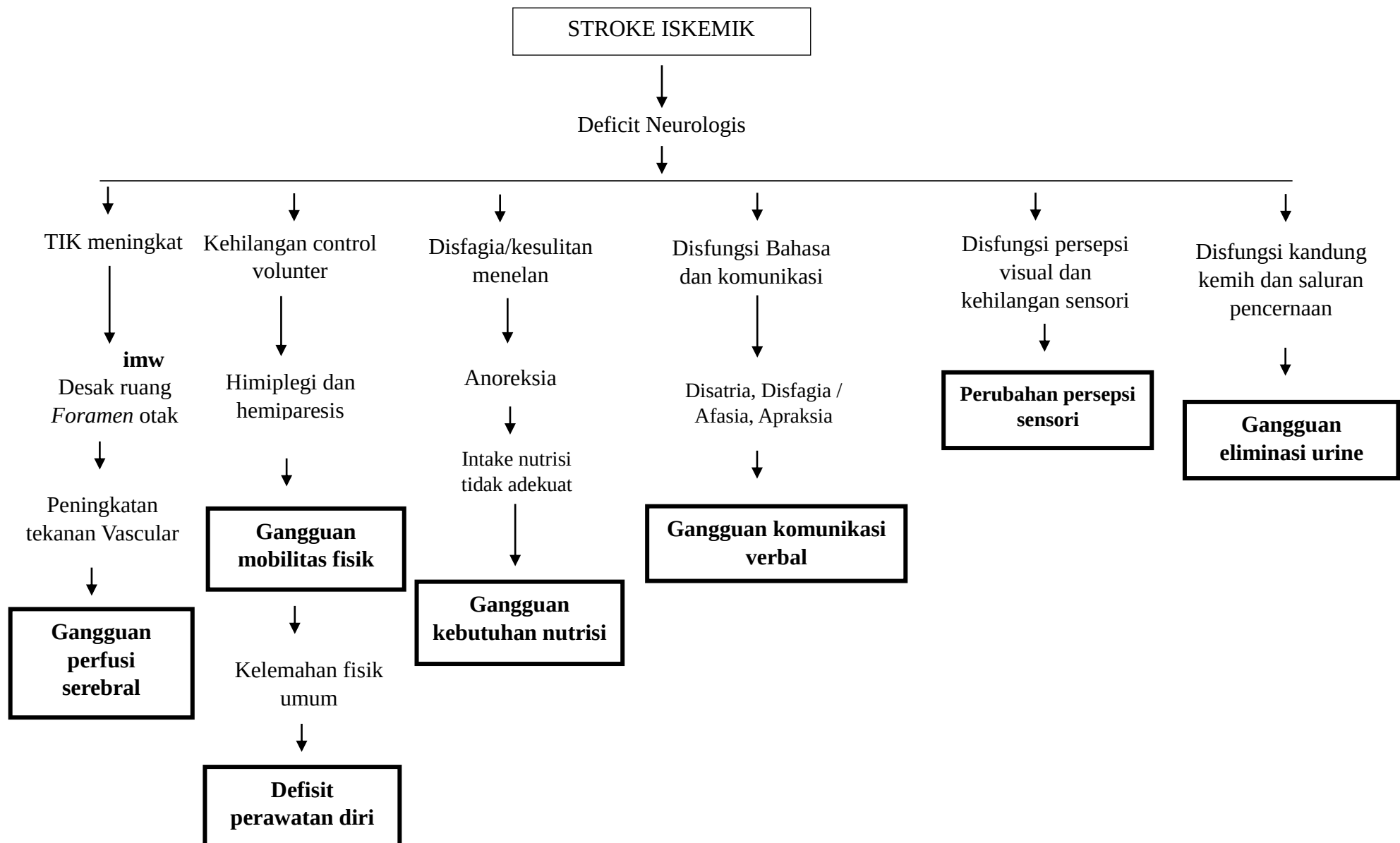
- 1) *MRI (magnetig Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik.
- 2) *CT Scan (Computerized Tomografi Scaning)* : mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) *EEG (Elektro Encephalografi)* : mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

- 4) *Angiografi Serebral* : mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik *oklusi* atau *repture*.
- 5) *ECG (Elektro Kardiogram)* : mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap : Hb, *Leukosit*, *Trombosit*, *LED*, dan *eritrosit*.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri
- 8) Kolesterol, lipid
- 9) Asam urat, elektrolit.

2.1.8 Patofisiologi

1) Pathway





Gambar 2. 1 Patofisiologi (NANDA, 2016)

2) Uraian

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

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

2.1.8 Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan keperawatan

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

a) Penatalaksanaan umum

(1) Pada fase akut (*Golden period* selama 3 jam)

- (a) Terapi oksigen, klien stroke iskemik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen,

penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.

- (b) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, pengendalian tekanan darah control atau
 - (c) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
 - (d) Monitor jantung pemeriksaan : EKG
 - (e) Evaluasi status cairan dan elektrolit
 - (f) Kontrol kejang atau jika ada dengan pemberian *antikonvulsan*, dan cegah resiko injuri
 - (g) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
 - (h) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan *antikoagulan*
 - (i) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan reflek
- (2) Fase Rehabilitasi
- (a) Pertahankan nutrisi yang adekuat
 - (b) Program manajemen *bladder* dan *bowel*

- (c) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)
 - (d) Pertahankan integritas kulit
 - (e) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - (f) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - (g) Persiapan klien pulang
- (3) Fase rehabilitasi pasca stroke

(a) Terapi fisik

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

(b) Okupulasi terapi

Klien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terapan sangat dibutuhkan untuk menggalakan potensi klien dan melatih sesuai dengan kondisi klien.

(c) *Speech* terapi

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

(d) Pembedahan

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

(e) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :

1. Stroke iskemik

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

b. Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalsium pada klien dengan hipertensi.

2. Stroke haemoragik

a. *Antihipertensi* : kaptopril dan antagonis kalsium

b. *Diuretik* : manitol 20% dan furosemide

c. *Antikonvulsan* : fenitoin

2.2 Konsep dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Astuti, 2020)

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis., tanda vital, wawancara klien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat klien yang diberikan oleh klien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan klien/keluarga (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan risiko (untuk mencegah atau menunda potensi masalah) (Herdman, 2018).

1) Identitas Klien

Meliputi nama (semakin bertambah tua usia, semakin tinggi resikonya. 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, nomor register, diagnosa medis (Wijaya, 2013)

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 (Tarwoto, 2013)

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan disamping fungsi otak lain (Tarwoto, 2013)

4) Riwayat penyakit dahulu

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

5) Riwayat Kesehatan keluarga

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

6) Pola-pola fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana Kesehatan

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, penggunaan obat kontrasepsi (Muttaqin, 2008).

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah (Tarwoto, 2013).

c) Pola eliminasi

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

d) Pola aktivitas dan Personal hygiene

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise, mudah lelah. Oleh karena itu, personal hygiene klien kurang (Tarwoto, 2013).

e) Pola tidur dan istirahat

Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot / nyeri otot (Tarwoto, 2013).

f) Pola hubungan dan peran

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

g) Pola kognitif dan sensori

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhann menurun pada

muka ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Tarwoto, 2013)

h) Pola persepsi dan konsep diri

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

i) Pola reproduksi seksual

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

j) Pola mekanisme coping

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah, karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan / kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008)

7) Riwayat psikososial

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam pola penanganan klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses pikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang

melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

8) Riwayat psikososial

a) Tingkat Kesadaran

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

b) Pola Interaksi dan Komunikasi

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

c) Orientasi

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

d) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulangnya. Tes memori

jangka pendek berupa *verbal* dan *visual*. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi pasien (Tarwoto, 2013).

e) Suasana Hati dan Mood

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

9) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum dengan klien stroke biasanya mengalami penurunan kesadaran, mengalami gangguan bicara yaitu kesulitan dalam bicara, bicara cedal/pelo, terjadi kelemahan tubuh di salah satu sisi. Pada tanda-tanda vital ditemukan tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008).

a) Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai, kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, klien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi.

b) Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).

c) Mata : Ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun).

d) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi klien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.

e) Telinga : Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging / berdesis pada telinga).

f) Mulut dan faring : Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, disartria (bicara cadel / pelo), afasia (kesulitan dalam berbicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir.

g) Dada/thorak

(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 : Untuk mengetahui frekuensi pernapasan, irama dan suara nafas. Kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi, wheezing ataupun suara nafas

tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

(2) Pemeriksaan jantung

(a) Perkusi : Untuk mengetahui suara jantung, normalnya adalah pekak.

(b) Auskultasi : Mengetahui suara jantung pertama (S1) terdengar bunyi "lub", suara jantung kedua (S2) terdengar bunyi "dub" dan suara jantung tambahan (S3 dan S4). Jika terdengar bunyi S3 berarti jantung normal, jika sebaliknya pertanda adanya kegagalan jantung.

h) Abdomen

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

i) Genetalia

Kadang terdapat inkontinensia atau retensio urine

j) Ekstremitas

Pada klien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot (Tarwoto, 2013)

10) Pemeriksaan Neurologis

a) Refleksi

(1) Reflek fisiologis

- (a) Reflek bisep tanda abnormal : jika tidak terjadi reflek pada siku, bisa terjadi pada salah satu sisi tubuh ekstremitas kanan maupun kiri.
- (b) Reflek trisep tanda abnormal : jika tidak terjadi ekstensi lengan bawah pada sendi siku.
- (c) Reflek patella tanda abnormal : tidak terjadi ekstensi tungkai bawah.

(2) Reflek patologis

- (a) Reflek babinsky abnormal : jika ditemukan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.
- (b) Reflek chaddock abnormal : pengembangan jari-jari kaki, dan ibu jari terjadi dorso fleksi.
- (c) Reflek Gordon abnormal : pengembangan pada jari-jari kaki dan ibu jari terjadi dorso fleksi.

b) Saraf Kranial

- (1) Nervus 1 Olfaktorius: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- (2) Nervus 2 Optikus: Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan penglihatan dapat dibagi menjadi gangguan visus dan gangguan lapangan pandang

- (3) Nervus 3 Okulomotorius: Kelainan berupa paralisis nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke medial, ke atas dan lateral, kebawah dan keluar.
- (4) Nervus 4 Troklearis: Kelainan berupa paralisis nervus troklearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak kebawah dan kemedial.
- (5) Nervus 5 Trigemini: untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah neuralgia trigeminal atau tic douloureux yang menyebabkan nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigemini.
- (6) Nervus 6 Abduksen. Kelainan pada paralisis nervus abduksen menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke lateral, ketika klien melihat lurus ke atas, mata yang sakit tereduksi dan tidak dapat digerakkan ke lateral, ketika klien melihat ke arah nasal, mata yang paralisis bergerak ke medial dan ke atas karena predominannya otot oblikus inferior.
- (7) Nervus 7 Fasialis: Gangguan nervus fasialis dapat menyebabkan kelumpuhan otot-otot wajah, kelopak mata tidak bisa ditutup, gangguan air mata dan ludah, gangguan rasa pengecap di bagian belakang lidah serta gangguan pendengaran (hiperakusis).

- (8) Nervus 8 Auditorius: Kelainan pada nervus vestibularis dapat menyebabkan gangguan pendengaran dan keseimbangan (vertigo).
- (9) Nervus 9 Glosfaringikus dan nervus 10 Vagus. Gangguan pada komponen sensorik dan motorik dari nervus glosfaringikus dan vagus dapat mengakibatkan hilangnya refleks menelan yang beresiko terjadinya aspirasi paru, sepsis dan adult respiratory syndrome, kondisi demikian bisa berakibat pada kematian. Gangguan nervus 9 dan 10 menyebabkan persyarafan otot-otot menelan, nadi lemah dan lumpuh. Cairan atau makanan tidak dapat ditelan ke esofagus melainkan bisa masuk ke trachea langsung ke paru- paru.
- (10) Nervus 11 Assesorius: Gangguan pada nervus assesorius mengakibatkan kelemahan otot bahu (otot trapezius) dan otot leher (otot sternokleidomastoideus). Klien akan menderita bahu yang turun sebelah serta kelemahan saat leher berputar ke sisi kontralateral. Kelainan pada nervus assesorius dapat berupa robekan serabut saraf, tumor dan iskemia akibatnya persyarafan otot trapezius dan otot sternokleidomastoideus terganggu.
- (11) Nervus 12 Hipoglosus: Kerusakan nervus hipoglosus dapat disebabkan oleh kelainan di batang otak, kelainan pembuluh darah, tumor dan syringobulbia. Kelainan tersebut dapat menyebabkan gangguan proses pengolahan makanan dalam

mulut, gangguan menelan dan gangguan bicara (disartia) jalan nafas dapat terganggu apabila lidah tertarik ke belakang. Pada kerusakan nervus hipoglossus klien tidak dapat menjulurkan, menarik atau mengangkat lidahnya. Pada lesi unilateral lidah akan membelok ke arah sisi yang sakit saat di julurkan. Saat istirahat lidah membelok ke sisi yang sehat di dalam mulut.

11) Pemeriksaan penunjang

- a) Hasil rontgen kepala dan medula spinalis.
- b) *Electo Encephalogram*
- c) Pemeriksaan foto thorax : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.
- d) Lumbar fungsi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada peredaran yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017). Berikut diagnose keperawatan pada klien dengan stroke iskemik menurut (SDKI, 2017) :

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

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Penyebab :

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

- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom *sick sinus*
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolitik
- y) Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi *bypass*)

2) Ganggaun mobilitas fisik (D.0054)

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

Penyebab :

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

- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensori persepsi

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2. 2 Tanda dan Gejala Minor

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

3) Defisit perawatan diri (D.0109)

Definisi : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

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

Tabel 2.3 Tanda dan Gejala Mayor

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

2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Tabel 2.4 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	(tidak tersedia)

4) Gangguan eliminasi urine (D.0040)

Definisi : Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

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

Tabel 2.5 Tanda dan Gejala Mayor

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

-
- 4) Nokturia
 - 5) Enuresis
-

Tabel 2.6 Tanda dan Gejala Minor

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

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Definisi

Penyebab :

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

Tabel 2.7 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.8 Tanda dan Gejala Minor

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

6) Defisit Nutrisi (D.0019)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab :

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

Tabel 2.9 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.10 Tanda dan Gejala Minor

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

7) Gangguan Komunikasi Verbal

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

Penyebab :

- a) Penurunan sirkulasi serebral

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

Tabel 2.11 Tanda dan Gejala Mayor

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

Tabel 2.12 Tanda dan Gejala Minor

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1) Afasia 2) Disfasia 3) Apraksia 4) Disleksia 5) Disartria 6) Afonia 7) Dislalia 8) Pelo 9) Gagap 10) Tidak ada kontak mata 11) Sulit memahami komunikasi 12) Sulit mempertahankan komunikasi 13) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 15) Sulit menyusun kalimat 16) Verbalisasi tidak tepat

17) Sulit mengungkapkan kata-kata
18) Disorientasi orang, ruang, waktu
19) Defisit penglihatan
20) Delusi

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Walid, 2019). Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Pengelompokan seperti bagaimana, kapan, dimana, frekuensi, dan besarnya, menunjukkan isi dari aktivitas yang direncanakan. Intervensi keperawatan menurut (Tarwoto, 2013) :

Menurut Standar Intervensi Indonesia (2013), intervensi dari diagnose Stroke Iskemik diatas adalah : intervensi keperawatan menurut (SIKI, 2018) :

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

Kriteria hasil :

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

- h) Tekanan darah sistolik: membaik
- i) Tekanan darah diastolik: membaik
- j) Refleks saraf: membaik

Tabel 2. 1 Intervensi risiko perfusi serebral tidak efektif

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

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

Kriteria hasil:

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

Tabel 2. 2 Tabel Intervensi gangguan mobilitas fisik

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

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

Kriteria hasil:

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

Tabel 2. 3 Tabel rencana tindakan defisit perawatan diri

Rencana Tindakan	Rasional
Dukungan perawatan diri (I.11348)	Obsevasi
Observasi	1) Untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri klien
1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	2) Untuk mengetahui tingkat kemandirian klien
2) Monitor tingkat kemandirian	3) Untuk mengetahui kebutuhan
3) Identifikasi kebutuhan alat	

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

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

Kriteria hasil:

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

Tabel 2. 4 Tabel Intervensi Gangguan Eliminasi Urine

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

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

ketidakmampuan menghidu dan melihat (D.0085)

Kriteria hasil:

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

- c) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indra pengecap: menurun
- d) Distorsi sensori: menurun
- e) Menarik diri: menurun
- f) Melamun: menurun
- g) Respons sesuai stimulus: membaik
- h) Konsentrasi: membaik
- i) Orientasi: membaik

Tabel 2. 5 Tabel Intervensi Gangguan Persepsi Sensori

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

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

Kriteria hasil:

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

Tabel 2. 6 Tabel Intervensi Defisit Nutrisi

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

	Terapeutik
	1) Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan
	2) Karena status gizi seseorang menunjukkan seberapa besar kebutuhan fisiologis individu tersebut telah terpenuhi. Keseimbangan nutrisi antara yang masuk dan yang dibutuhkan untuk kesehatan optimal sangatlah penting.
	3) Untuk memenuhi kebutuhan protein yang hilang dan membantu meringankan kerja hepar dalam memproduksi protein
	Edukasi
	1) Meningkatkan rasa keterlibatannya, memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien
	Kolaborasi
	1) Sangat penting dan bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien dilakukan oleh tenaga profesional yang tepat.

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

Kriteria hasil:

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

Tabel 2. 7 Tabel Intervensi Gangguan Komunikasi Verbal

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

2.2.4 Implementasi Keperawatan

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

klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Sitanggang, 2018). Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen. yaitu kriteria hasil keefektifan tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Dalam melakukan tahap evaluasi keperawatan kita menggunakan SOAP (Subyektif Assessment, Planning).

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan serangkaian kegiatan dalam mencari kebenaran suatu studi penelitian, yang diawali dengan suatu pemikiran yang membentuk rumusan masalah sehingga menimbulkan hipotesis awal, dengan dibantu dan persepsi penelitian terdahulu, sehingga penelitian bisa diolah dan dianalisis yang akhirnya membentuk suatu kesimpulan (S.H, 2021). Pendekatan kualitatif mengindikasikan bahwa maksud kualitas adalah hal esensial terhadap sifat dasar suatu benda. Kualitas mengacu kepada apa, bagaimana, kapan, dan dimana sesuatu memiliki esensi. Sedangkan penelitian kualitatif adalah mengacu kepada makna, konsep, definisi, karakteristik, metapora, simbol dan pemaparan segala sesuatu. (Syahrums, 2022)

3.1 Desain Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti memilih penelitian dengan jenis penelitian Deskriptif yang merupakan penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Deskripsi peristiwa dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual daripada penyimpulan (Nursalam, 2016)

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

namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara rinci (Nursalam, 2015)

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah pada penelitian deskriptif kualitatif ini adalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke di RSUD Soedomo Trenggalek, dimana asuhan keperawatan tersebut meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Seseorang yang menderita stroke iskemik dapat dibuktikan dengan hasil CT Scan klien yang menunjukkan bahwa adanya sumbatan pada pembuluh darah otak. Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding bagian dalam pembuluh darah (arteri) menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan (Wardhana, 2011).

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini adalah klien dengan diagnosa Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke dengan kriteria klien kooperatif, klien sadar penuh mengalami kelemahan ekstremitas atas atau bawah atau keduanya. Klien yang membutuhkan perawatan minimal 3 hari kedepan di rumah sakit, klien MRS tanpa penyakit penyerta dan mampu berkomunikasi dengan baik yang bersedia memberikan informasi dengan jelas diperlukan dalam penelitian. Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini berjumlah satu orang.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi dilakukan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.4.2 Waktu Penelitian

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini dilakukan pada 18 Maret sampai 21 Maret 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Mengumpulkan Data

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa alat bantu, yaitu format pengkajian asuhan keperawatan, pengukuran dengan alat seperti stetoskop, tensi meter, hammer, penlight, termometer, midline, timbang berat badan. Metode pengumpulan menggunakan data primer dan data sekunder. Peneliti memperoleh data primer dari wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi), sedangkan data sekunder diperoleh dari pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status klien dari tenaga medis yang lain seperti hasil studi dokumentasi.

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data menurut (Suryono, 2013) , meliputi 4 tahap yaitu :

1) Tahap Persiapan

- a) Mengurus ijin penelitian dan meminta surat pengantar kepada Kaprodi D- III Keperawatan Trenggalek. Kemudian peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian yang ditujukan pada

Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek perihal ijin melaksanakan penelitian (studi kasus).

- b) Peneliti mendapat surat jawaban dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek, yang menyatakan tidak keberatan perihal ijin melaksanakan penelitian dan surat yang ditujukan kepada Kepala Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.
- c) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Kaprodi D III Keperawatan 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. Peneliti memberikan lembar inform consent dan lembar persetujuan menjadi responden kepada keluarga partisipan untuk dimintakan tanda tangan.

3) 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. Tahap pelaksanaan diakhiri dengan melakukan validasi hasil wawancara dan membuat kontrak berikutnya dengan partisipan

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa peneliti sudah berakhir dan mengucapkan terimakasih pada partisipan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2011).

3.6.1 Kepercayaan (*Credibility*)

Credibility bermakna kepercayaan terhadap data hasil penelitian yang disajikan oleh peneliti agar hasil penelitian yang dilakukan tidak meragukan sebagai karya ilmiah. Kredibilitas ini dapat dilihat dari

kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan klien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (clinical instructure), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Keteralihan (*Transferability*)

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 Kebergantungan (*Dependability*)

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

3.6.4 Kepastian (*Confirmability*)

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

melalui upaya validasi data klien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisis Data

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

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 Informed Consent

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

3.8.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

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

3.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

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

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 18 Maret 2025 sampai 21 Maret 2025. Penelitian dilakukan di RSUD dr. Soedomo trenggalek yaitu di ruang Unit Stroke. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang di khususkan untuk klien yang menderita stroke. Jumlah perawat di ruang Unit Stroke yaitu 15 orang dan 1 terapi wicara dengan kapasitas tempat tidur 17 bed. Di kelas VIP ada 2 ruang dengan masing masing ruang ada 2 bed, HCU 1 ruang dengan kapasitas 2 bed, kelas II ada 2 ruang dengan kapasitas 4 bed, kelas III ada 4 ruang dengan 9 bed. Terdapat ruangan khusus untuk fisioterapi.. Jumlah klien selama bulan Februari sampai bulan April berjumlah 135 orang

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4. 1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien
a) Nama	Ny.S
b) Jenis kelamin	Perempuan
c) Umur	64 tahun

d) Status perkawinan	Kawin
e) Pekerjaan	Mengurus Rumah Tangga
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	SMP
h) Alamat	RT 7 RW 3 Sukosari Trenggalek
i) Tanggal/jam MRS	18 Maret 2025/ 08.00 WIB
j) Tanggal/jam pengkajian	18 Maret 2025/13.00 WIB
k) Diagnosa Medis	CVA Infark

2). Riwayat penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit

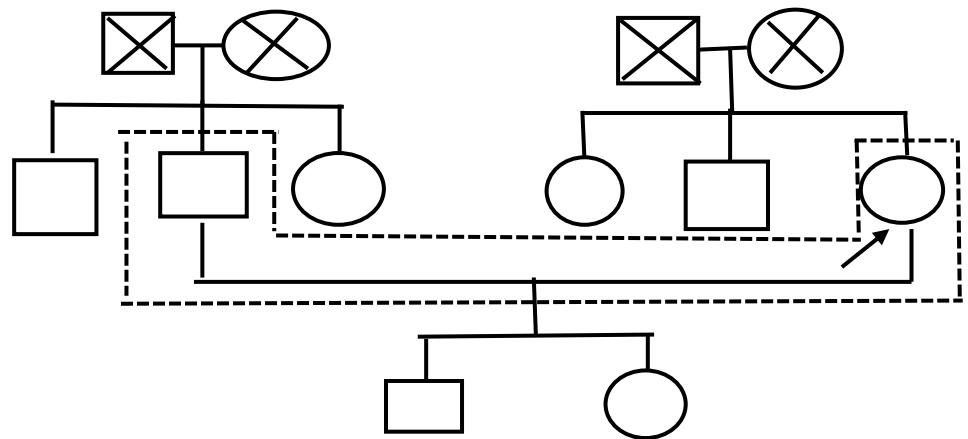
Riwayat Penyakit	Klien
Keluhan utama	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah Saat pengkajian : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga klien mengatakan setelah sahur pukul 04.15 WIB klien merasa pusing,tangan dan kaki sebelah kanan klien terasa lemah kemudian klien dibawa ke RS pada jam 08.00 WIB dengan keluhan pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah. Klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada jam 11.05 WIB. P : Klien mengatakan pusing saat digunakan untuk duduk Q : Klien mengatakan pusing cenut – cenut saat digunakan aktivitas R : Klien mengatakan pusing dibagian kepala sebelah kanan S : Klien mengatakan merasa pusing tetapi tidak sampai muntah T : Pusing hilang timbul
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan sejak terdiagnosis diabetes mellitus klien menjaga pola makan dengan mengurangi konsumsi makanan atau minuman yang mengandung gula berlebihan, Riwayat kontrol dan minum

obat tidak dilakukan pengkajian tetapi dalam hasil pemeriksaan gula darah puasa dan hasil laboratorium menunjukkan hasil normal.

Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang terkena stroke, tetapi ibu klien mempunyai Riwayat penyakit yang samayaitu diabetes mellitus

Genogram



Keterangan :

○ : Perempuan

□ : Laki-laki

✕ : Meninggal

----- : tinggal bersama

↗ : klien

3). Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4. 3 Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien
Makan	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x habis satu porsi pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Saat pengkajian klien sudah makan 1x habis $\frac{3}{4}$ porsi dengan komposisi nasi, lauk, sayur, buah dan diselingi snack seperti lempeng.
Minum	Di rumah : Klien mengatakan minum 6-7 gelas air putih setiap hari $\pm$ 1200 ml. Di RS : Saat pengkajian klien mengatakan sejak MRS sudah minum air putih sebanyak $\pm$ 600 ml.
BAK	Di rumah : Klien mengatakan BAK sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak MRS sampai pengkajian klien BAK 1x menggunakan pispot.
BAB	Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak klien MRS sampai pengkajian klien belum BAB
Istirahat tidur	Di rumah : Klien mengatakan pada siang tidur pukul 12.00-13.30 WIB. pada malam hari sekitar pukul 21.00 WIB sampai 05.00 WIB Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan. Klien hanya berbaring ditempat tidur

Kebersihan diri	Di rumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan klien hanya berganti pakaian saja
Aktivitas dan latihan	Di rumah : Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan Di RS : Keluarga klien mengatakan klien berbaring di tempat tidur, dan aktivitas sebagian dibantu keluarga.
Riwayat psikososial	1) Pola komunikasi Klien dapat berkomunikasi dengan baik, klien berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Jawa. 2) Konsep diri a) Gambaran diri Dengan kondisinya saat ini, Ny.S menerima keadaanya dan memiliki semangat yang tinggi untuk kesembuhannya. b) Ideal diri Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan segera pulang c) Harga diri Ny.S mengatakan tidak merasa malu dengan penyakitnya dan percaya pasti akan sembuh d) Peran Ny.S adalah seorang istri sekaligus ibu dari dua orang anak. e) Identitas diri Klien mengatakan ia bernama Ny.S, umur 64 tahun, tinggal di Sukosari Trenggalek.

4). Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien
Keadaan umum	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Terpasang selang infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Chloride 0,9% 14 tpm.
Tanda-tanda vital	TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99%
Kepala dan rambut	Bentuk kepala oval, persebaran rambut merata, rambut kotor, berwarna hitam terdapat sedikit uban, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan pada kepala.
Wajah	Wajah simetris, tidak ada nyeri tekan pada wajah
Mata	Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih., pupil isokor, lapang pandang jauh
Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, telinga berdenging
Leher	Tidak kaku kuduk Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.
Mulut	Mulut simetris kanan dan kiri. Mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih. Klien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan.
Pemeriksaan integumen	Kulit lembab, akral hangat, CRT < 2 detik warna kulit sawo matang, turgor < 2 detik
Pemeriksaan dada/thorax	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 20x/menit. Palpasi : Vocal premitus sama dilapang paru kanan dan kiri. Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan.
1).Pemeriksaan paru	
2). Jantung	Inspeksi : Ictus cordis tidak terlihat Palpasi : Ictus Cordis teraba di ICS 5 midclavícula. Perkusi : suara pekak Auskultasi : tidak terdapat bunyi

	jantung tambahan, irama regular
Pemeriksaan payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, aerola berwarna lebih gelap daripada areasekitarnya.
Pemeriksaan abdomen	Inspeksi: bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Auskultasi: bising usus 6x/menit Perkusi: suara perkusi tympani Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembesaran hepar
Pemeriksaan genitalia	Klien tidak terpasang selang kateter tidak mengalami inkontinesia.
Ekstremitas	Simetris kanan dan kiri, aktivitas dibantu keluarga, kekuatan otot
Reflek fisiologis	3 5
Reflek Patologis	3 5
	Reflek biceps (+), reflek triceps (+), reflek brachioradialis (+), reflek patella (+), Reflek Achilles (+) Babinski (+), Babinski (-) Chaddock (+), Chaddock (-)
Pemeriksaan neurologis	Kesadaran /GCS: Composmentis/ GCS 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Kemampuan sensorik: klien mampu merasakan sentuhan, panas, dingin, tajam, tumpul. Kemampuan motorik: klien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan. Nervus: 1) Nervus Olfaktorius Ny.S diminta untuk memejamkan mata dan mencium bau minyak kayu putih, klien dapat mengenali bau tersebut dengan baik. 2) Nervus Optikus Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat 3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya 4) Nervus Trochlearis Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah 5) Nervus Trigeminalis Klien mampu merasakan sentuhan 6) Nervus Abducens Klien mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri 7) Nervus Facialis Klien mampu untuk berekspresi (meringis, tersenyum) 8) Nervus Vestibulocochlearis Klien mampu mendengar dengan baik, klien mampu menjaga

	keseimbangan
9)	Nervus Glossofaringeus Klien mampu membedakan rasa makanan
10)	Nervus Vagus Klien mampu menelan ludah dan makanan
11)	Nervus Assesorius Klien hanya mampu menggerakkan bahu sebelah kiri
12)	Nervus Hipoglasus Klien mampu menjulurkan lidah dan mampumenariknya Kembali

5). Pemeriksaan Penunjang

a) Foto Rontgen Thorax PA/AP pada tanggal 18 Maret 2025

dengan hasil :

- (1) Cor : Kesan membesar, tampak elongasi aorta
- (2) Pulmo : tampak penebalan corakan vaskuler paru kanan kiri
- (3) Trachea di Tengah
- (4) Hemidiafragma kanan kiri tampak baik
- (5) Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam
- (6) Tulang tulang tampak baik
- (7) Soft tissue tampak baik

Kesan :

Pulmo congestif

Elongasi aorta

Cardiomegaly

b) EKG pada tanggal 18 Maret 2025 dengan hasil :

Normal sinus rhythm, Widespread ST-T abnormality is non specific

Vent rate 61 bpm

PR Interval 164 ms

QRS Duration 94 ms

QT/QTc Interval 424/426 ms

P/QRS/T Axes 91/17/60 deg

c) Darah Lengkap :

Tabel 4. 5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Rentang Nilai
18 Maret 2025	Hemoglobin	12.9	g/dL	12.5-16.0
	Hematokrit	38.2	%	37.0-47.0
	Lekosit	5.9	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-10.5
	Trombosit	202	$10^3/\mu\text{L}$	150-450
	Eritrosit	4.27	Juta/ μL	3.50-4.76
	MCV	89.3	fL	78.0-100.0
	MCH L	30.2	pg	31.0-37.0
	MCHC L	33.8	g/dL	37.0-54.0
	RDW-SD	40.5	fL	37.0-54.0
	RDW-CV	12.5	%	11.0-16.0
	PDW	15.7	fL	9.0-17.0
	MPV	9.6	fL	8.0-11.0
	Basofil#	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	<0.1
	Eosinofil#	0.3	$10^3/\mu\text{L}$	<0.7
	Neutrofil#	3.2	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-6.6
	Limfosit#	2.3	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-3.5
	Monosit#	0.2	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0
	Glukosa Darah	179	mg/dL	<180.0
	Ureum	28.1	mg/dl	15.0-45.0
	Creatinin H	1.5	mg/dl	0.6-1.1
	eGFR	38		
	SGOT	25.2	U/L	9.0-25.0
	HbA1c	6.6	%	<5.8 (Normal)
				5.8-6.9(Pre

				Diabetes)
				>6.9(Diabetes)
Profil Lipid				140-200
Kolestrol total	261.6	mg/dL		40-150
Trigliserida	256.0	mg/dL		High > 60
HDL Kolestrol	49.8			Low < 40
		mg/dL		Optimal < 100
LDL Kolestrol	113.7			
Fsal Ginjal				2.6-6.0
Asam Urat	6.2	mg/dL		

CT-Scan Kepala Multi Slices irisan Axial reformatted coronal dan sagittal tanpa kontas thickness 1 pada tanggal 18 Maret 2025 dengan kesimpulan :

- (1) Sub acute – chronic ischemic cerebral infracton di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons
- (2) Atherosklerosis MCA bilateral
- (3) Rhinosiusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral

6). Penatalaksanaan Terapi

Tabel 4. 6 Penatalaksanaan Terapi

Tanggal	Terapi
18 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14tpm - Injeksi Santagesik 3x500mg - Injeksi Ranitidine 2x25mg - Injeksi Citicolin 2x500 mg
19 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14tpm - Injeksi Santagesik 2x500mg - Injeksi Citicolin 2x500 mg
20 Maret 2025	- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm - Injeksi Citicolin 2x500 mg

21 Maret 2025

- Infus Nacl 0,9% 500 ml/24 jam 14 tpm
 Injeksi Citicolin 2x500 mg

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 7 Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS : - Klien mengatakan merasa pusing - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sebelah kanan terasa lemah DO : - Ku : Lemah - Tingkat Kesadaran : Composmentis - GCS : E4,V5,M6 - CRT : <2detik - Warna kulit pucat - Tanda Tanda Vital - TD : 181/87 mmHg - N : 61x/menit - RR : 20x/menit - S : 36°C - SPO2 : 99% - Terdapat gangguan pada nervus XI (asesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infraction di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons - Atherosklerosis MCA bilateral - Rhinosiusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral - Foto Thorax PA/AP : pulmo congestif,elongasi aorta, cardiomegaly - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm - Widespread ST-T abnormality is non specific	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif	Hipertensi
2	DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah - Keluarga mengatakan klien dibantu keluarga dalam BAB/BAK menggunakan pispot - Keluarga mengatakan klien	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot

berbaring ditempat tidur dan aktivitas sehari-hari Sebagian dibantu keluarga

DO :

- a. Tangan dan kaki sebelah kanan Lemah
 - b. Kekuatan otot

3	5
3	5
 - c. Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan
-

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 8 Diagnosa Keperawatan

NO. DX	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	18 Maret 2025	Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dibuktikan dengan : DS : - Klien mengatakan merasa pusing - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sebelah kanan terasa lemah DO : - Ku : Lemah - Tingkat Kesadaran : Composmentis - GCS : E4,V5,M6 - CRT : <2detik - Warna kulit pucat - Tanda Tanda Vital TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99% - Terdapat gangguan pada nervus XI (asesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan 1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute-chronic ischemic cerebral infraction di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons Atherosklerosis MCA bilateral Rhinosiusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral - Foto Thorax PA/AP : pulmo congestif,elongasi aorta, cardiomegaly - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm Widespread ST-T abnormalitynon specific		

-
2. 18 Maret 2025 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :
- DS :**
- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah
 - Keluarga mengatakan klien dibantu keluarga dalam BAB/BAK menggunakan pispot
 - Keluarga mengatakan klien berbaring ditempat tidur dan aktivitas sehari hari Sebagian dibantu keluarga
- DO :**
- Tangan dan kaki sebelah kanan tampak lemah
 - Kekuatan otot

3	5
3	5
 - Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan
-

4.1.5 Intervensi

Tabel 4. 9 Tabel Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria// Hasil	Rencana Tindakan	Rasionalisasi
1.	18-03-2025	Resiko perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam maka perfusi jaringan otak dapat tercapai secara normal dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran: meningkat 2. Kognitif: meningkat 3. Sakit kepala: menurun 4. Gelisah: menurun 5. Kecemasan: menurun 6. Tekanan arteri rata-rata: membaik 7. Tekanan intrakranial: membaik 8. Tekanan darah sistolik: membaik 9. Tekanan darah diastolik: membaik 10. Refleks saraf: membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor penurunan frekuensi jantung 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang	Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2. Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3. Untuk mengetahui penurunan frekuensi jantung klien 4. Untuk mengetahui penurunan tingkat kesadaran klien Terapeutik 5. Agar klien jauh lebih nyaman 6. Untuk memberikan posisi nyaman bagi klien dan agar sesak klien berkurang 7. Agar tekanan intrakranial tidak semakin parah Kolaborasi 8. Untuk mencegah atau mengatasi kejang 9. Untuk membuang kelebihan garam dan air

				Kolaborasi	dari dalam tubuh melalui urine
				8. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan	10. Untuk memudahkan klien dalam BAB
				9. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis	
				10. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	
2.	18-03-2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam maka klien mampu meningkatkan aktivitas fisik pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas: meningkat 2. Kekuatan otot: meningkat 3. Rentang gerak (ROM): meningkat 4. Kelemahan fisik: menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Monitor kondisi kulit 2. Monitor komplikasi tirah baring Terapeutik 3. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) 4. Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot Edukasi 5. Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam	Observasi 1. Untuk mengetahui kondisi kulit klien 2. Untuk mencegah terjadinya komplikasi tirah baring Terapeutik 3. Agar tidak terjadi tekanan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan 4. Untuk mengetahui kekuatan otot klien Edukasi 5. Agar klien mengetahui prosedur latihan gerak ROM pasif 6. Agar keluarga dapat membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif Kolaborasi 1) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

meningkatkan pergerakan
ROM pasif

Kolaborasi

7. Kolaborasi dengan ahli
fisioterapi untuk latihan fisik
klien
-

4.1.6 Implementasi

Tabel 4. 10 Pelaksanaan

NO.	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN/ IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN
1	18/03/2025	Resiko perfusi jaringan Serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dibuktikan dengan :	1. Melakukan BHSP 2. Mengobservasi TTV TD : 157/84 mmHg N : 54x/menit RR : 20x/menit S : 36,4°C SPO2 : 97%	
	13.00	DS :		
	13.05	- Klien mengatakan merasa pusing		
	16.00	- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sebelah kanan terasa lemah	3. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat Injeksi santagesik 3x500mg Injeksi ranitidine 2x25mg Injeksi citicoline 2x500Mg	
		DO :		
		- Ku : Lemah		
		- Tingkat Kesadaran : Composmentis		
		- GCS : E4,V5,M6		
	18.00	- CRT : <2detik		
		- Warna kulit pucat	4. Mengatur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam	
		- Tanda Tanda Vital TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99%	5. Memantau tingkat kesadaran 6. Mempertahanan klien untuk bedrest	
	18.05			
	19.00			
	19.15	- Terdapat gangguan pada nervus XI (asesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan	7. Memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman klien dengan memasang pagar tempat tidur.	
	19.30	1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infraction di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons Atherosklerosis MCA bilateral Rhinosiusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral - Foto Thorax PA/AP : pulmo congestif,elongasi aorta, cardiomegaly - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm Widespread ST-T abnormality is non specific	8. Mengajari klien untuk tidak mengejan saat buang air besar	

2	18/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1. BHSP 2. Mengobservasi TTV TD : 157/84 mmHg N : 54x/menit RR : 20x/menit S : 36,4°C SPO2 : 97%
	15.00	dibuktikan dengan :	
	15.05	DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah	
	15.10		
	16.00	- Keluarga mengatakan klien dibantu keluarga dalam BAB/BAK menggunakan pispot	3. Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot :
	17.00		$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$
	19.00	- Keluarga mengatakan klien berbaring ditempat tidur dan aktivitas sehari hari Sebagian	4. Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan, seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan
	19.10	dibantu keluarga	
		DO :	
		- Tangan dan kaki sebelah kanan tampak lemah	
		- Kekuatan otot	5. Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif
		$\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$	
		- Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klie tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan	6. Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali 7. Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4. 11 Evaluasi

NO. DX	TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
D.0017	18/03/2025 20.00	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan: DS : - Klien mengatakan merasa pusing - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sebelah kanan terasa lemah DO : - Ku : Lemah - Tingkat Kesadaran : Composmentis - GCS : E4,V5,M6 - CRT : <2detik - Warna kulit pucat - Tanda Tanda Vital TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99% - Terdapat gangguan pada nervus XI (asesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan 1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infraction di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons Atherosklerosis MCA bilateral Rhinosiusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral - Foto Thorax PA/AP : pulmo congestif,elongasi aorta, cardiomegaly - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm Widespread ST-T abnormality is non specific	S : - Klien mengatakan masih merasa pusing - Keluarga mengatakan memahami dan melaksanakan terkait edukasi yang telah diberikan seperti mengatur posisi tidur 30°, bedrest dan tidak mengejan saat BAB - Keluarga mengatakan memahami untuk selalu memberikan lingkungan yang nyaman untuk pasien dan memasang pagar pengaman O : - Ku lemah - Tingkat Kesadaran Composmentis, GCS : 4,5,6 - Klien tampak tenang tidak gelisah atau cemas - Klien berbaring/bedrest ditempat tidur - Klien mengalami kelemahan fungsi ekstremitas kanan - TTV TD: 153/87 mmHg Nadi : 85x/menit Suhu :36,2°C RR: 20x/menit SPO2 : 99% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

D.0054	18/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : kanan terasa lemah	S :
20.00		DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah - Keluarga mengatakan klien dibantu keluarga dalam BAB/BAK menggunakan pispot - Keluarga mengatakan klien berbaring ditempat tidur dan aktivitas sehari hari Sebagian dibantu keluarga	- Klien mengatakan kaki dan tangan sebelah kanan terasa lemah - Keluarga mengatakan memahami terkait Latihan rom pasif maupun aktif kepada pasien seperti yang telah dicontohkan - Keluarga memahami dan melaksanakan terkait edukasi yang diberikan terkait mika miki tiap 2 jam sekali
		DO : - Tangan dan kaki tampak lemah - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ - Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan	O : - Klien dibantu keluarga tampak mampu melakukan Gerakan ROM aktif di ekstremitas kiri seperti yang telah dicontohkan - Keluarga tampak mampu melakukan Gerakan ROM pasif di ekstremitas kanan pasien - Klien hanya mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan kurang dari 2 detik - Tangan dan kaki tampak lemah - Kekuatan otot 3,5,3,5 - Gerakan terbatas pada bagian bahu sebelah kanan - ADL dibantu keluarga seperti Mandi disibin, Ganti pakaian, Makan
			A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

4.1.8 Catatan perkembangan

Tabel 4. 12 Catatan Perkembangan

TANGGAL/ JAM	DIAGNOSA KEP.	IMPLEMENTASI	EVALUASI (S O A P)
19/03/2025	Resiko perfusi jaringan tidak efektif b/d hipertensi dibuktikan dengan :	1) Mengobservasi TTV TTV : TD :170/105 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%	S : - Klien mengatakan masih sedikit pusing
08.00			
09.15	DS :		O :
09.30	- Klien mengatakan merasa pusing		- Klien tampak nyaman dengan posisi tidur 30°
10.00	- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sebelah kanan terasa lemah	2) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat	- Tampak terpasang pagar tempat tidur
11.00		- Injeksi citicoline 2x500Mg	- Ku lemah
12.00	DO :	- Injeksi santagesik2x500mg	- Tingkat Kesadaran Composmentis
	- Ku : Lemah	3) Mengatur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk (fleksi) selama 2 jam	- CRT : <2detik
	- Tingkat Kesadaran : Composmentis	4) Memantau tingkat kesadaran	- Klien tampak tenang tidak gelisah atau cemas
	- GCS : E4,V5,M6	5) Mempertahanan klien untuk bedrest	- Klien mengalami kelemahan fungsi ekstremitas kanan
	- CRT : <2detik	6) Memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman klien dengan memasang pagar tempat tidur.	- TTV : TD :170/105 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,3°C RR20x/menit SPO2 : 99%
	- Warna kulit pucat	7) Mengajari klien untuk tidak mengejan saat buang air besar	A : Masalah teratasi sebagian
	- Tanda Tanda Vital TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99%		P : Lanjutkan intervensi no 2,4,5,6
	- Terdapat gangguan pada nervus XI (asesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan		
	1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infraction di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons Atherosklerosis MCA bilateral Rhinosiusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral		
	- Foto Thorax PA/AP : pulmo		

congestif,elongasi aorta, cardiomegaly - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm Widespread ST- T abnormality is non specific		
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : DS : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah - Keluarga mengatakan klien dibantu keluarga dalam BAB/BAK menggunakan pispot - Keluarga mengatakan klien berbaring ditempat tidur dan aktivitas sehari hari Sebagian dibantu keluarga DO : - Tangan dan kaki kanan tampak lemah - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ - Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan	1) Mengobservasi TTV TTV : TD :170/105 mmHg Nadi 82x/menit Suhu : 36,3°C RR : 20x/menit SPO2 : 99% 2) Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot : $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ 3) Mengajarkan klien untuk melakukan Gerakan ROM aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan,seperti menekuk tangan dan kaki, menggemang tangan 4) Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif 5) Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali 6) Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan lemah berkurang - Keluarga mengatakan sudah melakukan Teknik mika miki yang telah diajarkan O : - Klien dibantu keluarga tampak mampu melakukan Gerakan ROM pasif pada ekstremitas kanan - Klien dibantu keluarga tampak mampu melakukan Gerakan ROM aktif pada ekstremitas kiri - Tangan dan kaki kanan tampak lemah berkurang - Klien hanya mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan kurang dari 2 detik - Kekuatan otot 3,5,3,5 - Gerakan terbatas bahu kanan belum bisa digerakan sebelah kanan - ADL sebagian dibantu keluarga - TTV : TD :170/105 mmHg Nadi 82x/menit Suhu : 36,3°C RR20x/menit SPO2 : 99%

			A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi no 1,2,3,4,7
20/03/2025	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif bd hipertensi dibuktikan dengan :	1. Mengobservasi TTV TTV TD : 141/100 mmHg Nadi : 77x/menit Suhu : 36,9°C RR : 20x/menit SPO2 : 97% 2. Mengatur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam 3. Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat Injeksi citicoline 2x500Mg 4. Memantau tingkat kesadaran 5. Mempertahankan klien untuk bedrest 6. Memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman klien dengan memasang pagar tempat tidur.	S : - Klien mengatakan pusing berkurang O : - Klien tampak nyaman tidur dengan posisi 30° - Tampak terpasang pagar tempat tidur - Ku cukup - Tingkat Kesadaran Composmentis GCS E4,V5,M6 - CRT < 2 Detik - Klien tampak tenang tidak gelisah atau cemas - Klien mengalami kelemahan fungsi ekstremitas kanan - TTV TD : 141/100 mmHg Nadi 89x/menit Suhu 36,9°C RR : 20x/menit SPO2 : 97% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no 2,4,5,6
08.00			
08.05			
09.00	DS : - Klien mengatakan merasa pusing		
09.10	- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sebelah kanan terasa lemah		
10.00			
11.00	DO : - Ku : Lemah - Tingkat Kesadaran : Composmentis - GCS : E4,V5,M6 - CRT : <2detik - Warna kulit pucat - Tanda Tanda Vital TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99% - Terdapat gangguan pada nervus XI (asesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan -		
12.00	1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infraction di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons Atherosklerosis MCA bilateral Rhinosinusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral - Foto Thorax PA/AP : pulmo		

	congestif,elongasi aorta, cardiomegaly - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm Widespread ST - T abnormality is non specific		
20/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan :	1). Mengobservasi TTV TTV : TD : 170/90 mmHg Nadi 89x/menit Suhu 36,5°C RR : 23x/menit SPO2 : 98%	S : Klien mengatakan tangan dan kaki lemah berkurang
08.00			
09.15	DS :		
09.30	- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah	2). Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot. Kekuatan otot :	O :
10.00	- Keluarga mengatakan klien dibantu keluarga dalam BAB/BAK	$\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ 4 & 5 \end{array}$	- Klien dan keluarga tampak sudah terbiasa dengan melakukan
11.00	menggunakan pispot		Gerakan ROM
12.00	- Keluarga mengatakan klien berbaring ditempat tidur dan aktivitas sehari hari Sebagian dibantu keluarga	3).Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada <i>ekstremitas</i> kanan yang mengalami kelemahan,seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan	- Klien mampu melakukan Gerak ROM aktif pada ekstremitas sebelah kanan
	DO :	4). Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif	- Klien mampu melakukan Gerak ROM aktif pada ekstremitas sebelah kiri
	1) Tangan dan kaki kanan	5). Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali	- Klien tampak mampu melakukan duduk dan tidak pusing
	tampak lemah	6).Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk Latihan duduk	- Klien lawan tahanan mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan tetapi tidak mampu melawan tahanan
	2) Kekuatan otot		- Tangan dan kaki sudah bisa digerakkan sedikit
	$\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ 3 & 5 \end{array}$		- ADL sebagian dibantu
	3) Terjadi gangguan pada		Keluarga
	nervus XI (Assesorius)		- Kekuatan otot 4,5,4,5
	klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan		A : Masalah teratasi sebagian
			P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4,7

21/03/2025	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif bd hipeetensi dibuktikan dengan :	1) Mengobservasi TTV TTV TD : 135/86 mmHg Nadi : 72x/menit Suhu :36,2°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%	S : - Klien mengatakan sudah tidak pusing - Klien mengatakan memahami terkait edukasi yang telah diajarkan dan akan dilakukan saat dirumah
08.00			
08.05	DS : - Klien mengatakan merasa pusing	2) Atur posisi tidur 30 – 45° dengan posisi leher tidak menekuk fleksi selama 2 jam	
09.00	- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan sebelah kanan terasa lemah	3) Berkolaborasi dengan dokter untuk pemerian obat	O : - Ku cukup - Tingkat Kesadaran Composmentis GCS E4,V5,M6
09.10		Injeksi citicoline 2x500Mg	- CRT < 2 Detik
10.00		4) Memantau tingkat kesadaran	- Klien tampak tenang tidak gelisah atau cemas
11.00	DO : - Ku : Lemah	5) Mempertahanan klien untuk bedrest	- Klien berbaring/bedrest ditempat tidur
12.00	- Tingkat Kesadaran : Composmentis - GCS : E4,V5,M6 - CRT : <2detik - Warna kulit pucat - Tanda Tanda Vital TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99%	6) Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman klien dengan memasang pagar tempat tidur. 7) Ajari klien untuk tidak mngejan saat buang air besar	- Klien mengalami kelemahan fungsi ekstremitas kanan
	- Terdapat gangguan pada nervus XI (asesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan		TTV TD : 135/86 mmHg Nadi 72x/menit Suhu 36,2°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%
	1) Pemeriksaan penunjang : - CT-Scan dengan bacaan : Sub acute – chronic ischemic cerebral infraction di corona radiata et basal ganglia et capsula interna bilateral dan pons Atherosklerosis MCA bilateral Rhinosiusitis maxilaris et ethmoidalis bilateral disertai choncha bullosa medius bilateral - Foto Thorax PA/AP : pulmo congestif,elongasi aorta, cardiomegaly - EKG dengan bacaan : Normal sinus rhythm		A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, klien KRS

	Widespread Tabnormality specific	is	ST- non	
21/03/2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan : DS		1). Mengobservasi TTV TTV : TD : 135/86 mmHg Nadi 72x/menit Suhu 36,2°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%	S : - Klien mengatakan tangan dan kaki lemah berkurang - Klien dan keluarga menerima edukasi terkait Gerak ROM pasif dan aktif yang telah diajarkan dan akan dilakukan saat dirumah
08.00	- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah		2). Mengkaji kemampuan motorik dan memeriksa kekuatan otot.	
09.15	- Keluarga mengatakan klien dibantu keluarga dalam BAB/BAK menggunakan pispot			O : - tangan dan kaki sudah bisa digerakkan sedikit - gerakan terbatas bahu
09.30	- Keluarga mengatakan klien berbaring ditempat tidur dan aktivitas sehari hari		Kekuatan otot : $\begin{array}{r l} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$	sudah mulai bisa digerakkan sedikit
10.00	Sebagian dibantu keluarga		3).Mengajarkan klien untuk melakukan gerak aktif dan pasif pada ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan,seperti menekuk tangan dan kaki, menggengam tangan	- Klien mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan tetapi tidak mampu melawan tahanan
11.00	DO : 1) Tangan dan kaki kanan tampak lemah 2) Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$		4). Memantau kemampuan klien melakukan gerak aktif	- ADL sebagian dibantu Keluarga - Kekuatan otot 4,5,4,5
12.00	3) Terjadi gangguan pada nervus XI (Assesorius) klien tidak dapat menggerakkan bahu sebelah kanan		5). Mengubah posisi sendi (miring kanan dan kiri) tiap 2 jam sekali) 6).Memotivasi keluarga untuk ikut dalam terapi gerak pasif	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi diberhentikan klien KRS

4.1.Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 13 Tabel Analisis Kualitatif

No	ANALISIS		
	Teori	Fakta	Kesenjangan
1	Identitas klien Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agam, suku bangsa, tanggal dan jammasuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis	Nama : Ny. S, umur : 64 tahun, jenis kelamin Perempuan, pendidikan : SMP, agama : Islam, alamat : RT.07/Rw.03, Sukosari, Trenggalek.	Tidak terdapat Kesenjangan
2	Keluhan utama Biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan kelemahan anggota gerak satu sisi tubuh, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.	Saat MRS : klien mengatakan merasa pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas Saat pengkajian : klien mengatakan pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas	Tidak terdapat Kesenjangan
3	Riwayat penyakit sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh klien, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi kepala nyeri, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak lain. (Tarwoto, 2013),.	Keluarga klien mengatakan setelah sahur pukul 04.15 WIB klien merasa pusing,tangan dan kaki sebelah kanan klien terasa lemah kemudian klien dibawa ke RS pada jam 08.00 WIB dengan keluhan pusing, tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemah. Klien dipindahkan ke ruang Unit Stroke pada jam 11.05 WIB. P : Klien mengatakan pusing saat digunakan untuk duduk\ Q : Klien mengatakan pusing cenut – cenut R : Klien mengatakan pusing dibagian kepala sebelah kanan S : Pusing terasa seperti berputar – putar T : Pusing hilang timbul	Tidak terdapat Kesenjangan
4	Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat penyakit hipertensi.penyakit jantung, diabetes mellitus dengan kontrasepsi penggunaan obat- obatan, kegemukan (Muttaqin, 2008)	Keluarga klien mengatakan klien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus sejak 5 tahun yang lalu. Klien mengatakan sejak terdiagnosis diabetess mellitus klien menjaga pola makan dengan mengurangi konsumsi makanan	Tidak terdapat Kesenjangan

		atau minuman yang mengandung gula berlebihan, klien mengatakan rajin mengkonsumsi obat diabetes rutin dan control satu bulan sekali di puskesmas aktivitas sehari hari klien mengurus rumah tangga dan jarang olahraga	
5	Riwayat penyakit keluarga Biasanya ada riwayat keluarga menderita ataupun diabetes mellitus. (Tarwoto, 2013)	Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga lainnya yang terkena stroke seperti klien tetapi ibu klien mempunyai Riwayat penyakit yang sama yaitu diabetes mellitus	Tidak terdapat Kesenjangan
6	Pengkajian psikososiospiritual Tingkat kesadaran Tingkat kesadaran klien, dan koma. merupakan indikator pertama status neurologis klien. Berdasarkan tingkat kesadaran terdiri dari composmentis, apatis, latergi, delirium, samnolen dan nilai GCS 4-5-6 dengan memperhatikan respon membuka mata (1-4), respon verbal (1-5), respon motorik (1-6) . Pola interaksi dan komunikasi Biasanya klien tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena gangguan <i>disatria</i> (pelo, cedal), <i>disfonia</i> (serak, bindeng), <i>afasia</i> (gangguan berbahasa), <i>aleksia</i> (kehilangan kemampuan membaca sebelumnya). Orientasi Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, aktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hari apa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang? Memori Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan klien mengulangnya. Tes memori jangka pendek berupa verbal dan visual. Memori jangka panjang menanyakan data pribadi klien. Suasana hati (mood) Mengkaji suasana hati dengan dilihat dari ekspresi wajah dan perilaku klien mestinya sedih, datar atau sealknya.	Tingkat kesadaran composmentis Mampu menjawab pertanyaan dari perawat tanpa ada gangguan berbicara cedal/pelo Mampu mengingat namanya Ny. S, mampu mengingat dimana sekarang dan hari apa. Di rumah : Mampu menyebutkan nama klien Ny.S, umur 64 tahun, alamat Sukosari trenggalek Ny.S, mampu tersenyum dan tertawa ketika diajak bercanda	Tidak terdapat Kesenjangan Terdapat Kesenjangan Tidak terdapat Kesenjangan Tidak terdapat Kesenjangan

7	Pola aktivitas sehari-hari Aktivitas dan istirahat Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot). Tanda : gangguan tonus otot, parilitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran	Di rumah : Klien mengatakan dirumah klien dapat beraktivitas tanpa bantuan Di RS : Keluarga klien mengatakan klien berbaring di tempat tidur,dan aktivitas sebagian dibantu keluarga.	Tidak terdapat Kesenjangan
8	Pola eliminasi Gejala : adanya perubahan pola berkemih. Tanda : bising usus negatif, distensi abdomen dan kandung kemih..	Di rumah : Klien mengatakan pipis sehari 4-5x, berwarna kuning jernih, berbau khas. Di RS : Keluarga klien mengatakan klien BAK menggunakan pispot Di rumah : Klien mengatakan BAB sehari sekali pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, dan berbau khas. Di RS : Saat pengkajian Keluarga klien mengatakan BAK 1x menggunakan pispot.	Tidak terdapat kesenjangan
9	Pola Istirahat dan Tidur Biasanya klien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot / nyeri otot (Tarwoto, 2013)	Di rumah : Klien mengatakan pada siang tidur ukul 12.00-13.30 WIB. pada malam hari sekitarpukul 21.00 WIB sampai 05.00 WIB Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan. Klien hanya berbaring ditempat tidur	Tidak terdapat kesenjangan
9	Pola makan Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia. Tanda : kesulitan menelan dan obesitas.	Di rumah : Klien mengatakan makan sehari 3x sehari habis satu porsi pada pagi, sore, malam dengan komposisi nasi, lauk, sayur. Di RS : Saat pengkajian klien sudah makan 1x habis $\frac{3}{4}$ porsi dengan komposisi nasi,lauk,sayur, buah dan diselingi snack seperti lemper.	Terdapat kesenjangan
10	Personal hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan	Di rumah : Klien mengatakan setiap hari mandi 2x pada pagi dan sore	Tidak terdapat kesenjangan

	mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilan dan oral hygiene.	hari. Mencuci rambut 3 hari sekali dan memotong kuku ketika panjang. Di RS : Keluarga klien mengatakan sejak masuk ruangan klien hanya berganti pakaian saja	
12	Keadaan umum Pada penderita stroke umumnya mengalami tingkat kesadaran seperti samnolen (mengantuk namun dapat disadarkan saat mendapat rangsangan), apatis (klien acuh tak acuh terhadap lingkungan), sopor (klien mengantuk yang dalam), sopor coma hingga coma (penurunan kesadaran) dengan GCS < 12 pada awal serangan stroke. Sedangkan pada saat masa pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos mentis dengan GCS 13-15.	Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis, GCS 15 4 (Eye), 5 (Verbal), 6 (Motorik). Terpasang selang infus pada tangan kiri dengan cairan infus Natrium Cloride 0,9% 14 tpm.	Tidak terdapat kesenjangan
13	Tanda-tanda vital Pada klien dengan stroke yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan tekanan darah kurang lebih 180/80 mmHg, nadi normal, suhu dalam batas normal. Perubahan tekanan darah akibat stroke akan kembali stabil dalam 2-3 hari pertama.	TD : 181/87 mmHg N : 61x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 99%	Tidak terdapat kesenjangan
14	.Pemeriksaan kepala dan wajah Kepala Inspeksi : bagaimana penyebaran rambut, kebersihan kepala, benjolan abnormal, dan hematoma yang dapat diindikasikan adanya trauma kepala. Palpasi : nyeri tekan juga bsa diindikasikan pada tekanan intrakranial (Nursalam, 2009). Wajah Inspeksi : terdapat hemiparesis/hemiplegia, wajah mencong ke arah salah satu sisi, wajah pucat. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada wajah Telinga Inspeksi : teliga sejajar antara kanan dan kiri, kebersihan telinga, telinga terdengar berdenging Mata	Bentuk kepala oval, ptenyebaran rambut merata, rambut kotor, tidak ada benjolan , tidak ada nyeri tekan pada kepala Wajah tidak melencong, wajah pucat, tidak adanyeri tekan pada wajah Telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, terdengar berdenging Simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, lapang pandang jauh	Tidak terdapat kesenjangan Terdapat kesenjangan Tidak terdapat kesenjangan

	Inspeksi : konjungtiva pucat akibat kurangnya suplai darah ke jaringan yang diakibatkan kerja jantung yang menurun sekunder terhadap penurunan kesadaran, pupil anisokor dapat ditemukan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran, penglihatan dan lapang pandang kurang pada sisi yang sakit yang diakibatkan gangguan saraf ke III, IV, VI sehingga terjadi paralisis pada sisi otot okularis yang sakit (Tarwoto, 2013). Mulut dan faring Inspeksi : mulut mencong ke salah satu wajah dan penurunan koordinasi gerakan mengunyah akibat paralisis saraf Trigemini (Saraf V), gangguan saraf IX dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen. Kebersihan rongga mulut dan gigi terganggu karena kelemahan fisik yang mengakibatkan klien kesulitan dalam membersihkan secara mandiri, distonia, afasia (Nursalam, 2009). Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.	Mulut simetris kanan dan kiri. Mukosa bibir lembab, tidak terdapat sianosis, keadaan mulut dan lidah bersih. Klien dapat mengunyah dan menelan tanpa gangguan.	Tidak terdapat kesenjangan Terdapat kesenjangan
15	Pemeriksaan leher Kaku kuduk jarang terjadi (Sinta, 2011) Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak terdapat vena jugularis, tidak terdapat kelenjar tiroid	Tidak kaku kuduk, Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, trakea tepat ditengah, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.	Tidak terdapat kesenjangan
16	Pemeriksaan dada/thorax Inspeksi : simetris antara kiri dan kanan. Palpasi : vokal kremitus antara kiri dan kanan sama. Perkusi : suara sonor. Auskultasi : biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing	Inspeksi : bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, RR 24x/menit, tidak terdapat pulsasi. Palpasi : tidak teraba nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan Perkusi : suara paru sonor Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan	Terdapat kesenjangan
17	Pemeriksaan abdomen Inspeksi : perut datar Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan. Auskultasi : terdapat penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama. Perkusi : suara tympani dan hipertimpani	Inspeksi: bentuk abdomen datar, tidak terdapat benjolan Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan Auskultasi: terdapat penurunan peristaltik Perkusi : suara perkusi tympani	Tidak terdapat kesenjangan

18	Pemeriksaan integumen Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor akan jelek. Selain itu perlu juga dikaji adanya tanda- tanda ecubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke harus bedrest selama 2-3 minggu	Kulit tampak pucat, akral hangat, CRT $\geq$ 3Detik Tidak terdapat decubitus	Tidak terdapat kesenjangan
19	Pemeriksaan ekstremitas didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi karena lesi pada otak berlawanan. hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain	Simetris keluarga, kiri aktivitas dibantu kanan dan kekuatan otot 3 5 —+— 3 5	Tidak terdapat kesenjangan
20	Pemeriksaan genetalia dan anus Terkadang klien mengalami inkontinensia urin.	Tidak mengalami inkontinensia	Terdapat kesenjangan
21	Pemeriksaan neurologi Nervus I (Olfaktorius) : terdapat masalah pada saraf sensoripenciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda. Nervus II (Optikus) : gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6. Nervus III (Okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata. Nervus IV (Troclearis) : klien dapat mengikuti arah tanganperawat ke atas dan ke bawah.	1). Nervus Olfaktorius Klien disuruh menutup mata dan diberikan bau bauanyak kayu putih, dan klien dapat mengenali bau tersebut 2) Nervus Optikus Klien mampu membuka mata secara spontan dan mampu melihat 3) Nervus Okulomotorius Pupil mampu mengecil saat terkena cahaya 4) Nervus Troclearis Klien mampu menggerakkan bola mata keatas dan ke bawah	Tidak terdapat kesenjangan

Nervus V (Trigeminus) : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutupkelompok mata.	5) Nervus Trigeminus Klien mampu merasakan sentuhan
Nervus VI (Abdusen) : klien dapat mengikuti tangan perawat	6) Nervus Abdusen Klien mampu mengikuti pandangan tangan perawat
Nervus VII (Fasialis) : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.	7) Nervus Facialis Klien mampu untuk berekspresi (meringis,tersenyum)
Nervus VIII (Vestibulococlearis) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.	8) Nervus Vestibulococlearis Klien mampu mendengar dengan baik,klien tidak mampu menjaga keseimbangan
Nervus IX (Glosofaringeus) : ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.	9) Nervus Glosofaringeus Klien mampu membedakan rasa makanan
Nervus X (Vagus) : kemampuan klien tidak baik,kesukaran membuka mulut.	10)Nervus Vagus Klien mampu menelan ludah dan makanan
Nervus XI (Asesorius) : klien stroke tidak dapatmelawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	11)Nervus Assesorius Klien hanya mampu menggerakkan bahu sebelah kiri
Nervus XII (Hipoglosus) : klien dapat menjulurkan lidahdan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi kurang jelas saat bicara.	12)Nervus Hipoglasus Klien mampu menjulurkan lidah dan mampu menariknya Kembali
DIAGNOSA KEPERAWATAN	
1) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan denganinfark serebral	1) Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif Tidak Terdapat kesenjangan
2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
3) Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan	

penurunan sirkulasi serebral , gangguan neuromuskuler 4) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler 5) Gangguan eliminasi urine (inkontinensia fungsional) berhubungan dengan menurunnya sensasi, disfungsi kognitif, kerusakan komunikasi 6) Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, transmisi, integrasi, stress psikologik 7) Resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kelemahan otot mengunyah, menelan		
INTERVENSI		
Intervensi : sesuai dengan apa yang disusun berdasarkan teori Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan infark serebral a) Tingkat kesadaran: meningkat b) Kognitif: meningkat c) Sakit kepala: menurun d) Gelisah: menurun e) Kecemasan: menurun f) Tekanan arteri rata-rata: membaik g) Tekanan intrakranial: membaik h) Tekanan darah sistolik: membaik i) Tekanan darah diastolik: membaik j) Refleks saraf: membaik	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) 2) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3) Monitor penurunan frekuensi jantung 4) Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2) Berikan posisi semi fowler 3) Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	Terdapat kesenjangan
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. a) Pergerakan ekstremitas: meningkat b) Kekuatan otot: meningkat	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1) Monitor kondisi kulit	

c) Rentang gerak (ROM): meningkat d) Kelemahan fisik: menurun	2) Monitor komplikasi tirah baring Terapeutik 3) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang, miring) 4) Lakukan gerak pada ekstremitas yang lemah untuk menilai kekuatan otot Edukasi 5) Jelaskan prosedur latihan gerak ROM pasif 6) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ROM pasif Kolaborasi 7) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien	
IMPLEMENTASI		
Implementasi merupakan relisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan dan menilai data yang baru (Mubarak, 2015).	Intervensi yang telah disusun tidak semua dilakukan dalam implementasi	Terdapat kesenjangan
EVALUASI		
Evaluasi Evaluasi Keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang Kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara kesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga Kesehatan lainnya (Sitanggang, 2018)	Mengevaluasi klien sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan untuk mengetahui adanya perkembangan. Disusun dalam catatan perkembangan SOAP dengan kriteria hasil sesuai dengan yang dilakukan sebelumnya	Tidak terdapat kesenjangan

4.2 Pembahasan

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

4.2.1 Pengkajian

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

1) Pola interaksi dan komunikasi

Berdasarkan penelitian ditemukan pada klien Ny. S dapat berkomunikasi dengan baik.

Menurut teori Tarwoto (2013) Biasanya klien stroke tidak mampu menjawab pertanyaan dari perawat ataupun petugas medis lain karena pelo atau cedal.

Peneliti berpendapat bahwa tidak semua penderita stroke mengalami gangguan komunikasi yang disebabkan pelo atau cedal karena klien mendapatkan penanganan yang tepat saat terjadi serangan stroke pertama kali, kurang dari 5 jam setelah serangan klien dibawa ke Rumah Sakit oleh keluarga sehingga dapat diberikan pencegahan yang lebih dini untuk mengurangi komplikasi atau gejala yang lebih parah salah satunya gangguan pada nervus hipoglossus. Sehingga, klien masih mampu berkomunikasi dengan

baik

2) Pola makan

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan Saat pengkajian klien sudah makan 1x habis $\frac{3}{4}$ porsi dengan komposisi nasi, lauk, sayur, buah dan diselingi snack seperti lempeng, tidak mual muntah, tidak mengalami kesulitan menelan.

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

Berdasarkan teori dan fakta penulis berpendapat bahwa keberhasilan Ny.S dalam menjaga pola makan yang seimbang dengan komposisi nasi, lauk, sayur, dan buah, serta camilan sehat seperti lempeng menunjukkan bahwa tidak semua pasien stroke mengalami penurunan nafsu makan atau kesulitan menelan. Hal ini terjadi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu klien sudah tidak dalam fase akut, adanya keinginan klien untuk sembuh dan dukungan dari anaknya yang membuat klien termotivasi untuk menjaga pola makan

3) Pemeriksaan kepala

a) Wajah

Berdasarkan fakta saat dilakukan penelitian klien Ny. S tidak didapatkan *hemiparesis* atau *hemiplegia*, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah yang menunjukkan adanya gangguan pada syaraf ketujuh nervus fasialis.

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

Peneliti berpendapat dengan telah dilakukan penanganan yang tepat untuk membawa klien ke RS kurang dari waktu 5 jam dapat menekan gejala yang lebih parah sehingga didapatkan klien tidak mengalami gangguan pada nervus fasialis. Keadaan wajah masih bagus simetris kanan kiri.

b) Mulut

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

Teori (Tarwoto, 2013) menyatakan mulut mencong ke salah satu sisi dan penurunan gerakan mengunyah akibat paralisis saraf V (Trigeminus), gangguan saraf IX dan X yang mengakibatkan kurang baiknya kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut, terdapat sianosis akibat penurunan suplai oksigen.

Peneliti berpendapat bahwa pada klien tidak mengalami masalah pada mulut, dikarenakan klien tidak mengalami gangguan pada nervus IX glossofarineus (pengecap, kemampuan menelan, gerak lidah), sehingga klien tidak mengalami gangguan pada bagian mulut, dibuktikan dengan tidak

ada gangguan menelan, seperti klien tidak tersedak saat makan atau minum, dan mulut klien simetris kanan kiri.

4) Pemeriksaan dada/thorax

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil, tidak terdapat suara nafas tambahan ronchi atau wheezing pada klien.

Pernyataan Tarwoto (2013) pada pemeriksaan Paru saat di lakukan Auskultasi biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing.

Berdasarkan teori dan fakta yang ada ada menurut peneliti hal itu terjadi karena klien tidak mengalami penurunan kesadaran sehingga jalan nafas tidak ditemukan adanya seckret pada saluran pernafasan.

5) Pemeriksaan genetalia

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

Pernyataan Tarwoto (2013) Terkadang klien mengalami inkontinensia atau retensi urin.

Berdasarkan teori dan fakta yang ada menurut peneliti hal itu terjadi bahwa tidak semua pasien stroke mengalami gangguan dalam buang air kecil, apabila klien tidak mengalami kerusakan pada area otak yang mengontrol fungsi kandung kemih maka klien masih mampu mengontrol BAB dan BAK.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan bahawa tidak semua diagnosa muncul pada klien. Diagnosa yang muncul pada klien yaitu

Resiko perfusi Jaringan *Serebral* tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan penurunan kekuatan otot.

Diagnosa diantaranya yaitu Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Gangguan komunikasi verbal/non verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral , gangguan neuromuskuler Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler.

Berdasarkan hasil analisa data ada beberapa gejala yang tidak muncul pada hasil. Peneliti merumuskan Diagnosa yang muncul pada klien yaitu Resiko perfusi Jaringan *Serebral* berhubungan dengan hipertensi dan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

4.2.3 Intervensi keperawatan

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

4.2.4 Implementasi keperawatan

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

penelitian.

Berdasarkan teori, pelaksanaan ada realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, menilai data yang baru). Hal ini dilakukan karena dengan dilakukannya implementasi keperawatan maka perawat akan dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien. Oleh karena itu, seorang perawat harus memiliki pengetahuan dan skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang ditangani, sehingga semua intervensi yang telah dirumuskan dapat dilaksanakan dengan baik dan dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP yang bertujuan untuk memudahkan pemantauan perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama 4 hari. Saat melakukan evaluasi sampai hari keempat, pada hari ketiga kondisi klien sudah 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 ini terjadi pada klien karena pemulihan pada penyakit Stroke Iskemik membutuhkan waktu yang lama, sehingga perlu perawatan intensif dan berkelanjutan terutama pada klien yang telah mengalami kelemahan tubuh. Dan untuk

perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelemahan.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

5.1.1 Pengkajian

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

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian pada klien Stroke Iskemik didapatkan hasil bahwa tidak semua diagnosis dimasukann, peneliti merumuskan beberapa diagnosa merumuskan diagnose Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

5.1.3 Intervensi

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

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

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

5.1.6 Analisa Data

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

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Peneliti

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

5.2.2 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan pada klien yang mengalami Stroke Iskemik yang dapat dipakai sebagai acuan bagi praktik klinik mahasiswa keperawatan.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.4 Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat diharapkan dapat menamabah informasi kepada Masyarakat bagaimana perawatn klien dengan stroke iskemik.

5.2.5 Bagi Institusi Rumah Sakit

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

dengan cara memberikan asuhan keperawatan sehingga mampu meningkatkan status kesehatan klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, wahyuni T., & Pratama, J. E. (2019). Profil Terapi Pasien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Pindad Turen. 2019, 1–13.
- Arifianto. (2014). Klasifikasi Stroke Berdasarkan Kelainan Patologis dengan Learning Vector Quantiation. *Eeccis*, 8(2), 117–122. <http://jurnaleeccis.ub.ac.id/index.php/eeccis/article/viewFile/248/218>
- Astannudinsyah, Rusmegawati, & Negara, C. K. (2020). Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan Vol 5, No.2. 2020 ISSN: *Medika Karya Ilmiah Kesehatan*, 5(2). <http://jurnal.itkeswhs.ac.id/index.php/medika/article/download/129/128>
- Astuti, R. (2020). Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Undang-Undang. *Keperawatan Dasar, II(V)*, 9–30.
- Auryn, V. (2020). *Mengenal & Memahami Stroke*. KATAHATI.
- Basuni, M., Septianingrum, Y., Wijayanti, L., Soleha, U., & Hasina, S. N. (2023). Pengaruh Discharge Planning Pada Pasien Stroke: A Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 15(3), 1087–1100.
- Ekkert, A., Šliachtenko, A., Grigaitė, J., Burnytė, B., Utkus, A., & Jatužis, D. (2022). Ischemic Stroke Genetics: What Is New and How to Apply It in Clinical Practice? *Genes*, 13(1). <https://doi.org/10.3390/genes13010048>
- Faiqoh, N. (2022). *Dukungan Keluarga Dalam Memberikan Motivasi Sembuh Pada Penderita Stroke Di Desa Glempangpasir*. https://eprints.uinsaizu.ac.id/14446/1/SKRIPSI_FAIQOHedit.pdf
- Hariyanto, A. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah 1*.
- Herdman, T. . & K. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. EGC.
- Herpich, F., & Rincon, F. (2020). Management of Acute Ischemic Stroke. *Critical Care Medicine*, 48(11), 1654–1663. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004597>
- Hidayat, A. A. (2008). *Pengantar Konsep dasar keperawatan (edisi 2)*. Salemba Medika.
- Insani, Y., & Ngkolu, N. W. (2020). Level Stres Dan Strategi Coping Pada Caregiver Stroke Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.29241/jmk.v6i1.211>

- Junaidi, dr. I. (n.d.). *STROKE, Waspadai Ancamannya*. Penerbit Andi.
https://www.google.co.id/books/edition/STROKE_Waspadai_Ancamannya/n_HuDwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1
- Kasim, F. (2012). Gambaran Faktor Penderita Stroke di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Periode Januari - Desember 2011. *Jurnal Sains & Praktik Psikologi*, 1(3), 240–254.
- Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Laporan Tematik Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023: Potret Indonesia Sehat*. (2023). Kementerian Kesehatan RI.2024.
- Leniwita, H., & Anggraini, Y. (2019). Modul Dokumentasi Keperawatan. *Universitas Kristen Indonesia*, 1–182.
http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/694/1/MODUL_AJAR_DOKUMENTASI_KEPERAWATAN.pdf
- Listari, R. P., Septianingrum, Y., Wijayanti, L., Sholeha, U., & Hasina, S. N. (2023). Pengaruh Fasilitas Neuromuskuler Proprioseptif dengan Tingkat Kemandirian terhadap Aktivitas Sehari-Hari pada Pasien Stroke: A Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 15(2), 737–750.
<https://doi.org/10.32583/keperawatan.v15i2.1001>
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. DEEPUBLISH.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
- Muttaqin, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika.
- Nasution, E. R. (2020). Proses Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan. *Menentukan Proses Keperawatan Dalam Asuhan Keperawatan*, 1, 11.
<https://osf.io/6qfmc>
- Ns. Endro Haksara, & Shafira Aliya Putri. (2021). Penerapan Latihan Range of Motion (Rom) Pada Kekuatan Otot Ekstremitas Dengan Penderita Stroke Di Wilayah Binaan Puskesmas Gunung Pati Semarang. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 1(3), 28–44.
<https://doi.org/10.55606/jikki.v1i3.79>
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Pinzon, (2016). *AWAS STROKE*. Betha Grafika Yogyakarta.

- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- S.H, S. (2021). *METODOLOGI PENELITIAN* (T. Koryati (Ed.)). Banguntapan.
- Setiadi, A. P., & Halim, S. V. (2018). Penyakit Kardiovaskular. In *Graha Ilmu*.
- Sitanggang. (2018). ‘Tujuan evaluasi dalam keperawatan’,. *Journal Proses Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, 1 (5), 1–23.
- Sugiyono. (2011). *METODE PENELITIAN KUANTITATIF KUALITATIF DAN R & D* (1st ed.). ALFABETA.
- Sugiyono. (2014). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R dan D* (cet. 21). Bandung : Alfabet.
- Suryono. (2013). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Syahrums, S. dan. (2022). *METODOLOGI PENELITIAN KUALITATIF* (Salim dan Syahrums).pdf (p. 146).
- Tamburians, Andrytha, G., Ratag, Tarmady, Budi, Nelwan, & Ester, J. (2020). Hubungan antara hipertensi, diabetes melitus dan hiperkolesterolemia dengan kejadian stroke iskemik. *Journal of Public Health and Community Medicine*, 1(1), 27–33.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Sagung Seto.
- Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 549. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>
- Walid, N. . (2019). *Proses keperawatan berbasis kkni*. edulitera.
- Wardhana, W. A. (2011). *STRATEGI MENGATASI & BANGKIT DARI STROKE*. PUSTAKA PELAJAR.
- Wijaya, A. S. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah Dewasa Teori & Contoh*. (1st ed.). Nuha Medika.
- World Stroke Organization. (2022). Global Stroke Fact Sheet 2022 Purpose : Data sources : *World Stroke Organization (WSO)*, 13, 1–14.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1

Lampiran 1

LEMBAR INFORM CONSENT

Nama saya Oktafia Fitri Nurohmah Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi Klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul ***“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke 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, 18 Maret 2025



SUMIYATI

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

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang bernama Oktafia Fitri Nurohmah dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*". Saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menanda tangani surat persetujuan ini.

Trenggalek, 18 Maret 2025



S U M I Y A T I

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, 27 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/122/2025

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 : OKTAFIA FITRI NUROHMAH
 NIM : P17240221024
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

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

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

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

Lampiran 4



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

Trenggalek, 14 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 125 /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.15.5/122/2025 tanggal 27 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : OKTAFIA FITRI NUROHMAH
 NIM : P17240221024
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

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

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

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



SUJIONO, SST, M.Kes

Pembina KES PPA

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. Arcin

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

N I M : _____

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



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



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 551
- Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

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

FORMAT PENGKAJIAN
DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

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

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA :

.....

.....

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

.....

.....
.....
.....

5. RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT DAHULU

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. RIWAYAT KEHIDUPAN SOSIAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. POLA KOGNISI**Status Mental Emosional**

.....

.....

.....

.....

Mekanisme Koping

.....

.....

.....

.....

Komunikasi

.....

.....

.....

.....

9. STATUS SPIRITUAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum		
b.	Pola eliminasi		

c.	Pola istirahat / tidur		
d.	Kebersihan diri		

11. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pengkajian Primer

1) Airway

.....
 ..

 ..

 ..

 ..

2) Breathing

.....
 ..

.....

..

.....

..

.....

..

3) Circulation

.....

...

.....

..

.....

..

.....

..

4) Disability

Kualitatif

.....

.....

Kuantitatif

.....

..

.....

b. Pemeriksaan kepala dan leher (Pemeriksaan Pupil):

.....

.....

.....

.....

c. Pemeriksaan integumen :

.....

.....

.....

.....

d. Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :

.....

Palpasi :

.....

Perkusi :

.....

Auskultasi :

.....

e. Abdomen :

Inspeksi :

.....

Auskultasi :

.....

Perkusi :

.....

Palpasi :

.....

f. Genetalia :

.....

.....

.....

12. PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

.....

.....

.....

.....

13. PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK

.....

.....

.....

.....

14. PEMERIKSAAN REFLEK

.....

.....

.....

.....

15. PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS

a. Nervus Olfaktorius

b. Nervus Optikus

c. Nervus Okulomotorius

d. Nervus Toklearis

e. Nervus Trigeminus

f. Nervus Abdusen

g. Nervus Fasialis

h. Nervus Auditorius

i. Nervus Glosfaringeus

j. Nervus Vagus

k. Nervus Asesorius

l. Nervus Hipoglosus

16. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

17. PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....

Trenggalek, ...

....

Pembimbing

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

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

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

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

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

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

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

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

LEMBAR INFORM CONSENT

Nama saya Oktafia Fitri Nurohmah Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi Klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul ***“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke 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,

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang bernama Oktafia Fitri Nurohmah dengan judul “***Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek***”. Saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menanda tangani surat persetujuan ini.

Trenggalek,

Lampiran 6



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 : Oktafia Fitri Nurohmah
NIM : P17240221024
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke
di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Dosen Pembimbing : Mimik Christiani SST., M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	07 Januari 2025	Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke Iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek)	
2.	08 Januari 2025	- Revisi BAB 1 - Latar belakang dilengkapi mulai dari introduction, skala masalah, kronologi sampai dengan Solusi - Tolong referensi pendukung di latar belakang untuk ditambah dan disolusi lebih menyeluruh aspek stroke	
3.	10 Januari 2025	- Penulisan - Untuk Introduction dimunculkan adanya yakni judul, kronologis sampai	

		dengan pathway hingga diagnosa dan seterusnya	
4.	13 Januari 2025	Revisi BAB 2 • Teknik penulisan diperhatikan harus runtut • Sumber referensi di pengkajian di lengkapi • Untuk intervensi dan diagnosa menyeluruh penulisannya dirapikan	
5.	14 Januari 2025	• Referensi untuk tiap bab yang update • Kegayutan tiap bab 1- bab 3 disesuaikan • Untuk penulisan/Teknik diajapkan/runtutkan	
6.	15 Januari 2025	• Pelajari tentang pathway untuk bisa dijelaskan • Lengkapi syarat ujian proposal dalam bentuk • Siap Ujian	
7.	13 Februari 2025	• Revisi Bab 1 Alinea 2 dan 3 • Revisi Pathway • Revisi bab 2 bagian definisi • Revisi Bab 3	
8.	19 Februari 2025	• ACC	
9.	23 April 2025	• Tambahkan data pendukung pada Analisa data • Keajekan kata kesenjangan • Opini dalam pembahasan lebih diperjelas • Sesuaikan Kesimpulan saran dengan tujuan dan manfaat pada bab 1	

10.	28 April 2025	• Data pada evaluasi sesuaikan dengan hasil implementasi • Revisi pada pembahasan	
11.	29 April 2025	• ACC • Lengkapi persyaratan siding	
12.	16 Mei 2025	• ACC	



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 : Oktafia Fitri Nurohmah

NIM : P17240221024

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

Dosen Penguji : Ns. Tunik S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	13 Februari 2025	- Revisi BAB 1 latar belakang Alinea 1,2,3 - BAB II poin Klasifikasi - BAB III Batasan istilah ditambahkan hasil CT Scan	
2.	19 Februari 2025	ACC	
3.	15 Mei 2025	- Revisi Abstrak - Revisi Riwayat penyakit sekarang ditambah PQRS, Riwayat penyakit dahulu, pola Kesehatan BAK - SOAP disesuaikan kriteria hasil - Abstrak sesuai juknis	
4.	16 Mei 2025	ACC	

--	--	--	--