

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

KARYA TULIS ILMIAH

CINTA MELANY P

NIM.P17240223042



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODID 3 KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN

KEMENKES MALANG KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK

2025

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

**Karya tulis ilmiah studi kasus ini disusun sebagai salah satu
persyaratan menyelesaikan program pendidikan Diploma 3
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus
Kabupaten Trenggalek**

CINTA MELANY P

NIM.P17240223042



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI 3 KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES MALANG KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK
2025**

CURRICULUM VITAE

Nama : Cinta Melany P
Tempat/ tanggal lahir : Pacitan/ 13 Februari 2004
Agama : Islam
Alamat : Rt 03 Rw 05 Ds. Bungur
Kec. Tulakan Kab. Pacitan
No. Telpon : 082138044598
Alamat E mail : cintamlhnptr04@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Persatuan Berbek : 2009-2010
2. SDN BERBEK WARU : 2010-2014
3. SDN LEMAHBANG 1 : 2014-2016
4. SMPN 1 SUKOREJO : 2016-2019
5. SMAN 1 NGADIROJO : 2019-2022

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : CINTA MELANY P

NIM : P17240223042

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang Kampus Kabupaten Trenggalek

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

Mengetahui, 17 April 2025

Trenggalek,

Pembimbing



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

Yang membuat pernyataan



Cinta Melany P
P17240223042

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Cinta Melany P (P17240223042) dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek** ”, Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 17 April 2025

Dosen Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Cinta Melany P (P17240223042) dengan judul
"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang
Flamboyen RSUD dr. Soedomo Trenggalek" telah dipertahankan di depan
dewan penguji pada 7 Mei 2025.

Dewan Penguji,

Ketua Penguji

Anggota Penguji



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



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

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“ Apapun yang sudah di mulai harus berakhir dengan baik, tunjukkan hasil yang indah dibalik proses yang tidak mudah”

“ Orang lain ngga akan bisa paham *struggle* dan masa sulit nya kita, yang mereka pingin tahu hanya bagian *succes stories*. Berjuanglah untuk diri sendiri walaupun gak ada yang tepuk tangan. Kelak diri kita dimasa depan akan sangat bangga dengan apa yang kita perjuangkan hari ini, tetap berjuang yaa!

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillah tiada kata yang lebih indah kecuali rasa syukur atas segala rahmat mu ya Allah. Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Atas takdirmu penulis bisa menjadi pribadi yang berpikir dan berilmu untuk menyelesaikan tugas akhir.

Terimakasih, Dengan tekad, semangat, dan diiringi do'a tewujudlah rangkaian kata demi kata yang tersusun menjadi sebuah kalimat, kalimat demi kalimat yang tersusun menjadi sebuah paragraf, paragraf demi paragraf yang tersusun sehingga mewujudkan terciptanya Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis mempersembahkan tugas akhir ini untuk orang-orang terhebat yang berperan penting dalam terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, dan begitu berartinya dalam kehidupan penulis.

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

1. **Untuk Kedua Orang Tuaku.** Sebagai tanda bukti, hormat dan terimakasih ku persembahkan Karya ini kepada kedua orang tua yaitu bapak Agus Triada dan Ibu Riwut Widarti tercinta yang telah memberikan kasih sayang, dukungan, dan sudah senantiasa menghabiskan waktu dan tenaganya untuk mencari biaya kuliah penulis. Terimakasih untuk do'a yang senantiasa setiap waktu kau panjatkan. Terimakasih, semoga segala bentuk keluh kesahmu, lelah letihmu dapat menjadi pahala yang akan menjadi bekal untukmu. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membahagiakan kedua orang tua dan menuju masa depan yang sukses dan lebih baik.
2. **Untuk Bapak / Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.** Saya ucapkan Terimakasih, karena selama ini sudah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan penulis, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan haragnya, agar penulis menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terimakasih atas ilmu yang kalian berikan, semoga ilmu yang penulis dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana. Aamiin.

3. Teruntuk mbah pin dan mbah musi. Terima kasih sudah memberikan dukungan, doa dan kasih sayang pada penulis saat berada di Trenggalek untuk menempuh pendidikan ini selama 3 tahun serta selalu menjadi tempat pulang setiap merasa lelah. Semoga mbah pin dan mbah musi diberikan kesehatan dan kebahagiaan selalu. Aamiin.
4. Kepada seseorang dengan NIM P17240203037 yang pernah bersama penulis dan tidak bisa penulis sebut namanya. Terimakasih untuk patah hati yang diberikan. Ternyata perginya anda dari kehidupan penulis memberikan cukup motivasi untuk terus maju dan berproses menjadi pribadi yang mengerti apa itu pengalaman, pendewasaan, sabar dan menerima arti kehilangan, sebagai bentuk proses menghadapi dinamika hidup. Terimakasih telah menjadi bagian menyenangkan sekaligus menyakitkan dari pendewasaan ini. Pada akhirnya "setiap orang ada masanya dan setiap masa ada orangnya"
5. Teruntuk seseorang yang sekarang masih bersama dan menjadi salah satu penyemangat penulis yaitu biasa penulis panggil (nduttt). Terima kasih untuk waktu dan semangat yang selalu diberikan serta telah menjadi support system dalam penulisan karya tulis ilmiah ini dari awal sampai akhir, terima kasih sudah selalu mendengarkan keluh kesah penulis walaupun terkadang ada berantemnya, tetapi anda selalu sabar dan mengalah untuk hal itu. Semoga Allah akan selalu menjaga dirimu dan semoga hal-hal baik selalu beriringan denganmu, aamiin.
6. Teruntuk teman-teman kos Griya Yasmin. Terima kasih untuk lika-likunya kehidupan dikos selama perjalanan 3 tahun ini.
7. Teruntuk kos bawah (one direction) ratih, salma, oca, tita. Terima kasih telah membersamai penulis selama 3 tahun ini, walaupun banyak drama dan gebrakan setiap harinya.

8. Last but not least, Cinta Melany Putri. Ya, diri saya sendiri. Apresiasi sebesar-besarnya karena telah berhasil bertahan dan menyelesaikan tanggung jawab yang telah diambil. Terima kasih karena tidak memutuskan untuk menyerah dan tetap bertahan sejauh ini. Berjanjilah untuk dapat mengangkat derajat ayah dan ibu serta keluarga besar. Semoga dapat menjadi *independent woman* yang selama ini diimpikan dan terus mencapai setiap tujuan yang diinginkan!

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan di RSUD dr. Soedomo Trenggalek ”** sesuai yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.

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

1. Dr. Moh. Wildan , A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberi pengarahan , revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari Karya Tulis Ilmiah.
5. Mimik Christiani, SST, M.Kes., selaku pembimbing II yang senantiasa memberikan masukan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Eko Atmaja A,Md.Kep, selaku kepala Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek sekaligus sebagai pembimbing lahan yang telah banyak memberi pengarahan, dan saran kepada penulis dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah
7. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
8. Tn. T dan Keluarga yang bersedia menjadi responden dalam Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

Trenggalek, 17 April 2025



Cinta Melany P

ABSTRAK

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

Stroke merupakan penyebab kecacatan pertama dan penyebab ketiga kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker, yang dimana stroke dibedakan menjadi 2 jenis stroke yaitu iskemik dan hemoraghic. Stroke iskemik merupakan salah satu penyakit akibat aterosklerosis yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan dan menganalisis kesenjangan antara teori dan fakta pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Penelitian menggunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus dan dilakukan pada 12-15 Maret 2025. Penelitian ini memperoleh data wawancara, pemeriksaan fisik, pengumpulan data, observasi secara langsung, dan analisa dilakukan dengan cara membandingkan antara fakta, teori dan opini dalam bentuk tabel. Hasil penelitian pada Tn. T menunjukan lebih banyak kesesuaian terhadap teori dan fakta. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi, dan gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan fungsi motorik / muskuloskeletal. Intervensi pada gangguan perfusi serebral adalah menilai peningkatan tanda-tanda TIK sedangkan pada gangguan mobilitas fisik adalah mengajarkan mobilisasi sederhana berupa latihan ROM. Evaluasi dilakukan selama empat hari dengan menggunakan SOAP. Studi kasus ini diharapkan menjadi sumber informasi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik, sehingga mempercepat pemulihan dan mencegah munculnya komplikasi lebih lanjut.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Iskemik, Pasien

ABSTRACT

Cinta Melany P (2025). *Nursing Care for Clients with Ischemic Stroke in the Flamboyant Room of Dr. Soedomo Trenggalek Regional Hospital*. Descriptive Case Study, Malang Nursing Diploma Program, Department of Nursing, Ministry of Health Polytechn.

Stroke is the first cause of disability and the third cause of death after coronary heart disease and cancer, where stroke is divided into 2 types of stroke, namely ischemic and hemorrhagic (Harahap, 2021). Ischemic stroke is a disease caused by atherosclerosis which ultimately causes blockage of blood vessels in the human brain. The purpose of this study was to provide Nursing Care and analyze the gap between theory and fact in Ischemic Stroke Patients in the Flamboyant Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. The study used qualitative descriptive with a case study approach and was conducted on March 12-15, 2025. This study obtained interview data, physical examination, data collection, direct observation, and analysis was carried out by comparing facts, theories and opinions in table form. The results of the study on Mr. T showed more theories and facts than gaps between theory and fact. The nursing problems that emerged were impaired cerebral tissue perfusion related to hypertension, and impaired physical mobility related to decreased motor / musculoskeletal function. Interventions for cerebral perfusion disorders related to hypertension are to assess increased signs of ICP, while for physical mobility disorders related to decreased motor/musculoskeletal function, it is to teach simple mobilization in the form of ROM exercises. The evaluation was conducted for four days using SOAP. This case study is expected to be a source of information for further researchers in providing nursing care for ischemic stroke patients, so that it can accelerate recovery and prevent further complications.

Keyword : Nursing Care, Ischemic Stroke, Patient

DAFTAR ISI

CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
DAFTAR SINGKATAN.....	xx
DAFTAR ISTILAH.....	xxi
BAB 1 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.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Teori Stroke Iskemik.....	9
2.1.1 Pengertian.....	9
2.1.2 Klasifikasi.....	9

2.1.3	Etiologi.....	10
2.1.4	Faktor Risiko.....	12
2.1.5	Patofisiologi.....	14
2.1.6	Manifestasi klinis.....	17
2.1.7	Komplikasi.....	20
2.1.8	Pemeriksaan penunjang.....	22
2.1.9	Penatalaksanaan keperawatan.....	24
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke.....	26
2.2.1	Pengkajian.....	26
2.2.2	Diagnosa keperawatan.....	37
2.2.3	Intervensi keperawatan.....	51
2.2.4	Implementasi keperawatan.....	68
2.2.5	Evaluasi keperawatan.....	68
BAB III METODE PENELITIAN		70
3.1	Rancangan penelitian.....	70
3.2	Batasan istilah	70
3.3	Partisipan.....	71
3.4	Lokasi dan waktu penelitian.....	71
3.5	Pengumpulan data.....	72
3.5.2	Metode pengumpulan data.....	72
3.5.3	Prosedur pengumpulan data.....	72
3.6	Uji keabsahan data.....	75
3.6.1	Kepercayaan (credibility).....	75
3.6.2	Keteralihan (transferbility).....	75
3.6.3	Ketergantungan (dependability).....	76
3.6.3	Kepastian (confirmability).....	76
3.7	Analisis data.....	76
3.7.1	Tahap mencari.....	77
3.7.2	Tahap menyusun.....	77
3.7.3	Analisa data.....	78
3.8	Etika penelitian.....	78
3.8.1	Informed consent.....	78

3.8.2	Kerahasiaan (confidentially).....	78
3.8.3	Tanpa nama (anonimity).....	79
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		80
4.1	Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.....	80
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	80
4.1.2	Pengkajian.....	81
4.1.3	Analisa Data.....	94
4.1.4	Diagnosa keperawatan.....	96
4.1.5	Intervensi Keperawatan.....	99
4.1.6	Implementasi.....	101
4.1.7	Evaluasi.....	104
4.1.8	Catatan Perkembangan.....	106
4.1.9	Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	116
4.2	Pembahasan.....	141
4.2.1	Pengkajian.....	141
BAB V PENUTUP.....		152
5.1	Kesimpulan.....	152
5.1.1	Pengkajian.....	152
5.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	152
5.1.3	Intervensi.....	153
5.1.4	Implementasi.....	153
5.1.5	Evaluasi.....	153
5.2	Saran.....	154
5.2.1	Bagi Lahan Penelitian.....	154
5.2.2	Bagi institusi.....	155
5.2.3	Bagi peneliti selanjutnya.....	155
5.2.4	Bagi pasien.....	155
5.2.5	Bagi penulis.....	155
DAFTAR PUSTAKA.....		158
DAFTAR LAMPIRAN.....		161

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Batasan karakteristik Nyeri akut.....	40
Tabel 2. 2 Batasan karakteristik Gangguan persepsi sensori.....	41
Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Defisit Nutrisi.....	44
Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit.....	46
Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal	48
Tabel 2. 6 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik.....	51
Tabel 2. 7 Rencana tindakan keperawatan.....	52
Tabel 2. 8 Rencana tindakan keperawatan.....	54
Tabel 2. 9 Rencana tindakan keperawatan.....	56
Tabel 2. 10 Rencana tindakan keperawatan.....	58
Tabel 2. 11 Rencana tindakan keperawatan.....	59
Tabel 2. 12 Rencana tindakan keperawatan.....	61
Tabel 2. 13 Rencana tindakan keperawatan.....	63
Tabel 2. 14 Rencana tindakan keperawatan.....	65
Tabel 2. 15 Rencana tindakan keperawatan.....	67
Tabel 4. 1 Identitas pasien.....	81
Tabel 4. 2 Riwayat penyakit.....	81
Tabel 4. 3 Pola aktivitas sehari-hari	83
Tabel 4. 4 Data psiko sosial.....	84
Tabel 4. 5 Data spiritual.....	85
Tabel 4. 6 Pemeriksaan fisik.....	86
Tabel 4. 7 Hasil pemeriksaan penunjang.....	91
Tabel 4. 8 Penatalaksanaan dan terapi.....	94
Tabel 4. 9 Analisa Data.....	94
Tabel 4. 10 Diagnosa keperawatan.....	96
Tabel 4. 11 Intervensi keperawatan.....	99
Tabel 4. 12 Implementasi.....	101
Tabel 4. 13 Evaluasi.....	104
Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan.....	106
Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatfis Asuhan Keperawatan.....	116

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	15
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar <i>Inform Consent</i>	161
Lampiran 2 Formulir Persetujuan Menjadi Responden.....	162
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian.....	163
Lampiran 4 Persetujuan Penelitian.....	164
Lampiran 5 Surat Penyelesaian Praktik dan Magang.....	165
Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan.....	166

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
AGD	: Analis Gas Darah
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CI	: Clinical Instructure
CVA	: Cerebro Vascular Accident
DM	: Diabetes Melitus
EEG	: Elektro Encephalographi
EKG	: Elektro Kardiografi
EMG	: Elektro Miografi
GCS	: Glasgow Coma Scale
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
MRI	: Magnetig Reconance Imaging
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: Nasogatric Tube
ROM	: Range of Motion
TIA	: Transient Ischemic Attack
TIK	: Tekanan Intrakranial
TTV	: Tanda tanda Vital
WHO	: World Health Organization

DAFTAR ISTILAH

Afasia	: Kesulitan dalam bicara.
Analgesik	: Sekelompok obat yang digunakan sebagai Pereda nyeri.
Aneurisma	: Suatu area yang membengkak dan lemah didalam arteri.
Antifibrinolitik	: Obat yang digunakan sebagai terapi yang dapat mencegah terjadinya risiko re-bleeding.
Antihipertensi	: Kelompok obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah akibat hipertensi.
Antikoagulan	: Obat yang berfungsi mencegah pengumpalan darah.
Aorta	: Pembuluh darah arteri terbesar yang mengalirkan darah dari jantung kemudian dilanjutkan ke bagian cabang tubuh.
Aritmia	: Detak jantung yang tidak normal, tidak beraturan, terlalu cepat, atau terlalu lambat.
Arteri	: Detak jantung yang membawa darah dari jantung dan menyebarkan darah beroksigen ke beberapa bagian tubuh.
Arteritis	: Kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri-arteri terbesar pada tubuh dan cabang-cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh
Arteriosklerosis	: Pengerasan atau penyempitan arteri yang disebabkan oleh plak kolesterol yang melapisi arteri dari waktu ke waktu.
Ataksia	: Gangguan keseimbangan atau koordinasi, dapat disebabkan karena kerusakan otak, saraf, atau otot.

Atropi	: Kondisi ketika jaringan otot berkurang sehingga tampak lebih kecil dari biasanya.
Diplopia	: Melihat dua bayangan dari satu objek, juga dikenal sebagai penglihatan ganda.
Disatria	: Gangguan bicara akibat kelemahan pada fungsi otot yang digunakan untuk berbicara.
Disfagia	: Kesulitan menelan makanan atau cairan yang timbul dari tenggorokan atau kerongkongan, mulai dari kesulitan ringan untuk menyelesaikan dan penyumbatan dengan rasa sakit.
Emboli	: Kondisi ketika pembuluh darah tersumbat oleh zat asing.
Endokarditis	: Infeksi lapisan dalam jantung, biasanya melibatkan katup jantung.
Fibrilasi	: Kondisi ketika serambi (atrium) jantung berdenyut dengan tidak beraturan dan cepat.
Hemiparesis	: Otot lemah atau kelumpuhan parsial pada satu sisi tubuh yang dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah.
Hipoksia	: Tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh.
Hyperkoagulasi	: Darah yang menambah kental yang menyebabkan hematokrit meningkat sehingga dapat melambatkan aliran darah.
Intraserebral	: Pendarahan spontan yang bukan disebabkan oleh trauma, yang darahnya masuk parenkim otak membentuk hematoma.
Malformasi	: Proses kelainan yang disebabkan oleh kegagalan atau

Mobilisasi	: ketidaksempurnaan dari satu atau lebih proses embriogenesis. Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup
Polisitemia	: sehat. Kelainan pada darah yang menyebabkan tubuh memproduksi
Range of Motion	: terlalu banyak sel darah merah. Latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa
Subarachnoid	: otot dan tonus otot.
Stroke / CVA	: Penimbunan darah di dalam lapisan pelindung otak. Suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu
Stroke Hemoragic	: bagian pada otak tiba-tiba menjadi terganggu. Terjadi ketika pembuluh darah lemah pecah dan berdarah ke
Stroke Iskemik	: dalam otak. Terjadi ketika aliran darah ke otak tersumbat oleh bekuan
TIA	: darah. Serangan yang terjadi saat pasokan darah ke otak mengalami
TIK	: gangguan sesaat Jumlah total dari tekanan yang diberikan oleh otak, darah,
Thrombosis	: dan cairan, cerebrospinal didalam ruang kranium yang kaku. Penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya
Trombus	:

iskemik.

Gumpalan darah yang terbentuk pada dinding pembuluh darah.

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan perawat dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan (rencana), implementasi keperawatan (tindakan) dan evaluasi untuk membantu klien dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal (Abdillah, 2022). Asuhan keperawatan dilakukan kepada klien secara langsung untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis (nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat), keamanan dan keselamatan, cinta dan rasa memiliki, harga diri dan aktualisasi. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling kuat dan mendesak karena berkaitan dengan kelangsungan hidup manusia, sehingga kebutuhan fisiologis tidak mungkin ditunda dengan berfokus pada kondisi sakit salah satunya pada penderita stroke. Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun general secara akut yang terjadi lebih dari 24 jam (Pepi, 2021). Stroke bisa terjadi pada semua usia tetapi dapat dicegah dan dikontrol (Aulia & Santi, 2019). Stroke terjadi karena tersumbatnya atau pecahnya pembuluh darah saat aliran darah membawa oksigen dan nutrisi ke otak, sehingga terdapat bagian otak yang tidak mendapatkan nutrisi dan oksigen, oleh karena itu terjadi proses kematian sel otak. Stroke merupakan penyebab kecacatan pertama dan penyebab ketiga kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker, yang dimana stroke dibedakan menjadi 2 jenis stroke yaitu

iskemik dan hemoraghic (Harahap, 2021). Stroke iskemik merupakan salah satu penyakit akibat *aterosklerosis* yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia (Nugraha & Setiadi, 2020). Defisit neurologis yang terjadi ketika pembuluh darah yang memasok ke otak terhambat akibat dari deposit lemak yang melapisi dinding pembuluh darah, yang disebut *aterosklerosis*, sehingga menyebabkan obstruksi yaitu *trombosis serebral* (Alamsyah, 2019).

Menurut World Stroke Organization (2022) terdapat 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya. 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. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2023), angka *pravalensi* stroke di Indonesia mencapai 8,3 persen sedangkan di Jawa timur sendiri memiliki *prevalensi* stroke di atas rata-rata nasional yakni 9,0 per 1.000 penduduk. Kelompok umur dengan kejadian stroke tertinggi adalah 75 tahun ke atas (50,2%), sedangkan kelompok umur dengan kejadian terendah adalah 15 sampai 24 tahun (0,6%). Pria dan wanita memiliki tingkat *prevalensi* stroke yang sama, masing-masing 11% dan 10% (10,95). Sedangkan menurut sumber dari SI Surveilands (2021) kasus stroke di Jawa Timur pada tahun 2021, menunjukkan bahwa kasus stroke tertinggi (> 1.357 kasus) berada di

Kota Surabaya, Kabupaten Gresik, Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Jember, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Madiun, Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Ngawi, Kabupaten Tulungagung, dan Kabupaten Banyuwangi. Sedangkan kasus stroke terendah (<245 kasus) berada di Kabupaten Pamekasan, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Sumenep, Kabupaten Tuban, Kota Pasuruan, Kabupaten Situbondo, Kota Kediri, Kabupaten Sampang, Kota Batu, dan Kota Mojokerto. Kasus stroke iskemik di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2020 tercatat ada sekitar 929 orang (Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo Trenggalek, 2020). Sementara pada tahun 2022 untuk kasus stroke iskemik tercatat sekitar 961 orang, sedangkan di Ruang Unit Stroke tercatat sekitar 775 orang dan di Ruang Flamboyan tercatat sekitar 186 pasien. Berdasarkan data yang didapat dari Register Rawat Inap RSUD dr. Soedomo pada tahun 2023 sebanyak 1.288 jiwa menderita stroke (Arnasya, 2023).

Stroke iskemik merupakan salah satu penyakit akibat aterosklerosis yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan pada pembuluh darah di otak manusia (Nugraha & Setiadi, 2020). Berdasarkan hasil penelitian (Hisni, Dayan, & Saputri, 2022) menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor resiko yang berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian stroke iskemik yaitu hipertensi, diabetes melitus, riwayat penyakit jantung, usia, dan jenis kelamin. Disisi lain penelitian menunjukkan usia secara statistik memang tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stroke iskemik, tetapi dapat diketahui bahwa penderita stroke iskemik paling banyak ditemukan pada rentang usia 65-

74 tahun, dan disebabkan karena pola hidup tidak sehat, seperti malas bergerak, makan-makanan yang banyak mengandung garam, dan mengandung kolestrol tinggi, sehingga hal tersebut dapat menjadi pemicu timbulnya serangan stroke. Serangan stroke menyebabkan kecacatan dan kehilangan kemampuan untuk hidup mandiri, secara signifikan dapat mempengaruhi ADL, kualitas hidup seseorang dan berdampak negatif terhadap fisik, psikologis, dan kesehatan sosial (Darussalam, Miftafu, & Shaluhiah, 2022). Beberapa penelitian masih menyatakan bahwa pasien yang mengalami tingkat ketergantungan total dan parah masih menjadi kelompok pasien dengan jumlah banyak saat keluar rumah sakit dan belum mengalami peningkatan yang signifikan.

Peran perawat dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien Stroke iskemik. Pendekatan asuhan keperawatan dilakukan melalui upaya pelayanan kesehatan mulai dari promotif, preventif, kuratif sampai dengan rehabilitatif. Peran perawat sangatlah penting dalam proses penyembuhan klien stroke supaya tidak terjadi komplikasi yang lebih lanjut (Khalid, 2019). Seorang perawat memberikan asuhan keperawatan berupa support system dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan, kemudian perawat merencanakan tindakan keperawatan dan melaksanakan tindakan keperawatan serta dapat dievaluasi tingkat perkembangan klien. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan anggota keluarga klien dalam meningkatkan pengetahuan sehingga dapat terjadi perubahan

pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Proses asuhan keperawatan yang dilakukan dengan menentukan kebutuhan klien ini berfokus pada klien dan berorientasi dengan tujuan. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek** ”

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah dalam karya tulis ilmiah ini dibatasi pada asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek dengan / tanpa komplikasi atau penyakit penyerta dengan kesadaran composmentis.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut: Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik pada pasien di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Memberikan dan menganalisa Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo

Kabupaten Trenggalek.

- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 3) Menyusun perencanaan dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.
- 6) Menganalisa atau membandingkan fakta dan teori pasien dengan penyakit yang sama yaitu Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penulisan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Iskemik.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Institusi RSUD dr. Soedomo Trenggalek

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

2) Institusi Pendidikan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan kasus Stroke Iskemik yang dapat dipakai sebagai acuan bagi praktek klinik mahasiswa keperawatan.

3) Bagi Penulis

Dapat digunakan untuk menambah pengetahuan tentang penatalaksanaan Stroke Iskemik dan dapat digunakan sebagai bahan perbandingan antara teori yang didapat di bangku kuliah dan di lahan praktek. Selain itu diharapkan juga dapat menjadi sumber ilmu dan bacaan yang dapat memberi informasi terbaru serta menjadi sumber referensi yang dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pembuatan study kasus pada semester akhir berikutnya.

4) Bagi Responden

Sebagai tambahan pengetahuan dan salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan responden khususnya tentang penyakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Stroke Iskemik

2.1.1 Pengertian

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak sehingga oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak (Hisni, Saputri, & Sujarni, 2022). Sedangkan menurut Hariyanti (2020), Stroke merupakan penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

Stroke didefinisikan sebagai sebuah sindrom yang memiliki karakteristik tanda dan gejala neurologis klinis fokal atau global yang berkembang dengan cepat, adanya gangguan serebral, dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menimbulkan kematian tanpa terdapat penyebab selain yang berasal dari vaskular.

2.1.2 Klasifikasi

CVA Infark dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari (Stya, 2019). CVA Infark merupakan penyakit yang diawali dengan terjadinya perubahan dalam otak yang terserang apabila tidak ditangani akan terjadi kematian, yang disebabkan karena suplai darah ke otak

mengalami penyumbatan pembuluh darah oleh thrombus ataupun embolus. Berdasarkan keadaan patologis CVA (Cerebro Vascular Accident) Infark diklasifikasikan :

- 1) CVA (Cerebro Vascular Accident) Thrombosis adalah pembentukan bekuan atau gumpalan di arteri yang menyebabkan penyumbatan sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.
- 2) CVA (Cerebro Vascular Accident) emboli adalah benda asing yang berada pada pembuluh darah sehingga dapat menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah pada otak
- 3) Hipoperfusi sistemik adalah gangguan denyut jantung sehingga aliran darah ke seluruh tubuh berkurang
- 4) Penyempitan lumen arteri yang terjadi karena infeksi atau proses peradangan, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2.1.3 Etiologi

Menurut Que (2023), etiologi atau penyebab stroke iskemik terdiri dari :

- 1) Thrombosis Cerebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya . Thrombis biasanya terjadi pada orang tua yang

sedang 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.

d) Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di

jantung yang terlepas dan menyumbat system arteri serebral. Keadaan-keadaan yang dapat menimbulkan emboli :

- a. Penyakit jantung reumatik.
- b. Infark miokardium.
- c. Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emblio cerebri.
- d. Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium.

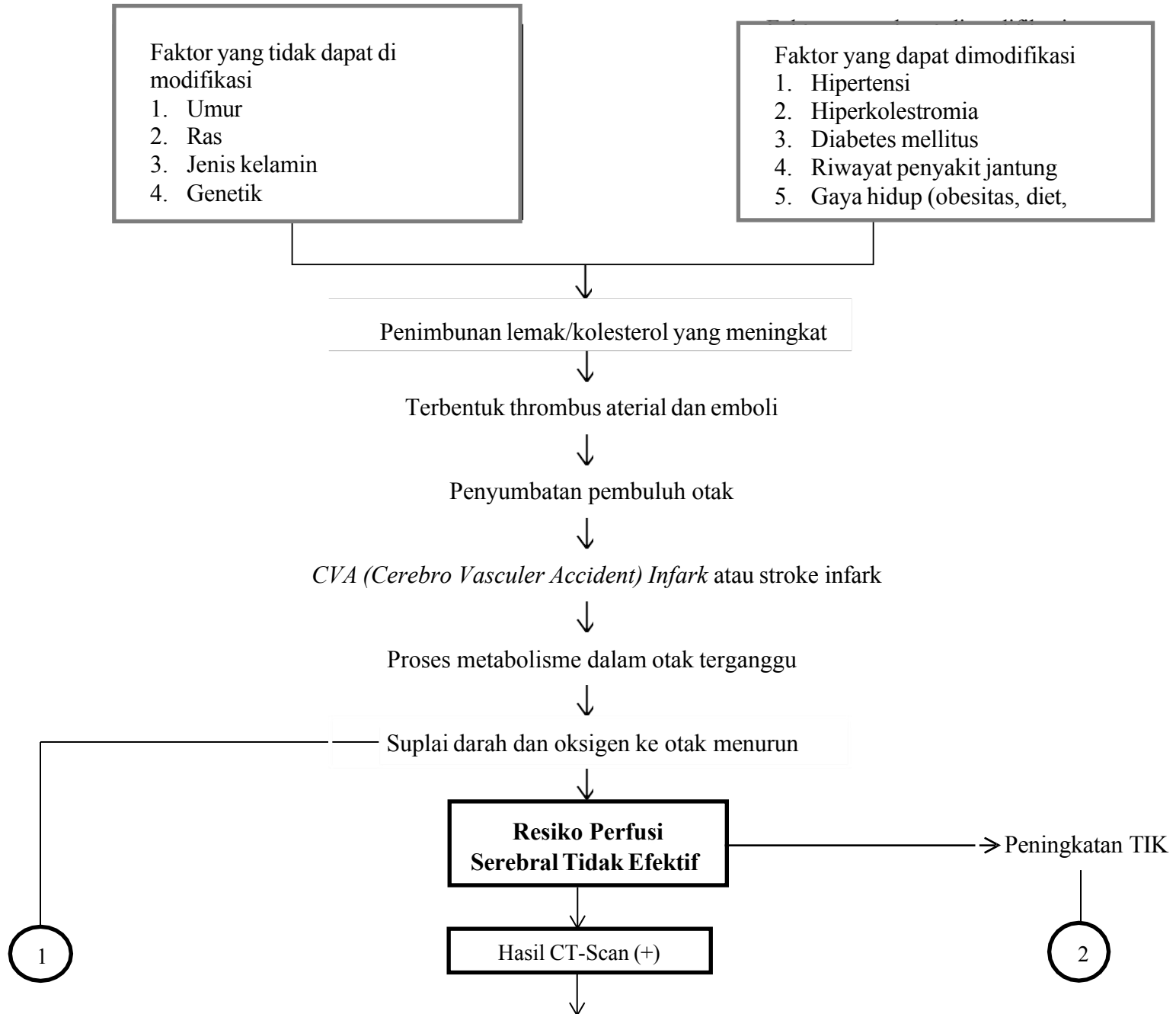
2.1.4 Faktor Risiko

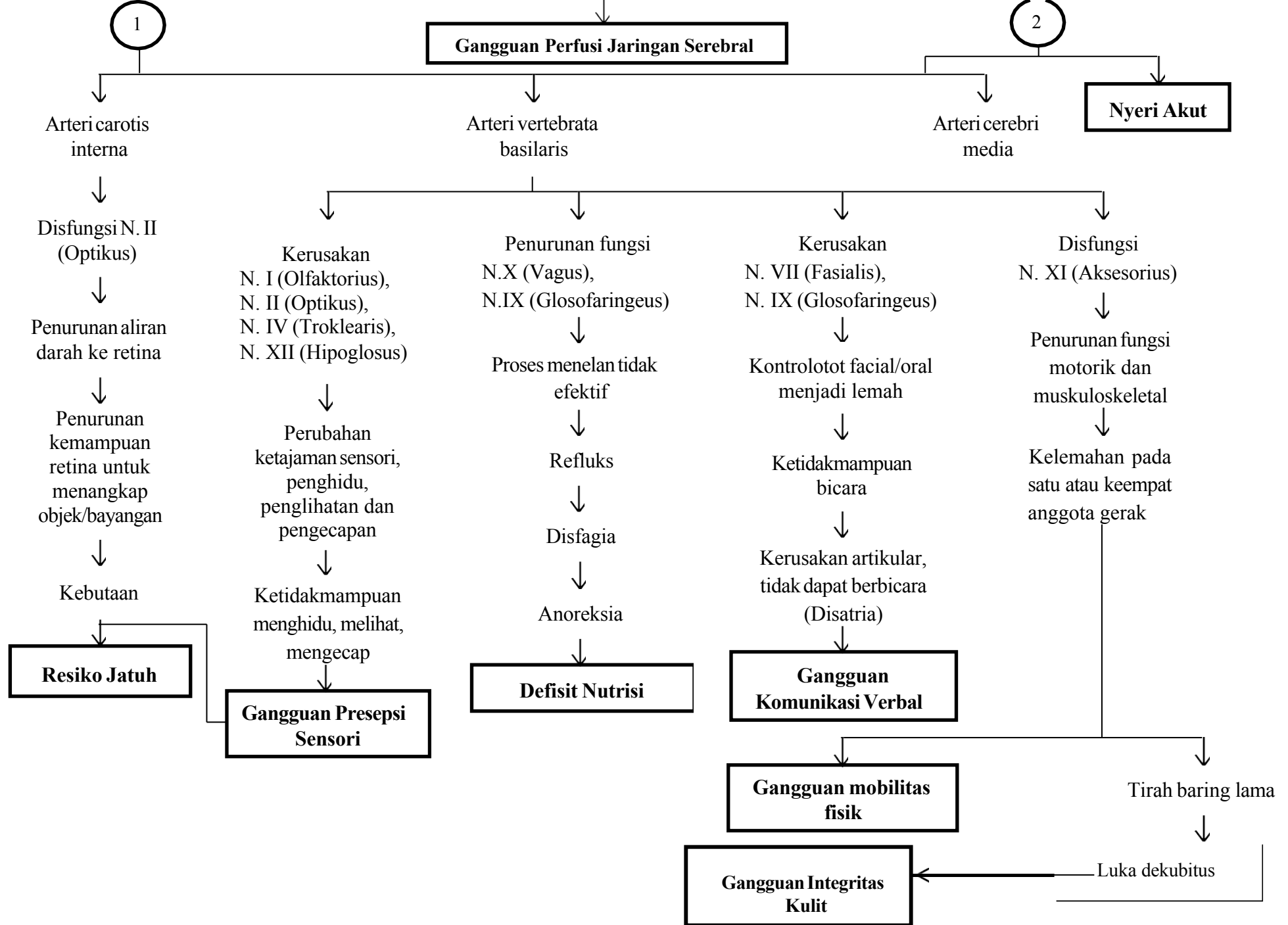
Menurut Kusyani (2022), faktor risiko terjadinya stroke iskemik dapat di klasifikasikan sebagai berikut :

- 1) Faktor risiko *irreversible* (tak terkendali)
 - a) Faktor jenis kelamin.
 - b) Faktor usia.
 - c) Faktor keturunan riwayat stroke.
 - d) Faktor keturunan ras/etnik.
- 2) Faktor risiko *reversible* (terkendali)
 - a) Kadar kolestrol darah.
 - b) Kadar gula darah (*Diabetes Mellitus*).
 - c) Kebiasaan merokok.
 - d) Kebiasaan minum alkohol.
 - e) Kebiasaan memakai obat terlarang.

- f) Penyakit tekanan darah tinggi (hipertensi).
- g) Penyakit jantung.
- h) Infeksi.
- i) Cedera kepala dan leher.

2.1.5 Patofisiologi





Gambar 2.1 pathway
(Sumber : Padila, 2012)

Uraian :

Stroke iskemik diakibatkan oleh beberapa faktor yang menimbulkan adanya penimbunan lemak/kolesterol yang meningkatkan dalam aliran darah sehingga terbentuknya thrombus arterial dan emboli sehingga terjadi penyumbatan pembuluh darah dalam otak yang artinya suplai darah dan oksigen yang menuju otak mengalami penurunan sehingga terjadi iskemik jaringan pada otak.

Stroke iskemik akan mengakibatkan suplai darah dan oksigen ke otak menurun, sehingga akan memunculkan diagnosa keperawatan *resiko perfusi serebral tidak efektif*. Perfusi serebral tidak efektif juga dapat terjadi akibat munculnya trombus yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah terhambat dan eristrosit menggumpal, endotel menjadi rusak mengakibatkan cairan plasma hilang kemudian akan menimbulkan edema cerebral dan terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial dapat memunculkan masalah keperawatan *nyeri akut*.

Peningkatan tekanan intrakranial mempengaruhi arteri cerebri media yang menyebabkan tidak normalnya nervus ke sebelas (Aksesorius) yang dapat mengakibatkan penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal serta menimbulkan kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak sehingga terjadi hemiparase atau hemiplegi kanan dan kiri, keadaan ini dapat memunculkan masalah *gangguan mobilitas fisik*. Pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik yang tirah baring lama akan menimbulkan luka dekubitus dan dapat memunculkan masalah keperawatan *gangguan integritas kulit*.

Akibat dari tekanan intrakranial pada arteri media juga dapat menimbulkan kerusakan pada nervus ke tujuh (Fasialis) serta nervus ke sembilan

(Glosfaringeus) yang dapat menyebabkan kontrol otot fasial atau oral lemah sehingga penderita mengalami ketidakmampuan bicara dan dapat menimbulkan kerusakan artikular, tidak dapat berbicara atau disatria, keadaan ini dapat memunculkan masalah keperawatan yaitu *gangguan komunikasi verbal*.

Akibat dari peningkatan intrakranial pada arteri cerebri media juga dapat menyebabkan penurunan fungsi pada nervus ke sepuluh (Vagus) dan nervus ke sembilan (Glosfaringeus) yang akan menyebabkan proses menelan tidak efektif sehingga menimbulkan refluks dan timbulnya disfagia, yang menyebabkan anoreksia sehingga memunculkan masalah keperawatan *defisit nutrisi*.

Pengaruh dari peningkatan intrakranial pada arteri vertebra basilaris menimbulkan kerusakan pada nervus pertama (Olfaktorius), nervus kedua (Optikus), nervus keempat (Troklearis), serta pada nervus keduabelas (Hipoglossus) yang akan menyebabkan perubahan ketajaman sensori, penghidu, penglihatan dan pengecapan sehingga memunculkan masalah keperawatan *gangguan persepsi sensori*. Gangguan persepsi sensori juga dapat terjadi akibat dari peningkatan intrakranial yang mempengaruhi arteri carotis interna yang menyebabkan tidak berfungsinya nervus kedua (Optikus) yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke retina menurun dan kemampuan retina untuk menangkap obyek atau bayangan juga menurun sehingga menimbulkan kebutaan. Keadaan ini juga dapat memunculkan masalah keperawatan *resiko jatuh*.

2.1.6 Manifestasi klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinik stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata

serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolaretal. Pada stroke terdapat gejala klinis yang meliputi:

1) Kelumpuhan

Kelumpuhan wajah atau kelumpuhan anggota badan sebelah (hemipareis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di area korteks bagian frontal. Kerusakan ini bersifat kontralateral yang artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka terjadi kelumpuhan otot sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan control volunter dan sensorik maupun fleksi.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

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

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

4) Afasia (kesulitan dalam berbicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara termasuk dalam membaca, menulis, dan memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik, dan

afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi pada area broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan pembicaraan. Afasia sensorik terjadi pada area wernicke yang terletak pada lobus temporal otak. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global tidak dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disartria (bicara cadel atau pelo)

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

6) Gangguan penglihatan

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan lobus temporal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital.

7) Disfagia

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

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

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

2.1.7 Komplikasi

Menurut Fransisca (2019), komplikasi dari stroke iskemik yaitu :

1) Fase akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak
Karena perdarahan pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Hipoksia jaringan otak akan terjadi karena tidak adekuatnya aliran darah. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema serebri

Jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik terjadilah edema dimana tubuh akan

meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pada pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan tekanan intrakranial

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

d) Aspirasi

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

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau akut lanjut.

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

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

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Menurut Radaningtyas (2018), pemeriksaan penunjang pada stroke sebagai berikut:

1) Angiografi Serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi/nuptur.

2) Elektro Encefalography

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan darah lesi yang spesifik.

3) Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

4) Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis/alioran darah/muncul plaque/arterosklerosis).

5) CT-Scan

Mempelihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infrak.

6) Magnetic Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan adanya tekanan anormal dan biasanya ada thrombosis, emboli, dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan, hemoragi sub arachnois / perdarahan intakranial.

7) Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita CVA, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

8) Pemeriksaan laboratorium

- a) Fungsi lumbal : tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial. Kadar protein total meninggal pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
- b) Pemeriksaan darah rutin.
- c) Pemeriksaan kimia darah : pada CVA akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

2.1.9 Penatalaksanaan keperawatan

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

- 1) Penatalaksanaan umum
 - a) Pada fase akut (Golden Period selama 3 jam)
 - (1) Terapi oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.
 - (2) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) Peningkatan intra cranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, control atau pengendalian tekanan darah
 - (3) Monitor fungsi pernapasan : Analisa Gas Darah
 - (4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG
 - (5) Evaluasi status cairan dan elektrolit
 - (6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri

- (7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan
- (8) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan
- (9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus cranial dan reflex
- (10) Terapi cairan, stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The American Heart Association sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah stroke hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bias diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan hemoestasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara hemostasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

b) Fase rehabilitas

- (1) Pertahankan nutrisi yang adekuat
- (2) Program manajemen bladder dan bowel
- (3) Mempertahankan keseimbangan tubuh anda

- (4) Rentan gerak sendi (ROM)
 - (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
 - (6) Pertahankan integritas kulit
 - (7) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - (8) Persiapan pasien pulang
- 2) Penatalaksanaan kolaboratif
- a) Fisioterapi, lumpuh seluruhnya sangat jarang seorang fisioterapi akan membantu anda mengatasi kegiatan menyangkut otot yang kecil sekalipun. Anda juga akan dilibatkan dalam program peregangan untuk otot-otot

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai dengan kejadian atau kenyataan kebenaran dalam data ini sangat diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan juga digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan respon masing- masing individu yang kemudian telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan (Zebua, 2021).

1) Pengumpulan data

a) Identitas pasien

Meliputi nama pasien, umur, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis (Zebua, 2021).

2) Riwayat kesehatan

a) 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 (Zebua, 2021).

b) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani., 2022).

c) 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 pasien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya

riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani 2022).

d) Riwayat penyakit keluarga

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

e) Pola-pola fungsi kesehatan

(1) Pola makan

(a) Gejala : nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut, disfagia, adanya riwayat diabetes.

(b) Tanda : kesulitan menelan

(2) Pola eliminasi

(a) Gejala : perubahan pola berkemih

(b) Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih

(Tarwoto, 2013 dalam Kusyani 2022).

(3) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia mudah lelah (Getudris, 2019).

(4) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan disibin dan oral hygiene (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani 2022).

(5) Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas

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

f) Riwayat psikososial

(1) Konsep diri

(a) Gambaran diri

Pasien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan pasien tidak mau membebani keluarganya, sehingga pasien hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan. (Getudris, 2019)

(b) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya. (Tarwoto, 2013)

(c) Harga diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. (Kusyani, 2013)

(d) Peran diri

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. (Kusyani, 2013)

(e) Identitas diri

Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. (Getudris 2019)

(2) Pola peran hubungan dengan orang lain

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara. (Getudris, 2019)

(3) Pola seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine. (Kusyani,2013)

(4) Pola mekanisme koping

Pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. (Zebua, 2021)

(5) Pola kognitif dan persepsi sensori

Biasanya di dalamnya statusmental, pola komunikasi, dan orientasi. Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau kekaburan pandangan, perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir (Zebua, 2021).

g) Data spiritual

(1) Pola nilai dan kepercayaan

Pasien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan / kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Getudris, 2019).

h) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang perlu dilakukan pada pasien stroke yaitu:

(1) Keadaan umum

(a) Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran (Zebua, 2021).

(b) Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Zebua, 2021).

(2) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi (Getudris, 2019).

(3) Pemeriksaan kepala dan leher

(a) Kepala : Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal, menonjol (menandakan adanya peningkatan tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai (umumnya rambut tidak ada kelainan), kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi (Zebua, 2021).

(b) Rambut : biasanya dilihat penyebaran rambut, keadaan rambut, bau, dan warna rambut (Zebua, 2021).

(c) Muka : Umumnya pada muka tidak simetris (ketidaksimetrisan pada muka menunjukkan adanya

gangguan pada syaraf ke tujuh nervus fasialis).

- (d) Mata : ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (Zebua, 2021).
- (e) Telinga : biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga) (Getudris, 2019).
- (f) Hidung : Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung (Kusyani, 2013).
- (g) Mulut: Adanya gangguan pengecapan (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, pharing dan bibir (Zebua, 2021).
- (h) Leher : kaku kuduk jarang terjadi (Getudris, 2019).
- (4) Pemeriksaan payudara dan ketiak
Umumnya tidak ada kelainan pada payudara (Tarwoto, 2013).
- (5) Pemeriksaan jantung (Zebua, 2021).
 - (a) Inspeksi: biasanya iktus kordis tidak nampak.
 - (b) Palpasi : biasanya iktus kordis teraba.
 - (c) Perkusi : biasanya batas jantung normal.
 - (d) Auskultasi : biasanya suara vesikuler
- (6) Pemeriksaan paru-paru (Tarwoto, 2013).
 - (a) Inspeksi: biasanya simetris kiri dan kanan.

(b) Palpasi: biasanya vokal fremitus sama antara kiri dan kanan .

(c) Perkusi: biasanya bunyi normal sonor.

(d) Auskultasi: biasanya suara normal vesikuler.

(7) Pemeriksaan abdomen (Zebua, 2021).

(a) Inspeksi: biasanya simetris, tidak ada asites.

(b) Palpasi: biasanya tidak ada pembesaran hepar.

(c) Perkusi: biasanya terdapat suara tympani.

(d) Auskultasi: biasanya terjadi penurunan peristaltik
(5- 35 x/menit)

(8) Pemeriksaan genetalia dan anus

Kadang terdapat inkontinensia atau retensio urin.

(9) Pemeriksaan muskuloskeletal

Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparese).

(10) Pemeriksaan integumen

Jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bed rest. (Zebua, 2021)

(11) Pemeriksaan neurologis

- (a) Nervus I Olfaktorius : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman anatar kiri dan kanan berbeda (Tarwoto, 2013).
- (b) Nervus II Optikus : gangguan sensoris penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada pasien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6 (Tarwoto, 2013).
- (c) Nervus III Okulomotoris : diameter pupil 2mm/2mm, pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke bawah (Kusyani, 2013).
- (d) Nervus IV Trochlearis : klien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata ke atas (Tarwoto, 2013).
- (e) Nervus V Trigeminus : pasien mampu menggerakkan otot rahang (Tarwoto, 2013).
- (f) Nervus VI Abduksen : pasien dapat mengikuti arah tangan perawat gerakan bola mata memutar (Zebua, 2021).
- (g) Nervus VII Fasialis : pasien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau

tersenyum (Tarwoto, 2013).

- (h) Nervus VIII Vestibulococlearis : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas (Kusyani, 2013).
 - (i) Nervus IX Glosfaringeus : pasien dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan (Tarwoto, 2013).
 - (j) Nervus X Vagus : kemampuan pasien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan (Tarwoto, 2013).
 - (k) Nervus XI Asesorius : pasien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat (Zebua, 2021).
 - (l) Nervus XII Hipoglosu : pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri, namun artikulasi kurang jelas saat berbicara (Kusyani, 2013).
- (12) Refleksi : biasanya dicek atau di periksa reflek seperti fisiologis dan reflek patologis.
- i) Pemeriksaaan penunjang
 - (1) Pemeriksaan radiologi atau rontgen kepala dan medulla spinalis.

- (2) Pemeriksaan laboratorium darah.
- (3) Pemeriksaan foto thorax : untuk memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensi kronis pada penderita stroke.
- (4) Lumbar punksi : pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang pasif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), adapun diagnosa keperawatan stroke iskemik yang mungkin muncul adalah :

1) Subkategori : Sirkulasi

Risiko Perfusi Jaringan serebral tidak efektif (D.0017)

a) Definisi

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b) Faktor risiko

- (1) Keabnormalan masa protrombin dan atau tromboplastin parsial
- (2) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- (3) Aterosklerosis aorta
- (4) Diseksi arteri
- (5) Fibrilasi atrium
- (6) Tumor otak
- (7) Stenosis karotis
- (8) Miksoma atrium
- (9) Aneurisma serebri
- (10) Koagulopati (mis. anemia sel sabit)

- (11) Dilatasi kardiomiopati
- (12) Koagulopati intravaskuler diseminata
- (13) Embolisme
- (14) Cedera kepala
- (15) Hiperkolesteronemia
- (16) Hipertensi
- (17) Endocarditis infeksi
- (18) Katup prostetik mekanis
- (19) Stenosis mitral
- (20) Neoplasma otak
- (21) Infark miokard akut
- (22) Sindrom sick sinus
- (23) Penyalahgunaan zat
- (24) Terapi trombolitik
- (25) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass) Embolisme

c) Kondisi klinis terkait

- (1) Stroke

2) Gangguan perfusi jaringan serebral menurut Tarwoto (2013)

dalam Kusyanti (2022), sebagai berikut:

Data pendukung

- a) Penurunan kesadaran
- b) Nilai GCS
- c) Perubahan tanda vital
- d) Perubahan sensorik dan motorik

- e) Penurunan fungsi memori
- f) Nyeri kepala
- g) Muntah
- h) Kejang
- i) Perubahan pupil
- j) Perubahan pola nafas
- k) Nilai AGD
- l) Hasil CT Scan, MRI adanya edema serebri, perdarahan, herniasi
- m) Penggunaan terapi deuretik, sedative
- n) Hipertensi

3) Subkategori : Nyeri dan kenyamanan

Nyeri Akut (D.0077)

a) Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) Penyebab

- (1) Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan)
- (3) Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 1 Batasan karakteristik nyeri akut

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor	(tidak tersedia)	1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berpikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis

Source: PPNI, 2017

d) Kondisi klinis

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

4) Subkategori : Integritas Ego**Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)**

a) Definisi :

perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang,

berlebihan atau terdistorsi.

b) Penyebab

- (1) Gangguan pengelihatan
- (2) Gangguan pendengaran
- (3) Gangguan penciuman
- (4) Gangguan perabaan
- (5) Hipoksia serebral
- (6) Penyalahgunaan zat
- (7) Usia lanjut
- (8) Pemajanan toksin lingkungan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 2 Batasan karakteristik persepsi sensori

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mendengar bisikan atau melihat bayangan	1. Distorsi sensori 2. Respon tidak sesuai
	2. Merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, perabaan atau pengecapan	3. Bersikap seolah melihat, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu
Minor	1. Menyatakan kesal	1. Menyendiri 2. Melamun 3. Konsentrasi buruk 4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi 5. Curiga 6. Melihat ke satu arah 7. Mondar mandir 8. Bicara sendiri.

d) Kondisi klinis terkait

- (1) Glaukoma
- (2) Katarak
- (3) Gangguan refraksi(myopia, hiperopia, astigmatisma, presbiopia)
- (4) Trauma pada saraf kranialis II, III, IV, dan VI akibat stroke, aneurisma intrakranial, trauma/ tumor otak)
- (5) Infeksi okuler
- (6) Presbiakusis
- (7) Malfungsi alat bantu dengar
- (8) Delirium
- (9) Demensia
- (10)Gangguan amnestik
- (11)Penyakit terminal
- (12)Gangguan psikotik

5) Subkategori : keamanan dan proteksi

Risiko jatuh (D.0143)

a) Definisi :

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

b) Faktor risiko :

- (1) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- (2) Riwayat jatuh
- (3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)

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

6) Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Defisit Nutrisi (D.0019)

a) Definisi :

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b) Penyebab

- (1) Ketidakmampuan menelan makanan
- (2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- (3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- (4) Peningkatan kebutuhan metabolisme

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

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

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 3 Batasan Karakteristik Defisit Nutrisi

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.
Minor	1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri Abdomen Nafsu makan menurun	1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Bising usus hiperaktif 7. Otot pengunyah lemah 8. Otot menelan lemah 9. Membran mukosa pucat 10. Sariawan Serum albumin turun

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait

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

7) Subkategori : Keamanan dan proteksi

Gangguan integritas kulit (D.0129)

a) Definisi :

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

b) Penyebab :

- (1) Perubahan sirkulasi
- (2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)

- (3) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- (4) Penurunan mobilitas
- (5) Bahan kimia iritatif
- (6) Suhu lingkungan yang ekstrim
- (7) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- (8) Efek samping terapi radiasi
- (9) Kelembaban
- (10) Proses penuaan
- (11) Neuropati perifer
- (12) Perubahan pigmentasi
- (13) Perubahan hormonal
- (14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 4 Batasan Karakteristik Gangguan Integritas Kulit

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

d) Kondisi klinis

- (1) Dispesifikan menjadi kulit atau jaringan
- (2) Kulit hanya terbatas pada dermis dan epidermis, sedangkan

jaringan meliputi tidak hanya kulit tetapi juga mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan atau ligament

8) Subkategori : interaksi sosial

Gangguan komunikasi verbal (D.0119)

a) Definisi :

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

b) Penyebab :

- (1) Penurunan sirkulasi serebral
- (2) Gangguan neuromuskuler
- (3) Gangguan pendengaran
- (4) Gangguan muskuloskeletal
- (5) Kelainan palatum
- (6) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- (7) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)
- (8) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- (9) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 5 Batasan Karakteristik Gangguan Komunikasi Verbal

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	(tidak tersedia)	1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai
Minor	(tidak tersedia)	1. Afasia 2. Disfasia 3. Apraksia 4. Disleksia 5. Disartria 6. Afonia 7. Dislalia 8. Pelo 9. Gagap 10. Tidak ada kontak mata 11. Sulit memahami komunikasi 12. Sulit mempertahankan komunikasi 13. Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 14. Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh 15. Sulit menyusun kalimat 16. Verbalisasi tidak tepat 17. Sulit mengungkapkan kata-kata 18. Disorientasi orang, ruang, waktu 19. Defisit penglihatan

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis terkait :

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

9) Subkategori : Aktivitas dan Istirahat

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

a) Definisi :

keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Penyebab

- (1) Kerusakan integritas struktur tulang
- (2) Perubahan metabolisme
- (3) Ketidakbugaran fisik
- (4) Penurunan kendali otot
- (5) Penurunan massa otot
- (6) Penurunan kekuatan otot
- (7) Keterlambatan perkembangan
- (8) Kekakuan sendi
- (9) Kontraktur
- (10) Malnutrisi
- (11) Gangguan muskuloskeletal
- (12) Gangguan neuromuskuler
- (13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif
- (20) Keengganan melakukan pergerakan

c) Batasan karakteristik

Tabel 2. 6 Batasan Karakteristik Gangguan Mobilitas Fisik

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

Sumber : (PPNI, 2017)

d) Kondisi klinis

- (1) Stroke
- (2) Cedera medula spinalis
- (3) Trauma
- (4) Fraktur
- (5) Osteoarthritis
- (6) Osteomalasia
- (7) Keganasan

2.2.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Huda, 2016).

Berikut merupakan penjabaran intervensi Sumber: (Huda, 2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019).

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

Tabel 2. 7 Rencana tindakan keperawatan

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

		i) Monitor gelombang ICP j) Monitor status pernapasan k) Monitor intake dan output cairan l) Monitor cairan serebrospinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang b) Berikan posisi semi fowler c) Hindari manuver valsava d) Cegah terjadinya kejang e) Hindari penggunaan PEEP f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik g) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal h) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja	b) Untuk memberikan kenyamanan pasien c) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral d) Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut Kolaborasi a) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intrakranial (TIK)
--	--	---	--

2) Gangguan perfusi jaringan serebral.

Tabel 2. 8 Rencana tindakan keperawatan

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

		pernapasan k) Monitor intake dan output cairan l) Monitor cairan serebrospinalis (mis. warna, konsistensi) Terapeutik i) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang j) Berikan posisi semi fowler k) Hindari manuver valsava l) Cegah terjadinya kejang m) Hindari penggunaan PEEP n) Hindari pemberian cairan IV hipotonik o) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal p) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi d) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu e) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu f) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	pasien c) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral d) Pasien stroke perlu pemeriksaan lanjutan untuk menentukan tindakan lebih lanjut Kolaborasi a) Untuk mempercepat penurunan pada tekanan intrakranial (TIK)
--	--	--	---

3) Nyeri akut (D.0077).

Tabel 2. 9 Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Nyeri akut (D.0077)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) Kriteria hasil : a) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat b) Keluhan nyeri menurun c) Meringis menurun d) Sikap protektif menurun e) Gelisah menurun f) Kesulitan tidur menurun g) Menarik diri menurun h) Berfokus pada diri sendiri menurun i) Diaforesis menurun j) Perasaan depresi menurun k) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun l) Pupil dilatasi menurun m) Muntah menurun n) Mual menurun o) Frekuensi nadi membaik p) Pola napas membaik q) Tekanan darah	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi a) Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi respon nyeri non verbal d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i) Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik a) Berikan teknik farmakologis untuk mengurangi	Observasi a) Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri b) Untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan pasien c) Untuk mengetahui respon nyeri yang dirasakan baik melalui verbal atau nonverbal d) Untuk mengetahui efek samping analgesik yang mungkin dirasakan pasien Terapeutik a) Agar pasien mau dan mampu memotivasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan b) Untuk mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri c) Untuk menangkan dan membantu pasien beristirahat Edukasi a) Agar pasien dapat mengetahui tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri,

	membaik r) Pola tidur membaik	nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c) Fasilitasi istirahat dan tidur d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e) Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi a) Kolaborasi	sehingga pasien dapat mengantisipasi dan mengambil keputusan terkait nyeri yang dirasakan b) Agar pasien dapat melakukan strategi meredakan nyeri sehingga nyeri yang dirasakan dapat dikurangi c) Untuk meningkatkan proses penyembuhan dengan pemberian analgesik yang tepat sehingga tidak terjadi resistensi terhadap obat d) Agar pasien dapat mengetahui teknik non farmakologis untuk meredakan dan mengurangi rasa nyeri
--	---	--	--

		pemberian analgesik, jika perlu	
--	--	---------------------------------	--

4) Gangguan persepsi sensori (**D.0085**).

Tabel 2. 10 Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan persepsi sensori (L.09083) dapat membaik Kriteria hasil : a) Verbalisasi mendengar bisikan menurun b) Verbalisasi melihat bayangan menurun c) Verbalisasi merasakan sesuatu mealaui indera perabaan d) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera penciuman e) Verbalisasi merasakan sesuatu indera perabaan f) Verbalisasi merasakan sesuatu melalui indera pengecapan g) Distorsi sensori menurun h) Perilaku halusinasi menurun i) Menarik diri menurun j) Melamun menurun k) Curiga menurun	Meminimalisierangsangan (I.08241) Obesrvasi a) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)\ Terapeutik a) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang) b) Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas) c) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat d) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan Edukasi a) Ajarkan cara memnimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi	Observasi a) Memeriksa status mental, status sensori, tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan) Terapeutik a) Mendiskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang) b) Membatasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas) c) Menjadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat Edukasi a) Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan

	l) Mondar-mandir menurun m) Respons sesuai stimulus membaik n) Konsentrasi membaik o) Orientasi membaik	kebisingan, membatasi kunjungan) Kolaborasi a) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan b) Kolaborasi pemberian yang mempengaruhi persepsi stimulus	b) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus
--	--	---	--

5) Resiko jatuh (**D.00143**)

Tabel 2. 11 Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Risiko jatuh (D.0143)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat jatuh menurun (L.14138). Kriteria hasil: a) Jatuh dari tempat tidur menurun b) Jatuh dari berdiri menurun c) Jatuh saat duduk menurun d) Jatuh saat berjalan menurun e) Jatuh saat dipindahkan f) menurun g) Jatuh saat naik tangga menurun h) Jatuh saat di kamar mandi menurun i) Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan Jatuh (L.14540) Observasi a) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) c) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi d) Identifikasi faktor lingkungan yang e) meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)	a) Mengetahui tingkat keparahan terjadinya risiko jatuh b) Pemasangan tanda risiko jatuh guna c) mengidentifikasi klien yang berisiko jatuh d) Menjaga keamanan pasien pada saat berada diatas tempat tidur e) Keluarga mampu mengantisipasi dalam pencegahan risiko terjadinya jatuh f) Mengetahui tingkat atau skala faktor

		f) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu g) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik a) Orientasikan ruangan pada klien dan keluarga b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci c) Pasang handrail tempat tidur d) Atur tempat tidur ekanis pada posisi terendah e) Tempatkan klien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station f) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan klien Edukasi a) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	
--	--	---	--

		b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh d) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri e) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	
--	--	--	--

6) Defisit nutrisi (**D.0019**).

Tabel 2. 12 Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi (L.03030) adekuat/membaik. Kriteria hasil: a) Porsi makan yang dihabiskan meningkat b) Kekuatan otot mengunyah meningkat c) Kekuatan otot menelan meningkat d) Nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e) Identifikasi perlunya penggunaan selang	Observasi a) Membantu mengetahui nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh c) Untuk mengetahui hasil lab seperti glukosa, albumin, haemoglobin, elektrolit Terapeutik a) Makanan yang secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan klien b) Makanan yang tinggi serat untuk

	e) TTV membaik	nasogastrik h) Monitor asupan makanan i) Monitor berat badan j) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik a) Lakukan oral hygienis b) sebelum makan, jika perlu c) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) d) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai e) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi f) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein g) Berikan suplemen makanan, jika perlu h) Hentikan pemberian i) makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu b) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika	mencegah terjadinya konstipasi c) Membantu menambah nafsu makan pasien Edukasi a) Membantu klien pada saat makan Kolaborasi a) Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien
--	-----------------------	---	---

		perlu b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	
--	--	--	--

7) Gangguan integritas kulit (**D.0129**).

Tabel 2. 13 Rencana tindakan keperawatan

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

	membaik o) Sensasi membaik p) Tekstur membaik q) Pertumbuhan rambut membaik	minyak pada kulit kering e) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive f) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Anjurkan minum air yang cukup c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	kering e) Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive f) Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi a) Menganjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) b) Menganjurkan minum air yang cukup c) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi d) Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e) Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim f) Menganjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah g) Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
--	---	---	---

8) Gangguan komunikasi verbal (**D.0119**).

Tabel 2. 14 Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal (L.13118) dapat meningkat. Kriteria hasil : a) Aktivitas fisik yang direkomendasikan meningkat b) Aktivitas yang tepat meningkat c) Strategi untuk menyeimbangkan aktivitas dan istirahat meningkat d) Teknik konservasi energi meningkat e) Teknik pernafasan yang efektif meningkat f) Pembatasan energi meningkat g) Mekanika tubuh yang tepat meningkat h) Teknik Menyederhanakan pekerjaan meningkat i) Penggunaan alat bantu yang benar meningkat j) Pembatasan aktivitas menurun k) Faktor-faktor yang meningkatkan pengeluaran energi menurun	Promosi komunikasi: defisit bicara (I.3492) Observasi a) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara b) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) c) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara d) Identifikasi perilaku e) emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik a) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) b) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan	Observasi a) Untuk mengetahui masalah bicara yang dialami klien Terapeutik a) Dukungan dari keluarga membantu untuk pemulihan pasien b) Komunikasi yang alternatif dapat membantu pasien untuk bisa berkomunikasi dengan sekitarnya Edukasi a) Bicara yang pelan dapat mudah dipahami oleh pasien Kolaborasi a) Untuk mempercepat penyembuhan dan mendapatkan penanganan yang tepat

		klien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan klien) c) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan d) Ulangi apa yang disampaikan klien e) Berikan dukungan psikologis f) Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi a) Anjurkan berbicara perlahan b) Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi a) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
--	--	--	--

9) Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Tabel 2. 15 Rencana tindakan keperawatan

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

		mobilisasi dini c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	
--	--	---	--

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi tindakan keperawatan yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Risnawati, Herman, & Kurniawan, 2023).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menentukan apakah rencana keperawatan

dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan (Risnawati, Herman, & Kurniawan, 2023).

Tahap evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- a) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia
- b) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis dari data subjektif dan data objektif.
- d) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan penelitian

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

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

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah pada penelitian ini adalah: Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Stroke iskemik tanpa komplikasi di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek, merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada pasien di RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan. Stroke Iskemik merupakan tersumbatnya pembuluh darah yang mengakibatkan aliran darah yang menuju ke otak sebagian atau keseluruhan

terhambat.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik yaitu rangkaian praktik keperawatan dari proses kegiatan dengan cara memberikan perawatan pada pasien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia berpegang pada standar keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi, secara komprehensif selama pasien dirawat. Penelitian ini menggunakan responden pada pasien stroke iskemik dengan / tanpa komplikasi atau penyakit penyerta seperti diabetes melitus, gagal ginjal, jantung, dan lain- lain, pasien dengan kesadaran composmentis, dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah sasaran yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini adalah Tn. T (79 Tahun) dengan diagnosa medis stroke iskemik yang dirawat di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Partisipan yang digunakan adalah pasien kooperatif, pasien dapat diajak komunikasi secara aktif, pasien tanpa komplikasi , pasien dengan kesadaran composmentis, dan mendapatkan perawatan minimal 3 hari.

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

Rencana lokasi penelitian pada studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik dilaksanakan di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 12 – 15 Februari 2025.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Bahan/instrumen

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan bahan/instrumen pengumpulan data yaitu dokumen wawancara terstruktur, pedoman observasi, pengukuran dengan alat (tensimeter, termometer, dll), alat pemeriksaan laboratorium atau dokumen yang relevan.

3.5.2 Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara dan pemeriksaan fisik. Wawancara yaitu hasil anamnesa berupa identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu keluarga dan lain-lain. Sumber data yang didapat bisa dari pasien, keluarga atau rekam medik. Pada pemeriksaan fisik menggunakan teknik: inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi pada bagian tubuh pasien. Sedangkan, data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data menurut Suryono (2020) meliputi empat tahap yaitu :

- 1) Tahap persiapan
 - a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua

Prodi Diploma 3 Keperawatan Politeknik Kesehatan

Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek nomor
DP.04.03/F.XIII.15.5/63/2025

- b) Mengurus ijin penelitian dan persetujuan pada lokasi tempat melakukan pengambilan study kasus yaitu Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
 - c) Mendapat surat balasan persetujuan ijin penelitian dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek nomor 000.9/ 77 / 406.010.001/18.00/2025.
 - d) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (clinical instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (pasien).
- 2) Tahap kontrak
- Peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data. Waktu pelaksanaan wawancara menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan sedangkan tempat pelaksaasn mempertimbangkan lokasi nyaman, tenang, dan mempermudah partisipan yaitu di bed

partisipan. Partisipan menyetujui kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati.

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 pasien, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnose, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.

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 merupakan prinsip-prinsip yang digunakan untuk menilai keandalan, validitas, dan ketepatan data yang dikumpulkan dalam sebuah penelitian (Damanik, 2024). Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), Keteralihan (*Transferbility*), Ketergantungan (*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 pasien sesuai dengan masalah berdasarkan kerja sama dengan CI (*clinical instructure*), pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Keteralihan (transferbility)

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

sesuai.

3.6.3 Ketergantungan (dependability)

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

3.6.3 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 untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisis data

Analisa data merupakan sebuah kegiatan untuk mengatur, mengurutkan, mengelompokkan, memberi kode atau tanda dan mengkategorikannya sehingga diperoleh suatu temuan berdasarkan

fokus atau masalah yang ingin dijawab (Gunawan, 2017). Peneliti dalam melaksanakan penelitian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Iskemik di RSUD dr. Soedomo Trenggalek mengikuti tahapan analisa data mulai dari proses mencari, menyusun dan menganalisa secara sistematis. Penjelasan tahapan analisa data pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

3.7.1 Tahap mencari

Peneliti memulai proses mencari data dengan menemukan partisipan yang memenuhi kriteria. Peneliti memperoleh data dari anamnesis secara mendalam dengan menanyakan identitas, riwayat penyakit, pola aktivitas sehari-hari, pola kognitif dan sensori persepsi, pola peran dan hubungan atau interaksi sosial, pola persepsi diri dan toleransi terhadap stress, pola seksualitas dan nilai serta pemeriksaan fisik. Peneliti melakukan TTV dan pemeriksaan persistem dengan cara inspeksi, palpasi dan perkusi menggunakan *nursingkit*.

3.7.2 Tahap menyusun

Peneliti menyusun data dari anamnesis dan pengkajian yang dimulai dari analisa data, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melakukan tindakan yang telah direncanakan, mengevaluasi dan mencari perkembangan pasien.

3.7.3 Analisa data

Peneliti data dengan melakukan pemilihan data data yang telah ada. Dan menemukan antara teori dan fakta. Kesenjangan diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah difahami semuanya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etika penelitian

Menurut Harahap (2022), etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antarlain adalah sebagai berikut:

3.8.1 Informed consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2008).

3.8.2 Kerahasiaan (confidentially)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang

telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2008).

3.8.3 Tanpa nama (anonimity)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2008).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

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

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian ini dilaksanakan tanggal 12 Februari – 15 Februari 2025 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Flamboyan RSUD Dr. Soedomo Trenggalek tahun 2025, dengan partisipan Tn. T. Klien yang diteliti berada di kelas III ruang 4D.

Ruang Flamboyan merupakan ruang syaraf yang memberikan perawatan khusus bagi pasien yang terkena penyakit syaraf dan stroke. Jumlah perawat di ruang Unit Stroke yaitu 17 orang dengan kapasitas tempat tidur 23 bed (tempat tidur). Di kelas 1 ada 3 ruang dengan masing-masing ruang 1 bed (tempat tidur), kelas 3 ada 16 bed (tempat tidur), dan ruang HCU ada 4 bed (tempat tidur).

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Pasien

Tabel 4. 1 Identitas pasien

IDENTITAS PASIEN	PASIEN
a) Nama	Tn. T
b) Umur	79 tahun
c) Jenis Kelamin	Laki-laki
d) Status Perkawinan	Cerai mati
e) Pekerjaan	-
f) Agama	Islam
g) Pendidikan terakhir	Sd
h) Alamat	Duren. Tugu Trenggalek
i) Tanggal dan jam masuk rumah sakit	11-03-2025 / jam 14.00 WIB
j) Tanggal dan jam pengkajian	12-03-2025 / jam 18.15 WIB
k) No. Register	319053
l) Diagnosa medis	CVA infark

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Pasien 1
a) Keluhan utama	- Saat MRS : pasien mengatakan tangan dan kaki kanan lemas tidak bisa di gerakkan, pusing, sulit bicara, muntah 1 kali - Saat pengkajian : pasien mengatakan tangan dan kaki kanan masih lemas untuk digerakkan, pusing seperti berputar-putar
b) Riwayat penyakit sekarang	Pada tanggal 11-03-2025 pukul 11.30, saat pasien habis mencabut rumput dan duduk di ruang tamu, tiba tiba merasakan tangan dan kakinya sebelah kanan lemas dan tidak bisa digerakkan, sempat muntah 1 kali, sulit bicara, dan pusing. Kemudian oleh anaknya dibawa ke puskesmas pucanganak pada pukul 12.00. Sesampainya di puskesmas pucanganak oleh dokter disarankan untuk rujuk ke RSUD dr. Soedomo dikarenakan seperti tanda dan gejala serangan stroke. Sampai di IGD pukul 14.00.

	Saat di rumah sakit keluhannya tetap sama tangan dan kaki sebelah kanan lemas dan tidak bisa di gerakan, pusing, namun sudah tidak muntah serta bicara sudah normal. Kemudian dibawa ke ruang Flamboyan pada pukul 15.30 P : Pasien mengatakan pusing Q : Pusing seperti berputar-putar R : Pusing terasa di kepala atas S : Skala nyeri 5 T : Pusing hilang timbul, untuk waktunya ± 10 menit setelah itu hilang.
c) Riwayat kesehatan yang lalu	Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi ± 2 tahun lalu, rutin minum obat amlodipine
d) Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mengidap penyakit yang sama seperti pasien, tetapi ada yang mempunyai hipertensi yaitu kakak kandungnya. Keterangan : ○ : Perempuan □ : Laki-laki ↗ : Pasien — : Garis pernikahan

	----- : Garis serumah
	: Garis keturunan
	X : Meninggal

3) Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 4. 3 Pola aktivitas sehari-hari

Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di Rs
a) Pola istirahat / tidur	Pasien mengatakan saat di rumah tidur jam 21.00 dan bangun pukul 04.30 $\pm 7,5$ jam, terkadang juga tidur siang pukul 13.00 – 15.00 ± 2 jam. Pasien mengatakan tidak ada gangguan pada tidur.	Pasien mengatakan saat di rumah sakit tidak pernah tidur siang hanya tidur malam pukul 21.00 dan bangun pukul 05.00, tetapi terkadang pasien terbangun saat terdengar suara bising dan saat perawat memasuki ruangan, serta pusing yang dialaminya.
b) Pola eliminasi	Pasien mengatakan saat di rumah BAB 1 kali sehari dan untuk BAK 6-7 kali sehari. Tidak ada gangguan pada BAB & BAK pasien.	Pasien mengatakan saat di rumah sakit belum BAB sama sekali dan untuk BAK pasien sering, menggunakan poppers dalam sehari pasien ganti sebanyak 3 kali.
c) Pola makan dan minum	Pasien mengatakan saat di rumah makan 3 kali sehari pagi, siang, dan malam dengan nasi, sayur, dan lauk. Untuk minum setiap habis makan dan setelah beraktivitas 6-7 gelas atau sekitar ± 1200 cc setiap harinya. Dalam makan dan	Pasien mengatakan saat di rumah sakit makan 3 kali sehari dengan diit RG (rendah gula) bentuk lunak. Makan sedikit-sedikit tetapi habis, dan untuk minum setiap habis makan dan saat merasa haus sebanyak 4-5 gelas

	minum pasien tidak ada pantangan atau alergi.	air atau sekitar 800-1000 cc.
d) Kebersihan diri atau personal hygiene	Pasien mengatakan saat di rumah mandi dan gosok gigi 2 kali sehari. Pasien juga memotong kuku saat ingat dan keramas 2 kali seminggu.	Pasien mengatakan saat di rumah sakit mandi 2 kali sehari dengan di sbin tidak menggosok gigi dan tidak keramas.
e) Pola kegiatan atau aktivitas lain	Pasien mengatakan saat di rumah melakukan aktivitas memberi makan ayam dan mencabut rumput dan terkadang juga ikut dalam yasinan warga. Dan untuk kebutuhan diri sendiri seperti makan, mandi, dan berpakaian bisa dilakukan sendiri.	Pasien mengatakan saat di rumah sakit tidak ada aktivitas hanya terbaring di bed dan untuk aktivitas dibantu oleh keluarganya seperti makan, mandi, dan berpakaian.

4) Data psiko sosial

Tabel 4. 4 Data psiko sosial

Data psiko sosial	Pasien
a) Konsep diri	
(1) Gambaran diri	Pasien seorang laki-laki berumur 79 tahun, seorang suami dan ayah dari 2 anaknya
(2) Ideal diri	Pasien mempunyai harapan besar untuk sembuh dan segera kembali pulang untuk melakukan aktivitasnya kembali.
(3) Harga diri	Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisinya sekarang.
(4) Peran	Pasien mengatakan saat ini hanya sebagai ayah dari 2 anaknya karena istrinya sudah meninggal sejak 9 bulan yang lalu.

(5) Identitas diri	Pasien mengatakan dirinya bernama Tn. T berusia 79 tahun alamat Duren. Tugu.
b) Pola peran hubungan dengan orang lain	Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan berkomunikasi. Pasien menjawab dengan bahasa jawa. Pasien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.
c) Pola seksual	Pasien berjenis kelamin laki-laki berusia 79 tahun dan sudah menikah, tetapi istrinya sudah 9 bulan meninggal dan sekarang hanya ingin fokus pada anak-anaknya dan cucunya.
d) Pola mekanisme koping	Pasien mengatakan dalam menyelesaikan masalah dibantu oleh keluarganya dan selalu berdoa kepada Tuhan YME.
e) Pola kognisi dan persepsi sensori	Pasien tidak ada gangguan pada status mental
(1) Status mental	Pola komunikasi pasien secara verbal
(2) Pola komunikasi	Pasien mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan orang, waktu, maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat
(3) Orientasi	

5) Data spiritual

Tabel 4. 5 Data spiritual

Data spritual	Pasien
a) Pola nilai dan kepercayaan klien	Pasien mengatakan agamanya islam. Sebelum sakit pasien menjalankan sholat 5 waktu dan selama sakit tidak bisa menjalankan sholat wajib 5 waktu dikarenakan adanya kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan.

6) Pemeriksaan fisik

Tabel 4. 6 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien
a) Keadaan umum	Keadaan umum lemah, pasien terbaring di tempat tidur, kesadaran <i>composmentis</i> , GCS 4 5 6, eye 4 (membuka mata dengan spontan), verbal 5 (orientasi baik dan sadar), motorik 6 (menurut perintah)
b) Tanda-tanda vital	
TD :	197/115 mmHg
Nadi :	78 x/mnt
Suhu :	36,6 C
Respirasi :	20 x/mnt
Spo2 :	96
Bb :	60 kg
Tb :	160 cm
c) Pemeriksaan kepala dan leher	
(1) Kepala dan rambut	- Kepala : Bentuk kepala normal, tidak ada lesi dan benjolan, ubun-ubun menutup sempurna, kulit kepala terlihat sedikit berminyak. - Rambut : Rambut lebat, penyebaran merata, sedikit berminyak, dominan anantara rambut hitam dan putih.
(2) Mata	Mata lengkap, konjungtiva merah muda, tidak ada edema di kelopak mata, pupil isokor, mampu menerima rangsangan cahaya, mampu menggerakkan bola mata kekanan dan kekiri serta dapat melihat jarak jauh.
(3) Hidung	Bentuk hidung normal, tulang hidung tidak ada pembengkakan, posisi septumnasi tepat di tengah, untuk lubang hidung tidak ada sumbatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung serta mampu membedakan bau.

(4) Telinga	Telinga simetris, terdapat sedikit gangguan di pendengaran, tidak ada lesi dan serumen.
(5) Mulut dan faring	Bibir simetris, membran mukosa kering, lidah putih, pasien tidak mengalami kesulitan menelan.
(6) Leher	Posisi trakea simetris di tengah, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.
(7) Pemeriksaan payudara dan ketiak	Payudara simetris kanan kiri, areola berwarna kecoklatan, tidak teraba adanya benjolan, tidak ada kelainan pada payudara dan ketiak.
d) Pemeriksaan thorax / dada	
Paru	
(1) Inspeksi	Simetris kanan kiri, tidak ada lesi, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercosta, icutus cordis tidak tampak.
(2) Palpasi	Tidak terdapat pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, vocal vrementus sama di lapang paru kanan kiri.
(3) Perkusi	Terdengar suara sonor.
Jantung	
(1) Inspeksi	Bentuk simetris kanan kiri, tidak ada bekas luka, pergerakan dada simetris kanan kiri, ictus cordis tidak tampak.
(2) Palpasi	Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba di ICS 4-5 midclavicular.
(3) Perkusi	Suara jantung pekak, batas jantung normal.
(4) Askultasi	Bunyi jantung reguler, suara vesikuler.
e) Pemeriksaan abdomen	
(1) Inspeksi	Bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada benjolan, tidak ada keluhan mual.

(2) Auskultasi	Terdengar suara bising usus 8 x/mnt.				
(3) Palpasi	Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar.				
(4) Perkusi	Terdengar suara timpani.				
f) Pemeriksaan genetalia	Pasien mengatakan tidak ada kelainan pada area genetalia.				
g) Pemeriksaan muskuloskeletal.	Pasien terbaring ditempat tidur, terkadang untuk bangun dibantu oleh keluarganya. Pasien mampu mengikuti perintah untuk menggerakkan ekstremitasnya, namun pada ekstremitas kanan atas dan bawah mengalami kelemahan kekuatan otot, terpasang selang infus di sebelah kanan, tidak ada edema. <table> <tr> <td>4</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan : 0 : tidak bisa sama sekali digerakkan 1 : hanya bisa menggerakkan sendi 2 : hanya bisa bergeser 3 : dapat mengangkat tetapi langsung jatuh 4 : dapat mengangkat lama tetapi tidak adapat melawan tahanan 5 : dapat mengangkat lama dan bisa melawan tahanan.	4	5	2	5
4	5				
2	5				
h) Pemeriksaan integumen dan kuku	Kulit kering, akral teraba hangat, turgor kulit < 2 detik, tidak ada edema, CRT < 2 detik.				
i) Pemeriksaan neurologi					
(1) Tingkat kesadaran	Tingkat kesadaran <i>composmentis</i> , GCS 4 5 6				
(2) Syaraf otak					
(nervus cranialis)					
(a) Nervus I Olfactorius	Tidak ada kelainan pada fungsi penciuman (pasien mampu mencium saat di tes menggunakan minyak kayu putih).				

(b) Nervus II Optikus	Tidak ada kelainan pada fungsi penglihatan saat di tes lapang pandang jarak.
(c) Nervus III Okulomotoris	Tidak ada kelainan pada fungsi pergerakan bola mata (mampu menggerakkan bola mata ke bawah).
(d) Nervus IV Trochlearis	Pergerakan bola mata tidak terganggu (mampu menggerakkan bola mata ke atas).
(e) Nervus V Trigeminus	Reflek kornea dan berkedip tidak ada gangguan (mampu merasakan reaksi saat di tes dengan menggunakan kapas).
(f) Nervus VI Abdusen	Pergerakan mata tidak terganggu (mampu mengikuti arah tangan saat di tes).
(g) Nervus VII Fasialis	Terdapat kelainan pada nervus fasialis (pasien mengalami ketidaksimetrisan saat di tes untuk tersenyum).
(h) Nervus VIII Vestibuloclearis	Terdapat gangguan pada fungsi pendengaran.
(i) Nervus IX Glossofaringeus	Tidak gangguan pada pengecapan rasa (pasien mampu membedakan antara asin dan manis dengan ditek menggunakan garam dan gula).
(j) Nervus X Vagus	Tidak mengalami gangguan pada menelan.
(k) Nervus XI Asesorius	Tidak dapat melawan tahanan pada bahu sebelah kanan.
(l) Nervus XII Hipoglosu	Tidak ada gangguan, dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri.
(3) Fungsi motorik	Pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan atas dan bawah dengan kekuatan otot

	<table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	4	5	2	5														
4	5																		
2	5																		
(4) Fungsi sensorik	- Raba : pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada tubuh menggunakan kapas. - Rasa : pasien dapat membedakan antara asin dan manis saat di tes menggunakan garam dan gula. - Bau : pasien mampu mencium minyak kayu putih																		
(5) Refleksi	(a) Reflek fisiologis <table><tr><td></td><td>Dekstra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>- Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>- Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr><tr><td>- Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr></table> (b) Reflek patologis <table><tr><td></td><td>Dekstra</td><td>Sinistra</td></tr><tr><td>- Babinski</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr></table> Keterangan : (a) Reflek fisiologis (+) : terdapat reflek (-) : tidak terdapat reflek (b) Reflek patologis (+) : tidak terdapat reflek (-) : terdapat reflek		Dekstra	Sinistra	- Trisep	(-)	(+)	- Bisep	(-)	(+)	- Patella	(-)	(+)		Dekstra	Sinistra	- Babinski	(+)	(-)
	Dekstra	Sinistra																	
- Trisep	(-)	(+)																	
- Bisep	(-)	(+)																	
- Patella	(-)	(+)																	
	Dekstra	Sinistra																	
- Babinski	(+)	(-)																	

7) Hasil pemeriksaan penunjang

Tabel 4. 7 Hasil pemeriksaan penunjang

Tanggal : 11 Maret 2025

PEMERIKSAAN		HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI				
Darah Lengkap				
Hemoglobin	L	12.7	g/dL	13.5 – 18.0
Lekosit	H	17.1	10³/uL	4.0 – 10.5
Trombosit		226	10 ³ /uL	150 – 450
Hematokrit	H	38.2	%	42.0 – 51.0
Eritrosit		4.30	Juta/uL	3.50 – 4.76
- M C V		88.8	fl	78.0 – 100.0
- M C H	H	29.5	pg	31.0 – 37.0
- M C H C	H	33.2	g/dL	37.0 – 54.0
RDW		13.8	%	11.0 – 16.0
PDW		13.9	fl	9.0 – 17.0
MPV		10.3	fl	8.0 – 11.0
Hitung Jenis (DIFF)				
- Neu%	H	92.7	%	37.0 – 72.0
- Lym%	L	5.2	%	15.0 – 50.0
- Mxd%		2.1	%	0.0 – 14.0
- Neu#	H	15.8	10³/uL	1.5 – 6.6
- Lym#	L	0.9	10³/uL	1.5 – 3.5
- Mxd#		0.4	10 ³ /uL	<1.0
GULA DARAH				
Glukosa Darah		134	mg/dL	<180
FAAL GINJAL				
Ureum		20.1	mg/dL	15.0 – 45.0
Creathinin	L	0.83	mg/dL	0.9 – 1.3
eGFR		89		
FAAL HATI				

SGOT	19.5	U/L	10.0 – 40.0
SGPT	13.1		

Hasil Lab KK HbA1c

Tanggal : 12-03-2025

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
GULA DARAH			
HbA1c	5.5	%	<5.8 (normal) 5.8 – 6.9 (pre diabetes) >6.9 (diabetes)
PROFIL LIPID			
Kolestrol Total	181.6	mg/dL	140 – 200
Trigliserida	98.6	mg/dL	40 – 150
HDL Kolestrol	59.5	mg/dL	High $\geq$ 60 Low $<$ 40
LDL Kolestrol	77.8	Mg/dL	Optimal $<$ 100
FAAL GINJAL			
Asam Urat	4.8	mg/dL	3.5 – 7.2

Hasil ECG

Tanggal : 11-03-2025

Interpretation mode without knowing parent`s gender/age...

Possible anterior infarct-age undetermined

Inferior/lateral ST-T abnormality may be due to myocadial

Abnormal ECG

Hasil CT-Scan tanpa kontras

Tanggal foto : 11-03-2025 jam 21.39

Tanggal baca : 12-03-2025 jam 10.57

Tampak lesi hipodense batas tidak tegas disubcortex corona radiata kiri

Tampak area hipodense batas tidak tegas simetris bilateral di peri ventrikel lateralis kanan kiri

Sulci dan gyri normal

Sistem ventrikel dan cisterna normal

Pons dan cerebellum normal

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Tak tampak deviasi midline

Orbita, mastoid dan sinus paranasalis kanan kiri tak tampak kelainan

Calvaria normal

Tak tampak proses osteolitik/osteblastik

Kesan :

Acute infark di subcortex corona radiata kiri

Binswangers disease

8) Penatalaksanaan dan terapi

Tabel 4. 8 Penatalaksanaan dan terapi

Tanggal	Terapi	Cara pemberian obat
12-03-2025	- Pz 1500 cc/hari dengan 14 tpm - Inj. Citicholine 2x500 mg - Inj. Metaclopramid 3x1 gr	- Iv - Iv - Iv
13-03-2025	- Pz 1500 cc/hari dengan 14 tpm - Inj. Citicholine 2x500 mg - Inj. Metaclopramid 3x1 gr	- Iv - Iv - Iv
14-03-2025	- Pz 1500 cc/hari dengan 14 tpm - Inj. Citicholine 2x500 mg - Inj. Metaclopramid 3x1 gr	- Iv - Iv - Iv
15-03-2025	- Pz 1500 cc/hari dengan 14 tpm - Inj. Citicholine 2x500 mg - Inj. Metaclopramid 3x1 gr	- Iv - Iv - Iv

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4. 9 Analisa Data

DATA	MASALAH	ETIOLOGI
DS : Pasien mengatakan kepala terasa pusing berputar-putar DO : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6	Gangguan perfusi jaringan serebral	Hipertensi ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Stroke infark ↓

4) Skala nyeri 5 (nyeri sedang) 5) Tekanan darah meningkat 6) TTV : TD : 197/115 Nadi : 76 x/mnt Suhu : 36,6 C RR : 20 x/mnt Spo2 : 96 % 7) Adanya riwayat hipertensi 8) Hasil CT-Scan a) Tampak lesi hipodense tidak tegas di subcortex radiata kiri b) Sistem ventrikel dan cystem normal c) Tak tampak deviasi midline d) Kesimpulan : Acute infark di subcortex corona radiata kiri.		Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Suplai darah dan O₂ ke atas menurun ↓ Risiko gangguan perfusi jaringan serebral ↓ Hasil CT-Scan (+) ↓ Gangguan perfusi jaringan serebral
DS : Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas untuk digerakkan DO : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Pasien terlihat susah untuk melakukan pergerakan pada ekstremitasnya saat	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan fungsi motorik / muskuloskeletal ↓ Kelamahan pada sua anggota gerak ↓ Gangguan mobilitas fisik

disuruh untuk mengangkat tangan dan sebelah kanan 5) Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarganya saat ganti pakaian dan juga makan 6) Pasien terbaring di tempat tidur 7) Kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table> 8) Reflek fisiologis a) Trisep (-) (+) b) Bisep (-) (+) c) Patella (-) (+) Reflek patologis a) Babinski (+) (-)	4	5	2	5		
4	5					
2	5					

4.1.4 Diagnosa keperawatan

Tabel 4. 10 Diagnosa keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
1.	12-03-2025	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d hipertensi dibuktikan dengan : 1) Pasien mengatakan kepala terasa pusing berputar-putar 2) K/u lemah 3) Kesadaran composmentis 4) GCS 4 5 6 5) Skala nyeri 5 (nyeri sedang) 6) Tekanan darah meningkat	15-03-2025	

		7) TTV : TD : 197/115 Nadi : 76 x/mnt Suhu : 36,6 C RR : 20 x/mnt Spo2 : 96 % 8) Adanya riwayat hipertensi 9) Hasil CT-Scan a) Tampak lesi hipodense tidak tegas di subcortex radiata kiri b) Sistem ventrikel dan cistern normal c) Tak tampak deviasi midline d) Kesimpulan : Acute infark di subcortex corona radiata kiri.		
2.	12-03-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik / muskuloskeletal dibuktikan dengan : 1) Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemas untuk digerakkan 2) K/u lemah 3) Kesadaran composmentis 4) GCS 4 5 6 5) Pasien terlihat susah untuk melakukan pergerakan pada ekstremitasnya saat disuruh mengangkat tangan dan kakinya sebelah kanan 6) Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarganya saat ganti pakaian dan makan	15-03-2025	

		7) Pasien terbaring di tempat tidur 8) Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 4 & 5 \\ \hline 2 & 5 \end{array}$ 9) Reflek fisiologis a) risep (-) (+) b) Bisep (-) (+) c) Patella (-) (+) Reflek patologis a) Babinski (+) (-)		
--	--	--	--	--

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 11 Intervensi keperawatan

No	Tanggal	No dx Kep	SLKI	SIKI	RASIONAL	TTD
1.	12-03-2025	1	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi jaringan serebral membaik dengan kriteria hasil : 1) Sakit kepala menurun 2) Tekanan intrakranial menurun 3) Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Observasi : 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda dan gejala TIK 3) Monitor MAP 4) Monitor status pernapasan Terapeutik : 5) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6) Berikan posisi semi fowler 7) Hindari manuver valsava Kolaborasi : 8) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 9) Kolaborasi pemberian	1) Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Untuk memonitor tanda dan gejala TIK 3) Memonitor MAP 4) Memonitor status pernapasan 5) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6) Memberikan posisi semi fow semi fowler 7) Menghindara manuver valsava	

				diuretik ostomosis		
2.	12-03-2025	2	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak ROM meningkat 4) Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi Observasi : 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 4) Fasilitasi melakukan pergerakan 5) Libatkan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan pergerakan Edukasi : 6) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 8) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Memantau kondisi umum selama melakukan mobilisasi 3) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4) Memfasilitasi melakukan pergerakan 5) Melibatkan keluarga dalam membantu pasien meningkatkan pergerakan 6) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 8) Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	

4.1.6 Implementasi

Tabel 4. 12 Implementasi

NO	TANGGAL / JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TINDAKAN / IMPLEMENTASI	TANDA TANGAN
1	12-03-2025	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d hipertensi	1) Melakukan validasi pada pasien menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan 2) Mengobservasi k/u pasien dengan menilai GCS 3) Mengobservasi TTV dan MAP TD : 183/97 mmHg MAP : 126 Nadi : 66 x/mnt Suhu : 36°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 96% 4) Mengobservasi penyebab peningkatan TIK pada pasien dengan menanyakan apakah pasien masih pusing	   

	19.30		5) Memberikan injeksi sesuai program	
	19.40		a) Inj. Citicholine 500 mg b) Inj. Metaclopramid 1 gr	
	20.30		6) Memantau tanda dan gejala dari peningkatan TIK dengan mengobservasi TTV	
	20.45		7) Mengganti cairan infus Pz dalam 14 tpm	
	20.55		8) Memberikan posisi semi fowler	
			9) Hindari manuver valsava dengan cara memberitahu pasien dan keluarga pasien untuk makan makanan yang mengandung serat agar tidak mengejan saat BAB.	
2	18.30	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi	1) Mengobservasi atau menilai kekuatan otot pada pasien	
	18.45	motorik/muskuloskeletal	2) Mengobservasi adanya nyeri atau keluhan lain dengan menanyakan kepada pasien apakah ada keluhan	

			atau nyeri yang lain	
20.00			3) Membuat persetujuan dengan pasien dan keluarga akan ada mobilisasi dini yaitu latihan gerak ROM	
20.05			4) Menjelaskan maksud dan tujuan akan dilakukan latihan gerak ROM	
20.15			5) Melakukan gerakan ROM	
			6) Memantau kondisi umum pasien selama melakukan gerakan ROM	
20.30			7) Mengobservasi kembali kekuatan otot setelah dilakukan latihan gerak ROM	
20.35			8) Mengedukasi keluarga pasien untuk sering mengajak pasien melakukan gerak ROM	
			9) Menyediakan pagar pada tempat tidur pasien sebagai alat bantu aktivitas mobilisasi sederhana sehingga membantu pasien untuk meningkatkan kekuatan otot.	

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4. 13 Evaluasi

NO DIAGNOSA	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN
1	12-03-2025	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d hipertensi	S : 1) Pasien mengatakan kepalanya masih terasa pusing seperti berputar-putar, pasien mengatakan adanya riwayat hipertensi, pasien mengatakan sudah makan buah pisang O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Skala nyeri 5 5) TTV : TD : 183/97 mmHg MAP : 126 Nadi : 66 x/mnt Suhu : 36°C

			RR : 20 x/mnt SpO2 : 96% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6,7
2	12-03-2025	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik/muskuloskeletal	S : 1) Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan masih lemas untuk di gerakan. O : 2) K/u lemah 3) Kesadaran composmentis 4) GCS 4 5 6 5) Pasien tampak susah untuk melakukan pergerakan pada ekstremitasnya 6) Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarganya 7) Kekuatan otot 4 5 2 5 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,7,8

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4. 14 Catatan Perkembangan

TANGGAL : 13-03-2025

JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI AWAL DINAS	IMPLEMENTASI	EVALUASI AKHIR DINAS	TTD
14.30	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d hipertensi	S :	1) Melakukan validasi pada pasien dengan menjelaskan tujuan dan maksud dari tindakan yang akan lakukan	S :	
15.00		1) Pasien mengatakan kepalanya masih terasa pusing seperi berputar-putar dan pasien mengatakan sudah makan pisang.	2) Mengobservasi k/u pasien dengan menilai GCS	1) Pasien mengatakan pusing berputar-putar di kepalanya sudah mulai berkurang walaupun terkadang	
15.10		O :	3) Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK dengan mengobservasi TTV	masih tiba-tiba timbul lagi, pasien mengatakan tidak	
15.20		1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Skala nyeri 5 5) TTV : TD : 184/98 mmHg MAP : 127	4) Mengobservasi TTV dan MAP TD : 185/94 mmHg MAP : 124 Nadi : 62 x/mnt Suhu : 36,3°C	merasa mual muntah O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Akral teraba hangat 5) Skala nyeri 4	

21.00			10) Memberikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung		
15.00 18.15 18.25 18.40 18.50 19.00	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik/muskuloskeletal	S : 1) Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan masih lemas untuk di gerakkan. O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Pasien terlihat susah untuk melakukan pergerakan pada ekstremitas kanannya 5) Aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarganya (makan,berpakaian, mandi)	1) Mengobservasi kekuatan otot 2) Melakukan latihan gerak ROM 3) Memantau kondisi umum pasien selama melakukan latihan gerak ROM 4) Mengoservasi kembali kekuatan otot setelah dilakukan latihan gerak ROM 5) Memberitahu keluarga pasien untuk sering mengajak pasien melakukan gerakan ROM 6) Menyediakan pagar pada tempat tidur pasien sebagai alat bantu aktivitas mobilisasi sederhana sehingga dapat membantu pasien untuk	S : 1) Pasien mengatakan masih lemas untuk menggerakkan tangan dan kakinya O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Pasien masih susah untuk melakukan pergerakan pada ekstremitasnya 5) Aktivitas pasien terlihat masih dibantu oleh keluarganya	    

19.10		6) Kekuatan otot $\frac{4}{2} \mid \frac{5}{5}$ A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,7,8	meningkatkan kekuatan otot. 7) Mengajari pasien untuk merubah posisi tidur dengan teknik miring kanan miring kiri setiap dua jam sekali.	6) Kekuatan otot $\frac{4}{2} \mid \frac{5}{5}$ A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,7,8	
-------	--	---	---	--	---

TANGGAL : 14-03-2025

JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI AWAL DINAS	IMPLEMENTASI	EVALUASI AKHIR DINAS	TTD
15.00	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d hipertensi	S :	1) Melakukan validasi pada pasien dengan menjelaskan tujuan dan maksud tindakan yang akan dilakukan	S :	
15.05		1) Pasien mengatakan pusing berputar-putar di kepalanya sudah mulai berkurang walaupun terkadang masih tiba-tiba timbul lagi	2) Mengobservasi k/u pasien dengan menilai GCS	1) Pasien mengatakan pusing berputar-putar dikepalanya sudah jauh berkurang	
15.10		O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Skala nyeri 4 5) TTV : TD : 178/80 mmHg MAP : 113 Nadi : 69 x/mnt	3) Memantau adanya tanda dan gejala peningkatan TIK dengan mengobservasi TTV 4) Mengobservasi TTV dan MAP TD : 170/80 mmHg MAP : 110 Nadi : 69 x/mnt Suhu : 36,5 °C RR : 20 x/mnt SpO2 : 96%	O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Skala nyeri 2 5) TTV : TD : 170/80 mmHg MAP : 110 Nadi : 69 x/mnt Suhu : 36,5 °C RR : 20 x/mnt SpO2 : 96% A : Masalah teratasi sebagian	  

15.25		Suhu : 36,2°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 96%	5) Memberikan injeksi sesuai program a) Inj. Citicholine 500 mg b) Inj. Metaclopramid 1 gr	P : intervensi dilanjutkan 2,3,4,6	
19.40		A: Masalah teratasi sebagian Pusing berkurang Skala nyeri 4	6) Mengganti cairan infus Pz dalam 14 tpm		
20.40		P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6	7) Memberitahu pasien untuk tidur lebih awal		
20.45			8) Memberikan posisi head up 30°		
21.00			9) Memberikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi kunjungan		
16.15	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik/ muskuloskeletal	S :	1) Mengobservasi kekuatan otot	S :	
18.20		1) Pasien mengatakan masih lemas untuk menggerakkan kakinya	2) Melakukan latihan gerak ROM	1) Pasien mengatakan kakinya masih lemas, tetapi tangangnya sudah bisa diangkat sempurna dan digerakkan	
18.35		tetapi untuk tangan sudah ada peningkatan.	3) Memantau kondisi umum pasien selama melakukan latihan gerak ROM		

TANGGAL : 15-03-2025

JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI AWAL DINAS	IMPLEMENTASI	EVALUASI AKHIR DINAS	TTD
14.30	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d hipertensi	S :	1) Melakukan validasi kepada pasien dengan menjelaskan tujuan dan maksud tindakan	S :	
14.35		1) Pasien mengatakan sudah tidak pusing		1) Pasien mengatakan sudah tidak pusing	
14.40		O :	2) Mengobservasi k/u pasien dengan menilai GCS	O :	
15.00		1) K/u lemah	3) Memantau tanda dan gejala peningkatan TIK dengan mengobservasi TTV	1) K/u lemah	
		2) Kesadaran composmentis	4) Mengobservasi TTV dan MAP	2) Kesadaran composmentis	
		3) GCS 4 5 6		3) GCS 4 5 6	
		4) Skala nyeri 0		4) Skala nyeri 0	
		5) TTV :		5) TTV :	
		TD : 150/90 mmHg	TD : 140/90 mmHg	TD : 140/90 mmHg	
		MAP : 110	MAP : 107	MAP : 107	
		Nadi : 70 x/mnt	Nadi : 65 x/mnt	Nadi : 65 x/mnt	
		Suhu : 36,2 °C	Suhu : 36°C	Suhu : 36°C	
		RR : 20 x/mnt	RR : 20 x/mnt	RR : 20 x/mnt	
		SpO2 : 96%	SpO2 : 97%	SpO2 : 97%	

		A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan 2,3,4,6	5) Memberikan posisi semi fowler	A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan (pasien KRS)	
14.45	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan fungsi motorik/ muskuloskeletal	S : 1) Pasien mengatakan tangannya sudah bisa digerakkan dan kaki sudah sedikit-sedikit bisa digerakkan O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Pasien sudah bisa sedikit-sedikit melakukan pergerakan pada ekstremitas nya	1) Menilai kekuatan otot sebelum melakukan gerak ROM 2) Melakukan latihan gerak ROM pada pasien 3) Memantau kondisi umum pasien selama melakukan latihan gerak ROM 4) Mengobservasi kembali kekuatan otot setelah melakukan latihan gerak ROM 5) Memberitahu keluarga pasien untuk sering melatih pasien latihan gerak ROM selama di rumah.	S : 1) Pasien mengatakan sudah bisa digerakkan dan untuk kakinya juga sudah bisa meskipun pelan-pelan O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Pasien sudah mulai membaik dalam melakukan pergerakan pada ekstremitas kanannya	
15.00					
15.15					
15.25					
15.30					

		5) Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$ A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 2,4,5,8		5) Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$ A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan (pasien KRS)	
--	--	---	--	--	--

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 15 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Analisis		
Teori	Fakta	Keterangan
1) Identitas pasien Meliputi nama pasien, umur, alamat, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis (Zebua, 2021).	Berdasarkan hasil penelitian pasien bernama Tn. T, umur 79 tahun, alamat Duren.Tugu, berjenis kelamin laki-laki, tanggal dan jam MRS 11-03-2025 jam 14.00, nomer register 319053 dengan diagnosa medis CVA infark.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
2) Keluhan utama Keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala. Gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Zebua, 2021).	1) Saat MRS : pasien mengatakan tangan dan kaki kanan lemas tidak bisa di gerakkan, pusing, sulit bicara, muntah 1 kali 2) Saat pengkajian : pasien mengataka tangan dan kaki kanan masih lemas untuk digerakkan, pusing dengan skala 5.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

3) Riwayat penyakit sekarang Serangan stroke biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain (Tarwoto, 2013 dalam Kusyani., 2022).	Pada tanggal 11-03-2025 pukul 11.30, saat pasien habis mencabut rumput dan duduk di ruang tamu, tiba tiba merasakan tangan dan kakinya sebelah kanan lemas dan tidak bisa digerakkan, sempat muntah 1 kali, sulit bicara, dan pusing. Kemudian oleh anaknya dibawa ke puskesmas pucanganak pada pukul 12.00. Sesampainya di puskesmas pucanganak oleh dokter disarankan untuk rujuk ke RSUD dr. Soedomo dikarenakan seperti tanda dan gejala serangan stroke. Sampai di IGD pukul 14.00. Saat di rumah sakit keluhannya tetap sama tangan dan kaki sebelah kanan lemas dan tidak bisa di gerakkan, pusing, namun sudah tidak muntah serta biacara sudah normal. Kemudian dibawa ke ruang Flamboyan pada pukul 15.30.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
--	---	--

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 pasien seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok dan penggunaan alkohol (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti 2022).	Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi ± 2 tahun lalu dan rutin berobat dengan obat amplodipine	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
5) Riwayat kesehatan keluarga Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau diabetes mellitus (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti 2022)	Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang mengidap penyakit yang sama seperti pasien, tetapi ada yang mempunyai hipertensi yaitu kakak kandungnya.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

6) Pola istirahat/tidur Biasanya pasien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot) (Getudris, 2019).	Pasien mengatakan saat di rumah sakit tidak pernah tidur siang hanya tidur malam pukul 21.00 dan bangun pukul 05.00, tetapi terkadang pasien terbangun saat terdengar suara bising dan saat perawat memasuki ruangan, serta pusing yang dialaminya.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
7) Pola eliminasi Gejala : perubahan pola berkemih Tanda : distensi abdomen dan kandung kemih (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti 2022).	Pasien mengatakan saat di rumah sakit belum BAB sama sekali dan untuk BAK pasien sering, menggunakan popmepers dalam sehari pasien ganti sebanyak 3 kali.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
8) Pola makan dan minum Gejala : nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut, disfagia, adanya riwayat diabetes. Tanda : kesulitan menelan	Pasien mengatakan saat di rumah sakit makan 3 kali sehari dengan diit RG (rendah gula) bentuk lunak. Makan sedikit-sedikit tetapi habis, tidak ada tanda kesulitan menelan, dan untuk minum setiap habis makan dan saat	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak terdapat keluhan nafsu makan hilang, mual muntah dan tidak ada tanda kesulitan menelan.

	merasa haus sebanyak 4-5 gelas air atau sekitar 800-1000 cc.	
9) Kebersihan diri atau personal hygiene Pada penderita stroke dengan hemiplegi dan hemiparase akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan disibin dan oral hygiene (Tarwoto, 2013 dalam Kusyanti 2022).	Pasien mengatakan saat di rumah sakit mandi 2 kali sehari dengan di sibin tidak menggosok gigi dan tidak keramas.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
10) Pola kegiatan atau aktivitas lain Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori/paralise atau hemiplegia mudah lelah (Getudris, 2019).	Pasien mengatakan saat di rumah sakit tidak ada aktivitas hanya terbaring di bed dan untuk aktivitas dibantu oleh keluarganya seperti makan, mandi, dan berpakaian.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
11) Data psiko sosial a) Gambaran diri Pasien menyadari bahwa dirinya dalam keadaan sakit dan pasien tidak mau membebani keluarganya, sehingga pasien	Pasien mengatakan bahwa sakit yang di deritanya adalah ujian dari Tuhan dan pasien hanya mampu berdoa agar sbisa segera	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

hanya mampu berserah diri kepada tuhan, semoga segera diberikan kesembuhan. (Getudris, 2019). b) Ideal diri Pasien mengatakan ingin kembali sehat seperti sebelumnya. c) Harga diri Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif. d) Peran Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.	sembuh. Pasien mempunyai harapan besar untuk sembuh dan segera kembali pulang untuk melakukan aktivitasnya kembali. Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisinya sekarang dan mempunyai semangat untuk sembuh. Pasien sangat baik dalam berkomunikasi dengan keluarganya tidak ada gangguan bicara, dan pasien mengatakan saat ini peran nya sebagai ayah dari dua anaknya dikarenakan istrinya sudah meninggal sejak 9 bulan yang lalu.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak merasa malu dengan penyakitnya dan punya semangat untuk sembuh. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
--	--	--

e) Identitas diri Penyakit stroke menyerang semua jenis kelamin, namun komposisi laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan.	Pasien mengatakan dirinya bernama Tn. T berusia 79 tahun alamat Duren Tugu.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
12) Pola peran hubungan dengan orang lain Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan berbicara (Getudris, 2019).	pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan berkomunikasi. Pasien menjawab dengan bahasa jawa. Pasien mengatakan komunikasi dengan keluarganya baik dan tidak ada masalah.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
13) Pola seksual Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine.	pasien berjenis kelamin laki-laki berusia 79 tahun. Saat ini pasien sendiri karena istrinya sudah meninggal sejak 9 bulan yang lalu dan pasien mengatakan tidak ingin menikah lagi karena ingin fokus dengan keadaannya saat ini.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
14) Pola mekanisme koping Pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan	pasien mengatakan dalam menyelesaikan masalah dibantu oleh keluarganya dan selalu	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi (Zebua, 2021).	berdoa kepada Tuhan YME.	
15) Pola kognisi dan persepsi sensori Biasanya di dalamnya statusmental, pola komunikasi, dan orientasi. Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan atau keaburan pandangan,perabaan atau sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir. (Zebua, 2021).	Pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, mampu berorientasi dengan baik, mampu menyebutkan nama orang, waktu maupun tempat sekarang dirawat. Pasien tidak mengalami penurunan daya ingat.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
16) Data spiritual Pasien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan / kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. (Getudris, 2019)	Pasien mengatakan agamanya islam. Sebelum sakit pasien menjalankan sholat 5 waktu, tetapi selama sakit tidak bisa menjalankan sholat 5 waktu dikarenakan adanya kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kanan.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

17) Pemeriksaan fisik a) Kesan umum/keadaan umum Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran. Suara bicara : kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara b) Tanda-tanda vital Tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi. c) Pemeriksaan kepala dan leher (1) Kepala Memperhatikan bentuk kepala normal atau abnormal, ukuran kepala, dilihat ubun-ubun normal,	K/u lemah, kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, eye 4 (membuka mata dengan spontan), verbal 5 (orientasi dengan baik dan sadar), motorik 6 (menurut perintah). TD : 197/115 mmHg Nadi : 76 x/mnt Suhu : 36,6°C RR : 20 x/mnt SpO2 : 96% BB : 60 kg TB : 165 cm Bentuk kepala normal, tidak ada lesi dan benjolan, ubun-ubun menutup sempurna, kulit kepala terlihat sedikit berminyak.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, dan dapat berbicara dengan baik Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
--	---	---

menonjol (menandakan adanya peninggian tekanan intrakranial) atau cekung (pada dehidrasi). Keadaan rambut juga dinilai (umumnya rambut tidak ada kelainan), kulit kepala dikaji adanya peradangan, luka maupun tumor, pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi. (Zebua, 2021) (2) Rambut biasaya dilihat penyebaran rambut, keadaan rambut, bau, dan warna rambut. (Zebua, 2021). (3) Mata ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan.	Rambut lebat, penyebaran merata, sedikit berminyak dan bau, dominan antara rambut hitam dan putih. 2 bola mata lengkap, simetris kanan kiri, konjungtiva anemis, tidak ada edema di kelopak mata, pupil isokor, mampu menerima rangsangan cahaya, mampu menggerakkan bola mata kekanan dan kekiri serta dapat melihat	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta yaitu pada pasien mampu menerima rangsangan cahaya, menggerakkan bola mata, serta dapat melihat
---	---	---

(4) Hidung Ada pernafasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung.	melihat jarak jauh. Bentuk hidung normal, tulang hidung tidak ada pembengkakan, posisi septum nasi tepat di tengah, untuk lubang hidung tidak ada sumbatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung serta mampu membedakan bau.	jarak jauh. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak ada nyeri tekan, tidak ada pernapasan cuping hidung serta mampu membedakan bau.
(5) Telinga Biasanya pendengaran ada tinnitus (bunyi berdenging/berdesis pada telinga).	Telinga simetris, terdapat sedikit gangguan di pendengaran pasien, tidak ada lesi dan serumen	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
(6) Mulut dan faring Adanya gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam	Bibir simetris, membran mukosa kering, lidah putih, pasien tidak mengalami kesulitan menelan.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami kesulitan menelan.

bicara), kelemahan lidah, faring dan bibir.		
(7) Leher Kaku kuduk jarang terjadi	Posisi trakea simetris di tengah, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, dapat menggerakkan lehernya.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
(8) Pemeriksaan payudara dan ketiak Umumnya tidak ada kelainan pada payudara dan ketiak	Payudara simetris kanan kiri, areola berwarna kecoklatan, tidak teraba adanya benjolan, tidak ada kelainan pada payudara dan ketiak.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
d) Pemeriksaan thorax/dada (1) Pemeriksaan paru (a) Inspeksi Biasanya simetris kanan kiri (b) Palpasi Biasanya vocal fremitus sama	Simetris kanan kiri, tidak ada lesi, pernapasan reguler, tidak ada retraksi intercosta, icutus cordis tidak tampak. Tidak terdapat pembengkakan, tidak ada nyeri	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

antara kanan dan kiri	tekan, vocal vrementus sama di lapang paru kanan kiri.	
(c) Perkusi		
Biasanya bunyi normal sonor	Terdengar suara sonor	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
(d) Auskultasi		
Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler. Pernafasan pada pasien stroke kadang didapatkan suara nafas terdengar ronchi,wheezing ataupun suara nafas tambahan, pernafasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan (Doenges & Marilyn, 2000).	Suara nafas vesikuler, tidak ada tambahan seperti wheezing, ronchi.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

(2) Pemeriksaan jantung (a) Inspeksi Biasanya ictus cordis tidak tampak (b) Palpasi Biasanya ictus cordis teraba (c) Perkusi Biasanya batas jantung normal (d) Auskultasi Biasanya suara suara lub dub	Bentuk simetris kanan kiri, tidak ada bekas luka, pergerakan dada simetris kanan kiri, ictus cordis tidak tampak. Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba di ICS 4-5 midclavícula. Suara jantung pekak, batas jantung normal. Suara S1 menunjukkan lub sedangkan S2 menunjukkan dub	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
e) Pemeriksaan abdomen (1) Inspeksi Biasanya simetris, tidak ada asites (2) Auskultasi Biasanya terjadi penurunan peristaltik (5-35 x/mnt)	Bentuk abdomen datar, tidak terdapat luka, tidak ada benjolan, tidak ada keluhan mual. Terdengar suara bsing usus 8 x/mnt.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.

(3) Palpasi Biasanya tidak ada pembesaran hepar. (4) Perkusi Biasanya terdapat suara timpani	Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar. Terdengar suara timpani.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.				
f) Pemeriksaan genetalia Kadang terdapat inkontinensia atau retensio urin.	Pasien mengatakan tidak ada kelainan pada area genetalia	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.				
g) Pemeriksaan muskuloskeletal Amati adanya pembengkakan atau edema dan pergerakan sendi, sering didapatkan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparese)	Pasien terbaring ditempat tidur, terkadang untuk bangun dibantu oleh keluarganya. Pasien mampu mengikuti perintah untuk menggerakkan ekstremitasnya, namun pada ekstremitas kanan atas dan bawah mengalami kelemahan kekuatan otot, terpasang selang infus di sebelah kanan, tidak ada edema. <table><tr><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td></tr></table>	4	5	2	5	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
4	5					
2	5					

	Keterangan : 0 : tidak bisa sama sekali digerakkan 1 : hanya bisa menggerakkan sendi 2 : hanya bisa bergeser 3 : dapat mengangkat tetapi langsung jatuh 4 : dapat mengangkat lama tetapi tidak dapat menahan 5 : dapat mengangkat lama dan bisa menahan.	
h) Pemeriksaan integumen dan kuku Jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke harus bed rest.	Kulit kering, akral teraba hangat, turgor kulit < 2 detik, tidak ada edema, CRT < 2 detik.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien turgor kulit < 2 detik, tidak ada edema, CRT < 2 detik.
i) Pemeriksaan neurologi (1) Tingkat kesadaran (secara	Tingkat kesadaran composmentis, GCS 4 5 6	Data ini menunjukkan kesenjangan antara

kwantitatif) Biasanya pasien mengalami penurunan kesadaran (2) Nervus Cranialis (a) Nervus I Olfaktorius Terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman anantara kiri dan kanan berbeda. (b) Nervus II Optikus Gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering didapati pada pasien hemiplegia kiri. Biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. (c) Nervus III Okulomotoris Kelaianan berupa paralisis nervus	Tidak ada kelainan pada fungsi penciuman. Tidak ada kelainan pada fungsi penglihatan saat di tes lapang pandang jarak. Tidak ada kelainan pada fungsi pergerakan	teori dan fakta yaitu pada pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Tingkat kesadaran pasien composmentis, GCS 4 5 6. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak ada kelainan pada fungsi penglihatan. Data ini menunjukkan kesenjangan antara
---	---	--

okulomotoris menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke atas	bola mata (mampu menggerakkan bola mata ke atas).	teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan penglihatan.
(d) Nervus IV Trochlearis Kelainan berupa paralisis nervus okulomotoris menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke bawah.	Pergerakan bola mata tidak terganggu (mampu menggerakkan bola mata ke bawah).	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan penglihatan.
(e) Nervus V Trigemini Untuk sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigemini yang paling nyata adalah nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris (rongga sinus yang terletak di kedua sisi tulang pipi) dan mandibularis (tulang rahang	Reflek kornea dan berkedip tidak ada gangguan (mampu merasakan reaksi saat di tes dengan menggunakan kapas).	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien reflek berkedip positif.

bawah) dari nervus trigeminus (f) Nervus VI Abdusen Kelainan berupa paralisis nervus abducentis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke kanan dan ke kiri. (g) Nervus VII Fasialis Pasien mengalami ketidaksimetrisan wajah saat meringis atau tersenyum. (h) Nervus VIII Vestibulococlearis Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara dan keras dengan artikulasi yang jelas	Pergerakan mata tidak terganggu mampu mengikuti arah tangan saat di tes (mampu bergerak ke kanan dan ke kiri). Terdapat kelainan pada nervus fasialis (pasien mengalami ketidaksimetrisan saat di tes untuk tersenyum). Terdapat gangguan pada fungsi pendengaran.	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan penglihatan. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
--	---	--

(i) Nervus IX Glosofarineus Gangguan pada komponen sensorik dari nervus glosofarineus dapat mengakibatkan tidak bisa atau hilangnya sensasi pasien untuk dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan	Tidak gangguan pada pengecapan rasa (pasien mampu membedakan antara asin dan manis dengan dites menggunakan garam dan gula).	Data ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan fakta pada pasien yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan pengecapan.
(j) Nervus X Vagus Kemampuan pasien tidak baik, biasanya penderita stroke mengalami gangguan menelan.	Tidak mengalami gangguan pada menelan.	Data ini menunjukkan kesenjangan teori dan fakta yaitu pada pasien tidak mengalami gangguan pada menelan.
(k) Nervus XI Asesorius Pasien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.	Tidak dapat melawan tahanan pada bahu sebelah kanan.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
(l) Nervus XII Hipoglosus Pada kerusakan nervus hipoglosus biasanya pasien stroke tidak dapat menjulurkan,	Tidak ada gangguan, dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan kiri.	Data ini menunjukkan kesenjangan teori dan fakta yaitu pada pasien tidak mengalami masalah dalam

menarik atau mengangkat lidahnya.		menjulurkan lidah.				
(3) Fungsi motorik Biasanya pasien stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas	Pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan atas dan bawah dengan kekuatan otot <table> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>5</td> </tr> </table>	4	5	2	5	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
4	5					
2	5					
(4) Fungsi sensorik Biasanya pasien stroke mengalami gangguan pada penciuman tetapi untuk membedakan rasa dan sensori wajah tidak ada gangguan	- Raba : pasien dapat merasakan sentuhan yang diberikan pada tubuh menggunakan kapas. - Rasa : pasien dapat membedakan antara asin dan manis saat di tes menggunakan garam dan gula. - Bau : pasien mampu mencium minyak kayu putih.	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.				

(5) Refleksi Biasanya dicek atau di periksa reflek seperti fisiologis dan reflek patologis.	1) Reflek fisiologis <table> <tr> <th></th><th>Dekstra</th><th>Sinistra</th></tr> <tr> <td>3 Trisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr> <tr> <td>4 Bisep</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr> <tr> <td>5 Patella</td><td>(-)</td><td>(+)</td></tr> </table> 2) Reflek patologis <table> <tr> <th></th><th>Dekstra</th><th>Sinistra</th></tr> <tr> <td>6 Babinski</td><td>(+)</td><td>(-)</td></tr> </table> Keterangan : 7 Reflek fisiologis (+) : terdapat reflek (-) : tidak terdapat reflek Reflek patologis (+) : tidak terdapat reflek (-) : terdapat reflek		Dekstra	Sinistra	3 Trisep	(-)	(+)	4 Bisep	(-)	(+)	5 Patella	(-)	(+)		Dekstra	Sinistra	6 Babinski	(+)	(-)	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta.
	Dekstra	Sinistra																		
3 Trisep	(-)	(+)																		
4 Bisep	(-)	(+)																		
5 Patella	(-)	(+)																		
	Dekstra	Sinistra																		
6 Babinski	(+)	(-)																		

j) Diagnosa (1) Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif (2) Gangguan perfusi jaringan serebral (3) Nyeri akut (4) Gangguan persepsi sensori (5) Risiko jatuh (6) Defisit nutrisi (7) Gangguan integritas kulit (8) Gangguan komunikasi (9) Gangguan mobilitas fisik	(1) Gangguan perfusi jaringan serebral (2) Gangguan mobilitas fisik Sesuai dengan yang disusun oleh penulis	Adanya kesenjangan antara teori dengan fakta. (tidak semua diagnosa muncul pada pasien)
k) Intervensi	Sesuai yang disusun penulis	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. (tidak semua intervensi dapat dilakukan pada pasien)
l) Implementasi Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal.	Implementasi yang dilakukan pada saat penelitian mengacu pada intervensi yang telah disusun. Sedangkan waktu pelaksanaan tindakan keperawatan tidak berurutan seperti yang ada di intervensi.	Adanya kesesuaian antara teori dengan fakta. (Implementasi dilakukan sesuai intervensi dan sesuai kondisi pasien).

Pelaksanaan tindakan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Risnawati, Herman,& Kurniawan, 2023).		
m) Evaluasi Evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menentukan	Diagnosa 1 : S : 1) Pasien mengatakan sudah tidak pusing O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Skala nyeri 5) TTV : TD : 140/90 mmHg Nadi : 65x/mnt Suhu : 36°C RR : 20x/mnt SpO2 : 97% A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi diberhentikan (pasien KRS)	Adanya kesesuaian antara teori dan fakta. (mengevaluasi pasien sebelum maupun sesudah melakukan tindakan untuk mengetahui adanya perkembangan)

apakah rencana keperawatan dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan (Risnawati, Herman, & Kurniawan, 2023).	Diagnosa 2 : S : 1) Pasien mengatakan sudah bisa digerakkan dan untuk kakinya juga sudah bisa meskipun pelan-pelan O : 1) K/u lemah 2) Kesadaran composmentis 3) GCS 4 5 6 4) Pasien sudah mulai membaik dalam melakukan pergerakan pada ekstremitasnya 5) Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>5</td></tr></table> A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan (pasien KRS)	5	5	4	5	
5	5					
4	5					

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pola makan dan minum, pola psiko sosial (harga diri), keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, mulut dan faring), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, glosfaringikus, vagus, hipoglossus).

1) Pola makan dan minum

Berdasarkan data pengkajian di dapatkan Pasien mengatakan saat di rumah sakit makan 3 kali sehari dengan diit RG (rendah gula) bentuk lunak. Makan sedikit-sedikit tetapi habis, tidak ada tanda kesulitan menelan, dan untuk minum setiap habis makan dan saat merasa haus sebanyak 4-5 gelas air atau sekitar 800-1000 cc.

Secara teori pada pasien dengan stroke terdapat gejala nafsu makan hilang, mual, muntah selama fase akut, disfagia, adanya riwayat diabetes dan tanda tanda kesulitan untuk menelan (Getudris, 2019).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini dibuktikan pada hasil penelitian terhadap Tn. T tidak ada gangguan pada nervus vagus dan glosfaringeus dan dimana makanan yang diberikan dari pihak rumah sakit, pasien merasa cocok dengan makanannya karena selalu habis walaupun

sedikit- sedikit.

2) Psiko sosial (harga diri)

Berdasarkan data pengkajian di dapatkan Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisinya sekarang dan mempunyai semangat untuk sembuh.

Secara teori pada pasien dengan stroke biasanya Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif (Kusyani, 2013).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini di buktikan dengan pasein yang masih mantab menjadi seorang ayah untuk anak-anaknya, tidak hanya itu dari keluarga juga selalu ada yang menemani Tn. T selama sakit dan masih tetap ada kerabat- kerabatnya yang mengunjungi Tn. T untuk memberikan semangat terus buat sembuh.

3) Keadaan umum

Berdasarkan data pengkajian di dapatkan kesadaran composmentis, GCS 4 5 6, eye 4 (membuka mata dengan spontan), verbal 5 (orientasi dengan baik dan sadar), motorik 6 (menurut perintah).

Secara teori pada pasien dengan stroke biasanya untuk kesadaran umumnya mengalami penurunan kesadaran serta dalam hal berkomunikasi atau bicara kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara (Zebua,2021).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini dibuktikan pada hasil penelitian terhadap Tn. T kesadaran composmentis dengan GCS didapatkan nilai 4 5 6. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik saat diajak berbincang- bincang.

4) Pemeriksaan fisik

a) Mata

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada mata didapatkan mata simetris kanan kiri, konjungtiva anemis, tidak ada edema di kelopak mata, pupil isokor, mampu menerima rangsangan cahaya, mampu menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri serta dapat melihat jarak jauh.

Secara teori umumnya pada pasien stroke ketajaman penglihatan (visus) pada mata mengalami penurunan penglihatan (rabun) (Zebua,2021).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Hal ini dibuktikan pada Tn. T tidak mengalami gangguan pada mata karena lokasi lesi stroke tidak selalu mempengaruhi area otak yang terkait dengan penglihatan atau fungsi mata. Jika area penglihatan tidak terkena dampak stroke, maka pasien mungkin tidak mengalami gangguan pada mata.

b) Hidung

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada hidung di dapatkan bentuk hidung normal, tulang hidung tidak ada pembengkakan, posisi septum nasi tepat di tengah, untuk lubang hidung tidak ada sumbatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping, serta mampu membedakan bau.

Secara teori umumnya pada pasien stroke terdapat pernapasan cuping hidung pada kondisi pasien koma dengan kesulitan bernafas, nyeri pada hidung (Kusyani, 2013).

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

c) Mulut dan faring

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada mulut dan faring di dapatkan bibir simetris, membran mukosa kering, lidah putih, dapat membuka mulut, pasien juga tidak

mengalami kesulitan menelan.

Secara teori umumnya pada pasien stroke terdapat gangguan pengecap (lidah), adanya kesulitan dalam menelan dan sulit membuka mulut, bibir sianosis, diartria (bicara cadel atau pelo), Afasia (kesulitan dalam bicara), kelemahan lidah, faring dan bibir (Zebua,2021).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat tidak semua pada pasien stroke mengalami gangguan pada mulut dan faring. Hal ini dibuktikan pada Tn. T yang tidak mengalami gangguan pada nervus 9 glosfaringeus, pasien bisa menelan makanan dan minuman dengan baik tanpa tersedak.

d) Pemeriksaan integumen dan kuku

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada integumen dan kuku didapatkan kulit kering, akral teraba hangat, turgor kulit < 2 detik, tidak ada edema, CRT < 2 detik.

Secara teori umumnya pada pasien stroke bisanya jika pasien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek (kembali >2 detik). Disamping itu juga perlu dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menojol karena pasien stroke harus bed rest (Zebua, 2021).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat ini tidak terjadi karena pasien

tidak mengalami bedrest total dan pasien masih bisa tidur miring kanan - miring kiri (mika miki) sehingga tidak ada tanda-tanda adanya dekubitus pada pasien.

5) Pemeriksaan neurologis

a) Tingkat kesadaran

Berdasarkan data pengkajian pemeriksaan pada pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, dengan GCS 4 5 6.

Secara teori biasanya pada pasien stroke mengalami penurunan tingkat kesadaran hingga koma (Tarwoto, 2013).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat bahwa pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Tingkat kesadaran pasien composmentis, GCS 4 5 6 dan hanya mengalami keterbatasan dalam mengendalikan gerak tubuh sebelah kanan sesuai dengan hasil CT-Scan.

Kesan :

Acute infark di subcortex corona radiata kiri

Binswangers disease

6) Pemeriksaan saraf kranialis

Pada pemeriksaan di saraf kranialis didapatkan nervus optikus, okulomotoris, troklearis, trigeminus, abduksen, glossofaringeus, vagus dan hipoglossus normal tidak mengalami gangguan.

Secara teori pada pemeriksaan di saraf kranialis pada nervus optikus, okulomotoris, troklearis, trigeminus, abduksen, glossofaringeus, vagus dan hipoglossus mengalami gangguan.

- a) Kelainan pada nervus optikus dapat menyebabkan gangguan sensori penglihatan hubungan visual parsial sering di dapati padaa pasien hemiplegia kiri (Tarwoto, 2013).
- b) Kelainan nervus okulomotorius menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke atas (Kusyani, 2013).
- c) Kelaianan nervus thochlearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke bawah (Tarwoto, 2013).
- d) Kelainan nervus trigeminus biasanya tidak merasakan sensasi umum pada wajah dan sebagian kepala, bagian dalam hidung, mulut. Gangguan nervus trigeminus yang paling nyata adalah nyeri singkat dan hebat sepanjang percabangan saraf maksilaris dan mandibularis dari nervus trigeminus (Tarwoto, 2013).
- e) Kelainan nervus thochlearis menyebabkan bola mata tidak bisa bergerak ke kanan dan ke kiri (Zebua, 2021).
- f) Kelainan nervus glossofaringues dapat mengakibatkan tidak bisa atau hilangnya sensasi pasien untuk dapat menyebutkan dan membedakan rasa makanan (Tarwoto, 2013).
- g) Kelainan nervus vagus biasanya pada pasien stroke dapat mengalami gangguan menelan (Tarwoto, 2013).
- h) Kelainan nervus hipoglossus biasanya pasien stroke tidak dapat menjulurkan, menarik, atau mengangkat lidah (Kusyani, 2013).

Dari uraian tersebut di dapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Penulis berpendapat pada pasien tidak terjadi gangguan pada nervus optikus, okulomotoris, troklearis, trigeminus, abduksen, glossofaringeus, vagus dan hipoglossus, karena pasien mengalami serangan stroke pertama kali dan langsung mendapatkan penanganan secara cepat sehingga bisa memanfaatkan golden periodnya. Oleh karena itu pasien tidak sampai mengalami gangguan pada nervus tersebut, tetapi yang terkena hanya pada syaraf yang mengenai ekstremitas bagian kanan (nervus asesorius).

7) Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada di teori muncul pada pasien stroke iskemik, akan tetapi peneliti dapat merumuskan beberapa diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipertensi (SDKI, 2018), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik / muskuloskeletal (SDKI, 2018).

Menurut (SDKI, 2018), diagnosa yang muncul pada klien adalah : Resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif. Gangguan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan hipertensi. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik / muskuloskeletal. Nyeri akut. Gangguan persepsi sensori.

Risiko jatuh. Defisit nutrisi. Gangguan integritas kulit. Gangguan komunikasi verbal.

Dari uraian tersebut terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 2 diagnosa sedangkan secara teori klien dengan Stroke Iskemik diagnose yang muncul ada 9. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 2 diagnosa yang dapat dirumuskan.

8) Intervensi

Intervensi keperawatan pada klien Stroke Iskemik disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari (Tarwoto, 2013) dan disesuaikan dengan SOP (Standart Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data.

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Huda, 2016).

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

9) Implementasi

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 4 hari mulai tanggal 12 Maret 2025 sampai 15 Maret 2025.

Secara teori implementasi/pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian

kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan

tindakan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung (Risnawati, Herman,& Kurniawan, 2023).

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

10) Evaluasi

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

perubahan.

Evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses keperawatan dan merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menentukan apakah rencana keperawatan dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan (Risnawati, Herman, & Kurniawan, 2023). Dan untuk perawatan selanjutnya bisa dilakukan oleh keluarga di rumah seperti latihan gerak aktif dan pasif untuk pemulihan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke Iskemik serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek maka pada pengkajian Tn. T lebih banyak kesesuaian teori dan fakta dari pada kesenjangannya, hal tersebut dibuktikan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Setelah dilakukan penelitian klien didapatkan perbedaan antara teori dan fakta yaitu pola makan dan minum, pola psiko sosial (harga diri), keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, mulut dan faring), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, glosfaringikus, vagus, hipoglossus). Hal ini menunjukkan tidak semua manifestasi klinik pada pasien dengan stroke iskemik saat pengkajian .Karena didukung tindakan lain seperti pemberian terapi yang tepat dan menerapkan pola hidup sehat sehingga tidak terjadi komplikasi yang berlanjut.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada 2 diagnosa, yaitu pasien dengan Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik/muskuloskeletal . Pada

konsep teori Stroke Iskemik terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat melakukan penelitian, tidak semua diagnosa ditemukan.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan fungsi motorik/muskuloskeletal.

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

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

5.1.6 Analisa

Berdasarkan data pelaksanaan asuhan keperawatan, peneliti menganalisa pasien didapatkan hasil adanya kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan perumusan diagnosa. Pada bagian pengkajian kesejangan yang didapat yaitu pada pola makan dan minum, pola psiko sosial (harga diri), keadaan umum, pemeriksaan fisik meliputi (mata, hidung, mulut dan faring,), pada syaraf kranial meliputi (optikus, okulomotorius, troklearis, trigeminus, abduksen, glossofaringikus, vagus, hipoglossus). Pada perumusan diagnosa didapatkan dari teori tidak semua diagnosa yang disebutkan muncul pada pasien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

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

5.2.2 Bagi institusi

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan dalam pemberian memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien yang mengalami Stroke Iskemik.

5.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

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

5.2.4 Bagi pasien

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

5.2.5 Bagi penulis

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

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, D.H.& A.J. (2022) *Metodologi Keperawatan*. Edited by S. Wahyuni. Bandung, Jawa Barat: Widina Bhakti Persada Bandung.
- Alamsyah, M.A.B.O. (2019) “Pengaruh Glukomanan Terhadap Penurunan Risiko Penyakit Stroke Iskemik.”, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10, pp. 292–98.
- Aulia Imanda, Santi Maria, A.D.K. (2019) “Post Hypertension And Stroke : A Case Control Study.”, *Kesmas : Nasional Public Health Journal*, 13, p. 164.
- Darussalam, Miftafu, Zahroh Shaluhiah, A.B.W. (2022) “Stroke Rehabilitation Program In Improving Adl (Activity Daily Living): Literature Review.”, *Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7, pp. 1067–74.
- Dhanang Prawira Nugraha, Antonius Adji Prayitno Setiadi, Y.I.W. (2020) “Correlation Between Geriatric Ischemic Stroke Patient Characteristic And Drug Related Problems.”, *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 1, pp. 52–29.
- Ega Salsabilla Arnasya (2023) *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Trenggalek.
- Fransisca (2019) *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Getudris (2019) *Asuhan Keperawatan Pada, Tn S. W. Dengan stroke Non Haemoragik Di Ruang Kelimutu Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*.
- Harahap, M.E. (2021) “The Effect Of Active Range Of Motion (Rom) On Muscle Strength In Non-Hemorric Stroke Patients In The Physioteraphy Room Of Imelda Pekerja Indonesia General Hospital , Medan City North.”, *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6, pp. 859–64.
- Hariyanti, T. (2020) *Mengenal Stroke dengan Cepat*. Sleman: Deepublish.

- Hisni, Dayan, Milla Evelianti Saputri, A.N.J. (2022) “Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021 Factors Related To The Event Of Ischemic Stroke In Physioterapy Installation At Pluit Stroke Adalah Penyakit Atau Gangguan Fungsional Otak Berupa Kelumpuhan Saraf D’, *Jurnal Keperawatan Kontemporer*, 2, pp. 140–49.
- Hisni, D., Saputri, M.E. and Sujarni, S. (2022) ‘Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021’, *Jurnal Penelitian Keperawatan Kontemporer*, 2(1), pp. 140–149. Available at: <https://doi.org/10.59894/jpkk.v2i1.333>.
- Khalid, S.N. (2019) *Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jurusan Keperawatan Prodi D-Iii Keperawatan Samarinda*.
- Padila, P. (2012) *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Pepi, B. (2021) *Stroke Iskemik Akut : Dasar Dan Klinis*. Edited by B. Pepi. Surakarta, Jawa Tengah.
- Que, J.B. (2023) *Stroke Iskemik*. CV. Adanu Abimata.
- Risnawati, Andi Herman, Fajar Kurniawan, A.S. (2023) *DOKUMENTASI KEPERAWATAN*. Edited by S. Sri. Purbalingga: Eureka Media Aksara.
- Stya, R.W. (2019) *Asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Trenggalek: Trenggalek.
- Tarwoto dalam Ns. Asri Kusyani., M.K. (2013) *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Zebua, I.J. (2021) *Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ketidakberdayaan Pada Penderita Stroke Iskemik*.
- Andrytha Gicella Tamburian, Budi Tarmady Ratag, Jeini Ester Nelwan, A.F. (2020) “Journal Of.”, *Indonesian Journal Of Public Health And Community*

Medicine, 1, pp. 27–33.

Darwin Damanik, S.E., M.SE, dkk (2024) *Metodologi Penelitian Pendidikan Dasar*. Batam: Cv. Rey Media Grafika. Available at:

https://books.google.co.id/books?id=d7v_EAAAQBAJ&pg=PA151&dq=apa+saja+dasar+keabsahan+data&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_moble_search&ovdme=1&sa=X&ved=2ahUKEwjTzKnZk-OKAxVS1jgGHQIWGScQ6wF6BAgNEAU#v=onepage&q=apa+saja+dasar+keabsahan+data&f=false.

Getudris (2019) *Asuhan Keperawatan Pada, Tn S. W. Dengan stroke Non Haemoragik Di Ruang Kelimutu Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang*.

Hariyanto, A. (2015) *Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosa Nanda Internasional*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Hidayat (2008) *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Imanda Aulia, Martini Santi, K.D.A. (2019) ““ Post Hypertension And Stroke : A Case Control Study.””, *Kesmas : Nasional Public Health Journal*, 13, p. 164.

Ns. Asri Kusyanti, M.K. & N.B.A.K.M.K. (2022) *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa dan Perawat Profesional*.

PPNI (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.

Radaningtyas, A.D. (2018) *Asuhan Keperawatan Klien Cerebro Vaskular Accident Hemoragik*.

Risnawati, Andi Herman, Fajar Kurniawan, A.S. (2023) *Dokumentasi Keperawatan*. Edited by S. Sri. Purbalingga: Eureka Media Aksara.

Setiawan, L. (2020) *Studi Kasus Penatalaksanaan Ketergantungan Pada Pasien Stroke*.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar *Inform Consent*

Lampiran 1

LEMBAR INFORM CONSENT

Nama saya Cinta Melany P. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi pasien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RUANG FLAMBOYAN RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang pasien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas pasien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

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

Trenggalek, 12 Maret 2025



BUDIONO

Lampiran 2 Formulir Persetujuan Menjadi Responden

*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 Cinta Melany P dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RUANG FLAMBOYAN RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK”**. Saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menanda tangani surat persetujuan ini.

Trenggalek, 12 Maret 2025

BUDIONO

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian



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

Trenggalek, 20 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/69/2025

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 : CINTA MELANY P.

NIM : P17240223042

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

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

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



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

TEMBUSAN disampaikan kepada :

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

Lampiran 4 Persetujuan Penelitian



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, 05 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 77 /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.15.5/69/2025 tanggal 20 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : CINTA MELANY P.
 NIM : P17240223042
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

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

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

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



SUJIONO, SST, M.Kes
 Pembina
 NIP. 19741020 199603 1 003

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

Lampiran 5 Surat Penyelesaian Praktik dan Magang



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

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ *217* /406.010.001/18.00/2025

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

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

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama	: CINTA MELANY P
NIM	: P17240223042
Program Studi	: D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Pendidikan	: Poltekkes Kemenkes Malang

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

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

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

dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
 Pembina Tk. I
 NIP. 19671030200212 1 002

Lampiran 6 Format Asuhan Keperawatan

FORMAT PENGKAJIAN

DATA KEPERAWATAN

BIODATA

Nama :
 Jenis kelamin :
 Umur :
 Status perkawinan :
 Pekerjaan :
 Agama :
 Pendidikan terakhir :
 Alamat :
 Diagnosa medis :
 No. Register :
 Tgldan jam MRS :
 Tgl dan jam Pengkajian :
 Diagnosa Medis :

RIWAYAT KESEHATAN KLIEN

1. Keluhan utama / alasan masuk Rumah Sakit:

2. Riwayat penyakit sekarang :

3. Riwayat kesehatan yang lalu :

4. Riwayat kesehatan keluarga :

Genogram :

POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

No	Pola yang dikaji	Pola di rumah	Pola di RS
1	Pola istirahat/tidur		
2	Pola eliminasi		
3	Pola makan dan minum		

4	Kebersihan diri atau personal hygiene		
5	Pola kegiatan atau aktivitas lain		

DATA PSIKO SOSIAL

A. Konsep diri :

- Gambaran diri / Citra diri :

- Ideal diri :

- Harga diri :

- Peran :

- Identitas diri :

B. Pola peran hubungan dengan orang lain :

C. Pola seksual :

D. Pola mekanisme koping :

E. Pola kognisi dan persepsi sensori :

- Status mental :
- Pola komunikasi :
- Orientasi :

DATA SPIRITUAL

Pola nilai dan Kepercayaan klien :

PEMERIKSAAN FISIK

A. Kesan umum / keadaan umum :

B. Tanda – tanda vital

Suhu tubuh : Nadi

Tekanan darah : Respirasi

Tinggi badan : Berat badan

C. Pemeriksaan kepala dan leher :

1. Kepala dan rambut :

2. Mata :

3. Hidung :

4. Telinga :

5. Mulut dan faring :

6. Leher :

7. Pemeriksaan payudara dan ketiak :

D. Pemeriksaan thorak / dada

1. Pemeriksaan paru :

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

2. Pemeriksaan Jantung

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

E. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi :

b. Auskultasi :

c. Palpasi :

d. Perkusi :

F. Pemeriksaan genitalia :

G. Pemeriksaan Ekstremitas :

H. Pemeriksaan integuman dan kuku :

I. Pemeriksaaan Neurologi :

1. Tingkat kesadaran (secara kwanitatif) / GCS :

2. Syaraf Otak (Nervus Cranialis) :

1) Nervus I Olfaktorius :

2) Nervus II Optikus :

3) Nervus III Okulomotoris :

4) Nervus IV Trochlearis :

5) Nervus V Trigeminus :

6) Nervus VI Abducentis :

7) Nervus VII Facialis :

8) Nervus VIII Vestibulocochlearis :

9) Nervus IX Glossopharyngeus :

10) Nervus X Vagus :

11) Nervus XI Accessorius :

12) Nervus XII Hypoglossus :

3. Fungsi motorik :

4. Fungsi sensorik :

5. Refleksi :

a. Reflek fisiologis :

b. Reflek patologis :

PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan diagnostic / penunjang medis :

1. Laboratorium :

2. Rontgen :

3. E C G :

4. U S G :

5. lain – lain :

PENATALAKSANAAN DAN TERAPI:

Trenggalek,

(.....)
NIM :

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : _____

UMUR : _____

NO. REGISTER : _____

RUANG : _____

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : _____
UMUR : _____
NO. REGISTER : _____
RUANG : _____

NO.	TGL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NAMA : _____

UMUR : _____

NO. REG : _____

RUANG : _____

NO	TANGGAL	NO. DX KEP	SLKI	SIKI	RASIONAL	TTD

--	--	--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI

NAMA : _____

UMUR : _____

NO. REG : _____

RUANG : _____

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

EVALUASI

NAMA _____ UMUR : _____

NO RES _____ RUMAH _____

NO. DX	TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KETERANGAN

CATATAN PERKEMBANGAN

JAM	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Dinas Awal	Implementasi	Evaluasi Akhir Dinas	TTD



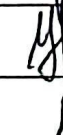
Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : CINTA MELANY P
NIM : P17240223042
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Pembimbing : Edi Yuswantoro, S.Kep., Ns., M.Kep.

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	07-01-2025	Konsultasi judul (ACC)	
2.	13-01-2025	Revisi sesuai masukan : - Paragraf 1 kalimat 3 kurang efektif - Introduction difokuskan ke stroke iskemik - Paragraf 3 digambarkan juga di paragraf 1 - Introduction bisa ditambahkan terkait pentingnya stroke di teliti	
3.	15-01-2025	Revisi sesuai masukan : - Menghilangkan kata “ medikal bedah “ - Menambahkan alasan stroke di teliti - Memindahkan paragraf 1 ke paragraf 2	

		- Mencari literatur terkini	
4.	17-01-2025	ACC BAB I	
5.	21-01-2025	Revisi sesuai masukan : - Penulisan kurang rapi - Revisi patofisiologi - Cari literatur terkini	
6.	23-01-2025	ACC ujian proposal Lanjutkan membuat PPT	
7.	13-03-2025	- Konsultasi terkait kondisi pasien,diagnosa keprawatan kemudian melanjutkan asuhan keperawatan, laporan hasil, dan pembahasan - Masukkan dan lengkapi BAB I-V	
8.	08-04-2025	Revisi sesuai masukan : - Lengkapi untuk lembar pengesahan - k/u pasien tolong untuk dilengkapi - pada pemeriksaan nervus dijelaskan lengkapnya - teori nervus cari sumber literaturnya - lengkapi kesimpulan	
9.	11-04-2025	ACC BAB IV	
10.	14-04-2025	Revisi abstrak dan kesimpulan	
11.	16-04-2025	Revisi kesimpulan	
12.	17-04-2025	ACC ujian hasil	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : CINTA MELANY P
NIM : P17240223042
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Flamboyan RSUD dr. Soedomo Trenggalek
Penguji : Mimik Christiani, SST, M.Kes.

No.	Tanggal	Rekomendasi Penguji	Paraf
1.	30-01-2025	Revisi seminar proposal : - Menambahkan format asuhan keperawatan dan lampiran - Mencari data terbaru di BAB 1 - Mencari klasifikasi dan manifestasi yang lebih spesifik pada stroke iskemik - Batasan masalah pada BAB 1 diganti	
2.	11-02-2025	Revisi sesuai masukan : - Bab 3 bagian partisipan harus lengkap kriteria pasien - Menambahkan sumber dari diagnosa dan intervensi - Memperbaiki daftar pustaka dan spasi	
3.	14-02-2025	ACC seminar proposal karya tulis ilmiah	

4.	07-05-2025	Revisi sesuai masukan : - Pada bagian SOAP untuk P ditulis nomer yang akan dilakukan untuk implementasi selanjutnya - Pada pembahasan opini harus dilihat dari kondisi pasien langsung - Kesimpulan : tujuan khusus kurang 1 - Revisi penulisan	
5.	19-05-2025	- Intervensi disesuaikan dengan kasus dan kondisi pasien - Pembahasan pada nervus dijadikan satu	
6.	21-05-2025	- Pada pembahasan pemfis mulut dan faring, integumen, kesadaran umum dibenarkan, kurang lengkap	
7.	22-05-2025	ACC karya tulis ilmiah	