

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

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

SISKA AMELIA SELVYANI

NIM. P17240223075



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

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

SISKA AMELIA SELVYANI

NIM.P17240223075



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

2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siska Amelia Selvyani

Nim : P17240223075

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Jurusan

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

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

Mengetahui,

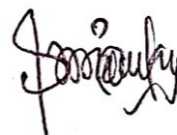
Trenggalek, Jaanuari 2025

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



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



Siska Amelia Selvyani
NIM : P17240223075

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Siska Amelia Selvyani (P17240223075) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 2025

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Siska Amelia Selvyani (P17240223075) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah dipertahankan di depan dewan penguji pada Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro.,S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Penguji Anggota



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

Mengetahui,

Ketua Program Studi

D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

 Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Ns. Rahayu Niningasih. S.Kep.,M.Kes
NIP. 19691121 199203 2 005

CURICULUM VITAE

Nama : Siska Amelia Selvyani
Tempat tanggal lahir : Tulungagung, 27 April 2004
Agama : Islam
Alamat : RT 02/RW 05 Dsn. Bancang, Ds.
Gandong, Kec. Bandung, Kab.
Tulungagung, Prov. Jawa Timur
No. HP : 085852684515
Email : skvyanisisel@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Gandong tahun 2009 – 2010
2. SD Negeri 1 Gandong tahun 2010 – 2016
3. MTs Negeri 4 Tulungagung tahun 2016 – 2019
4. SMA Negeri 1 Durenan tahun 2019 – 2022
5. POLKESMA Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
tahun 2022 – 2025

Riwayat Organisasi :

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

MOTTO

*Kebaikan yang kita berikan adalah
investasi terbaik*

KATA PENGANTAR

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

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

1. Dr. Moh Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. dr. Mokh. Rofiq Hindiono,M.M.R.S., selaku Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes.
5. Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6. Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep.,M.Kep., selaku dewan penguji karya tulis ilmiah yang telah memberikan masukan yang mmbangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
8. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

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

Trenggalek, 2025

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
CURICULUM VITAE.....	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR ISTILAH	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
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	6
1.5 Manfaat	6
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.5.2 Manfaat Praktis	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Stoke	8
2.1.1 Definisi Stroke	8
2.1.2 Klasifikasi	9
2.1.3 Etiologi	11
2.1.4 Manifestasi Klinis	12
2.1.5 Patofisiologi	14
2.1.6 Komplikasi.....	18
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	20
2.1.8 Penatalaksanaan	Error! Bookmark not defined.
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Infark	22
2.2.1 Pengkajian.....	22
2.2.2 Pemeriksaan Penunjang	32
2.2.3 Diagnosa Keperawatan	32
2.2.4 Intervensi Keperawatan.....	49
2.2.5 Implementasi Keperawatan	58
2.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	58
BAB 3 METODE PENELITIAN	60
3.1 Desain Penelitian	60
3.2 Batasan Istilah.....	61
3.3 Partisipan.....	61
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	62
3.4.1 Lokasi Penelitian.....	62
3.4.2 Waktu penelitian	62
3.5 Pengumpulan Data	62
3.5.1 Bahan Instrument.....	62

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data	63
3.6 Keabsahan Data	65
3.6.1 Kepercayaan (credibility)	65
3.6.2 Keteralihan (Transferability)	65
3.6.3 Kepastian (Confirmability)	66
3.6.4 Kebergantungan (Dependability)	66
3.7 Analisa Data	66
3.8 Etika Penelitian	67
3.8.1 Informed Consent (lembar persetujuan)	67
3.8.2 Anonymity (tanpa nama)	67
3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)	67
DAFTAR PUSTAKA	68
LAMPIRAN	70

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	27
---------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi	14
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi.....	55
Lampiran 2 Lembar Persetujuan (Informed Consent)	58
Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	59
Lampiran 4 Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah	60

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Rongga tubuh terbesar yang terletak tepat dibawah toraks dan pisahkan dari rongga toraks oleh diafragma.
Afasia	: Tidak bisa bicara
Ambulasi	: Tindakan berjalan atau bergerak dari satu tempat ke tempat lain
Analgesik	: Obat untuk menghilangkan nyeri, berhubungan dengan obat analgesia, bahan yang dapat mengurangi nyeri tanpa menyebabkan hilangnya kesadaran.
Antikoagulan	: Zat yang digunakan untuk mencegah pembekuan darah
Antikonvulsan	: Sebuah obat yang mencegah atau mengurangi kejang- kejang ataukonvulsan.
Ateroseklerosis	: Mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atauelastisitas dinding pembuluh darah.
Aritmia	: Gangguan irama jantung, suatu kondisi dimana jantung berdenyut tidakmenentu.
Arteri karotis	: Membantu menyuplai darah ke otak
Interna Atropi	: Pengecilan atau penyusutan jaringan otot atau jaringan saraf
Autoregulasi	: Kemampuan untuk mempertahankan aliran darah konstan dalam perubahan tekanan perfusi.
Bed rest	: Tirang baring
Bladder	: Suatu kantong membranosa, seperti yang bertindak sebagai wadah untuk sekresi, terutama kandung kemih
Bowel	: Usus atau intestinum
Clubbing finger	: Kelainan bentuk jari dan kuku tangan yang menjadikan jari tangan dankaki membulat yang umumnya berkaitan dengan penyakit jantung dan paru-paru.
Dehidrasi	: Kehilangan cairan tubuh terlalu banyak.
Dekubitus	: Luka tekanan akibat berbaring lama.
Disartria	: Kesulitan bicara
Hemiparesis	: Kelemahan salah satu sisi

∴

.DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity of Daily Living
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome
BB	: Berat Badan
CT-Scan	: Computerized Tomografi Scanning
DVT	: Deep VeinThrombosis
EEG	: Elektro Encephalografi
GCS	: Glasgow Coma Scale
Hb	: Hemoglobin
ISPAq	: Infeksi Saluran Pernafasan Akut
MRI	: Magneting Imaging Resonance
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NGT	: Nasogastric Tube
ROM	: Range Of Motion
RR	: Respiration Rate
rt-PA	: Recombinant tissue- Plasminogen
SPECT	: Single Photon Emission Computed Tomography
TBC	: Tuberkulosis
TIA	: Transient Iskemik Attack
TIK	: Tekanan Intra Kranial
TTV	: Tanda-tanda Vital
WHO	: World Health Organization
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan merupakan rangkaian interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Asuhan Keperawatan merupakan proses pelayanan kesehatan yang meliputi Pengkajian, Penentuan Diagnosis, Intervensi, Implementasi, Evaluasi secara komprehensif yang diberikan pada pasien stroke. Stroke merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian (Kemenkes, 2018). Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang dapat terjadi pada siapa dan kapan saja. Stroke termasuk penyebab umum kematian dan juga kecacatan di dunia, salah satunya kecacatan jangka panjang yang berdampak pada emosional, sosial serta ekonomi bagi pasien, keluarga dan layanan kesehatan (Silfia, 2021). Stroke bersifat mendadak, sehingga perlu diperhatikan sejak dini terutama mengenai tanda dan gejala yang menjadi kunci utama dalam penanganan. Peran keluarga dalam penanganan awal kejadian stroke sangat membantu dalam mengatasi masalah keterlambatan penanganan pada pasien stroke. Terlambatnya penanganan pasien stroke disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang tanda dan gejala stroke sehingga menyepelekan tanda-tanda dini stroke seperti senyum tidak simetris, anggota

tubuh mengalami kelemahan secara tiba-tiba, bicara pelo, kebas atau kesemutan pada separuh tubuh, pandangan kabur dan sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba. Pertolongan pada pasien stroke dibutuhkan penanganan cepat dan tepat, kewaspadaan mengenai tanda gejala stroke sangat diperlukan untuk menentukan keberhasilan dalam penanganan pasien stroke, semakin cepat terdeteksi semakin besar keberhasilan dalam mengurangi kecacatan dan kematian (Kusyani, 2022).

WHO (World Health Organization) menyatakan bahwa, pada tahun 2022 7,6 juta kematian terjadi akibat stroke. Prevalensi Stroke menurut data World Stroke Organization menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke merupakan salah satu penyakit katastropik yang banyak ditemukan di Indonesia, yaitu sebanyak 2,5 juta kasus. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian di Indonesia, yaitu sebesar 11,2 persen dari total kecacatan dan 18 persen dari total kematian. Di negara Indonesia berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%). Terbanyak kedua pada kelompok umur 65-74 tahun (22,5%). Disusul kelompok usia (45-54) sebanyak (21,8%). Di Provinsi Jawa Timur kejadian penyakit stroke di tahun 2019 sebanyak 14.591 orang. Dari Dinas Kesehatan Kabupaten

Trenggalek tercatat bahwa penderita stroke tahun 2018 sebesar 3.771 jiwa dengan jumlah penduduk 693.104 jiwa, dan dalam data di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2019 sebanyak 1.159 orang, pada tahun 2020 menyebutkan 1018 orang yang menderita stroke, sementara pada tahun 2022 sebanyak 961 orang dan yang mengalami stroke infark 929 orang (Register rawat inap RSUD dr. Soedomo dalam KTI Cucu, 2023).

Stroke Infark disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah atau sumbatan akibat trombosis. Penggumpalan darah tersebut disebabkan oleh pecahan gumpalan darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah di otak. Seseorang dapat menderita stroke bisa disebabkan dari pola makan yang tidak teratur, kurangnya olahraga, jam kerja yang berlebihan, dan konsumsi makanan yang kurang sehat dan banyak mengandung kolesterol (Istichana, 2015). Stroke dipengaruhi oleh beberapa factor risiko yang dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yakni, usia, jenis kelamin, ras, berat badan saat lahir yang rendah, dan faktor-faktor genetik merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Adapun faktor risiko yang dapat dimodifikasi yakni, aktivitas fisik, hipertensi, merokok, diabetes millitus, dislipidemia, dan kondisi jantung, mengkonsumsi alkohol, merokok, tingginya kadar kolesterol, makanan tinggi garam, gula dan lemak. Adapun akibat yang ditimbulkan oleh serangan stroke infark diantaranya peningkatan tekanan darah, pusing, mengalami, kelemahan otot, rasa kebas, bicara pelo, nyeri kepala, mual, muntah, kesulitan menelan, dan pandangan kabur (Indrawati, Sari,&Dewi, 2016). Stroke merupakan

penyakit yang memiliki resiko tinggi terjadinya komplikasi medis dikarenakan adanya kerusakan pada jaringan saraf pusat yang timbul secara dini pada stroke. Komplikasi stroke yang dapat langsung terjadi dari serangan stroke itu sendiri diantaranya komplikasi pada jantung, terjadi pneumonia, terjadi demam, tromboemboli vena, disfagia, adanya nyeri pasca stroke, inkontinensia, serta depresi, hal tersebut merupakan komplikasi yang umum yang terjadi pada pasien stroke (Mutiarasari, 2019). Dampak yang akan terjadi jika peran perawat dalam penanganan stroke tidak ditangani dengan baik adalah kelumpuhan dan kecacatan, gangguan berkomunikasi, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, disfagia, dan lain-lain. Menurut hasil penelitian Karunia (2016), dimana dalam 3 jam pasca terserang stroke, penanganan medis harus segera didapat, dengan demikian kecacatan dapat dicegah, apabila penanganan diterima melebihi waktu tersebut, maka akan terjadi kecacatan permanen atau bahkan meninggal (Padang Jeklin Ruba Palik, 2019).

Rencana keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke selain terapi medis yaitu latihan rentang gerak Range of Motion (ROM), latihan koordinasi dan latihan penguatan. ROM merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Andriastuti, 2020). Terapi secara farmakologis yaitu terapi trombolitik, terapi antikoagulan terapi ini diberikan untuk mencegah terjadinya trombosis dari sistem kardiovaskuler dan mencegah kekambuhan emboli, juga terapi suportif untuk mencegah perluasan stroke. Untuk terapi nonfarmakologi biasanya menggunakan perubahan gaya hidup misalnya

pengendalian berat badan dan peningkatan aktivitas fisik (Rzafadilah, E. N, 2021). Melihat tingginya angka kejadian penyakit stroke diatas maka penulis memandang banyaknya masalah yang diakibatkan penyakit stroke sehingga penulis tertarik melakukan penelitian Studi Kasus tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke”. Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul Proposal Karya Tulis Ilmiah **“Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Stroke Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**.

1.2 Batasan Masalah

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

“Asuhan Keperawatan pada klien Stroke Infark dengan kesadaran Composmentis, tanpa penyakit penyerta di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.”

1.3 Rumusan Masalah

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

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

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

1.4.2 Tujuan Khusus

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

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan dapat digunakan sebagai pengetahuan dalam pengembangan ilmu keperawatan selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada klien Stroke Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Penulis

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

2) Bagi Institusi Pendidikan

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

3) Bagi Perawat

Bagi perawat rumah sakit diharapkan penelitian ini digunakan sebagai sumber pengetahuan dan strategi pelaksanaan bagi perawat dalam memberikan sebuah asuhan keperawatan di rumah sakit yang komprehensif pada klien dengan Stroke Infark.

4) Bagi Peneliti

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

5) Bagi Klien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke menurut WHO (World Health Organisation) merupakan suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan bisa dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Kemenkes.2018).

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam tanpa tanda-tanda penyebab non vaskuler, termasuk didalamnya tanda-tanda perdarahan subarachnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari, 2019).

Stroke merupakan kondisi ketika aliran darah yang berada di otak terhambat, sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak karena jaringan otak yang tidak mendapatkan cukup oksigen. tanpa oksigen yang memadai, sel dan jaringan otak akan mengalami kerusakan dan mati. Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak (Hariyanti, Pitoyo, & Rezkiyah, 2020).

Stroke merupakan suatu kondisi kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Suatu sindrom

klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif dan cepat, berupa deficit neurologis fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menimbulkan kematian (Artini, 2021).

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Stroke merupakan sindrom klinis yang timbulnya secara mendadak yang disebabkan karena terganggunya aliran darah pada otak sehingga sel-sel pada otak kekurangan darah, oksigen dan pada akhirnya akan mengalami kerusakan dan kematian pada sel-sel otak.

2.1.2 Klasifikasi

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

1) Stroke Hemoragik

Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada subarachnoid dan intrasebra, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun (Haryanto, A & Sulistyowati 2015). Stroke Hemoragik juga terdapat dua jenis yaitu:

a) Stroke Hemoragik Intracerebral

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel - sel otak mati, sehingga berdampak pada kerja otak. Penyebab seringnya adalah hipertensi.

b) Stroke Hemoragik Subarachnoid

Merupakan stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor di antara otak dan tulang tengkorak.

2) Stroke Infark

Stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah otak. Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding bagian dalam pembuluh darah (arteri) menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan (Wisnu Arya wardhana, 2016). Ada dua jenis stroke infark yaitu:

a) Stroke Infark Emboli

Merupakan stroke yang terjadi karena adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang tersangkut menuju otak.

b) Stroke Infark Trombotik

Merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.

Stroke berdasarkan perjalanan penyakitnya dibagi menjadi dua yaitu, TIA (Transien Iskemik Attack) dan Stroke Involusi (Awan Haryanto & Sulistyowati 2015).

3) TIA (Transien Iskemik Attack)

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai

beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

4) Stroke Involusi

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

2.1.3 Etiologi

Beberapa faktor penyebab stroke menurut Nurarif dan Kusuma (2015);

1) Faktor yang tidak dapat dirubah (Non Reversible)

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

2) Faktor yang dapat dirubah (Reversible)

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

2) Kebiasaan hidup

- a) Merokok

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

Etiologi berdasarkan klasifikasi stroke ada 2 yaitu:

1) Etiologi Stroke Hemoragik

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

2) Etiologi Stroke Iskemik

Etiologi dari Stroke Iskemik meliputi thrombosis, emboli, dan spasme pembuluh darah (Sulistyowati 2015)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Nuarif dankusuma (2015) stroke mengakibatkan sejumlah perubahan pada sistem tubuh, Adanya perubahan yang terjadi pada sistem tubuh memberikan respon khusus pada tubuh, respon inilah yang disebut dengan manifestasi klinis. Secara umum gejala yang timbul tergantung dari jenis stroke antara lain:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik).
- 3) Perubahan mendadak pada status mental (kesadaran menurun).
- 4) Mulut moncong atau tidak simetris ketika menyeringai
- 5) Gangguan pengelihan

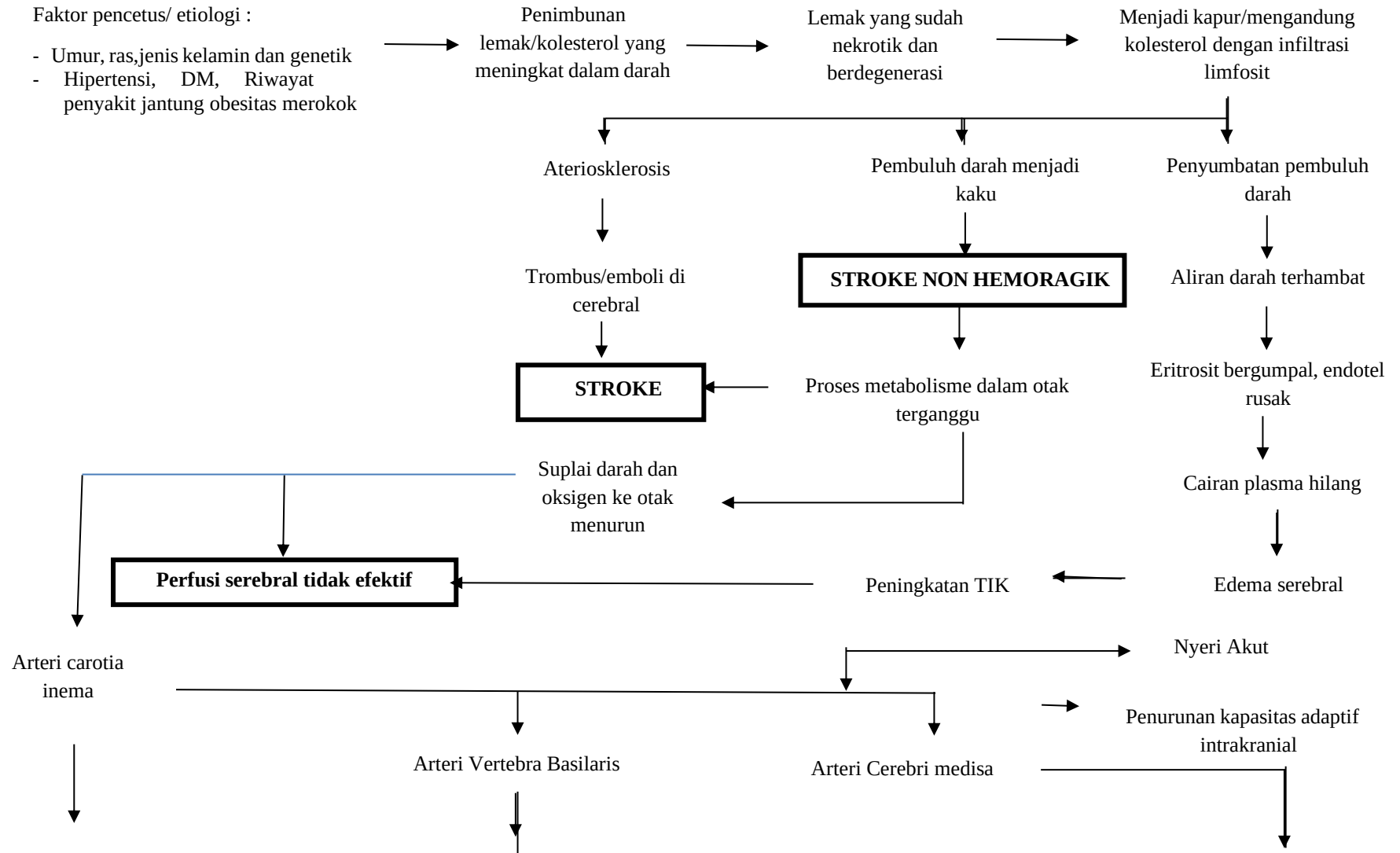
- 6) Gangguan daya ingat
- 7) Bicara pelo atau cedal
- 8) Nyeri kepala hebat
- 9) Vertigo
- 10) Gangguan fungsi otak

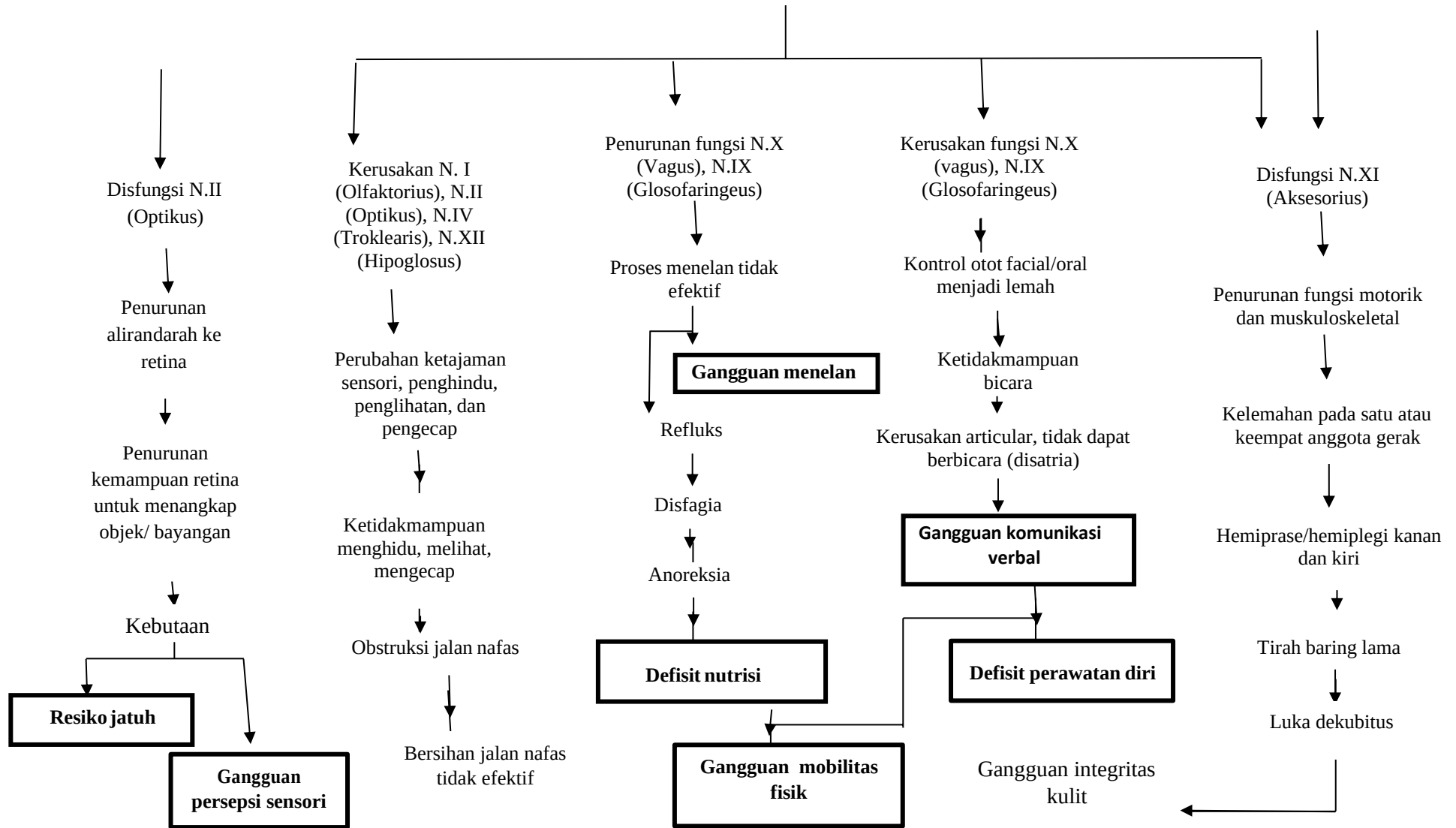
2.1.5 Patofisiologi

1) Skema

Faktor pencetus/ etiologi :

- Umur, ras, jenis kelamin dan genetik
- Hipertensi, DM, Riwayat penyakit jantung obesitas merokok





Sumber : Nurarif Huda, 2016

Uraian

Faktor pencetus atau etiologi: umur, ras, jenis kelamin, dan genetik, hipertensi, diabetes melitus, riwayat penyakit jantung, obesitas, dan merokok merupakan penyebab penimbunan lemak atau kolesterol yang meningkat dalam darah. Lemak yang sudah nekrotik, dan berdegenerasi akan menjadi kapur/ mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfosit (trombus), dan terjadi arteriosklerosis serta penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler). Akibat adanya arteriosklerosis emboli di cerebral memunculkan masalah stroke non hemoragik, dan stroke hemoragik. Oleh karena itu, proses metabolisme dalam otak terganggu yang menyebabkan terjadinya penurunan suplai darah, dan oksigen ke otak sehingga muncul masalah resiko perfusi serebral tidak efektif.

Pada saat terjadi penyempitan pembuluh darah maka aliran darah terhambat, eritrosit bergumpal, endotel rusak dan cairan plasma hilang mengakibatkan edema pada cerebral dan terjadi peningkatan TIK. Akibat terjadinya peningkatan TIK, muncul masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif, nyeri akut serta penurunan kapasitas adaptif intrakranial.

Pada saat TIK meningkat akan terjadi arteri cerebri media, arteri vertebra basilaris dan arteri carotis interna. Pada arteri cerebri media akan terjadi disfungsi N. XI (aksesoris), penurunan fungsi motorik, dan muskuloskeletal yang menyebabkan kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak, hemiparase plegi kanan dan kiriyang

mengakibatkan pasien tirah baring. Tirah baring lama pada pasien dapat menyebabkan luka dekubitus, hingga muncul masalah gangguan mobilitas fisik, dan gangguan integritas kulit.

Pada arteri vertebra basilaris juga akan sama terjadi seperti pada arteri cerebri median namun juga akan terjadi kerusakan N.I (okulomotorius), N.II (optikus), N.IV (troklearis), N. XII (hipoglossus) dan perubahan ketajaman sensori, penghidu, penglihatan dan pengecap hingga muncul masalah gangguan persepsi sensori. Perubahan ketajaman sensori penghidu, penglihatan, dan pengecap dapat menyebabkan pasien tidak mampu untuk menghidu, melihat, mengecap hingga mengalami obstruksi jalan nafas. Hal tersebut menyebabkan munculnya masalah bersihan jalan nafas tidak efektif.

Pada saat penurunan fungsi N.X (vagus), N. IX (glossofaringeus), proses menelan pasien menjadi tidak efektif sehingga muncul masalah gangguan menelan. Proses menelan yang tidak efektif juga dapat menyebabkan refluks kemudian disfagia, anoreksia, dan muncul masalah defisit nutrisi.

Pada arteri vertebra basilaris terjadi kerusakan N. VII (fasialis), N.IX (glossofaringeus) pada kontrol otot facial/oral. Kontrol otot facial/oral menjadi lemah yang menyebabkan ketidakmampuan bicara dan kerusakan artikular, tidak dapat berbicara (disatria) sehingga muncul masalah gangguan komunikasi verbal.

Pada arteri carotis interna juga terjadi disfungsi N.II (optikus) dan penurunan aliran darah ke retina serta penurunan kemampuan retina

untuk menangkap obyek atau bayangan. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya kebutaan, sehingga muncul masalah resiko jatuh, dan gangguan persepsi sensori.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi saat terjadinya Stroke menurut (Tarwoto,2013) yaitu:

1) Fase akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak infrak atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema serebri

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

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK).

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 intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

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

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut:

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

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

c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster.

d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Lusiana, 2019) pemeriksaan diagnostic yaitu:

- 1) Angiografi serebral: memperjelas gangguan atau kerusakan pada sirkulasi serebral dan merupakan pemeriksaan pilihan utama untuk mengetahui aliran darah serebral secara keseluruhan (Yasmara, 2016)
- 2) CT scan mendeteksi abnormalitas struktur (Yasmara, 2016)
MRI menggunakan gelombang magnetic untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak
- 3) USG Doppler untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis) (Muttaqin, 2008)
- 4) EEG: pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak (Muttaqin, 2008)
- 5) Tomografi emisi positron: memberi data tentang metabolisme serebral dan perubahan pada aliran darah serebral (Yasmara, 2016)

Pemeriksaan laboratorium Menurut (Tarwoto 2013) pemeriksaan laboratorium pada CVA yaitu:

- 1) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit, LED
- 2) Pemeriksaan gula darah sewaktu
- 3) Kolesterol, lipid
- 4) Asam urat

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut muttaqin (2012 dalam luasiana, 2019) penatalaksanaan stroke meliputi empat pemeriksaan yaitu :

1) Pengobatan konservatif

- a) Vasolidator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan
- b) Dapat diberikan histamine, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial
- c) Memodifikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi. Antiagregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma
- d) Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam system kardivaskuler

2) Pengobatan pembedahan

- (1) Edosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher
- b) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA
- c) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
- d) Usga arteri karotis komunitas di leher khususnya pada aneurisma

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, LJ, 2021).

1) Pengumpulan Data

(1) Identitas pasien

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

(2) Riwayat Kesehatan

(1) 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, IJ, 2021).

(2) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan

awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

(3) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulen, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

(4) Riwayat penyakit keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik/keturunan.

(5) Riwayat psikososial

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

pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah *spiritual* karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh.

(3) Kebiasaan sehari-hari

(1) Pola Nutrisi

Gejala : nafsu makan hilang, mual dan muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia,

Tanda : kesulitan menelan dan obesitas

(2) Pola Eliminasi

Gejala : adanya perubahan pola berkemih dan kesulitan BAB (*konstipasi*)

Tanda : *bising usus* negatif, *distensi abdomen* dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

(3) Pola Aktivitas

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

(4) Pola Istirahat

Gejala : klien merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensasi atau *paralisis (hemiplegia)*, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot, *paralisis (hemiplegia)*, dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat

kesadaran.

(5) Personal hygiene

Pada penderita stroke dengan *hemiplegi* dan *hemiparase* akan mengalami gangguan personal hygiene dengan melakukan sibilin dan oral hygiene.

(6) Pola seksualitas atau reproduksi

Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui siklus haid, usia *menarche*, haid terakhir, masalah dalam menstruasi, penggunaan kontrasepsi sebelumnya, pemeriksaan payudara mandiri dan masalah seksual klien yang berhubungan dengan penyakit.

(7) Pola hubungan dan peran

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

(8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak *kooperatif*

(9) Pola sensori dan kognitif

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

(4) Data psikososial

(1) Tingkat kesadaran

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

(2) Pola interaksi dan komunikasi

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

(3) Orientasi

Mengaitkan keadaan sekitar dengan pengalaman lampau. Tanya orientasi tempat, waktu, orang dan situasi. Siapa namanya?, hariapa sekarang? Jam berapa? Sekarang berada dimana, siapa yang menunggu sekarang?

(4) Memori

Dalam memori di klafisikasikan menjadi memori segera, memori jangka pendek, memori jangka panjang. Memori segera menyebutkan angka dan pasien mengulanginya. Tes memori jangka pendek berupa *verbal* dan *visual*. Memori

jangka panjang menanyakan data pribadi pasien.

(5) Suasana hati atau mood

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

e) Pemeriksaan fisik

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

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

f) Pemeriksaan kepala dan rambut

(1) Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah rambut pada pasien Stroke non Hemoragic (Sulistiyawati, 2020).

(2) Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada nervus III (okulomotorius): pupil kadang isokor dan anisokor

(Sulistiyawati, 2020).

(3) Hidung

Biasanya hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung (Sulistiyawati, 2020)

(4) Telinga

Biasanya daun pendengaran ada *tinnitus* (bunyi berdenging atau berdesis pada telinga)

(5) Mata

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

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Mulut

Biasanya pada penderita dengan apatis, sopor hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Penderita tidak dapat menjulurkan lidah dan mencong ke kiri dan kanan, artikulasi kurang jelas saat bicara (Sulistiyawati, 2020),

(6) Pemeriksaan leher

Jarang terjadi kaku kuduk, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat pembesaran kelenjaran tyroid, tidak terdapat

pembesaran vena jugularis raba adanya pembesaran kelenjar tyroid.

Pemeriksaan Paru-paru

- (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 (Sulistiyawati, 2020), biasanya suara normal vesikuler

g) Pemeriksaan Jantung

- (1) Inspeksi biasanya iktus kordis tidak terlihat
- (2) Palpasi : biasanya iktus kordis teraba
- (3) Perkusi : biasanya batas jantung normal
- (4) Auskultasi (Sulistiyawati, 2020), biasanya suara vesikuler

h) Abdomen

- (1) Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites
- (2) Auskultasi biasanya terjadi penurunan peristaltik (5-35 x/menit)
- (3) Palpasi hepar biasanya tidak ada pembesaran
- (4) Perkusi biasanya terdapat suara tympani (Sulistiyawati, 2020).

i) Pemeriksaan abdomen

Bising usus normalnya 5 – 35 x/menit. Pada pasien stroke biasanya didapatkan penurunan peristaltik usus akibat *bed rest* yang lama dan kadang terdapat kembung.

j) Pemeriksaan integritas

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

k) Pemeriksaan Ekstremitas

Pada pasien stroke biasanya ditemukan *hemiplegi paralisis* atau *hemiparase*, mengalami kelemahan otot

l) Pemeriksaan Neurologis

(1) Nervus I (*Olfaktorius*) : terdapat masalah pada saraf sensori penciuman, terkadang ada yang dapat menyebutkan bau yang diberikan perawat, namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda.

(2) Nervus II (*Optikus*) : gangguan sensori penglihatan hubungan *visual parsial* sering didapati pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh. Biasanya lapang pandang klien baik 90°, visus 6/6.

(3) Nervus III (*Okulomotoris*) : diameter pupil 2mm/2mm, terkadang pupil isokor dan anisokor, *palpebra* dan reflek kedip dapat dinilai apabila klien dapat membuka mata.

(4) Nervus IV (*Troclearis*) : klien dapat mengikuti arah tangan

perawat ke atas dan ke bawah.

- (5) Nervus V (*Trigeminus*) : klien dapat menyebutkan lokasi usapan, dan pada klien koma ketika bagian kornea mata diusap dengan menggunakan kapas halus maka klien menutup kelopak mata.
- (6) Nervus VI (*Abdusen*) : klien dapat mengikuti tangan perawat ke kanan dan ke kiri.
- (7) Nervus VII (*Fasialis*) : lidah bisa mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- (8) Nervus VIII (*Vestibulococlearis*) : klien kurang dapat mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung pada dimana lokasi kelemahan dan klien hanya dapat mendengarkan apabila suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.
- (9) Nervus IX (*Glossofaringeus*) : *ovule* yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang mengalami kelemahan, dan klien dapat merasakan asam urat.
- (10) Nervus X (*Vagus*) : kemampuan klien tidak baik, kesukaran membuka mulut.
- (11) Nervus XI (*Asesorius*) : klien stroke tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan oleh perawat.
- (12) Nervus XII (*Hipoglossus*) : klien dapat menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kanan dan ke kiri, namun artikulasi

kurang jelas saat bicara.

2.2.2 Pemeriksaan Penunjang

1) *MRI (Magnetic Resonance Imaging)*

Pemeriksaan yang menunjukkan daerah mengalami infark atau hemoragik.

2) *EEG (Eleectro enchepalografi)*

Pemeriksaan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

3) *Sinar X/ foto rontgen*

Pemeriksaan menggambarkan perubahan kelnjar pineal.

4) *CT Scan*

Pemeriksaan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan infark.

5) *Angiografi of Serebral*

Pemeriksaan membantu menentukan penyebab penyakit Stroke secara spesifik perdarahan atau obstruksi arteri.

6) Pemeriksaan darah lengkap

Untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri

2.2.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pernyataan dari masalah pasien yang nyata atau potensial dan membutuhkan tindakan keperawatan sehingga masalah pasien dapat ditanggulangi atau dikurangi (Muhith,2015). Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun

potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada pasien Stroke, adalah :

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

Definisi

Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor risiko

- a) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala

- o) Hipertensi
- p) Hiperkolesteronemia
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolitik
- y) Efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Aterosklerotik aortik
- d) Infark miokard akut
- e) Diseksi arteri
- f) Embolisine
- g) Endokarditis infeksi
- h) Fibrilasi atrium
- i) Hiperkolesterolemia
- j) Hipertensi
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskular diseminata

- m) Miksoma atrium
- n) Neoplasma otak
- o) Segmen ventrikel kiri akinetik
- p) Sindrom sick sinus
- q) Stenosis karotid
- r) Stenosis mitral
- s) Hidrosefalus
- t) Infeksi otak (mis. meningitis, ensefalitis, abses serebri)

2) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Definisi

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

Penyebab

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal

- l) Gangguan neuromuskular
- m) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif
- t) Keengganan melakukan pergerakan
- u) Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- (1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- a) Kekuatan otot menurun
- b) Rentang gerak (*ROM*) menurun

Gejala dan Tanda Minor

- a) Nyeri saat bergerak
- b) Merasa cemas saat bergerak
- c) Enggan melakukan pergerakan

Objektif

- a) Sendi kaku
- b) Gerakan tidak terkoordinasi

- c) Gerakan terbatas
- d) Fisik lemah

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan

3) Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

Definisi

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

Penyebab

- a) Penurunan sirkulasi serebral
- b) Gangguan neuromuskuler
- c) Gangguan pendengaran
- d) Gangguan muskuloskeletal
- e) Kelainan palatum
- f) Hambatan fisik (mis. terpasang trakheostomi, intubasi, krikotiroidotomi)
- g) Hambatan individu (mis. ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi)

- h) Hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi).
- i) Hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing)

Gejala dan Tanda Mayor

Objektif

- a) Tidak mampu berbicara atau mendengar
- b) Menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor

Objektif

- a) Afasia
- b) Disfasia
- c) Apraksia
- d) Disleksia
- e) Disartria
- f) Afonia
- g) Dislalia
- h) Pelo
- i) Gagap
- j) Tidak ada kontak mata
- k) Sulit memahami komunikasi
- l) Sulit mempertahankan komunikasi
- m) Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh
- n) Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh

- o) Sulit menyusun kalimat
- p) Verbalisasi tidak tepat
- q) Sulit mengungkapkan kata-kata
- r) Disorientasi orang, ruang, waktu
- s) Defisit penglihatan
- t) Delusi

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Trauma wajah
- d) Peningkatan tekanan intrakranial
- e) Hipoksia kronis
- f) Tumor
- g) Miastenia gravis
- h) Sklerosis multipel
- i) Distropi muskuler
- j) Penyakit Alzheimer
- k) Kuadriplegia
- l) Labiopalatoskizis
- m) Infeksi laring
- n) Fraktur rahang
- o) Skizofrenia
- p) Delusi
- q) Paranoid

r) Autisme

4) Defisit Perawatan Diri (D.0109)

Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab

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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a) Menolak melakukan perawatan diri

Objektif

- a) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- b) Minat melakukan perawatan diri kurang

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Depresi
- d) Arthritis rheumatoid
- e) Retardasi mental

- f) Delirium
- g) Demensia
- h) Gangguan amnestic
- i) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- j) Fungsi penilaian terganggu

Keterangan

Diagnosis ini dispesifikkan menjadi salah satu atau lebih dari

- a) Mandi
- b) Berpakaian
- c) Makan
- d) toileting
- e) berhias

5) Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)

Definisi

Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

Penyebab

- a) Gangguan penglihatan
- b) Gangguan pendengaran
- c) Gangguan penghiduan
- d) Gangguan perabaan
- e) Hipoksia serebral

- f) Penyalahgunaan zat
- g) Usia lanjut
- h) Pemajanan toksin lingkungan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a) Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
- b) Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan

Objektif

- a) Distorsi sensori
- b) Respons tidak sesuai
- c) Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap. meraba, atau mencium sesuatu

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a) Menyatakan kesal

Objektif

- a) Menyendiri
- b) Melamun
- c) Konsentrasi buruk
- d) Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
- e) Curiga
- f) Melihat ke satu arah
- g) Mondar-mandir

h) Bicara sendiri

Kondisi Klinis Terkait

a) Glaukoma

b) Katarak

c) Gangguan refraksi (miopia, hiperopia, astigmatisme, presbiopia)

d) Trauma okuler

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

f) Infeksi okuler

g) Presbiokusis

h) Malfungsi alat bantu dengar

i) Delirium

j) Demensia

k) Gangguan amnestik

l) Penyakit terminal

m)Gangguan psikotik

6) Defisit Nutrisi (D.0019)

Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab

a) Ketidakmampuan menelan makanan

b) Ketidakmampuan mencerna makanan

c) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

d) Peningkatan kebutuhan metabolisme

- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Objektif

- a) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

Objektif

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membran mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) rambut rontok berlebihan
- h) diare

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) Mobius syndrome
- d) Cerebral palsy

- e) Cleft lip
- f) Cleft palate
- g) Amyotrophic lateral sclerosis
- h) Kerusakan neuromuskular
- i) Luka bakar
- j) Kanker
- k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's
- n) enterokolitis
- o) fibrosis kistik

7) Gangguan Menelan (D.0063)

Definisi

Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus.

Penyebab

- a) Gangguan serebrovaskular
- b) Gangguan saraf kranialis
- c) Paralisis serebral
- d) Akalasia
- e) Abnormalitas laring
- f) Abnormalitas orofaring
- g) Anomali jalan napas atas
- h) Defek anatomik kongenital

- i) Defek laring
- j) Defek nasal
- k) Defek rongga nasofaring
- l) Defek trakea
- m) Refluk gastroesofagus
- n) Obstruksi mekanis
- o) Prematuritas

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a) Mengeluh sulit menelan

Objektif

- a) Batuk sebelum menelan
- b) Batuk setelah makan atau minum
- c) Tersedak
- b) Makanan tertinggal di rongga mulut

Gejala dan tanda minor

Subjektif

Faring

- a) Menolak makan

Esofagus

- a) Mengeluh bangun di malam hari
- b) Nyeri epigastrik

Objektif

Oral

- a) Bolus masuk terlalu cepat
- b) Refluks nasal
- c) Tidak mampu membersihkan rongga mulut
- d) Makanan jatuh dari mulut
- e) Makanan terdorong keluar dari mulut
- f) Sulit mengunyah
- g) Muntah sebelum menelan
- h) Bolus terbentuk lama
- i) Waktu makan lama
- j) Porsi makanan tidak habis
- k) Fase oral abnormal
- l) Mengiler

Faring

- a) Muntah
- b) Posisi kepala kurang elevasi
- c) Menelan berulang-ulang

Esofagus

- a) Hematemesis
- b) Gelisah
- c) Regurgitasi
- d) Odinofagia
- e) Bruksisme

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke

- b) Distrofi muskuler
- c) Poliomyelitis
- d) Cerebral palsy
- e) Penyakit Parkinson
- f) Guillain Barre Syndrome
- g) Myastenia gravis
- h) Amyotrophic lateral sclerosis
- i) Neoplasma otak
- j) Paralisis pita suara
- k) Kerusakan saraf kranialis V, VII, IX, X, XI
- l) Esofagitis

8) Risiko Jatuh (D.0143)

Definisi

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor Risiko

- a) Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- b) Riwayat Jatuh
- c) Anggota gerak bawah prostesis (buatan)
- d) Penggunaan alat bantu berjalan
- e) Penurunan tingkat kesadaran
- f) Perubahan fungsi kognitif
- g) Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
- h) Kondisi pasca operasi

- i) Hipotensi ortostatik
- j) Perubahan kadar glukosa darah
- k) Anemia
- l) Kekuatan otot menurun
- m) Gangguan pendengaran
- n) Gangguan keseimbangan
- o) Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
- p) Neuropati
- q) Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Osteoporosis
- b) Kejang
- c) Penyakit sebrovaskuler
- d) Katarak
- e) Glaukoma
- f) Demensia
- g) Hipotensi
- h) Amputasi
- i) Intoksikasi
- j) Preeklampsia

2.2.4 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 (Nurarif Huda, 2016).

Berikut merupakan penjabaran intervensi Sumber: (Nurarif Huda, 2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019), intervensi dari diagnosa Stroke diatas adalah :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI	Rasional
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Dengan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat (L.02014) dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran mengikat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala langsung menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Cemas menurun (5) 6. Demam menurun (5) 7. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 8. Tekanan intra krania membaik (5) 9. Tekanan darah sistolik membaik (5) 10. Tekanan darah diastolik membaik (5) 11. Reflek saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan tekanan intrakranial (I.09325). Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) (mis, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, penurunan kesadaran) 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor ICP 7. Monitor gelombang ICP 8. Monitor status pernapasan 9. Monitor intake dan output 10. Monitor cairan serebro-spinalis (mis, warna, konsentrasi) Terapeutik 11. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 12. Berikan posisi semi fowler 13. Hindari penggunaan PEEP 14. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal	1. Untuk identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) pasien 2. Untuk monitor tanda/gejala peningkatan TIK pasien 3. Untuk monitor MAP pasien 4. Untuk monitor CVP pasien 5. Untuk monitor PAP pasien 6. Untuk monitor ICP pasien 7. Untuk monitor gelombang ICP pasien 8. Untuk monitor status pernapasan pasien 9. Untuk monitor intake dan output pasien apakah seimbang atau tidak 10. Untuk monitor cairan serebro-spinalis pasien 11. Untuk minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang agar pasien nyaman 12. Memerikan posisi semi fowler 13. menghindari penggunaan PEEP 14. menghindari pemberian cairan IV hipotonik 15. Mengatur ventilator agar PaCO₂ pasien optimal 16. mempertahankan suhu tubuh pasien normal 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan

			16. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan 18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja	18. Kolaborasi pemberian diuretik 19. Kolaborasi pemberian pelunak tinja
2	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L.05024) dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas Meningkat (5) 2. Kekuatan otot Meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) Meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Cemas Menurun (5) 6. Kaku sendi Menurun (5) 7. Gerakan tidak terkoordinasi Menurun (5) 8. Gerakan terbatas Menurun (5) 1. Kelemahan fisik Menurun (5)	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan pasien 3. Untuk monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi pasien 4. Untuk monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pasien dan bantu jika perlu

3	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan komunikasi verbal membaik L.13118 dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan bicara meningkat (5) 2. Kemampuan mendengar meningkat (5) 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4. Afasia menurun (5) 5. Disatria Menurun (5) 6. Respon perilaku membaik (5)	Promosi Komunikasi: Defisit Bicara (I13492) Observasi 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa) 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara 4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 5. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer) 6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien) 7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan 8. Ulangi apa yang disampaikan pasien 9. Berikan dukungan psikologis	Untuk monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara pasien Untuk monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara pada pasien Untuk monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara pasien Untuk mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Gunakan metode komunikasi alternatif dengan pasien Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan dengan pasien Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan Ulangi apa yang disampaikan pasien Memberikan dukungan psikologis pada pasien agar nyaman 1). Gunakan juru bicara 2). Anjurkan berbicara perlahan 3). Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 4). Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
---	-------------------------------------	--	--	---

			10. Gunakan juru bicara, jika perlu Edukasi 11. Anjurkan berbicara perlahan 12. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis	
4	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil : 2. Kemampuan mandi Meningkat (5) 3. Kemampuan mengenakan pakaian Meningkat (5) 4. Kemampuan makan Meningkat (5) 5. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat (5) 6. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri Meningkat (5) 7. Minat melakukan perawatan diri Meningkat (5) 8. Mempertahankan kebersihan diri Meningkat (5) 9. Mempertahankan kebersihan mulut Meningkat (5)	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 6. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan	1. Untuk mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia pasien 2. Untuk monitor tingkat kemandirian pasien 3. Untuk mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4. Menyediakan lingkungan yang terapeutik bagi pasien 5. Menyiapkan keperluan pribadi pasien agar mempermudah mendampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri pasien agar terjadwal l. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan

5	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24jam diharapkan persepsi sesori membaik L.09083 dengan kriteria hasil : 1. Fungsi sensori membaik (5) 2. Fungsi informasi membaik (5) 3. Status neurologis membaik (5)	1. Monitor fungsi dan persepsi; penglihatan, pendengaran, pengecap 2. Monitor tanda dan gejala penurunan neurologis 3. Monitor tanda-tanda vital	1. Untuk memonitor fungsi dan persepsi; penglihatan, pendengaran, pengecap 2. Untuk memonitor tanda dan gejala penurunan neurologis 3. Untuk memonitor tanda-tanda vital
6	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan klien mampu memenuhi kebutuhan Status nutrisi membaik (L.03030) dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Kekuatan menelan meningkat (5) 3. Kekuatan mengunyah meningkat (5) 4. Berat badan membaik (5) 5. Indeks masa tubuh membaik (5) 6. Nafsu makan membaik (5) 7. Bising usus membaik (5)	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu	1. Untuk mengetahui status nutrisi pasien 2. Untuk mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan pasien 3. Untuk mengidentifikasi makanan yang disukai pasien 4. Untuk mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi yang diperlukan klien 5. Untuk mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Untuk Monitor asupan makanan 7. Untuk Monitor berat badan 8. Untuk monitor hasil pemeriksaan laboratorium 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu

			15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <i>Edukasi</i> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
7.	Gangguan Menelan (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah gangguan menelan dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Mempertahankan makanan membaik 2. Reflek menelan membaik 3. Kemampuan mengosongkan mulut membaik 4. Frekuensi tersedak membaik 5. Batuk membaik	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu <i>Teraupetik</i> 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan 2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai	<i>Observasi</i> 1. Untuk mengetahui Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori yang diperoleh 2. Untuk mengetahui masalah dalam kemampuan menelan pasien 3. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik. <i>Terapeutik</i> 1. Untuk meningkatkan nafsumakan pasien 2. Untuk menghindariterjadinya tersedak 3. Untuk menghindariterjadinya penyebaran kuman 4. Untuk meningkatkan nafsu makan 5. Untuk memudahkan pasien untuk minum 6. Untuk makanan dengan suhu yang baik, pasien dapat mampu mencerna makanan dengan baik

			8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu 9. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3) <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	7. Agar pasien bisa menghabiskan makanan sesuai kesukaannya 8. Untuk memudahkan pasien dalam makan 10. Untuk menambah kemauan pasien menghabiskan makanannya <i>Edukasi</i> 1. Untuk mengatur waktu pasien saat makan <i>Kolaborasi</i> 1. Dengan pemberian obat, dapat menurunkan gejala yang dirasakan oleh pasien.
8.	Risiko Jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah Risiko jatuh dapat teratasi dengan indikator : 1. Jatuh dari tempat tidur dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) 2. Jatuh saat berdiri dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) 3. Jatuh saat duduk dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) 4. Jatuh saat berjalan dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun) 5. Jatuh saat dipindahkan dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun)	Pencegahan Jatuh (I.14540) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi Faktor risiko jatuh (mis. usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang) 3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <i>Terapeutik</i> 1. Orientasikan Ruangan pada pasien dan keluarga	<i>Observasi</i> 1. Identifikasi pasien risiko jatuh merupakan salah satu poin dalam sasaran keselamatan pasien atau yang sering disebut Patient Safety 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh bertujuan untuk mengurangi tanda risiko jatuh pasien 3. Untuk mengetahui kemampuan pasien dalam berpindah tempat seperti dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya menjaga pasien agar tidak mengalami cedera. <i>Terapeutik</i> 1. Menempatkan pasien di ruangan sesuai dengan keadaan pasien yaitu pasien berisiko jatuh 2. Dengan memastikan roda tempat tidur dan kursi roda

6. Jatuh saat naik tangga dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun)	2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	dalam kondisi terkunci dapat mencegah pasien untuk jatuh dan mencegah pasien mengalami cedera.
7. Jatuh saat di kamar mandi dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun)	3. Pasang handrall tempat tidur	3. Handrall tempat tidur berfungsi untuk melindungi pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
8. Jatuh saat membungkuk dari skala 1 (meningkat) menjadi skala 4 (cukup menurun)	4. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station	4. Agar perawat dapat selalu memantau pasien yang berisiko jatuh
	5. Gunakan alat bantu berjalan (mis.kursi roda,walker)	5. Dengan menggunakan alat bantu berjalan seperti kursi roda dapat mencegah pasien untuk jatuh saat berjalan.
	<i>Edukasi</i>	<i>Edukasi</i>
	1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	1. Membantu pasien dalam berpindah tempat bertujuan untuk mencegah pasien agar tidak jatuh saat berpindah tempat
	2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	2. Menganjurkan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin agar pasien tidak terpeleset dan jatuh.
	3. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	3. Membantu pasien yang memerlukan bantuan perawat

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan menilai data yang baru (Walid, 2019). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 (Rofifah, 2019), yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

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

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

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

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

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

1) S (*Subyektif*) : yaitu keluhan-keluhan yang klien rasakan atau

ungkapkan (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien)

- 2) O (*Obyektif*) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat
- 3) A (*Analisis*) : yaitu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi klien.
- 4) P (*Planning*) : yaitu rencana tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah klien.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan (Nursalam, 2016). Pada bab ini menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah isi yang meliputi rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, pengumpulan data, uji keabsahan data, dan analisa data. Metode penelitian ini meliputi desain penelitian, batasan istilah, lokasi dan waktu penelitian, partisipan, pengumpulan data, keabsahan data, analisa data, dan etika penelitian.

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2017). Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Metode penelitian Kualitatif merupakan penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, karena digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara purposive dan snowball, teknik pengumpulan dengan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi. Rancangan penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan

studi kasus ini bertujuan untuk dapat mengetahui gambaran asuhan keperawatan secara komprehensif dan menyeluruh.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke yaitu rangkaian praktik keperawatan dari proses kegiatan dengan cara memberikan perawatan pada pasien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Berpegang pada standar keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi, secara komprehensif selama pasien dirawat. Stroke merupakan hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat dari gangguan suplai darah ke bagian otak. RSUD dr. Soedomo Trenggalek merupakan suatu unit pelayanan kesehatan masyarakat yang memberikan pelayanan bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Batasan istilah pada penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus ini dibatasi pada klien dengan Stroke dengan kesadaran composmentis tanpa penyakit penyerta di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan subjek yang dilibatkan dalam kegiatan mental dan emosi secara fisik sebagai peserta dalam memberikan respon terhadap kegiatan yang dilaksanakan dalam proses belajar-mengajar serta mendukung pencapaian tujuan dan bertanggung jawab atas keterlibatannya (Fadliyati, R, 2015). Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari satu klien yang mengalami Stroke, yaitu dengan kriteria hasil:

- 1) Klien dengan diagnosa Stroke tanpa komplikasi penyakit
- 2) Klien yang kooperatif dan bersedia memberikan seluruh informasi yang diperlukan
- 3) Tingkat kesadaran klien composmentis
- 4) Klien baru rawat inap di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi merupakan tempat yang akan di gunakan penulis untuk melakukan penelitian, waktu adalah kapan penelitian akan dilakukan.

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian asuhan keperawatan Stroke rencana dilaksanakan di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo

3.4.2 Waktu penelitian

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini direncanakan pada bulan April s/d Mei 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan Instrument

Jenis instrumen yang di gunakan dalam pengumpulan data adalah dokumen wawancara tersruktur berupa format asuhan keperawatan atau chek list, pedoman observasi, pengukuran dengan alat, pemeriksaan laboratorium atau dokumen relevan. Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan

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

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur dalam pengumpulan data dalam penelitian menguraikan bagaimana proses pengumpulan data mulai dari ijin sampai data selesai diambil, yang meliputi:

1) Tahap Persiapan

- a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek
- b) Mengurus ijin penelitian dan persetujuan pada lokasi tempat melakukan pengambilan study kasus yaitu Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Polkesma Kampus Kabupaten Trenggalek
- c) Mendapat surat balasan persetujuan ijin penelitian dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- d) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (clinical instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

2) Tahap Kontrak

Peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengambilan data. Waktu pelaksanaan wawancara menyesuaikan dengan jam istirahat partisipan sedangkan tempat pelaksanaan mempertimbangkan lokasi nyaman, tenang, dan mempermudah partisipan yaitu di bed partisipan. Partisipan menyetujui kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti melaksanakan pengambilan data menggunakan wawancara yaitu dengan menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan dan dimulai dari pengkajian yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari selama di rumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan klien, setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Pengambilan data ini membutuhkan waktu rata-rata 35 menit setiap klien. Tahap pelaksanaan diakhiri dengan melakukan validasi hasil wawancara dan membuat kontrak berikutnya dengan partisipan

4) Tahap Penutup

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

3.6 Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta-fakta aktual di lapangan. Keabsahan data pada proposal karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (Credibility), keteralihan (Transferability), kebergantungan (Dependability) dan kepastian (Confirmability). Berikut merupakan uraian derajat tersebut, yaitu:

3.6.1 Kepercayaan (Credibility)

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

3.6.2 Keteralihan (Transferability)

Transferability adalah sejauh mana hasil dari penelitian studi kasus pada suatu subjek 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 dijasikan sebagai perbandingan oleh penulis lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.6.3 Kepastian (Confirmability)

Kepastian (Confirmability) memiliki makna bahwa sesuatu itu objektif. Jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang.

3.6.4 Ketergantungan (Dependability)

Dependability adalah kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan metode studi kasus.

3.7 Analisa Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menggunakan metode kualitatif. Peneliti sebagai instrument. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian oleh peneliti adalah observasi atau pengamatan serta dengan anamneses atau yang mengacu pada hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan atau literatur review. Untuk memperoleh data yang akurat, diperlukan rasa saling percaya antar peneliti dengan partisipan, keluarga, dan orang terdekat klien.

Selanjutnya peneliti akan melakukan pembahasan dari hasil penelitian berupa hasil, Justifikasi (prioritas masalah), dan Opini (pendapat). Sesuai yang ada pada teori yaitu analisa data dilakukan berdasarkan analisis deskriptif yaitu mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau atau generalisasi, dengan menyajikan data dalam bentuk table, grafik atau diagram lingkaran.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian dalam melakukan penelitian sebagai berikut.

3.8.1 Informed Consent (lembar persetujuan)

Merupakan cara persetujuan antara penulis dengan subjek penelitian dengan memberikan lembar persetujuan (informed consent) Informed consent diberikan agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Sebelum penelitian, penulis menjelaskan tentang maksud dan tujuan penelitian serta meminta persetujuan partisipan untuk menjadi subjek penelitian. Partisipan yang telah diberi penjelasan menyatakan setuju untuk menjadi subjek penelitian dan menandatangani lembar informed consent.

3.8.2 Anonimity (tanpa nama)

Dalam menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti cukup mencantumkan nama dengan inisial, tidak mencantumkan nama lengkap pada narasi laporan hasil penelitian.

3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin oleh penulis, lembar persetujuan yang tertera nama lengkap subjek dan telah ditandatangani oleh subjek tidak dicantumkan dalam karya tulis ilmiah ini. Hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan pada hasil karya tulis ilmiah. Data-data yang disajikan akan dijaga kerahasiaannya dari pihak yang tidak berkepentingan dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes. (2018, juli 04). Apa itu stroke? Retrieved februari 20, 2024, from kemkes: itu- stroke <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/apa->
- Silfia, m. (2021). Asuhan keperawatan pada ny.m dengan gangguan mobilitas fisik pada diagnosa medis cva infark di desa kepel bugul kidul pasuruan. Sidoarjo: kertacendekia.
- Dr. Agus antara, m. S. (2017). Tatalaksana stroke pra rumah sakit; "time is brain"Rsud.karangasemkab, 2.
- Tim riskesdas 2018. (2019). Stroke. In t. R. 2018, laporan provinsi jawa timur riskesdas 2018 (pp. 182-184). Jakarta: lembaga penerbit badan penelitian dan pengembangan kesehatan (lpb).
- Kemenkes, r. (2018). Riset kesehatan dasar ; riskesdas. Jakarta: balitbang.
- Irma fatkurohmah, r. A. (2021). Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.
- Rsudza. (2018, april 7). Bagaimana stroke bisa terjadi ??? Retrieved februari 20,2022, fromrsudza.acehprov: [https://rsudza.acehprov.go.id/tabloid/2018/04/07 / bagaimana-stroke-bisa- terjadi/](https://rsudza.acehprov.go.id/tabloid/2018/04/07/bagaimana-stroke-bisa-terjadi/)
- Gerson busa kewa maria yulita meo, m. D. (2021). Activity of daily living pada pasien pasca stroke. Keperawatan dan kesehatan masyarakat, 15.
- Andriastuti, a. (2020). Asuhan keperawatan pasien cerebro vaskuler accident (cva) dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan latihan. 3.
- Anggraheni, d. F. (2020). Asuhan keperawatan pada tn.j dengan diagnosamedis cva (cerebro vascular accident) infark di ruang krissan rsud bangil pasuruhan. Sidoarjo: eprints.
- Rzafadilah, E. N. (2021). Studi Literaturre: Efektivitas Penerapan Teknik Alih Baring Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Resiko Kerusakan Inetgritas kulit. Tugas Akhir (D3), 19.
- Nursalam. (2017). Metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: salembammedika

- Hariyanti, t., pitoyo, a. z., & rezkiah, f. (2020), mengenal stroke dengan cepat, sleman: deepublish
- Mutiarasari, d. (2019), ischemic stroke: symtoms, risk factors, and prevention.medika tadulako, jurnal ilmiah kedokteran, i(2), 36-44
- Nada, athira (2021) asuhan keperawatan pada klien dengan (cva) cerebral vascular accident infark trenggalek: poltekkes kemenkes malang.
- Antono, x. d. (2021, mei 28). asuhan keperawatan pada post eva infark dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik retrieved from babi pendahuluan: <http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/559/1/kti%20xena%20del%20fina%20antono.pdf>
- Hariyanto, A., & Sulistyowati, R. (2015). buku ajar keperawatan medikal bedah i Dengan Diagnosis nanda International. Jogjakarta: ar-ruzz media.
- Nurarif, A. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan nanda nic-noc. Jogjakarta: Mediaction.
- Zebua, 1.J. (2021). Manajemen Asuhan Keperawatan Psikososial Dengan Masalah Ketidakberdayaan Pada Penderita Stroke Iskemik. (Online), (file:///C:/Users/User/Downloads/askep%20ketidakberdayaan%20(2)-dikonversi%20(1).pdf diakses 10 Februari 2022)
- Sulistyawati. (2020). asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragic yang di rawat di rumah saki (Online), (file:///C:/Users/User/Downloads/kti%20sulistiyawati.pdf diakses 6 Maret 2022)
- Nurarif Huda (2016). Pencitraan Pada Stroke. (Online), (<https://adoc.pub/pencitraan-pada-stroke-yuyun-yueniwati.html> diakses 22 November 2022)
- Tim pokja sdki dpp ppni. (2018). *Standar diagnosis keperawatan indonesia*. Jakarta: dewan pengurus pusat persatuan perawat nasional Indonesia
- Awan hariyanto, r. S. (2015). *Buku ajar keperawatan medikal bedah 1 dengan diagnosis nanda internasional*. Jogjakarta: ar-ruzz

Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

FORMULIR PENGAJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Siska Amelia Selvyani

NIM : P17240223075

Judul tugas akhir yang diusulkan berdasarkan prioritas :

No	Bidang/Departemen	Judul
1.	Keperawatan Medikal Bedah	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek.
2		
3		

Hari/Tanggal Pengumpulan : Senin, 12 Februari 2024

Pukul : 11.00 WIB

Mengetahui

Koordinator MK Karya Tulis Ilmiah

(Ns.Ixora,S.Kep.,M.Kep)
NIP: 919830626201901201

Trenggalek, 12 Februari 2024

Mahasiswa,

(Siska Amelia Selvyani)
NIM.P17240223075

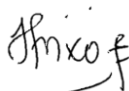
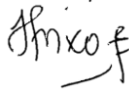
Lampiran 2 Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	20 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Latar Belakang - Justifikasi - Batasan Masalah - Tujuan Penelitian	
2.	21 Januari 2025	Revisi BAB 2 - Patofisiologi - Batasan Masalah - Batasan Istilah - Waktu Penelitian - Kriteria Partisipan Daftar Pustaka Lampiran	
3.	22 Januari 2025	Revisi BAB 2 Patofisiologi	

4.	23 Januari 2025	Revisi keajekan/konsistensi Revisi penggunaan istilah/kata Revisi BAB 3 • Kriteria Partisipan • Waktu Penelitian	Amixof
5.	24 Januari 2025	• Revisi Daftar Pustaka • Lembar Inform Consent • Kata Pengantar	Amixof
1.	30 Januari 2025	ACC	Amixof
.			

Lampiran 3 Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONCENT)

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

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

Trenggalek,

2025


SUMADI
(.....)

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

Trenggalek,

2025



SUMADI.....

(.....)

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

N I M : _____

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN