

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
STROKE ISKEMIK PADA Tn. T.W. DI RUMAH SAKIT
UMUM GUNUNG MARIA TOMOHON**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

CLAUDYA STEVANY LEIWAKABESSY	202101046
JELITA ROSALI MAWEIKERE	202101015



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA
TOMOHON
2024**

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH STROKE
ISKEMIK PADA Tn.T.W. DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA
TOMOHON**

OLEH :

CLAUDYA STEVANY LEIWAKABESSY	202101046
JELITA ROSALI MAWEIKERE	202101015

**Sebagai Salah Satu Persyaratan Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Ahli Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Gunung Maria Tomohon**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA TOMOHON
2024**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Claudya Stevany Leiwakabessy – NIM 202101046

: Jelita Rosali Maweikere – NIM 202101015

Program studi : Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang sepengetahuan dan keyakinan saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan – bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain, atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar atau ijazah pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Tomohon, 12 Juni 2024



Claudya Leiwakabessy Jelita Maweikere

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH STROKE
ISKEMIK PADA Tn.T.W. DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA
TOMOHON**

Telah disetujui untuk diuji di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria

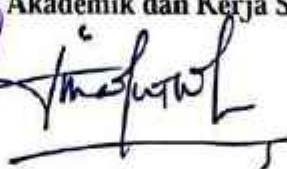
Pembimbing


Ignatia Yohana Rembet Ners., M.Kep
NIDN : 1607098801

Tomohon, Juni 2024

Mengetahui :

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja Sama

Vina Putri Patandung Ners., M.Kep
NIDN : 0915108605

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH STROKE ISKEMIK PADA Tn. T.W. DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA TOMOHON

Telah diuji dalam ujian komprehensif yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Rabu, 12 Juni 2024

Jam : 13:00-14:30

Tempat : Kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon

Tim Penguji :

1. Dr. Vione D.O. Sumakul, Ns., M.Kep

NIDN: 0926108401

()

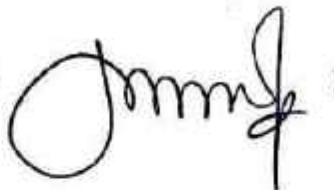
2. Meylani D. Wowor, Ners., M.Kep

NIDN: 0930058103

()

3. Ignatia Y. Rembet, Ners., M.Kep

NIDN: 1607098801

()



Disahkan oleh :
Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria


Henny Y. Pongantung, NS, MSN, DN, Sc

NIDN : 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon, saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Claudya Stevany Leiwakabessy – NIM: 202101046

: Jelita Rosali Maweikere – NIM: 202101015

Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Untuk pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon Hak Bebas Royalty Non-eksklusif (non-exclusife Royalty-Free Right) atas karya tulis ilmiah saya berjudul

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH STROKE ISKEMIK PADA Tn. T.W DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA TOMOHON

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalty Non-eksklusif ini, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon berhak menyimpan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan karya tulis ilmiah selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Yang Menyatakan

  
Claudya Leiwakabessy Jelita Maweikere

CERRICULUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Jelita Rosali Maweikere
NIM : 202101015
Tempat Tanggal Lahir : Tataaran, 12 Desember 2003
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Minahasa/Indonesia
Alamat : Tataaran II, Lingk 11, Kecamatan Tondano Selatan
Nomor Handphone : 0895396214740
Email : jelitamaweikere511@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK Katolik Indriasana Tataaran	Tahun 2008-2009
SD Katolik St Marietha Tataaran	Tahun 2009-2015
SMP Katolik Gonzaga Tomohon	Tahun 2015-2018
SMK NEGERI 1 Tondano	Tahun 2018-2021
STIKes Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021-2024

CERRICULUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Claudya Stevany Leiwakabessy
NIM : 202101046
Tempat Tanggal Lahir : Bitung, 15 september 2002
Agama : Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Ambon/Indonesia
Alamat : Manembo-nembo tengah, Kecamatan Matuari, Kota
Bitung
Nomor Handphone : 089697985737
Email : claudyalciwakabessy@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK Nissi Bitung	Tahun 2007-2008
SD Katolik RK 1 DonBosco Bitung	Tahun 2008-2014
SMP Katolik DonBosco Bitung	Tahun 2014-2017
SMK Negeri 1 Bitung	Tahun 2017-2020
STIKes Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021-2024

CERRICULUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Claudya Stevany Leiwakabessy
NIM : 202101046
Tempat Tanggal Lahir : Bitung, 15 september 2002
Agama : Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Ambon/Indonesia
Alamat : Manembo-nembo tengah, Kecamatan Matuari, Kota
Bitung
Nomor Handphone : 089697985737
Email : claudyaleiwakabessy@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK Nissi Bitung	Tahun 2007-2008
SD Katolik RK 1 DonBosco Bitung	Tahun 2008-2014
SMP Katolik DonBosco Bitung	Tahun 2014-2017
SMK Negeri 1 Bitung	Tahun 2017-2020
STIKes Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021-2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat, bimbingan dan pertolongan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Stroke Iskemik Pada Tn. T.W. di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon” dengan baik dan tepat waktu.

Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program Studi Diploma Tiga Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon. Penulis menyadari selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini, tidak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang harus dilewati, namun berkat doa, kesabaran serta bantuan dan motivasi-motivasi yang diberikan oleh berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah ikut ambil bagian dalam proses penulisan karya tulis ilmiah ini, yaitu kepada :

1. Untuk Mama, Papa, Adik, Kakak serta keluarga yang telah memberikan dukungan, doa dan kasih sayang dan membantu membiayai selama menuntut ilmu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
2. Henny Pongantung Ns.,MSN.,DN.Sc sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon yang telah memberikan kesempatan untuk penulis menjalani 3 tahun pendidikan di kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
3. Ignatia Yohana Rembet, Ners, M.Kep sebagai pembimbing Karya Tulis Ilmiah, yang telah sabar membimbing, memberikan perhatian, arahan, masukan dan bimbingan yang begitu besar kepada penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Dr. Vione D.O. Sumakul, Ns.,M.Kep sebagai penguji satu yang memberikan kesempatan dan motivasi serta arahan selama menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.

5. Meylani D. Wowor, Ners.,M.Kep sebagai penguji dua yang memberikan kesempatan dan motivasi serta arahan selama menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
6. Brigita M. Karouw, Ners.,M.Kep yang merupakan wali kelas selama 3 tahun dan dosen serta tenaga kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon yang telah membantu penulis selama menjalani Pendidikan selama 3 tahun dan membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Keluarga Tn.T.W yang telah bersedia serta bekerja sama dalam penulis mengambil kasus di rumah sakit sehingga Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan dengan baik.
8. Teman-teman seangkatan yang juga memberikan motivasi dan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung untuk penulis selama kuliah, dinas, dan menyusun karya tulis ilmiah.
9. Bagi pihak-pihak lain yang telah membantu menyusun karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan, sehingga penulis membutuhkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan karya tulis ilmiah ini.

Sebagai harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat bagi siapapun yang membaca dan dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan.

ABSTRAK

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH STROKE ISKEMIK PADA Tn. T.W DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Claudya C. Leiwakabessy, Jelita R. Mawcikere, Ignatia Y. Rembet

x + 138 halaman + 9 tabel + 1 skema

ABSTRAK

Saat ini penyakit stroke merupakan penyakit nomor 2 tertinggi di dunia, prevalensi stroke meningkat pada 17 tahun terakhir ini, stroke merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan khususnya di Indonesia, stroke dapat menyebabkan apa saja, mulai dari defisit neurologis ringan yang hampir tidak menimbulkan tanda dan gejala atau hemiparesis, atau dalam kasus yang parah dapat menyebabkan kematian. Stroke terbagi menjadi dua yaitu, stroke iskemik dan stroke hemoragik terjadi karena penyumbatan dan pecahnya pembuluh darah ke otak. Tujuan penelitian ini untuk memperoleh pengetahuan, pemahaman, pengalaman serta ketrampilan yang lebih dalam untuk merawat pasien yang menderita penyakit stroke iskemik, untuk mencegah komplikasi yang akan terjadi, dari tujuan ini kita bisa menyusun rencana keperawatan apa saja yang bisa kita berikan pada pasien. Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kualitatif yang mempunyai sifat deskriptif, penelitian ini menggunakan analisis. Hasil penelitian diperoleh bahwa diagnosa keperawatan prioritas yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif: hipertensi. Kesimpulan peneliti adalah penanganan dalam masalah kesehatan yang terjadi pada klien melalui pemberian asuhan keperawatan berdasarkan 5 proses keperawatan yaitu, pengkajian data pasien, setelah melakukan pengkajian kita bisa menegakan diagnosa yang tepat dari data pasien, implementasi tindakan apa saja yang dapat kita lakukan dan evaluasi untuk meningkatkan derajat kesehatan setiap penderita pada umumnya.

Kata Kunci: Asuhan keperawatan Stroke Iskemik, Keperawatan Medikal Bedah, Penyakit Stroke

Daftar pustaka: 37 (2020-2024)

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
CURRICULUM VITAE	vii
KATA PENGANTAR	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR SKEMA.....	xvi
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Bagi Peneliti	7
1.4.2 Bagi Pasien dan Keluarga	8
1.3.1 Bagi Institusi Pendidikan	8
BAB II: TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Klasifikasi	9
2.1.3 Derajat stroke	11
2.1.4 Etiologi	12
2.1.5 Anatomi Fisiologi	14

2.1.6	Faktor Risiko.....	21
2.1.7	Patofisiologi.....	24
2.1.8	Manifestasi Klinis.....	29
2.1.9	Pemeriksaan Diagnostik.....	29
2.1.10	Penanganan / Pengobatan	30
2.1.12	Pencegahan dan pengendalian	33
2.1.13	Komplikasi.....	35
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan.....	37
2.2.1	Pengkajian.....	37
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	46
2.2.3	Intervensi.....	47
2.2.4	Implementasi.....	56
2.2.5	Evaluasi.....	56
BAB III : METODOLOGI PENULISAN		57
3.1	Jenis/Desain Penulisan.....	57
3.2	Subjek Studi Kasus	57
3.3	Definisi Operasional	57
3.4	Proses Pengumpulan Data.....	59
3.4.1	Kepustakaan.....	59
3.5.2	Kasus Asuhan keperawatan	59
3.6	Penyajian Data	60
3.6.1	Narasi	60
3.6.2	Tabel	60
3.7	Etika Penelitian.....	61
3.7.1	Prinsip Respect to Person (Hormat)	61
3.7.2	Prinsip Beneficence (Bermanfaat)	61
3.7.3	Prinsip Justice (Keadilan)	62
BAB IV : TINJAUAN KASUS		63
4.1	Pengkajian.....	63
4.1.1	Identitas.....	63
4.1.2	Keadaan Umum	64
4.1.3	Genogram.....	65

4.1.4	Pemeriksaan Fisik Head To Toe	66
4.1.5	Pengkajian Pola Kesehatan	70
4.1.6	Pemeriksaan Penunjang	81
4.1.7	Terapi	82
4.1.8	Klasifikasi Data	86
4.1.9	Analisis Data	87
4.2	Diagnosis Keperawatan	89
4.3	Intervensi, Implementasi dan Evaluasi	90
4.4	Catatan Perkembangan	99
BAB V : PEMBAHASAN		119
5.1	Pengkajian	119
5.2	Diagnosa Keperawatan	120
5.3	Intervensi	122
5.4	Implementasi	124
5.5	Evaluasi	126
BAB VI: PENUTUP		128
6.1	Kesimpulan	128
6.2	Saran	129
DAFTAR PUSTAKA		130

DAFTAR GAMBAR

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

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>Glasgow Coma Scale</i>	39
Tabel 2.2 Pengukuran kekuatan otot.....	41
Tabel 4.1 <i>Morse Fall Score</i>	63
Tabel 4.2 Pengkajian derajat stroke.....	65
Tabel 4.3 Observasi aktivitas harian.....	71
Tabel 4.4 Pemeriksaan Hematologi	75
Tabel 4.5 Klasifikasi Data.....	80
Tabel 4.6 Analisis Data.....	81
Tabel 4.7 Intervensi, Implementasi, Evaluasi.....	84

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1.....	24
----------------	----



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan faktor yang kompleks yang berpengaruh satu sama lain, kemampuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan adalah kunci dalam menjalani kehidupan yang produktif dan memenuhi potensi manusia secara menyeluruh. Setiap aspek kehidupan manusia didefinisikan sebagai kombinasi faktor mental, fisik, dan sosial yang memungkinkan setiap orang menjalani kehidupan karena mereka memiliki kemampuan untuk melestarikan dan meningkatkan kehidupan mereka sendiri, (Tajuddin, 2024).

Kesehatan juga menjadi istilah umum yang kompleks dan semakin penting selama dua dekade terakhir, perubahan besar dalam kehidupan sehari-hari yang terkait dengan globalisasi telah menimbulkan dampak kesehatan yang nyata di hampir setiap negara di dunia. Misalnya, percepatan kehidupan sehari-hari meningkatkan tekanan pada banyak orang untuk bekerja, sehingga bisa memungkinkan terjadinya stres dan membuat banyak pekerja menghadapi risiko besar baik secara langsung maupun tidak langsung. Perubahan dalam kebiasaan bekerja dalam hidup serta mengakibatkan dampak terhadap kesehatan fisik, mental dan sosial berkontribusi terhadap harmonisasi beban penyakit secara global, yang dimana negara berkembang telah mengalami beban ganda penyakit menular maupun tidak menular. Sebagai pengembangan dan kelanjutan kesehatan masyarakat yang logis dan konsisten di tingkat internasional, kesehatan global menangani permasalahan nasional, isu-isu kesehatan regional dan internasional, faktor-faktor penentu dan solusi di banyak sektor yang secara langsung atau tidak langsung berhubungan dengan kesehatan. Kesehatan global juga mencakup tujuan "Kesehatan untuk semua" untuk semua orang di seluruh dunia, yang disepakati oleh 134 Negara Anggota Organisasi Kesehatan Dunia empat puluh tahun yang lalu di Alma-Ata, Kazakhstan. Namun, tujuan tersebut masih bersifat utopis hingga saat ini, salah satunya karena para penganut pragmatis yang membatasi konsep layanan kesehatan

primer, yang kemudian diadopsi sebagai sebuah strategi pada saat itu dan sebagian berfokus pada keadilan sosial dan partisipasi demokratis. untuk intervensi medis yang menguntungkan. "Pelayanan Kesehatan Primer Selektif" seperti ini menjanjikan solusi terhadap penyakit-penyakit yang berhubungan dengan kemiskinan tanpa harus mengatasi kemiskinan sebagai kondisi struktural penyakit, (Holst, 2024).

Menurut Effendy et al., (2022) menunjukkan bahwa PTM seperti penyakit jantung, kanker, diabetes, dan penyakit pernapasan kronis terus menjadi tantangan utama dalam kesehatan global. Kematian tertinggi dari Penyakit Tidak Menular disebabkan oleh penyakit serebrovaskular (CVD), kanker, penyakit paru-paru kronis, dan diabetes, serta penyakit penyakit kronis lainnya. Di Indonesia, PTM merupakan faktor penyebab kematian terbanyak kasus yang melibatkan diabetes, jantung, kanker dan paru-paru kronis termasuk di antara kondisi-kondisi tersebut.

Setiap tahunnya PTM ini merenggut nyawa 41 juta orang atau 71% dari seluruh kematian secara global. Diperkirakan 15 juta orang yang berusia 30-69 tahun meninggal akibat PTM. Negara-negara yang berpendapatan rendah dan menengah menyumbang sekitar 85% kematian akibat PTM yang meliputi penyakit kardiovaskular (17,9 juta) kanker (9,3 juta), pernafasan (4,1 juta) dan diabetes (1,5 juta) merupakan lima besar penyebab kematian setiap tahunnya. Penyakit kardiovaskular didalamnya terdapat penyakit aritmia, jantung koroner, kardiomiopati, stroke, arteri perifer (Bhattacharya et al., 2023).

Salah satu PTM yang terus meningkat sehingga menghasilkan beban kualitas yang sangat tinggi di negara maju dan berkembang termasuk Indonesia, stroke sebagian besar merujuk pada neuropati perifer yang sekarang dianggap sebagai gangguan saraf. Epidemi stroke merupakan masalah serius di banyak negara karena gaya hidup yang tidak sehat, stroke merupakan kondisi medis yang serius dan dapat mengancam nyawa yang disebabkan oleh pasokan darah ke otak terganggu atau terhenti, hal ini disebabkan karena pembuluh darah yang tersumbat atau pecah, (Jumadewi et al., 2023).

Stroke dapat diklasifikasikan sebagai kondisi klinis yang berkembang cepat yang diakibatkan karena stroke tanpa penyebab yang jelas dan berlangsung sedikitnya 24 jam disebabkan oleh disfungsi otak fokal atau global. Meskipun ada kemajuan signifikan dalam pengobatan dan penanganan stroke, kondisi ini tetap menjadi penyebab utama stroke dan angka kematian di seluruh dunia, (Feigin et al., 2022)

Pada tahun 2019, salah satu penyebab utama kematian di seluruh dunia adalah stroke, secara umum ada dua jenis stroke yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Peningkatan kesadaran akan faktor resiko sangat penting untuk mengurangi angka kejadian stroke di seluruh dunia, sekitar 62,4% dari seluruh kasus stroke dilaporkan. Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling umum, stroke dapat disebabkan oleh peningkatan viskositas pembuluh darah akibat hiperglikemia, penurunan permeabilitas pembuluh darah dan peningkatan jumlah trombosit darah, faktor-faktor ini dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan stroke, (Tamburion et al., 2020).

Stroke dapat menyebabkan apa saja, mulai dari defisit neurologis ringan yang hampir tidak menimbulkan tanda atau gejala atau pun hemiparesis, atau dalam kasus yang parah menyebabkan kematian. Salah satu sisi otak yang menyebabkan gangguan fungsional otak adalah defisiensi neurologis atau saraf. Stroke dapat terjadi secara bertahap berlangsung hingga 24 jam atau lebih akibat adanya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah. Banyak faktor risiko yang dapat memperburuk stroke, faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi dua bagian adalah faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi adalah jenis kelamin, dan umur, sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi, dislipidemia, diabetes, obesitas, merokok, alkohol, dan fibrilasi atrium, (Saraswati, D & Khariri, 2021).

Menurut *World Stroke Organisation* (WSO) terdapat 12,2 juta korban stroke baru di seluruh dunia, dan 101 juta orang hidup dengan disabilitas terkait stroke. Dari delapan orang, satu orang akan mengalami stroke seumur hidupnya, jumlah ini telah meningkat hampir 50% selama tujuh

belas tahun terakhir. 1,2 organisasi (WSO) adalah satu-satunya organisasi di seluruh dunia yang hanya berfokus pada stroke sedangkan menurut *American Health Association* (AHA), sekitar 795.000 kasus stroke baru atau tidak terduga terjadi. Setiap tahun sekitar 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke, ini menunjukkan prevalensi yang tinggi dari kondisi ini di tingkat global, sedangkan untuk angka kematian sekitar 5 juta orang meninggal setiap tahunnya akibat stroke, stroke merupakan penyebab kematian utama di banyak negara, sangat diharapkan untuk pencegahan dan penanganan yang lebih baik pada penderita stroke, (Hoh et al., 2023., Feigin et al., 2022).

Stroke dapat menyebabkan penampilan fisik berubah dari sebelumnya. Di beberapa negara stroke menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan, tingkat kematian 20% dalam 28 hari pertama setelah serangan. Menurut Organisasi Stroke Dunia satu dari enam orang yang hidup akan mengalami stroke di beberapa titik dalam hidup mereka, menurut data dari *American Health Association* terdapat 795.000 kasus stroke baru setiap tahun atau satu setiap empat menit dan satu kematian akibat stroke diseluruh dunia, (Annita et al., 2020).

Stroke menjadi penyebab utama morbiditas dan disabilitas di seluruh dunia. Beban global stroke masih tinggi dengan perkiraan kejadian 15 juta kasus baru per tahun, di mana dua pertiga di antaranya terjadi di negara berkembang. Angka tahun hidup yang disesuaikan dengan kecacatan pasien stroke lebih dari 87% di negara berkembang, dan ini merupakan tujuh kali lebih tinggi dari pada di negara maju. Stroke juga menjadi penyebab kematian nomor tiga di Swedia dan Eropa, dan penyebab utama keempat di AS. Bersama dengan penyakit serebrovaskular lainnya. Stroke lebih sering terjadi pada usia tua dan 80% orang menderita stroke di atas 65 tahun, di negara maju kasus penderita stroke menurun karena negara maju pemerintah mereka berupaya untuk mengurangi risiko stroke dan meningkatkan fungsi motorik. Namun karena kurangnya kepatuhan pasien, ambang batas stroke tetap tinggi (Gustafsson et al., 2021)

Indonesia memiliki angka kematian tertinggi menurut usia dan jenis kelamin (193,3%) dan angka kecacatan yang disesuaikan dengan usia dan jenis kelamin (3.382%). Tingkat prevalensi penyakit stroke di Indonesia terbilang 8,3% (638.178 penduduk), ada pun yang paling tinggi tercatat di beberapa provinsi di Indonesia.

Menurut Survei Kesehatan Indonesia, (2023) di Sulawesi utara prevalensi stroke sangat rendah yakni sekitar 11,3%, pasien yang pernah mengalami stroke beresiko mengalami stroke lagi, stroke dapat kambuh dengan kondisi yang lebih parah setelah stroke pertama.

Tingkat prevalensi stroke iskemik sesuai dengan data rekam medik di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon dalam satu tahun terakhir terdapat 34 jiwa sedangkan stroke hemoragik dalam satu tahun terakhir itu 12 jiwa. Umumnya stroke berulang terjadi ketika seorang yang menderita stroke tidak menjaga pola hidup dan gaya hidup yang sehat apalagi di Sulawesi utara mayoritas masyarakat tidak mementingkan pola hidup sehat dan selalu mengonsumsi makanan tinggi lemak, minum alkohol, merokok dan terlebih lagi penderita hipertensi dan diabetes mellitus di masyarakat terbiang cukup tinggi sehingga itu semua menjadi faktor pencetus tingginya prevalensi stroke di Sulawesi utara.

Penanganan pasien yang mengalami serangan stroke iskemik dapat berbeda-beda sekitar 25% pasien stroke iskemik dapat pulih setelah serangan. Sebagian besar, sepertiga lagi berakhir dengan kematian dan sepertiga lainnya menyebabkan kecacatan jangka panjang. Pasien yang menerima terapi dalam tiga jam setelah serangan akan pulih 33% dalam waktu 3 bulan, (Nadjamuddin et al., 2022).

Pada pasien stroke biasa mengalami komplikasi yang dapat menyebabkan penurunan pada kualitas hidup yang dimiliki. Komplikasi yang mungkin timbul pada pasien stroke antara lain infeksi traks, aspirasi pneumonia, retraksi ginjal, dan jenis stroke yang paling umum terjadi adalah stroke masif, (Asmirajanti, 2023).

Beberapa upaya telah dilakukan Menteri Kesehatan untuk mengurangi beban stroke di Indonesia. Upaya pertama adalah tindakan pro-motif, seperti mendorong pemeriksaan kesehatan secara teratur, berhenti merokok, mendorong latihan fisik secara teratur, menjaga pola makan sehat, istirahat yang cukup, dan meningkatkan upaya penanggulangan stres. Dalam bahasa Indonesia, ini adalah slogan "*CERDIK*" (Cek kesehatan rutin, Enyah rokok, Ra-jin aktivitas fisik, Di-it seimbang, Istirahat cukup, Kelola stres) adalah singkatan "*CERDIK*", (Venketasubramanian et al., 2022).

Sesuai dengan latar belakang diatas, kami penulis tertarik untuk mengangkat kasus asuhan keperawatan medikal bedah dengan judul "*Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Stroke Iskemik pada Tn. T W di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon*"

Penulis berharap dengan karya keperawatan yang diberikan dapat bermanfaat bagi banyak orang juga bagi keluarga sehingga dapat menerapkan penetalaksanaan stroke melalui prilaku preventif, kuratif, dan rehabilitative untuk meningkatkan derajat kesehatan keluarga.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka di ambilah rumusan masalah yang akan di bahas tentang apa itu penyakit stroke iskemik dan bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada orang pengidap stroke iskemik serta tingkat pemahaman tentang penyakit stroke iskemik.

1.3 Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengetahuan, pemahaman, pengalaman serta keterampilan yang lebih dalam untuk merawat pasien dengan stroke iskemik serta mengurangi gejala bahkan untuk mencegah komplikasi yang akan terjadi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik
2. Menyusun dan menetapkan prioritas diagnosis keperawatan yang tepat pada pasien stroke iskemik
Menyusun rencana keperawatan yang akan dilakukan pada pasien Stroke iskemik
3. Melaksanakan rencana keperawatan yang telah disusun untuk pasien Stroke iskemik
4. Melakukan evaluasi akhir terhadap hasil implementasi asuhan keperawatan yang telah diberikan

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Peneliti

Dengan penelitian ini diharapkan akan memberikan pengalaman belajar di lapangan, meningkatkan pengetahuan, wawasan, dan ketrampilan penulis tentang perawatan pasien stroke iskemik. Ini juga merupakan langkah terakhir dalam penerapan program Diploma Tiga Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.

1.4.2 Pasien dan Keluarga

Untuk meningkatkan pengetahuan pasien maupun keluarga tentang penyakit yang diderita pasien yaitu stroke non hemoragik, agar kemampuan dalam merawat diri sendiri maupun anggota keluarga lainnya dan perilaku sesuai dengan anjuran yang telah diberikan dapat meningkat, agar supaya dapat mencegah maupun mengurangi gejala dari penyakit stroke iskemik.

1.4.3 Institusi Pendidikan

Menjadi acuan pengembangan bagi mahasiswa tentang asuhan keperawatan stroke iskemik yang dapat digunakan dilapangan praktik dan juga informasi sehubungan dengan asuhan keperawatan dengan stroke iskemik.



BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Stroke merupakan suatu kondisi yang terjadi ketika darah menggumpal di otak dan mengakibatkan gangguan, hal ini disebabkan oleh trombosis atau embolis. Kondisi dimana otak gagal menerima pasokan darah seperti pembuluh darah yang tersumbat, kondisi ini dikenal sebagai stroke iskemik yang terjadi ketika aliran otak menjadi tersumbat, biasanya karena pembuluh darah tersumbat oleh gumpalan darah atau plak. Akibatnya yaitu terjadi gangguan atau kematian sel saraf (neuron) yang tidak bekerja semestinya sehingga menimbulkan gejala stroke, (Que, 2020).

Stroke merupakan gangguan neurologis serius yang dapat menimbulkan dampak yang sangat parah bagi individu yang mengalaminya. Stroke dapat terjadi secara tiba-tiba atau bertahap dan dapat mengakibatkan koma dalam waktu singkat atau menimbulkan kecacatan seumur hidup, baik secara fisik maupun mental, oleh karena itu deteksi dini pencegahan dan penanganan yang cepat sangat penting dalam mengurangi risiko dan dampak stroke, (Hutagaluh, 2019).

Istilah "Stroke" digunakan untuk menggambarkan perubahan dalam neurologi yang terjadi akibat gangguan darah ke otak. Ini adalah salah satu masalah kesehatan utama bagi masyarakat modern, salah satu contoh penyakit arteri degeneratif adalah aterosklerosis pada implantasi darah skala besar (tromboemboli) dan lipo hialinosis pada pembuluh darah kecil adalah penyebab terbesar stroke, (Sumakul & Lontaan, 2023).

Stroke iskemik adalah salah satu penyebab kecatatan kronis di seluruh dunia karena kurangnya suplai darah ke otak sehingga oksigen ke otak tidak mencukupi yang mengakibatkan terjadinya kematian neuron. Respon inflamasi yang terjadi antara darah dan endotel otak yang merupakan dasar dari kerusakan jaringan iskemik. Perubahan patofisiologi pasca stroke iskemik meliputi ketidakseimbangan ion, peradangan saraf,

dan aktivasi sel imun yang tidak normal, yang dapat menyebabkankematian neuron, (Zhu et al., 2022).

Stroke iskemik adalah kerusakan saraf otak akibat perubahan aliran darah ke otak yang menyebabkan kerusakan pada saraf otak. Terganggunya pasokan oksigen dan nutrisi pada otak dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius, jika terjadi gangguan seperti stroke pasokan oksigen dan nutrisi ke sel otak akan terganggu. Hal ini dapat mengakibatkan kerusakan otak yang parah, seperti hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh) atau bahkan kematian jika tidak segera di tangani, (Fawwaz & Suandika, 2023).

Stroke iskemik adalah jenis gangguan saraf yang terjadi ketika suplai darah ke bagian otak terganggu atau terhenti total, hal ini mungkin terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah di otak akibat trombus (bekuan darah) atau emboli (endapan zat atau plak di dalam pembuluh darah). akibat adanya gangguan pada fungsi otak karena terjadi penyumbatan atau plak pada dinding arteri yang diakibatkan baik oleh thrombus atau embolus sehingga menyebabkan suplai oksigen dibagian otak berkurang yang mengakibatkan kematian jaringan pada otak.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut referensi dari Chang,(2020) yang mengklasifikasikan ada dua jenis utama stroke, stroke iskemik dan stroke hemoragik. Ini adalah istilah umum yang digunakan dalam bidang medis untuk menggambarkan jenis-jenis stroke berdasarkan penyebab utama dari kondisi tersebut.

1. Stroke iskemik/non hemoragik.

Trombus yang menyebabkan “penggumpalan darah” di pembuluhdarah intrakranial menyebabkan stroke iskemik, yang menyebabkan hipoksi pada bagian otak tertentu karena kurangnya suplai darah yang disebabkan oleh thrombus dan embolus. Kedua jenis trombus dapat menyebabkan sindrom otak yang berbeda di lokasi yang sama.

a. Stroke trombotik

Stroke trombotik terjadi karena penyumbatan plak atau pembekuan darah pada dinding arteri yang dibentuk oleh hemostasis teraktivasi yang sama pada cedera intravaskular untuk membentuk "gumpalan darah" intravascular Stroke embolik.

b. Stroke emboli

umumnya terjadi akibat gumpalan darah yang berpindah dari tempat lain di tubuh, biasanya dari jantung. Stroke emboli sering kali berasal dari patologi kardiovaskular yang berhubungan dengan fibrilasi atrium, trombus pelengkap atrium kiri, stenosis/aneurisma aorta, pembedahan jantung atau cedera pembuluh darah, dan dapat terjadi secara tiba-tiba tanpa tanda-tanda peringatan. Stroke emboli dimulai ketika sepotong bekuan darah yang disebut embolus terlepas dan terbawa ke dalam pembuluh darah dan menyumbat arteri di otak, biasanya tempat arteri yang lebih besar bercabang menjadi pembuluh yang lebih kecil. Bekuan darah mencapai titik dimana tidak dapat bergerak lebih jauh dan menyebabkan stroke iskemik di area yang tersangkut.

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika seseorang memiliki riwayat diabetes melitus dan hipertensi merupakan faktor risiko stroke, hipertensi kronis dapat melemahkan dinding pembuluh darah dan akhirnya menyebabkan pecahnya pembuluh darah, selain itu kondisi medis seperti aneurisma (pembengkakan abnormal pada dinding pembuluh darah) juga dapat menyebabkan stroke hemoragik. Kematian sel akan mengakibatkan darah dan oksigen ke otak ketika arteri pecah pembuluh darah tidak lagi mampu mengangkutnya, hal ini dapat mengakibatkan stroke hemoragik karena menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak yang dapat mengganggu fungsinya, ada dua jenis stroke yang terjadi pada pasien stroke hemoragik yaitu:

a. Pendarahan Intrasetebral

pendarahan intraserebral adalah kondisi dimana terjadi perdarahan di dalam otak tepatnya di dalam jaringan otak itu sendiri, ini bisa disebabkan oleh berbagai hal seperti cedera kepala traumatis, tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol, malformasi pembuluh darah, atau adanya aneurisma yang pecah.

b. Pecahnya Subarachnoid

pecahnya subaracnoid adalah kondisi dimana terjadi perdarahan ke dalam ruang subaracnoid di sekitar otak. Ruang subaracnoid merupakan ruang yang terletak di antara lapisan terdalam melapisi otak dan sumsum tulang belakang dan lapisan araknoid yaitu lapisan tengah diluar pia meter.

2.1.3 Derajat Stroke

Menurut Nurhalima (2024), untuk menilai adanya tingkat kecatatan stroke dapat menggunakan sistem rangking yang di modifikasi dengan skala sebagai berikut:

1. Derajat 1

Hampir tidak ada gangguan fungsi pada aktivitas sehari hari atau gangguan minimal. Pasien mampu melakukan tugas dan kewajiban sehari hari.

2. Derajat 2

Pasien tidak mampu melakukan aktivitas seperti sebelumnya tetapi tetap dapat melakukan sendiri tanpa bantuan orang lain.

3. Derajat 3

Pasien memerlukan bantuan orang lain, tetapi masih mampu berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain, walaupun mungkin membutuhkan alat bantu seperti tongkat.

4. Derajat 4

Pasien tidak dapat berjalan tanpa bantuan orang lain, perlu bantuan orang lain untuk menyelesaikan sebagian aktivitas diri seperti mandi pergi ke toilet dan lain-lain.

5. Derajat 5

Pasien terpaksa terbaring di tempat tidur dan kegiatan buang air besar dan kecil tidak terasa (inkontinensia urine), selalu memerlukan perawatan dan perhatian.

2.1.4 Etiologi

Trombosis otak yaitu gumpalan darah pada pembuluh darah otak, sedangkan aterosklerosis yaitu penumpukan plak kolesterol yang menyempitkan pembuluh darah, dan emboli serebral yaitu penyumbatan atau bekuan darah yang terbawa oleh aliran darah. Penyebab sumbatan pembuluh darah yang dapat menyebabkan kurangnya aliran darah ke jaringan otak yaitu, aterosklerosis, emboli, trombosis, stenosis, dan penyakit jantung. Faktor resiko seperti, diabetes, obesitas, kolesterol tinggi, merokok, stress dan pola hidup yang tidak sehat memang dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika aliran darah ke bagian otak terhenti atau terbatas akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah otak yang biasanya disebabkan oleh aterosklerosis atau emboli, (Jeri, 2022).

Penyebab dari stroke iskemik menurut Oasis (2023), antara lain:

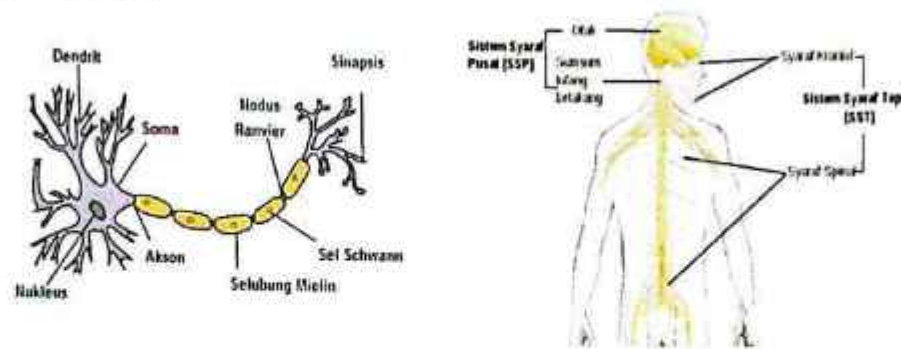
- a. Trombosis (trombotik) adalah pembekuan darah pada otak atau leher, stroke ini terjadi ketika gumpalan aliran darah dari pembuluh jaringan otak yang menyebabkan kemacetan dan peradangan. Trombosis terjadi ketika trombus darah terbentuk di otak yang mengakibatkan aliran darah tersumbat, hal ini dapat menyebabkan iskemia (asupan oksigen dan nutrisi ke otak tidak memadai), jika pengobatan tertunda dapat mengakibatkan komplikasi yang signifikan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti aterosklerosis (penumpukan plak), kerusakan jaringan otak dapat

terganggu dengan pembengkakan dan peningkatan tekanan di sekitar area iskemia, gangguan neurologis sering berkembang 48 jam setelah trombosis, karena kondisi ini dapat mengakibatkan perlunya perawatan interdisipliner.

2. Embolisme serebral dapat menyebabkan stroke iskemik jika embolus tersebut menyumbat arteri otak dan mengganggu aliran darah ke area otak tertentu. Gejala dan dampaknya sering kali mendadak dan tergantung pada lokasi arteri yang terkena serta ukuran embolusnya, gejala umum dapat mencakup kelemahan atau mati rasa, pada satu sisi tubuh gangguan penglihatan, pusing, kesulitan berbicara atau memahami kata-kata atau sakit kepala parah. Gumpalan lemak dan udara adalah sumber penyumbatan, gumpalan jantung yang mendorong dan menyumbat arteri serebral biasanya merupakan awal dari emboli, emboli tumbuh dengan cepat dan gejala yang muncul dalam 10-30 detik.
3. Ruptur pembuluh darah
seiring bertambahnya usia pembuluh darah mengalami degenerasi, dinding pembuluh darah yang mengalami hipertensi dan diabetes melitus mengalami pengerasan yang membuatnya tidak dapat beradaptasi dengan perubahan tekanan darah.
4. Iskemia
Terjadi akibat penyempitan atau penyumbatan darah, aliran darah ke jaringan tubuh berkurang.

2.1.5 Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Saraf (Musi & Nurjanah, 2021)

Menurut Musi & Nurjanah (2021), sistem sensorik merupakan kumpulan neuron sensorik yang merasakan sinapsis antara berbagai bagian tubuh. Dua komponen membentuk sistem saraf yaitu saraf pusat dan saraf tepi. Komponen sistem saraf pusat adalah otak, sumsum tulang belakang dan saraf, sistem refleks tepi terdiri dari sistem refleks somatik dan otonik serta neuron sensorik, ganglia (neuron ganglion) dan refleks yang saling terhubung satu sama lain dengan sistem refleks primer.

b. Fisiologi

a. Neuron

Neuron memiliki dua karakteristik yang sangat penting bagi fungsi sistem saraf yaitu, iritabilitas adalah kemampuan neuron untuk merespons rangsangan atau stimulus dari lingkungan atau dari neuron lain, ketika neuron menerima rangsangan yang cukup kuat terjadi perubahan listrik yang disebut sebagai potensial aksi. Potensial aksi ini merupakan impuls saraf yang menyebabkan neuron mengirimkan informasi ke neuron lain, sedangkan konduktivitas adalah kemampuan neuron untuk menyalurkan impuls saraf (potensial aksi) sepanjang aksonnya, konduksi impuls saraf melalui akson memungkinkan neuron mengirimkan sinyal ke neuron lain atau ke efektor di seluruh tubuh. Otak manusia mengandung sekitar 100 miliar neuron yang saling terhubung

membentuk jaringan saraf yang sangat kompleks, neuron-neuron ini terorganisir dalam berbagai pola dan koneksi yang membentuk berbagai fungsi kognitif, sensorik, motorik, dan regulasi tubuh lainnya.

b. Dendrit

Dendrit adalah cabang dari neuron. Tujuan dendrit adalah mentransfer impuls ke sel saraf badan.

c. Akson

Akson adalah bagian dari sel saraf yang berfungsi sebagai jalur penghantar impuls listrik dari badan sel (soma) neuron ke terminal akson atau ujung-ujung saraf. Akson adalah salah satu komponen utama dari neuron bersama dengan dendrit dan badan sel.

d. Badan sel

Badan sel disebut juga soma (bahasa latin untuk tubuh) adalah komponen utama saraf atau neuron. Soma adalah bagian neuron yang berisi persarafan dan sebagian besar organ persarafan penting yang diperlukan untuk memahami kehidupan sehari-hari dan fungsi saraf. Berikut adalah beberapa komponen penting yang ditemukan di otak:

- 1) Nukleus: nukleus mengandung materi genetik dalam bentuk kromosom dan mengaktifkan aktivitas sel, termasuk sintesis protein penting untuk fungsi neuron
- 2) Sitoplasma: sitoplasma adalah rongga yang ditemukan di dalam sel yang berisi beberapa organel termasuk endoplasma retikulum, ribosom, retikulum endoplasma dan lain-lain. Organel ini melakukan fungsi-fungsi penting seperti produksi energi, sintesis protein dan pengangkutan zat-zat di dalam sel.
- 3) Dendrit: dendrit merupakan salah satu jenis sel saraf yang berasal dari sel neuron dan berfungsi menerima rangsangan atau stimulus dari neuron-neuron lain atau dari lingkungan eksternal

- 4) **Akson:** akson adalah serat panjang yang biasanya hanya ada satu per neuron dan berfungsi untuk mengirimkan impuls yang bergerak dari badan sel satu neuron ke neuron lain atau ke efektor. Selain komponen-komponen tersebut, struktur dan molekul-molekul penting yang mendukung fungsi sel juga terkandung dalam neuron badan sel, ini termasuk struktur membran luar sel yang mengandung mikrotubulus dan neurofilamen yang mendukung bentuk dan transportasi sel.
- 5) **Sel schwaan**
Sel schwaan merupakan sel penting dalam sistem saraf perifer manusia, sel ini menyediakan nutrisi dalam membantu regenerasi dari neurit.
- 6) **Selaput mielin**
Selaput mielin merupakan selaput pembungkus neurit, fungsi bagian ini adalah untuk melindungi jantung dari cedera dan melindungi otot impulsif serta meningkatkan jumlah energi impulsif yang dilepaskan.
- 7) **Nodus ranvier**
Nodus ranvier memainkan peran penting dalam memastikan pengiriman impuls saraf yang efisien dan cepat di dalam sistem saraf.
- 8) **Sinapsis**
Sinapsis adalah struktur yang memungkinkan komunikasi antar neuro di dalam sistem saraf, sinapsis adalah celah mikroskopis yang terdapat pada interaksi anatara neuron akson dan neuron lain atau sel efektor (seperti otot atau kelenjar).
- 9) **Sistem saraf pusat**
Sistem saraf pusat (Central Nervous System) CNS memainkan peran dalam mengatur dan mengkoordinasikan berbagai fungsi tubuh manusia, beberapa fungsi penting

dikendalikan oleh sistem saraf pusat, yaitu pikiran dan kognisi, gerakan, emosi, pernapasan dan detak jantung, suhu tubuh, koordinasi aktivitas saraf.

10) Sistem Saraf Tepi (Perifer)

Sistem saraf tepi adalah salah satu bagian sistem saraf, selain sistem saraf pusat (otak dan sumsum tulang belakang), sistem saraf tepi bertanggung jawab untuk mengatasi masalah dan mengirimkan semua respons yang telah diolah oleh sistem saraf pusat ke seluruh tubuh manusia. Dalam Musi & Nurjanah (2021), menjelaskan sistem ini terbagi dari beberapa fungsi dan bagian, yaitu:

- a) Fungsi sensorik, berfungsi untuk menerima semua getaran dan impuls yang datang dari tubuh baik dari luar maupun dalam. Rentang emosi ini dapat mencakup tawa, air mata, bau, suara, tekanan dan sentuhan.
- b) Fungsi motorik. Neuron motorik memiliki fungsi yang lebih spesifik dalam sistem saraf, neuron motorik adalah jenis neuron yang mengirimkan sinyal motorik dari sistem saraf pusat CNS ke otot-otot rangka atau otot polos dalam sistem saraf otonom.
- c) Fungsi somatik. Selain kedua fungsi ini, sistem saraf tepi juga memberikan respons terhadap semua tugas yang tidak sepele, misalnya saat mengalami kecemasan tubuh akan merespons situasi tersebut dengan meningkatkan denyut jantung, mengurangi durasi tidur dan mengelola stres.

Sistem saraf tepi ini dapat diklasifikasi menjadi dua, yaitu sistem saraf somatik dan sistem saraf otonom, yang masing masing akan diuraikan secara singkat seperti berikut ini:

1. Sistem saraf somatik atau kranial.

Sistem saraf kranial dikenal sebagai sistem saraf somatik, memang terlibat dalam pengaturan gerakan yang disadari atau volunter dalam tubuh manusia, sistem saraf kranial terdiri dari 12 pasang saraf kranial yang keluar dari otak dan sumsum tulang belakang servikal dan berfungsi untuk mengatur fungsi dari gerakan volunter, sensorik, koordinasi, dan pengendalian aktivitas motorik. Di sini bisa di artikan karena dibawa kendali dari kesadaran diri kita sendiri. Sistem saraf somatik merupakan bagian dari sistem saraf tepi yang bertugas membawa informasi motorik dan sensorik ke sistem saraf pusat. Sistem saraf somatik memang terdiri dari saraf-saraf yang terhubung ke kulit, organ sensorik, dan otot-otot rangka dalam tubuh manusia. Sistem saraf somatik bertanggung jawab atas pengaturan gerakan sadar (volunter) dan menerima informasi sensorik dari indra perasa seperti penglihatan, pendengaran, rasa, dan perasaan sensorik lainnya. Sistem saraf memungkinkan interaksi kita dengan lingkungan melalui gerakan sadar dan persepsi sensorik, ini adalah bagian penting dari sistem saraf tepi yang berfungsi sebagai pengantar antara tubuh dan lingkungan luar, serta sebagai penghubung utama antara tubuh dan sistem saraf pusat.

Menurut P. McKinley (2019), terdapat 12 pasang saraf kranial yang penting dalam menghubungkan berbagai bagian kepala dan leher dengan otak, berikut adalah 12 pasang saraf kranial beserta fungsinya masing-masing.

- a. Nervus olfaktorius, yaitu saraf sensorik yang menghantarkan sensasi penciuman dari hidung ke otak.
- b. Nervus optikus, mensarafi empat dari enam otot mata ekstrinsik, otot kelopak mata atas dan otot mata intristik (otot polos dalam mata).

- c. Nervus okulomotor, bersifat motoris, mensarafi otot ototorbital untuk menggerakkan bola dan mengangkat atau menurunkan kelopak mata.
- d. Nervus troklearis bersifat motorik, yaitu mensarafi otot otot orbital. Saraf ini berfungsi sebagai motorik mata yang pusatnya terletak di belakang pusat saraf optik.
- e. Nervus trigeminus menerima sensasi dari wajah seperti rasa sakit, sentuhan, dan suhu, serta mengontrol otot-otot untuk mengunyah. Saraf ini memiliki tiga cabang yang berfungsi sebagai saraf otak besar yaitu:
 - 1) Nervus oftalmikus: bersifat sensorik, saraf ini mensarafi selaput lendir, kelopak mata, bola mata serta kulit kepala bagian depan.
 - 2) Nervus maksilaris: sifatnya sensori. Saraf ini berfungsi dalam batang hidung, palatum, sinus maksilaris serta gigi atas dan bibir atas.
 - 3) Nervus mandibula: adalah cabang saraf trigeminal (nervus trigeminus) salah satu dari 12 cabang saraf kranial yang berasal dari otak, saraf mandibularis memiliki sifat sensorik dan motorik yang penting dalam sistem saraf.

Nervus abduksen bersifat motorik. Berfungsi untuk abduksi mata.
- f. Nervus facialis untuk mengontrol ekspresi wajah dan menerima rasa sakit, suhu, dan sensasi dari telinga
- g. Nervus vestibulokoklearis untuk mendukung pendengaran dan mempertahankan keseimbangan tubuh.
- h. Nervus glosafaringeal mengontrol berbagai fungsi sensorik dan motorik di daerah tenggorokan, mulut dan telinga. Nervus ini mendukung fungsi pencernaan,

regulasi suhu tubuh, serta menjaga keseimbangan elektrolit dan cairan dalam tubuh.

- i. Nervus Vagus yaitu jenisnya gabungan sensori berfungsi untuk menerima rangsangan dari organ dalam, sedangkan fungsi motorik adalah untuk mengatur organ dalam.
 - j. Nervus aksesorius jenis saraf motorik berfungsi untuk mengendalikan pergerakan kepala
 - k. Nervus hipoglosus jenis saraf motorik. Berfungsi untuk mengendalikan pergerakan lidah.
2. Sistem saraf somatik atau kranial ini mengandung dua jenis neuron utama, yakni:

a. Saraf motorik

Saraf motorik juga dikenal sebagai neuron eferen, yang mengirimkan informasi dari otak dan sumsum tulang belakang ke otot serat di seluruh tubuh. Neuron motorik adalah komponen penting dalam sistem saraf yang memungkinkan kita untuk melakukan gerakan sadar dan berinteraksi secara aktif dengan lingkungan sekitar kita.

b. Saraf sensorik.

Neuron sensorik juga dikenal sebagai neuron aferen atau saraf aferen. Neuron sensorik adalah bagian kunci dari sistem saraf yang memungkinkan kita untuk merasakan dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar kita, serta memastikan respons yang sesuai terhadap rangsangan yang diterima.

c. Sistem saraf otonom

Sistem saraf otonom adalah bagian dari sistem saraf yang mengatur fungsi-fungsi tubuh secara otomatis dan tidak sadar, sistem saraf otonom berfungsi

secara otomatis tanpa kehendak sadar dari bagian saraf pusat (otak dan sumsum tulang belakang).

2.1.6 Faktor resiko

Faktor resiko terjadinya stroke menurut Made Kariasa (2022) dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

1. Faktor predisposisi

- a. Faktor usia

Pada umumnya usia menjadi salah satu resiko terjadinya stroke, secara umum penderita stroke adalah laki-laki karena proses penuaan membuat proses pembentukan darah menjadi lebih sulit dan rentan terhadap cema, yang menyebabkan proses pembentukan darah menjadi lebih sulit, setiap orang yang berusia di atas 50 tahun beresiko terkena stroke, beberapa kasus lainnya menunjukkan meningkatnya kejadian stroke pada orang dewasa yang lebih tua dan orang dewasa produktif (usia 15-40 tahun), menurut penelitian stres, penyalahgunaan zat, penggunaan alkohol, faktor keturunan, dan pilihan gaya hidup yang tidak sehat merupakan penyebab utama stroke.

- b. Jenis kelamin

Faktor yang dapat menyebabkan stroke meliputi jenis kelamin, pria 19% lebih mungkin terserang stroke daripada wanita, namun merokok dan minum alkohol merupakan penyebab stroke lainnya, sedangkan pada wanita sangat jarang terkena stroke karena pada wanita di lindungi oleh hormon estrogen yang melindungi dari penyakit jantung dan stroke hingga usia paruh baya.

- c. Faktor genetik/ riwayat keluarga

Terdapat bukti yang menunjukkan bahwa faktor genetik dapat meningkatkan resiko stroke pada seseorang terutama melalui kondisi medis yang diwariskan atau di turunkan melalui keluarga. Beberapa faktor genetik yang dapat meningkatkan resiko stroke yaitu, hipertensi, diabetes melitus dan kondisi pembuluh darah.

Selain faktor genetik pola makan, gaya hidup, dan faktor lingkungan juga memainkan peran penting dalam resiko stroke.

e. Riwayat stroke

Orang yang pernah mengalami penyakit stroke sangat beresiko tinggi untuk mengalami serangan berulang.

2. Faktor presipitasi

a. Riwayat hipertensi

Hipertensi sering dikenal sebagai tekanan darah tinggi yang merupakan salah satu faktor risiko utama, baik itu stroke iskemik maupun stroke hemoragik. Hipertensi meningkatkan resiko stroke melalui beberapa mekanisme yang berpengaruh pada kesehatan pembuluh darah yaitu, merusak pembuluh darah, mendorong terbentuknya plak aterosklerosis, meningkatkan resiko aneurisma, memperburuk fungsi jantung, menyebabkan kerusakan otak. Kontrol tekanan darah yang baik, mengikuti gaya hidup sehat seperti diet rendah garam, berolahraga secara teratur, menghindari konsumsi alkohol berlebihan, dan jika diperlukan konsumsi obat-obatan antihipertensi yang di resepkan oleh dokter dapat mengurangi resiko terjadinya stroke akibat hipertensi.

b. Penyakit Diabetes Millitus

Diabetes melitus atau DM tipe 2 merupakan bentuk diabetes yang paling umum yang meningkatkan resiko serangan stroke iskemik secara signifikan, diabetes melitus meningkatkan risiko serangan stroke iskemik dua kali lipat dibandingkan dengan orang yang tidak menderita diabetes. Diabetes melitus dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke, hal ini dikarenakan diabetes melitus dapat meningkatkan prevalensi aterosklerosis dan peningkatan kardiovaskuler lainnya merupakan alasan mengapa pencegahan dan manajemen diabetes melitus yang baik sangat penting. Pemeriksaan kadar gula darah secara ketat sebaiknya dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan tekanan

darah yang dianjurkan bagi penderita diabetes melitus, tekanan darah yang dianjurkan bagi penderita diabetes melitus adalah kurang dari 130/80 mmHg.

c. Merokok

Merokok adalah faktor resiko yang signifikan untuk stroke, nikotin dan zat-zat kimia dalam rokok memiliki efek negatif pada sistem kardiovaskuler yang dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke, beberapa mekanisme dimana rokok dapat meningkatkan resiko stroke yaitu, penyempitan pembuluh darah, penyumbatan pembuluh darah, efek terhadap tekanan darah, efek terhadap jantung, penurunan oksigenasi jaringan. Nikotin juga dapat menyebabkan aterosklerosis dan mengurangi fleksibilitas arteri, dalam rokok terkandung zat kimia beracun seperti karbon monoksida dan nikotin yang dapat merusak lapisan endotel arteri, meningkatkan tekanan darah, merusak sistem kardiovaskular melalui berbagai proses, peningkatan kadar fibrinogen, peningkatan agregasi trombosit, penurunan HDL dan peningkatan hematokrit, semuanya berhubungan dengan kebiasaan merokok yang dapat mempercepat proses terjadinya aterosklerosis merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stroke.

d. Obesitas

Obesitas merupakan faktor resiko yang signifikan terhadap stroke, baik stroke iskemik maupun stroke hemoragik, berikut yang dapat meningkatkan resiko stroke antara lain, dislipidemia, aterosklerosis, gangguan metabolik, inflamasi dan faktor prokoagulan. Mengelola berat badan dengan mempertahankan diet seimbang dan sehat serta menjaga gaya hidup aktif sangat penting untuk mengurangi terjadinya stroke.

e. Kebiasaan mengonsumsi alkohol

Konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan risiko berbagai penyakit dan masalah kesehatan termasuk beberapa

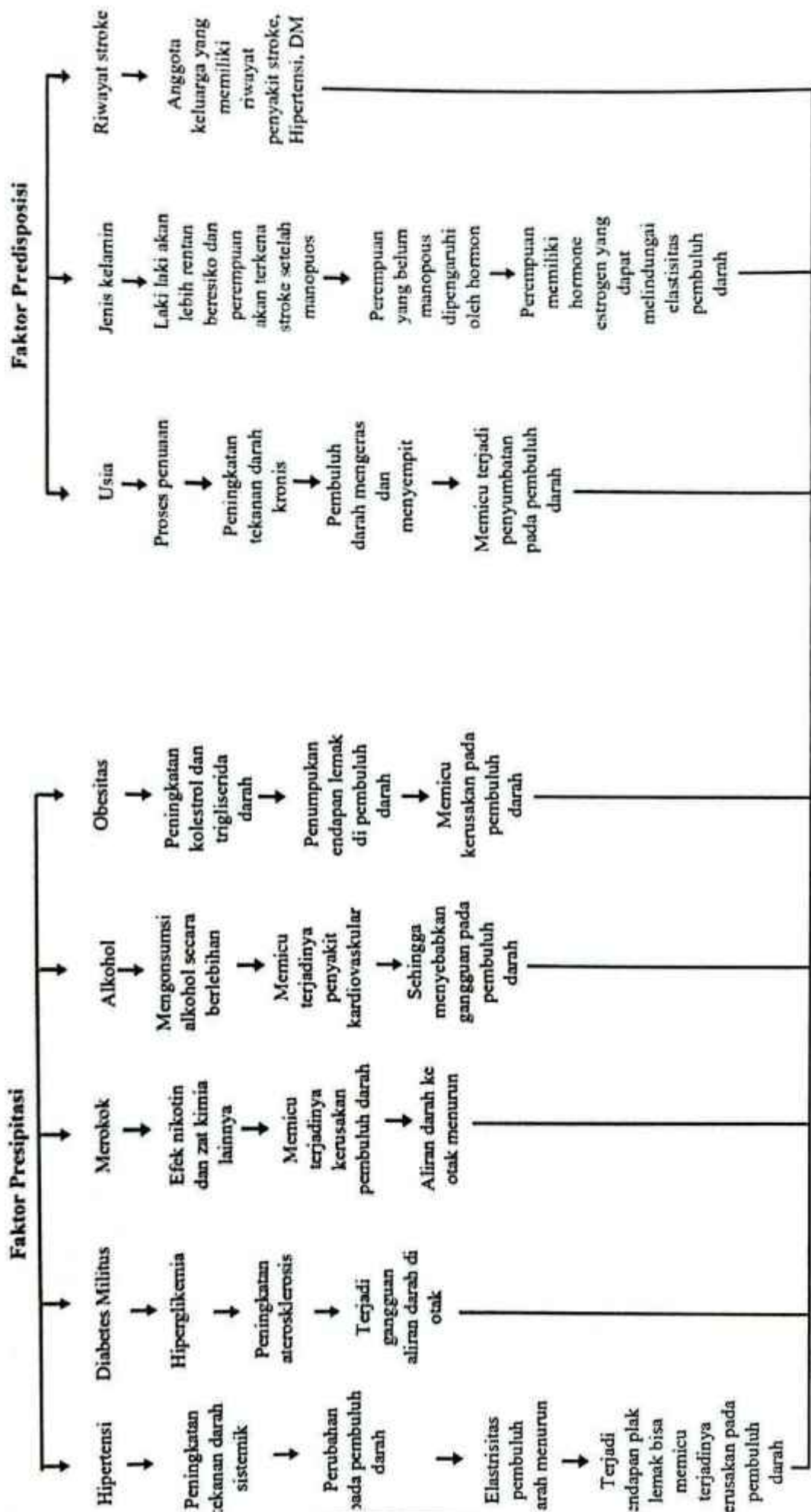
yang terkait dengan sistem saraf pusat, terdapat beberapa dampak negatif dari mengonsumsi alkohol yaitu, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, stroke, penyakit hati, gangguan pencernaan dan ketergantungan serta penyalahgunaan.

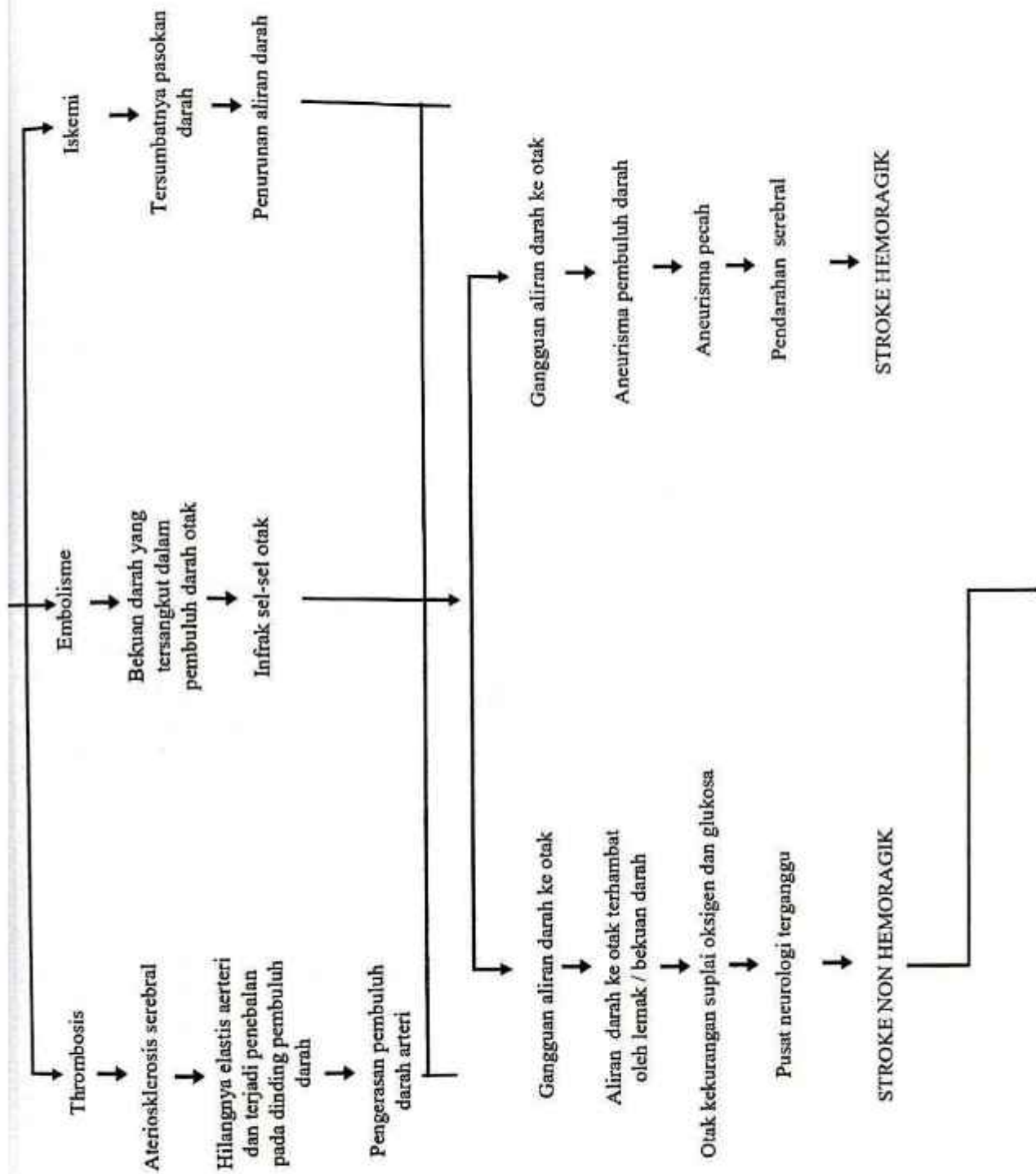
2.1.7 Patofisiologi

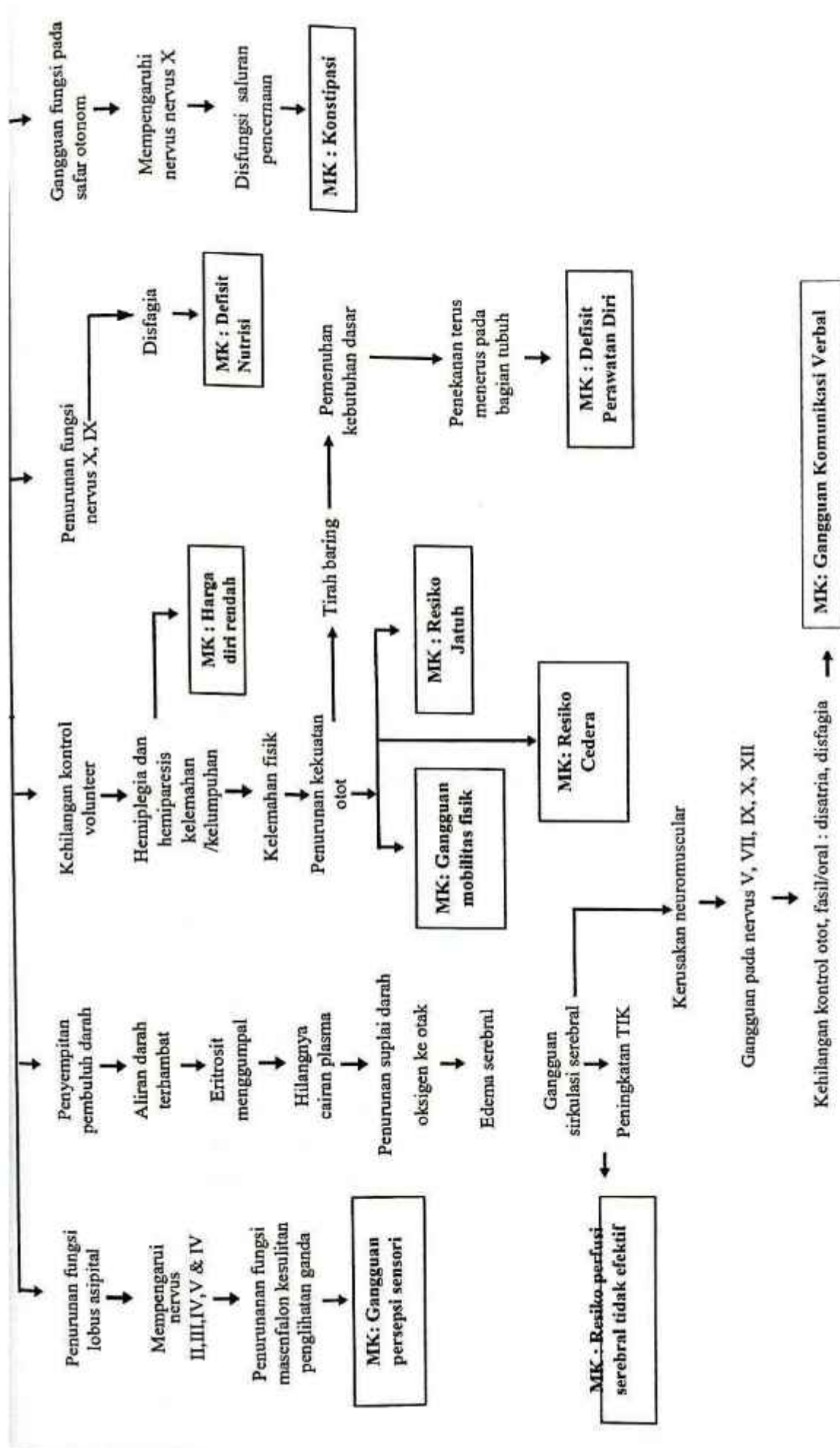
Stroke iskemik terjadi hampir secara tiba-tiba dalam beberapa menit setelah gangguan suplai darah ke jaringan otak karena penyumbatan arteri yang memasok otak karena adanya bekuan darah yang dibentuk oleh fibrilasi atrium atau trombus yang terbentuk pada timbunan lemak yang disebut sebagai plak aterosklerotik sehingga menyebabkan iskemia pada saraf otak dan menyebabkan kerusakan neuron di sekitarnya sebagai akibat dari proses hipoksi dan anoksia. Emboli pembuluh darah yang terdapat di area rawan sirkulasi lainnya dapat mempengaruhi sistem sirkulasi darah, yang dapat terjadi di jantung atau sebagai akibat rumit dari fibrilasi atrium yang pecah dan bergerak ke dalam darah otak yang berpotensi merusak sistem sirkulasi otak. Wilayah otak yang terkena sering dianggap sebagai inti iskemik. Di sini, sebagian besar sel mengalami kematian permanen sebelum efek agen neuro protektif terbentuk. Di sekitar inti iskemik terdapat wilayah sel yang dapat diselamatkan yang dikenal sebagai penumbra iskemik yang sering menjadi target intervensi terapeutik. Daerah ini atau otak memiliki aliran darah sekitar 10cc/100g jaringan otak setiap bulan. Daerah ini beresiko menjadi nekrosis akibat bencana buatan manusia, di sisi lain daerah penumbra merupakan daerah otak dengan kemiringan yang curam, namun masih relatif lebih baik daripada daerah inti dibandingkan dengan daerah lainnya, setiap bulan daerah penumbra memiliki aliran darah sebesar 10-25 cc/100g jaringan. Jika terjadi gangguan serebrovaskular, suplai darah terhenti sehingga menyebabkan penurunan pasokan energi (ATP), nutrisi, dan oksigen ke wilayah otak yang terkena. Hal ini menyebabkan masuknya kalsium berlebih ke dalam neuron, dan aktivasi enzim yang bergantung pada ion kalsium pada akhirnya menyebabkan pelepasan kelebihan glutamat. Rangkaian peristiwa ini

merupakan eksitotoksisitas akibat stimulasi berlebihan reseptor N-metil-D-Aspartat (NMDAR) pada membran neuron pascasinaps yang mengarah pada pembentukan spesies oksigen reaktif (ROS) yang menyebabkan stres oksidatif, yang kemudian mengganggu fungsi mitokondria dan saraf. Ketika aliran darah ke otak terganggu, hal ini menyebabkan gangguan metabolisme energi dan cedera stres oksidatif. Stres oksidatif, mekanisme utama pada stroke iskemik, mengganggu keseimbangan oksidan dan antioksidan, terutama pada sel otak yang kaya akan asam lemak tak jenuh ganda. Kaskade iskemik adalah proses biomolekuler yang cepat dan progresif pada tingkat seluler yang menyebabkan kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau penyumbatan aliran darah, jika aliran darah berhenti jaringan akan kekurangan glukosa dan oksigen yang merupakan sumber energi utama untuk menjalankan proses potensial membran. Tempat kekurangan oksigen dan gula darah menjalankan metabolisme anaerobik yang mengakibatkan pelepasan senyawa glutamat, glutamat bekerja pada reseptor di sel saraf terutama reseptor NMDA/N-methyl-D-aspartate yang mengakibatkan masuknya natrium dan kalsium, peningkatan jumlah cairan intraseluler menyebabkan edema, masuknya kalsium juga dapat merangsang pelepasan enzim proteolitik yang terdiri dari lipase, nuklease, protease, dan lipase yang bekerja untuk memecah protein, lemak dan struktur sel, (Salaudeen et al., 2024).

Skema Patoflow







Skema 2.1 Patofisiologi Stroke (Indrawati, 2016, Larsson et al., 2019, Rahayu, 2023, Gaol, 2023, Roerecke, 2021, Hutagaluh, 2019, SDKI, 2017 Saladeen et al., 2024)

2.1.8 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala stroke sering kali muncul dengan cepat, banyak perangkat yang dikembangkan dalam membantu mengenali gejala stroke di masyarakat umum. Ada cara penilaian yang dilakukan yaitu SEGERA (SEnyumGERak bicaRA) atau dapat menggunakan cara *FAST* (*Face, Arm, Speech, Time*) yang telah dikembangkan pertama kali di Inggris, (Prasetya, 2020., Umasugi et al., 2022). Tanda dan gejala stroke iskemik berdasarkan pada berat dan ringannya sebagai berikut:

1. *Hemiparesis dan hemiplegia*
2. Ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air besar/kecil
3. Bisa terjadi kejang kejang
4. Gangguan saraf perasa pada satu sisi tubuh
5. Buta mendadak (*amaurosis fugaks*)
6. Ketidakmampuan untuk berbicara atau mengerti bahasa (*disatria*)
7. Gangguan mental
8. *Disfagia*
9. Ketidakmampuan membaca (aleksia)
10. Gangguan dalam koordinasi gerakan tubuh
11. Gejala-gejala serebrum seperti gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo), (Rahmawati, 2022).

2.1.9 Pemeriksaan diagnostic

Menurut hemanika (2023) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien stroke iskemik yaitu:

1. Angiografi serebral

Angiografi serebral adalah prosedur medis untuk memvisualisasikan pembuluh darah di dalam otak, ini merupakan alat diagnostik yang sangat penting dalam menemukan penyebab stroke tertentu seperti perdarahn arteri atau vena, pecahnya pembuluh darah serta untuk mengidentifikasi sumber pendarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

2. Lumbal pungsi

Lumbal fungsi adalah prosedur medis dimana cairan serebrospinal (CSF) diambil dari ruang subaraknoid di sekitar sumsum tulang belakang untuk diuji atau untuk tujuan terapeutik, prosedur medis yang umum dilakukan di departemen darurat unit perawatan intensif, atau unit neurologi untuk membantu dalam diagnosis dan manajemen pasien dengan kondisi neurologis yang serius.

3. CT scan

Computed Tomography Scan (CT Scan) adalah teknik yang menggunakan sinar-X untuk menghasilkan gambar potongan detail dari struktur internal tubuh, fungsi utama dari CT Scan yaitu diagnostik, evaluasi cedera, monitoring pengobatan, penilaian trauma. CT Scan adalah alat diagnostik yang sangat berharga dalam praktek medis modern karena kemampuannya untuk menghasilkan gambaran yang jelas dan detail dari struktur internal tubuh dalam waktu yang relatif singkat.

4. MRI

Magnetic Resonance Imaging (MRI) adalah teknik medis yang menggunakan magnet dan gelombang radio untuk menghasilkan gambar yang sangat rinci dari organ dan struktur di dalam tubuh, MRI merupakan alat diagnostik yang sangat berharga dalam bidang kedokteran modern karena kemampuannya menghasilkan gambaran anatomi yang sangat detail dan informasi fungsional yang penting bagi diagnosis dan penanganan pasien.

5. USG Doppler

Untuk menentukan apakah ada masalah dengan sistem karotis

6. EEG

Electroencephalography (EEG) adalah teknik diagnostik non-invasif yang digunakan untuk merekam aktivitas listrik otak, EEG biasanya dilakukan dengan meletakkan elektroda pada kulit kepala pasien untuk merekam aktivitas listrik otak, data yang direkam kemudian dianalisa

oleh seorang ahli neurologi atau teknisi EEG untuk mengevaluasi pola gelombang otak yang tercatat

7. Trombektomi Mekanis (MT)

Trombektomi mekanis adalah suatu trobosan untuk mengurangi kecacatan pada pasien dengan stroke iskemik akut (*Acute Ischemic Stroke*) dengan oklusi pembuluh darah besar (*Large Vessel Occlusion*) bila dilakukan dalam waktu 24 jam. Trombektomi mekanis digunakan untuk penatalaksanaan stroke penyumbatan pembuluh darah besar otak. Bekuan penyumbat dikeluarkan menggunakan peralatan mekanis untuk melancarkan kembali aliran darah otak sehingga menghasilkan

2.1.10 Penatalaksanaan Medis

Menurut Tristan (2022), Penatalaksanaan medis untuk pasien stroke dapat dilakukan tindakan-tindakan berikut untuk mencegah terjadi stroke atau kematian otak yang luas:

1. Diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkatan maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.
2. Antikoagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombus dan embolisasi dari tempat lain dan sistem kardiovaskular.
3. Medikasi anti trombosit karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.
4. *Evidence base*

Sebagai tenaga medis terapi okupasi sangat membantu pasien stroke dengan bekerja sama dengan dokter, perawat, terapi fisik, dan terapis wicara. Ketika seseorang terserang stroke mereka tidak dapat melakukan tugas yang ingin mereka lakukan, masalah fisik, masalah fisik, masalah memori, masalah berpikir, masalah sensorik dan masalah emosional seperti depresi atau kecemasan termasuk dalam kategori kesulitan. Terapi oku pasi mengatasi masalah ini dengan mengajarkan pasien untuk melakukan sesuatu dengan cara baru atau dengan bantuan alat, dalam terapi okupasi ketrampilan motorik halus

perlu di tangani misalnya diajarkan seperti menyisir rambut, untuk membantu meningkatkan ketrampilan motorik pada ekstermitas yang lemah akibat stroke. Ada beberapa cara untuk memperkuat ketrampilan motorik selain memperkuat otot, seperti melakukan aktivitas perawatan diri seperti makan, minum dan memasak, (Zaqrin, 2023).

Penatalaksanaan keperawatan menurut Tristan (2022), adalah sebagai berikut:

a. Posisikan kepala

Posisikan kepala 15-30 derajat, dengan tujuan untuk mengurangi resiko peningkatan tekanan intrakranial dengan mempertahankan kepala pada sudut tertentu, hal ini membantu mengoptimalkan aliran darah ke otak dan mengurangi tekanan pada pembuluh darah di area kepala.

b. Pertahankan suhu tubuh.

c. Nutrisi peroral

seperti makanan dan minuman hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan menunjukkan bahwa pasien mampu menelan dengan baik, tes ini penting untuk memastikan bahwa pasien dapat menelan tanpa resiko aspirasi makanan atau cairan ke dalam paru-paru

d. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi

e. Kolaborasi pemberian oksigen 1-2 liter/menit, jika perlu

f. Diet Stroke

Untuk pasien stroke yang membutuhkan diet makanan cair kental dalam fase akut atau saat mengalami gangguan menelan, berikut adalah beberapa bahan makanan yang umumnya dianjurkan

- 1) Buah-buahan dan sayuran yang lunak.
- 2) Sereal berbasis susu, sereal yang direndam dalam susu atau yogurt yang diencerkan untuk mendapatkan konsistensi yang lembut.

- 3) Susu, susu yang diencerkan atau susu alternatif seperti susu almond, atau susu kedelai yang diolah menjadi smoothie atau sereal.
- 4) Jus buah, jus buah yang diencerkan untuk memudahkan jika dielan.
- 5) Suplemen nutrisi, suplemen nutrisi cair yang diberikan jika diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang tidak mencukupi.

2.1.12 Pencegahan /Pengendalian

Strategi pencegahan stroke yang optimal untuk seseorang bergantung pada etiologi yang mendasari stroke mereka. Secara umum, pengelolaan faktor risiko vaskular, termasuk pengelolaan diabetes, berhenti merokok, pengelolaan lipid, pengelolaan hipertensi, serta modifikasi gaya hidup memberikan landasan bagi pencegahan stroke. Faktor gaya hidup seperti rendah sodium, pola makan Mediterania, dan aktivitas fisik dapat memberikan manfaat terbesar untuk pencegahan primer dan sekunder. Mengatasi faktor-faktor ini juga membantu menjaga kesehatan otak yang optimal.

1. Mengonsumsi makanan sehat dan bergizi

Pencegahan stroke dapat dimulai sejak dini dengan menjaga pola makan yang sehat dan bergizi, berikut adalah beberapa hal yang penting untuk diperhatikan dalam mengonsumsi makanan sehat. Pola makan yang seimbang dapat membantu mengurangi faktor risiko penyakit jantung dan stroke.

2. Perbanyak konsumsi sayuran dan buah-buahan

Batasan konsumsi makanan asin, manis, dan berlemak jenuh adalah langkah penting dalam menjaga kesehatan secara umum termasuk dalam pencegahan penyakit stroke.

8. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin
Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin adalah langkah penting dalam mencegah stroke dan mengidentifikasi faktor risiko yang mungkin dapat dikendalikan atau diperbaiki, beberapa hal yang dapat dilakukan dalam pemeriksaan kesehatan rutin untuk mencegah stroke, pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan gula darah, pemeriksaan kolesterol, evaluasi gaya hidup, konsultasi dengan spesialis.
9. Mengendalikan Emosi
Kesehatan mental juga harus diperhatikan sebagai cara mencegah stroke sebelum terjadi, satu hal penting yang perlu diingat saat mengelola kesehatan mental adalah mengelola emosi dengan baik, hal ini dapat meningkatkan produksi hormon adrenalin, dengan cara ini epinefrin dapat meningkatkan permeabilitas pembuluh darah dalam tubuh dan dikaitkan dengan hipertensi sebagai faktor risiko stroke, (Dopler 2023., Lim 2023).

2.1.11 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita stroke adalah:

1. Hipoksia serebral
fungsi otak sangat bergantung pada ketersediaan oksigen yang cukup untuk jaringan otak, memahami pentingnya oksigenasi yang baik bagi kesehatan otak adalah langkah penting dalam menjaga kesehatan dan fungsi kognitif, tindakan untuk mempertahankan dan meningkatkan oksigenasi jaringan otak merupakan bagian penting dari perawatan medis dalam menghadapi kondisi seperti stroke atau kondisi lain yang mengancam otak.
2. Penurunan aliran darah serebral
Aliran darah ke otak sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor utama seperti tekanan darah, curah jantung dan integritas pembuluh darah serebral.

3. Menghindari makanan tinggi garam
Konsumsi makanan tinggi garam memang perlu dibatasi karena dapat berkontribusi pada peningkatan tekanan darah, yang merupakan faktor resiko utama untuk penyakit stroke.
4. Berhenti merokok
Merokok merupakan salah satu faktor resiko yang signifikan terhadap stroke dan berbagai kondisi kesehatan lainnya, berhenti merokok adalah langkah penting dalam pencegahan stroke sejak dini, dukungan dari tenaga medis, keluarga, dan teman-teman dapat membantu seseorang dalam proses ini.
5. Rutin berolahraga
Olaraga secara rutin memiliki banyak manfaat bagi kesehatan termasuk dalam pencegahan stroke, beberapa olahraga yang dapat dilakukan yaitu, jalan pagi, bersepeda, dan berenang, merupakan pilihan yang baik karena melibatkan gerakan tubuh yang teratur dan dapat meningkatkan kondisi kardiorespirasi.
6. Melakukan pencegahan obesitas
Obesitas merupakan faktor resiko yang signifikan untuk stroke, untuk mengurangi terjadinya stroke penting untuk menjaga berat badan ideal dengan cara hidup sehat yang mencakup mengonsumsi makanan seimbang dan melakukan aktivitas fisik.
7. Mengobati diabetes bagi penderitanya
Kadar gula darah yang tinggi atau tidak terkontrol pada penderita diabetes dapat menyebabkan sejumlah komplikasi serius termasuk dengan sistem kardiovaskuler seperti penyakit jantung dan penyakit stroke, penderita diabetes perlu pengelolaan diabetes yang baik serta mengidentifikasi tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menurunkan resiko stroke dan komplikasi lainnya.

3. Embolisme serebral

Embolisme terjadi setelah infark miokard (serangan jantung) atau pada kondisi seperti fibrilasi atrium (gangguan irama jantung) atau beradaptasi dari katup jantung prostetik. Embolus yang terbentuk dapat mengalir melalui aliran darah dan menyumbat pembuluh darah di otak. Hal ini mengakibatkan penyempitan aliran darah ke jaringan otak, yang dapat menyebabkan stroke yang tidak dapat disembuhkan.

4. Aspirasi pneumonia

Pneumonia terkait dengan stroke sering kali disebabkan oleh aspirasi. Pasien yang menderita cedera neurologis memiliki refleks menelan yang lemah dan oleh karena itu rentan terhadap terjadinya aspirasi. Karena penurunan pengunyahan, air liur, menelan, dan kebersihan mulut, pasien dengan stroke akut sangat rentan terhadap gangguan ekologi mikroba mulut. Kehadiran bakteri mulut patogen pada pasien pasca stroke dikaitkan dengan prognosis buruk, yang menyebabkan pneumonia aspirasi, (Grossmann et al., 2021).

5. Konstipasi

Konstipasi pada pasien stroke akibat gangguan neurologis memang relevan dan penting di pahami dalam konteks perawatan pasien stroke, gangguan neurologis pada stroke dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal adalah langkah penting dalam memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif bagi pasien stroke, pencegahan dan manajemen komplikasi seperti konstipasi dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan membantu dalam proses pemulihan pasca stroke, (Sibarani et al., 2019).

6. Retensi urin

Buang air kecil adalah proses kompleks yang melibatkan koordinasi antara otak, sumsum tulang belakang, dan saraf. Karena stroke dapat menyebabkan masalah pada koordinasi dan fungsi otak secara keseluruhan, maka ketidakmampuan untuk buang air kecil merupakan potensi komplikasi pasca stroke lainnya. Retensi urin,

juga disebut retensi kandung kemih, berarti pasien mungkin tidak dapat mengosongkan kandung kemih sepenuhnya atau tidak dapat buang air kecil kapan pun yang pasien mau, (Fry et al., 2024).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah langkah awal yang sangat penting dalam proses keperawatan, berikut beberapa poin penting terkait pengkajian keperawatan, pengkajian, riwayat penyakit, menentukan diagnosis, mengevaluasi efektivitas intervensi. Pengkajian keperawatan merupakan dasar dari perencanaan perawatan yang efektif dan menyeluruh.

Pengkajian yang harus dilakukan yaitu:

1. Identitas pasien

Identitas yang dibahas meliputi nama, suku, agama, jenis kelamin, alamat, tanggal lahir, nomor registrasi, dan diagnosis medis

2. Keluhan utama

Keluhan umum paling biasa dialami oleh pasien stroke adalah kelemahan anggota gerak tubuh, gangguan ketrampilan dalam berkomunikasi dan kerusakan otak.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering terjadi secara mendadak dan dapat mempengaruhi fungsi otak serta tubuh secara signifikan, berikut beberapa tanda dan gejala umum yang dapat dialami oleh seseorang saat mengalami serangan stroke, nyeri kepala, mual dan muntah, kelumpuhan di separuh badan, gangguan fungsi otak, gangguan penglihatan, gangguan koordinasi.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien stroke biasanya mengalami hipertensi, diabetes melitus, anemia, trauma kepala, obesitas, penyakit jantung dan merokok serta minum alkohol.

5. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat keluarga memainkan peran penting dalam penentuan resiko seseorang terkena penyakit stroke, beberapa faktor resiko yang dapat diturunkan dari keluarga yaitu, hipertensi, diabetes melitus, riwayat stroke.

6. Riwayat psiko, sosial, spiritual

Interaksi pasien dalam keluarga dan kondisi emosionalnya sangat berpengaruh terhadap proses pemulihan dari stroke atau kondisi kesehatan lainnya, beberapa hal yang dapat terpengaruh antara lain, interaksi dalam keluarga, status emosional dan rasa cemas, status dalam pekerjaan dan kegiatan ibadah, dan adaptasi di rumah atau rumah sakit. Penting bagi perawat dan keluarga untuk memberikan dukungan yang berkelanjutan dan memahami kebutuhan pasien secara individual.

7. Pola – pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat. Biasanya ada riwayat penggunaan alcohol, riwayat perokok, serta penggunaan obat kontrasepsi.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pola nutrisi gangguan yang dialami yaitu kehilangan nafsu makan karena kesulitan menelan, muntah dan mual yang sangat parah.

c. Pola eliminasi

Pada pola defekasi sering terjadi inkontinensia urine biasanya akibat terjadi penurunan peristaltic bias mengakibatkan kontipasi.

d. Pola aktivitas dan Latihan

Kurangnya untuk terlibat dalam aktivitas akibat kelelahan, hingganya sensasi atau kelumpuhan, hemiplegia, yang menjadikannya sulit untuk beraktivitas. Karena kelemahan, paralise atau sensori, hemiplegi maka kegiatan beraktivitas berkurang karena pasien mudah lelah.

- e. Pola tidur dan istirahat
Pasien sulit tidur karena sering terjadi kejang otot atau nyeri otot.
 - f. Pola hubungan dan peran
Terjadi perubahan dalam pola peran dan hubungan pada pasien yang mengalami kesulitan dalam berkomunikasi karena adanya gangguan dalam berkomunikasi atau berbicara
 - g. Pola persepsi dan konsep diri
Perasaan tidak berdaya, mudah marah, tidak kooperatif dan tidak merasa ada harapan sering terjadi pada pasien stroke.
 - h. Pola sensori dan kognitif
Dalam pola kognitif penurunan memori terjadi pada pasien.
 - i. Pola penanggulangan stress
Kurangnya kejelasan dalam pemecahan masalah yang menyebabkan proses pengambilan keputusan tidak stabil.
 - j. Pola tata nilai dan kepercayaan
Dengan dukungan yang tepat dari keluarga, komunitas, dan tenaga medis, banyak pasien stroke dapat tetap terlibat dalam praktik keagamaan mereka meskipun mungkin memerlukan penyesuaian dan dukungan tambahan.
8. Pemeriksaan Fisik
- a. Pemeriksaan tingkat kesadaran
Parameter yang paling penting dan krusial bagi korban stroke adalah tingkat kesadaran pasien. Hal ini perlu di kaji secara komprehensif agar dapat mengetahui secara spesifik tingkat kesadaran pada pasien yang menderita stroke.
Macam-macam tingkat kesadaran terbagi menjadi:
 - b. Compos mentis: Kondisi sadar sepenuhnya. Mampu menjawab pertanyaan dengan baik serta sadar akan dirinya dan lingkungan sekitar.
 - c. Apatis: Kondisi tampak acuh tak acuh terhadap lingkungannya.

- d. Delirium: Kondisi seseorang yang mengalami kekacauan dalam gerakan, gelisah, disorientasi dan meronta-ronta.
 - e. Somnolen: Kondisi seseorang yang mengantuk tapi bias sadar kembali ketika diberikan rangsangan, tetapi jika berhenti beisa tertidur kembali.
 - f. Sopor : Sopor merupakan tahap antara kesadaran penuh dan koma, sopor adalah tingkat kesadaran yang terganggu di mana seseorang sangat sedikit responsif terhadap rangsangan eksternal.
 - g. Coma: Kondisi penurunan yang sangat dalam, tidak ada gerakan dan tidak ada respon, (Hemanika, 2023)
- Dibawah ini merupakan skala penilaian tingkat kesadaran yang menggunakan skala *nilai Glosgow*

Brikut merupakan tingkat kesdaran berdasarkan skala nilai *Glosgow coma Scale (GCS)*:

- 1. Compos mentis: 15-14
- 2. Apatis: 13-12
- 3. Delirium: 11-10
- 4. Somnolen: 9-7
- 5. Sopor: 6-4
- 6. Coma: 3

Pemeriksaan tingkat kesadaran:

Mata	Nilai
Spontan	4
Membuka mata dengan rangsangan suara	2
Membuka mata dengan rangsangan nyeri	1
Tidak ada respon	0
Motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri	5
Menghindar saat diberi rangsangan nyeri	4
Fleksi abnormal	3
Ekstensi abnormal	2
Respon tidak ada	1
Verbal	Nilai
Orientasi baik	5
Diorientasi tempat dan waktu, percakapan membingungkan	4
Kata kata tidak jelas dan tidak sesuai	3
Mengeluarkan suara tanpa arti atau mengerang	2
Respon tidak ada	1

Tabel 2. 1 *Glasgow Coma Scale (GCS)*

a. Tanda – Tanda Vital

- 1) Tekanan darah: Tekanan darah pada pasien stroke memang sering kali terkait dengan riwayat hipertensi dengan tekanan darah yaitu >140 dan diastole >80
- 2) Nadi: angka nadi biasanya berada di atas 100kali / menit.
- 3) Pernafasan: Pasien stroke kadang-kadang dapat menunjukkan suara napas tambahan seperti ronchi atau wheezing dan frekuensi nafas yaitu di atas 30kali/menit

- 4) Suhu: pada pasien stroke biasanya suhu tidak ada masalah.

b. Kepala dan Leher

pemeriksaan yang dilakukan untuk melihat kondisi kepala dan fungsi nervus trigeminus dapat mencakup beberapa langkah sebagai berikut, pemeriksaan kepala, pemeriksaan kelenjar tiroid, pemeriksaan nervus trigeminus.

c. Mata

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu apakah ada kekaburan penglihatan, serta gangguan pada nervus optikus, nervus oculomotor, serta nervus troklearis.

d. Hidung

Periksa apakah ada gangguan pada penciuman karena nervus olfaktorius yang terganggu

e. Mulut dan gigi

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu melihat apakah ada gangguan dalam pengecap, gangguan menelan, warna mukosa bibir pucat.

f. Telinga

pemeriksaan telinga yang dilakukan untuk mengevaluasi telinga pada pasien stroke meliputi, penilaian simetri dan tanda infeksi, ketajaman pendengaran, memeriksa refleks stapedius dan fungsi tuba eustachius.

g. Paru-paru

Pemeriksaan yang dilakukan yaitu inspeksi retraksi otot bantu pernafasan pada pemeriksaan palpasi biasanya terdapat fremitus sama antara kiri dan kanan , perkusi biasanya bunyi sonor, dan pada pemeriksaan auskultasi biasa suara normal vesicular.

h. Jantung

Pada pemeriksaan jantung biasanya yang dilihat yaitu ictus kordis, gerakan dada, terdapat nyeri atau tidak dan bunyi suara jantung.

i. Abdomen

Umumnya pemeriksaan yang dilakukan yaitu apakah adanya pembekakan, pembesaran hepar, dan tidak ada nyeri tekan, suara timpani dan bising usus pasien

j. Genetalia

Pemeriksaan yang dilakukan meliputi apakah pasien dapat mengendalikan buang air besar atau tidak dan ketidakmampuan untuk buang air kecil akibat gangguan kontrol otot panggul.

k. Ekstremitas

Pemeriksaan kekuatan otot pada penderita yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan penting dilakukan untuk mengevaluasi kemajuan selama perawatan, berikut beberapa langkah dalam pemeriksaan kekuatan otot, tes kekuatan otomatis (grip strength), tes kekuatan otot eksentrik dan konsentrik, skala penilaian kekuatan otot, pemeriksaan fungsional.

Nilai	Tingkat fungsi otot
0	Paralisis total
1	Tidak ada gerakan tetapi teraba/ kontraksi otot
2	Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi
3	Dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat tahan melawan tahanan
4	Dapat bergerak melawan tahanan tetapi kekuatan berkurang
5	Dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan otot maksimal

Tabel 2.2 Pengukuran Kekuatan Otot

l. Aktivitas dan istirahat

secara umum pasien mengalami kesulitan saat beraktivitas karena terjadi kelemahan dan mudah lelah.

m. Sirkulasi

Ada berbagai penyakit jantung yang biasa dialami pasien stroke yaitu katup jantung, disrimia, CHF, hipertensu arterial dan polisitemia

n. Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya mengalami perubahan dalam buang air, misalnya terjadi anuriam ikontinensia urine, didtensi abdomen, distensi kandung kemih, suara usus menghilang.

o. Interaksi sosial

Terjadi gangguan bicara serta ketidakmampuan dalam berkomunikasi

9. Pengkajian 12 saraf karnial

1. Test nervus I (olfaktorius)

Fungsi: memiliki fungsi utama sebagai penciuman

Pemeriksaan: menutup mata pasien dan meminta pasien untuk mencium bau yang mudah dikenali, kemudia membandingkan kemampuan penciuman antara hidung kiri dan kanan.

2. Test nervus II (optikus)

Fungsi: memiliki fungsi utama sebagai penglihatan

Test aktivitas visual: fungsi nervus optikus untuk mentransmisikan impuls visual dari retina mata ke otak yang kemudian diproses untuk membentuk gambaran visual yang kita lihat. Contohnya menutup mata sebelah pasien dan tanyakan objek apa yang dilihat dan bandingkan dengan mata sebelah pasien.

3. Test nervus III (okulomotorius)

Fungsi: nervus ini berfungsi untuk mengontrol gerakan bola mata

Cara pemeriksaan: menganjurkan pasien untuk melihat ke arah atas, samping bawah untuk melihat pergerakan bola mata

4. Test nervus IV (troklearis)

Fungsi : memiliki fungsi untuk mengatur gerakan otot mata

Cara pemeriksaan: dengan menggunakan refleks, biasanya dapat mendeteksi arah lintasan bola mata dari atas dan bawah

5. Tes nervus V (Trigeminus)

Fungsi : gerakan mengunyah, sensasi wajah

Cara pemeriksaan: menggerakkan rahang kesemua sisi, meminta pasien untuk memejamkan mata, sentuh kapas dan tusuk gigi pada wajah atau pipi. Biasanya pasien stroke tidak dapat membedakan rasa tajam dan rasa halus.

6. Tes nervus VI (abducens)

Fungsi: deviasi mata ke lateral

Cara pemeriksaan: tes putaran bola mata, menggunakan konjungtiva reflex pupil dan inspeksi. Pada pasien stroke biasanya dapat mengikuti arah dari tangan perawat ke kiri dan ke kanan

7. Test nervus VII (Facialis)

Pada pasien stroke biasanya alis mata tetap simetris, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, dapat mengangkat alis tetapi biasanya pada saat pasien mengembungkan pipi tidak simetris tergantung dimana lokasi kelemahan pasien.

8. Test nervus VIII (vestibulokoklearis)

Fungsi: untuk pendengaran.

Pemeriksaan: memeriksa fungsi pendengaran pasien serta gangguan keseimbangan pada pasien karena kelemahan anggota gerak tubuh

9. Test nervus IX (glossofarigeus)

Pada pasien yang menderita stroke mengalami penurunan mendengarkan gesekan jari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan. Pasien hanya dapat mendengarkan suara artikulasi yang jelas

10. Test nervus X (vagus)

Fungsi: reflex muntah dan menelan

Cara pemeriksaan: meminta pasien untuk menelan saliva dan meminta pasien untuk mengucapkan aahhhh..... pada pasien stroke biasanya gangguan menelan sering terjadi

11. Test nervus XI (aksesorius)

Fungsi : untuk menggerakkan bahu

Cara pemeriksaan: meminta pasien untuk menggerakkan bahu lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut karena biasanya pada pasien stroke tidak dapat menahan tahanan yang diberikan

12. Test nervus XII (hipoglosus)

Fungsi: untuk gerakan lidah.

Cara pemeriksaan: minta pasien untuk mengeluarkan lidah dan menggerakkannya karena biasanya pasien dapat menggerakkan lidah tapi artikulasi kurang jelas saat berbicara.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan proses penilaian yang sistematis dan terstruktur yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi respon individu. Diagnosis keperawatan bukan hanya tentang mengidentifikasi masalah fisik tetapi juga emosional, psikologis, sosial, dan spritual yang mungkin mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup seseorang, diagnosis keperawatan digunakan sebagai dasar untuk merencanakan dan menyusun intervensi yang sesuai dan efektif untuk membantu klien mencapai kesehatan optimal atau mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya, (Hemanika, 2023).

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017)
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D. 0054)
4. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)
5. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0149)

6. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087)
7. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)
8. Resiko cedera dibuktikan dengan perubahan fungsi kognitif (D.0136)
9. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral (D.0085)
10. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang di harapkan, (Hemanika, 2023).

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
 - b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
 - c. Monitor MAP (mean arterial pressure)
 - d. Monitor CVP (central venous pressure)
 - e. Monitor PAWP, jika perlu
 - f. Monitor PAP, jika perlu
 - g. Monitor ICP (intra cranial pressure)
 - h. Monitor gelombang ICP
 - i. Monitor status pernapasan
 - j. Monitor intake dan output cairan
 - k. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)
- Terapeutik
- l. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
 - m. Berikan posisi semi fowler

- n. Hindari manuver valsava
- o. Cegah terjadinya kejang
- p. Hindari penggunaan PEEP
- q. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- r. Atur ventilator agar paco2 optimal
- s. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi
- t. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- u. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- v. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2. Gangguan komunikasi verbal

Promosi komunikasi defisit bicara (I.13492) Observasi

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- b. Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
- c. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik
- e. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
- f. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan 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)
- g. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- h. Ulangi apa yang disampaikan pasien
- i. Berikan dukungan psikologis
- j. Gunakan juru bicara, jika perlu edukasi
- k. Anjurkan berbicara perlahan

- l. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara kolaborasi
- m. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

3. Gangguan mobilitas fisik

Dukungan mobilisasi (I.05173)

Observasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik
- e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)
- f. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
- g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi edukasi
- h. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- i. Anjurkan melakukan ambulasi dini
- j. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

4. Resiko jatuh

Pencegahan jatuh (I.14540)

Observasi

- a. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)
- b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
- c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)

- d. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu
- e. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik
- f. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- g. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- h. Pasang handrail tempat tidur
- i. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- j. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
- k. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)
- l. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien edukasi
- m. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- n. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- o. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
- p. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
- q. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

5. Konstipasi

Manajemen konstipasi (I.04155)

Observasi

- a. Periksa tanda dan gejala konstipasi
- b. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna)
- c. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis: obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat)
- d. Monitor tanda dan gejala rupture usus dan/atau peritonitis Terapeutik
- e. Anjurkan diet tinggi serat

- f. Lakukan masase abdomen, jika perlu
- g. Lakukan evaluasi feses secara manual, jika perlu
- h. Berikan enema atau irigasi, jika perlu edukasi
- i. Jelaskan etiologi masalah dan alasan Tindakan
- j. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi
- k. Latih buang air besar secara teratur
- l. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi kolaborasi
- m. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus
- n. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu

6. Harga diri rendah situasional

Promosi harga diri (I.09308) Observasi

- a. Identifikasi budaya, agama, ras, jenis kelamin, dan usia terhadap harga diri
- b. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri
- c. Monitor tingkat harga diri setiap waktu, sesuai kebutuhan

Terapeutik

- d. Motivasi terlibat dalam verbalisasi positif untuk diri sendiri
- e. Motivasi menerima tantangan atau hal baru
- f. Diskusikan pernyataan tentang harga diri
- g. Diskusikan kepercayaan terhadap penilaian diri
- h. Diskusikan pengalaman yang meningkatkan harga diri
- i. Diskusikan persepsi negatif diri
- j. Diskusikan alasan mengkritik diri atau rasa bersalah
- k. Diskusikan penetapan tujuan realistis untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi
- l. Diskusikan Bersama keluarga untuk menetapkan harapan dan Batasan yang jelas
- m. Berikan umpan balik positif atas peningkatan mencapai tujuan
- n. Fasilitasi lingkungan dan aktivitas yang meningkatkan diri Edukasi

- o. Jelaskan kepada keluarga pentingnya dukungan dalam perkembangan konsep positif diri pasien
- p. Anjurkan mengidentifikasi kekuatan yang dimiliki
- q. Anjurkan mempertahankan kontak mata saat berkomunikasi dengan orang lain
- r. Anjurkan membuka diri terhadap kritik negatif
- s. Anjurkan mengevaluasi perilaku
- t. Ajarkan cara mengatasi buly
- u. Latih peningkatan tanggung jawab untuk diri sendiri
- v. Latih pernyataan/kemampuan positif diri
- w. Latih cara berfikir dan berperilaku positif
- x. Latih meningkatkan kepercayaan pada kemampuan dalam menangani situasi

7. Defisit nutrisi

Manajemen nutrisi (L.03119)

Observasi

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c. Identifikasi makanan yang disukai
- d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- f. Monitor asupan makanan
- g. Monitor berat badan
- h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- i. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perl
- j. Fasilitas menentukan pedoman diet (misalnya, piramida makanan)
- k. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- l. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- m. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- n. Berikan suplemen makanan, jika perlu

- o. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat di toleransi

Edukasi

- p. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
- q. Ajarkan diet yang di programkan

Kolaborasi

- r. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misalnya, pereda nyeri, antiemetik) Jika perlu
- s. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

8. Risiko cedera

Pencegahan cedera (I.14537)

Observasi

- a. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- b. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- c. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

Terapeutik

- d. Sediakan pencahayaan yang memadai
- e. Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- f. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (misalnya, penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)
- g. Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius
- h. Sediakan alas kaki antislip
- i. Sediakan pispot atau urinal untuk eliminasi di tempat tidur, jika perlu
- j. Pastikan bel panggilan atau telepon mudah di jangkau
- k. Pastikan barang - barang pribadi mudah di jangkau
- l. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan

- m. Pertahankan posisi tempat tidur atau kursi roda dalam keadaan terkunci
 - n. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan Kesehatan
 - o. Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi
 - p. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan
 - q. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (misalnya, tongkat atau alat bantu jalan)
 - r. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
 - s. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, jika perlu
- Edukasi**
- t. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
 - u. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri
9. **Gangguan persepsi sensori**
 Manajemen halusinasi (I.09288)
 Observasi
- a. Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi
 - b. Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan
 - c. Monitor isi halusinasi (misalnya, kekerasan atau membahayakan diri)
- Terapeutik**
- d. Pertahankan lingkungan yang aman
 - e. Lakukan tindakan keselamatan ketika tidak dapat mengontrol perilaku (misalnya, limit setting, pembatasan wilayah, pengkekangan fisik, seklusi)
 - f. Diskusikan perasaan dan respon terhadap halusinasi
 - g. Hindari perdebatan tentang validitas halusinasi

Edukasi

- h. Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi
- i. Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi
- j. Anjurkan melakukan distraksi (misalnya, mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi)
- k. Ajarkan pasien dan keluarga cara mengontrol halusinasi

Kolaborasi

- l. Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu

10. Defisit perawatan diri

Dukungan perawatan diri (I.11348)

Observasi

- a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b. Monitor tingkat kemandirian
- c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

Terapeutik

- d. Sediakan lingkungan yang terapeutik (misalnya, suasana hangat, rileks, privasi)
- e. Siapkan keperluan pribadi (misalnya, parfum, sikat gigi dan sabun mandi)
- f. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- g. Fasilitas untuk menerima keadaan ketergantungan
- h. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- i. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

Edukasi

- j. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan melibatkan penerapan intervensi yang telah direncanakan dengan cermat berdasarkan kebutuhan dan karakteristik individu pasien. Hal ini penting untuk memastikan bahwa tindakan yang dilakukan tidak hanya efektif tetapi juga aman dan sesuai dengan standar praktik keperawatan yang berlaku, (Tristan, 2022).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam konteks asuhan keperawatan adalah proses penting yang dilakukan untuk menilai kemajuan pasien terhadap tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan, evaluasi secara teratur dan sistematis perawat dapat memastikan bahwa layanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien dan memberikan hasil terbaik dalam perawatan pasien atau perawatan kesehatan. Evaluasi juga merupakan bagian integral dari siklus asuhan keperawatan yang meliputi pengumpulan data, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi, (Zeithml, 2023)



BAB III METODOLOGI PENULISAN

3.1. Jenis/ Penelitian

Jenis penelitian yang di gunakan ini yaitu penelitian kualitatif yang mempunyai sifat deskriptif dimana penelitian yang dilakukan yaitu analisis. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan secara rinci tentang asuhan keperawatan yaitu stroke iskemik dimana proses dan makna lebih banyak di tonjolkan dengan menggunakan landasan teori sebagai panduan untuk fokus terhadap masalah stroke iskemik yang terjadi kepada pasien berdasarkan fakta yang didapat di rumah sakit.

3.2. Subjek studi kasus

Subjek studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah individu yang mengalami gangguan sistem saraf yaitu penyakit stroke iskemik yang termasuk dalam bagian keperawatan medikal bedah.

3.3. Definisi Oprasional

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Saraf Stroke Iskemik pada Tn T W di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon, Definisi Oprasionalnya berisi tentang :

3.3.1. Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan adalah jenis kegiatan keperawatan praktis yang dilaksanakam secara perlahan pada pasien dengan menggunakan metodologi penelitian proses keperawatan yang berpedoman standart perawatan yang diinisiasi dengan menggunakan kode etik dan etika yang berkaitan dengan perawatan serta tanggung jawab keperawatan.

3.3.2. Keperawatan medikal bedah

Keperawatan medikal bedah adalah bidang keperawatan yang fokus pada perawatan pasien yang membutuhkan intervensi medis atau bedah. Perawat berperan penting dalam merawat pasien sebelum, selama, sesudah prosedur bedah. Perawat dalam bidang ini harus memiliki pengetahuan

serta mampu mengelola perawatan dengan pendekatan holistik untuk mendukung pemulihan pasien secara optimal.

3.3.3. Sistem Saraf

Sistem saraf manusia memang merupakan sistem yang sangat kompleks dan penting dalam mengatur berbagai fungsi tubuh. Sistem saraf manusia berperan penting dalam mengontrol dan mengkoordinasikan berbagai fungsi tubuh termasuk gerakan, persepsi sensorik, fungsi organ, dan respons, terhadap lingkungan.

3.3.4. Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan suatu gangguan pada neurologis akibat adanya gangguan pada fungsi otak karena terjadi penyumbatan atau plak pada dinding arteri yang diakibatkan baik oleh thrombus atau embolus sehingga menyebabkan suplai oksigen dibagian otak berkurang yang mengakibatkan kematian jaringan pada otak.

3.3.5 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Risiko perfusi serebral tidak efektif merupakan kondisi berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak adalah rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan.

2. Gangguan komunikasi verbal

Gangguan komunikasi verbal adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak dapat berkomunikasi secara efektif karena banyak faktor penyebab, seperti gangguan fisik atau gangguan mental.

3. Gangguan mobilitas fisik

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

4. Resiko jatuh

Risiko Jatuh Jatuh merupakan suatu peristiwa yang dilaporkan penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian dan mengakibatkan seseorang mendadak terbaring/terduduk di lantai/tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka.

5. Konstipasi

Konstipasi dapat diartikan sebagai berkurangnya buang air besar secara normal dan disertai dengan feses yang sulit dikeluarkan akibat gangguan dalam saluran pencernaan.

6. Harga diri rendah situasional

Harga diri rendah situasional adalah kondisi dimana seseorang mengalami penurunan penilaian diri yang biasanya positif akibat dari respons terhadap suatu peristiwa atau situasi tertentu, ini bisa terjadi ketika seseorang menghadapi kegagalan, kritik, atau situasi yang menimbulkan rasa malu, atau rendah diri.

3.4. Proses Pengumpulan Data

3.4.1. Kepustakaan

1. Literatur buku

Penulis menggunakan data dan referensi yang diambil dari buku anatomi dan fisiologi, buku panduan stroke, buku *neurosains*, buku standadiagnosa asuhan keperawatan (SDKI), buku standar intervensi asuhan keperawatan (SIKI), buku standar luaran asuhan keperawatan (SLKI).

2. Literatur jurnal online

Penulis menggunakan jurnal-jurnal online baik yang dalam ada di dalam negeri maupun yang ada di luar negeri yang didalamnya terdapat materi tentang penyakit stroke iskemik atau stroke non hemoragik dan juga penulis mengumpulkan sumber data dan referensi dan website resmi untuk melihat prevalensi stroke iskemik.

3.4.2. Kasus Asuhan Keperawatan

1. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung atau menanyakan secara langsung pada pasien dan keluarga sesuai dengan format pengkajian yang ada untuk mengetahui masalah kesehatan pasien.

2. Observasi

Melakukan Observasi/pengamatan langsung kepada pasien selama 3 hari.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien dari kepala hingga kaki yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

4. Implementasi Tindakan Keperawatan

Tindakan yang dilakukan dalam memenuhi asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan perencanaan yang sudah disusun atau sudah di tetapkan

5. Diskusi

Melakukan diskusi dengan perawat, dokter, dosen pembimbing dan mahasiswa lain.

3.5. Penyajian Data

3.5.1. Narasi

1. Pengkajian head to toe

Melakukan pemeriksaan dari seluruh tubuh pasien dengan metode teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

2. Pola Kesehatan

Melakukan pengkajian dan pemantauan pada pola kesehatan pasien dengan menggunakan 11 pola kesehatan menurut Gordon.

3. Penatalaksanaan Terapi Pengobatan

Melaksanakan terapi pengobatan untuk pasien serta mencantumkan obat yang diberikan pada pasien secara lengkap

3.5.2. Tabel

a. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Melampirkan dalam karya tulis ilmiah semua hasil pemeriksaan laboratorium dalam bentuk tabel seperti hasil lab hematologi rutin, kimia klinis, urinalis dll.

- b. **Klasifikasi Data dan Analisa Data**
Menyajikan Data data yang telah di dapat dan penyebab dari masalah keperawatan yang telah ditentukan dalam bentuk tabel.
- c. **Rencana Asuhan Keperawatan**
Membuat rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien yang berisi diagnosa, tujuan, intervensi, implementasi dan evaluasi dalam bentuk tabel
- d. **Implementasi dan evaluasi keperawatan**
Melampirkan catatan perkembangan yaitu Implementasi asuhan keperawatan dari intervensi yang telah di tetapkan dan melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan dalam bentuk tabel.

3.6. Etika Penelitian

3.6.1. Prinsip *respect to person* (hormat)

Prinsip menghormati orang (*respect for respons*) merupakan salah satu prinsip etika yang sangat penting dalam konteks pelayanan kesehatan dan banyak bidang lainnya. Prinsip ini mendasarkan perlakuan terhadap individu berdasarkan penghargaan terhadap martabat dan otonomi mereka. Prinsip menghormati orang adalah dasar dari etika pelayanan kesehatan yang mengarah pada praktik yang mempertimbangkan nilai-nilai moral dan kewajiban bahwa setiap tindakan atau keputusan yang dilakukan dalam konteks pelayanan kesehatan atau masyarakat mempertimbangkan dan menghormati otonomi dan martabat manusia secara konsisten.

3.6.2. Prinsip *beneficence* (bermanfaat)

Prinsip etika berbuat baik adalah prinsip etik beramal, yang menyangkut kewajiban untuk membantu sesama, diwujudkan dengan berusaha mencapai manfaat sebesar-besarnya dengan kerugian seminimal mungkin. Manusia terlibat dalam penelitian kesehatan dengan tujuan membantu mencapai tujuan penelitian kesehatan yang berhubungan dengan manusia.

Prinsip mensyaratkan:

- 1) Resiko penelitian wajar dibandingkan dengan manfaat yang diharapkan.
- 2) Rencana penelitian harus memenuhi syarat ilmiah (*scientifically justified*).
- 3) Peneliti dapat melakukan penelitian dan sekaligus menjaga kesejahteraan yang akan diteliti.
- 4) *Do no harm (no malice – do no harm)*, yang menentang semua tindakan merugikan yang disengaja yang diselidiki. Prinsip tidak merugikan adalah jika tidak dapat melakukan sesuatu yang tidak bermanfaat maka jangan merugikan orang lain. Tujuan dari prinsip kebebasan dari bahaya adalah untuk mencegah subjek diperlakukan sebagai alat dan untuk melindungi dari tindakan penyalahgunaan.

3.6.3. Prinsip *justice* (keadilan)

Prinsip etika keadilan memainkan peran penting dalam berbagai konteks, termasuk dalam pelayanan kesehatan, prinsip etika keadilan merupakan fondasi penting dalam membangun masyarakat yang adil dan inklusif, serta dalam memastikan bahwa keputusan dan tindakan yang diambil mempertimbangkan kepentingan dan kebutuhan semua individu secara setara, (Haryani,2022).



BAB IV TINJAUAN KASUS

Ruang Perawatan : Xaverius
Kamar : 3 bed 1
Nomor RM : 374384
Nomor Register : 030609

Auto Anamnese : ✓
Alo Anamnese : ✓
Tanggal masuk RS : 16 Maret 2024
Tanggal pengkajian : 17 Maret 2024

4.1 PENGKAJIAN

4.1.1 Identitas

1. Pasien

Nama inisial : Tn. T.W
Umur : 57 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Status : Menikah
Agama : Kristen protestan
Suku bangsa : Minahasa
Warga negara : Indonesia
Pendidikan terakhir : SMA/ sederajat
Pekerjaan : Pensiunan
Alamat : Kapataran I jaga III

2. Identitas penanggung

Nama inisial : NY. M.K
Umur : 55 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Kapataran I jaga III
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Hubungan dengan pasien : Istri

3. Data Medik

Diagnosa medik

Saat Masuk : Stroke Iskemik

Saat Masuk : Stroke Iskemik

4.1.2 Keadaan Umum

1. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan: Pasien tampak sakit sedang karena mengalami kelemahan otot ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan, aktivitas pasien dibantu secara penuh, pasien bicara pelo, pasien terpasang IVFD Ns0,9% 20 tetes/menit, pasien terpasang kateter.

2. Pemeriksaan Status Kesadaran

a. Kualitatif : Compos Mentis

b. Kuantitatif : GCS (Glasgow Coma Scale)

Respon Motorik : (6) Pasien dapat mengikuti perintah

Respon Bicara : (4) Orientasi pasien terganggu respon

Membuka Mata : (4) Membuka mata dengan spontan

Jumlah : 14

Kesimpulan : Kesadaran pasien compos mentis

3. Pemeriksaan Tanda Vital Tubuh

1) Tekanan darah

Lokasi : Di lengan atas sebelah kanan

Hasil : 186/87 mm/Hg

$$\text{MAP} = \frac{(2 \times \text{DP}) + \text{SP}}{3} = \frac{(2 \times 87) + 186}{3} = \frac{360}{3} = 120 \text{ mm/Hg}$$

Kesimpulan : Perfusi darah ke ginjal tidak memadai

(Normal MAP 70-100 mmHg)

2) Nadi (Normal 70-80 kali/menit)

Lokasi : Di arteri brachialis

Hasil : 94 kali/menit

Irama : Cepat/tidak teratur

Kesimpulan : Nadi pasien tidak teratur, teraba kuat di arteri brachialis

3) Pernapasan (normal 12-20 kali/menit)

Hasil : 20 kali/menit

Irama : Reguler

Jenis Pernapasan : Pernapasan dada

4) Suhu Tubuh

Lokasi : Axila sebelah kanan

Hasil : 36,7° celsius

5) Pengukuran

1) Tinggi Badan : 172 cm

2) Berat Badan : 87 Kg

3) Indeks Masa Tubuh

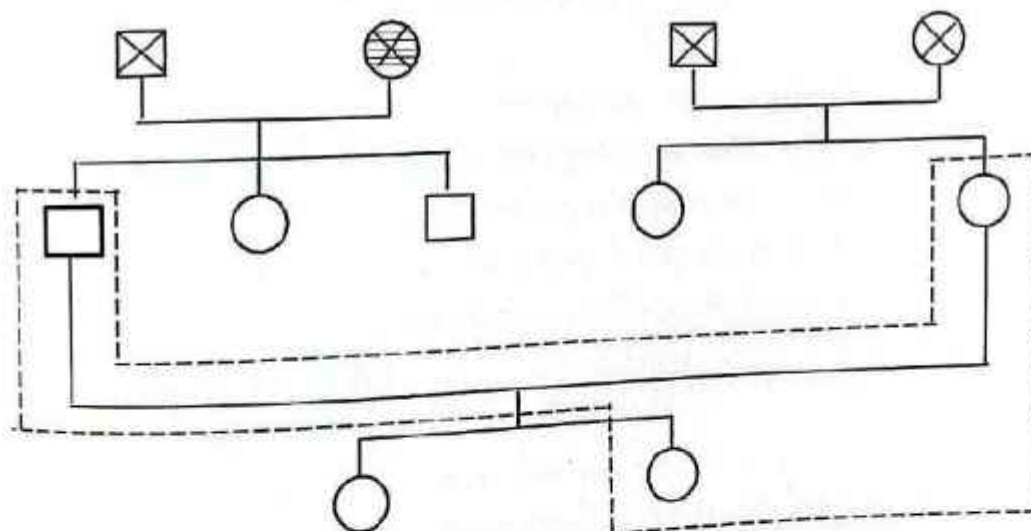
$$\text{Rumus } \frac{\text{Berat Badan}}{\text{Tinggi Badan}^2} = \frac{87}{2,95} = 29,4 \text{ Kg}$$

Keterangan:

BB Normal : 18,50 – 24,99

Kesimpulan : Pasien mengalami berat badan lebih

4.1.3 Genogram



Keterangan:

☐	Laki laki		
☐	Perempuan	≡	Ibu yang memiliki penyakit hipertensi dan DM tipe 2
✕	Meninggal		
57	Pasien		
	Tinggal serumah		

4.1.4 Pemeriksaan fisik head to toe

a. Kulit

Saat dilakukan pemeriksaan tanda dehidrasi tidak terdapat, *finger print* tidak lebih dari dua detik, kulit tampak kering, akral pasien terasa dingin, tidak ikterik, turgor kulit elastis, tidak terdapat lesi pada kulit dan kulit tampak pucat.

b. Kepala dan Rambut

pada saat pemeriksaan, bentuk kepala pasien lonjong, tidak terdapat luka pada kulit pasien, tidak terdapat benjolan, rambut warna hitam, berbau, keadaan rambut pasien tampak sedikit berminyak.

c. Mata

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien mengatakan menggunakan kaca mata baca. Palpebra tampak hitam pada mata pasien, tidak terdapat konjungtiva pasien anemis, tidak terdapat palpebra, sclera tidak ikterik, pupil isokor pada kedua mata dengan diameter kira-kira 3 mm, terdapat refleks pupil terhadap cahaya, tekanan intra okuler mata kiri dan mata kanan sama.

d. Telinga

Saat pemeriksaan, terdapat serumen pada telinga pasien, canalis pasien tampak kotor, tidak terdapat battle sign pada pasien, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk pendengaran, memantulkan refleks cahaya pada saat dilakukan penyinaran lampu sentr, fungsi

pendengaran pasien baik tidak ada masalah pada saat dilakukan ter
membunyikan tangan dibelakang pasien

c. Hidung

Saat pemeriksaan dilakukan, septum pasien dalam posisi vertical, tidak ada sekresi pada pasien, peradangan mukosa tidak ada, tidak terdapat pendarahan hidung, dan tidak terdapat nyeri tekan dibagian sinus, fungsi penciuman pasien baik saat dilakukan tes (tes dengan cara menutup mata pasien dan mendekaikan minyak kayu putih dan instruksikan pasien untuk menyebutkan aroma bau yang dicium)

f. Rongga Mulut, Gigi, Lidah dan Tonsil

Saat dilakukan pemeriksaan, rongga mulut pasien tampak kotor, terdapat bau mulut, tidak ada sariawan, mukosa bibir tampak kering, terdapat luka pada mukosa bibir, gigi pasien tidak lengkap terdapat 2 gigi yang telah tanggal (gigi atas premolar pertama dan gigi graham kedua), pasien tidak menggunakan gigi palsu dan kawat gigi, pasien terdapat karang gigi di bagian gigi bawah, tidak terdapat perdarahan dan luka pada gusi pasien, tidak terdapat peradangan tonsil, ukuran tonsil tidak sampai pada garis tengah (T 2). Untuk komunikasi pasien tidak jelas dan kurang dimengerti serta kemampuan bicara pasien kurang dan pelo akibat dari kerusakan saraf pada pasien.

Keterangan :

- T 0 : Bila tonsil sudah diangkat melalui operasi
- T 1 : Ukuran tonsil yang normal
- T 2 : Pembesaran tonsil tidak sampai pada garis tengah
- T 3 : Pembesaran tonsil mencapai garis tengah
- T 4 : Pembesaran tonsil melewati garis tengah

g.

Leher.

Saat di periksa pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran kelenjar

getah bening tidak ada, pada pasien terdapat kaku kuduk.

h.

Thorax dan Pernapasan bentuk dada pasien *funnel chest* Saat dilakukan pemeriksaan, bentuk dada pasien *funnel chest* simetris kiri dan kanan dengan irama pernapasan teratur, pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Bunyi pernapasan

vesikuler, tampak terdengar tidak sama pada kedua lapang paru, perkusi dinding dada sonor dengan jumlah pemapasan 20 kali/menit.

i. Jantung

Saat dilakukan pemeriksaan, ictus cordis tidak nampak, teraba di intracosta V linea aksila sinistra, jumlah HR 75 kali/menit bpm.

Bunyi jantung I: katub trikuspidalis pada ICS IV linca sternalis sinistra, katub mitralis pada ICS V midklavikularis sinistra.

Bunyi jantung II: katub aorta pada ICS II sternalis sinistra dextra, katub pulmonalis pada ICS II-III pada jantung sternalis sinistra.

Saat dilakukan foto thorax hasil yang diperoleh terdapat kardiomegali elongasi aorta (aorta terlihat lebih lebar)

j. Abdomen

Saat dilakukan pemeriksaan, bentuk abdomen membuncit, tidak terdapat bekas luka operasi, peristaltik usus 4 kali/menit, teraba tegang diareca dinding perut bagian bawah, tidak terdapat nyeri tekan di apendiks, perkusi abdomen terdengar buyi tympani.

k. Ekstremitas.

Saat dilakukan pemeriksaan tidak di temukan edema, tidak terdapat luka, tidak terdapat fraktur, pasien mengalami keterbatasan gerak pada tungkai kanan atas dan bawah dengan nilai kekuatan otot I sedangkan pada otot tungkai kiri atas dan bawah mempunyai nilai

4.

Kekuatan Otot Ekstremitas Atas dan Bawah

Kiri	4	1	Kanan
Kiri	4	1	Kanan

Keterangan :

0 = Tidak ada pergerakan dan kontraksi otot, jatuh

pasif 100%

1 = Ada sedikit kontraksi, tabanan sewaktu jatuh dan terdapat sedikit gerakan

- 2 =Mampu menahan gravitasi tetapi jatuh jika diberikan sentuhan
- 3 = Dapat menahan walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu jika ada tekanan/dorongan
- 4= Kekuatan kurang di bandingkan dengan sisi lainnya
- 5= Kekuatan otot penuh

1) *Morse Fall Score*

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Riwayat jatuh	Ya	25	25
	Tidak	0	
Diagnosa sekunder (lebih dari 2 diagnosa)	Ya	15	0
	Tidak	0	
Alat bantu	Berpegang pada prabot	30	15
	Tongkat/alat penopang	15	
	Tanpa alat bantu	0	
Terpasang infus	Ya	20	20
	Tidak	0	
Gaya berjalan	Terganggu	20	20
	Lemah	10	
	Normal	0	
Status mental	Sering lupa	15	0
	keterbatasan yang dimiliki		
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	
Total skor			70

Table 4.1 *Morse Fall Score*

Keterangan: nilai 0-24 = Risiko rendah, nilai 25-45 = Risiko sedang, nilai ≥ 45 = Risiko tinggi

Kesimpulan = risiko tinggi untuk jatuh

1. Columna Vertebralis

Saat dilakukan pemeriksaan, bentuk belakang atau tulang belakang pasien tampak normal tidak terjadi kelainan, tidak terdapat luka dan benjolan serta tidak ada nyeri dibagian columna vertebralis.

m. Genetalia

Saat pemeriksaan dilakukan, pasien berjenis kelamin laki laki dan terdapat testis dibagian kiri dan kanan, pembesaran testis tidak ada, tidak terdapat radang pada bagian genetalia pasien, saat dilakukan palpasi kandung kemih terdapat distensi bladder. Pasien juga terpasang kateter dan menggunakan pemers

4.1.5 Pengkajian Pola Persepsi Kesehatan.

a. Pola persepsi pemeliharaan dan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit, pasien beraktivitas seperti biasa tidak ada gangguan dalam gerakan ekstremitas dan pasien bersosialisasi dengan masyarakat sekitar dengan baik, pasien memiliki riwayat jatuh dari tangga pada hari sabtu, 16 maret 2024.

2) Riwayat penyakit saat klien masuk rumah sakit

a) Pada saat pasien masuk IGD, keluhan utama yang dilaporkan oleh keluarga yaitu pasien tidak dapat menggerakkan kaki dantangan bagian kanan.

b) Riwayat keluhan utama saat klien masuk rumah sakit, keluarga psien mengatakan tidak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan seperti mati rasa, senyum pasien tidak simetris, pasien memiliki riwayat hipertensi, bicara pasien tidak jelas (petelo).

3) Riwayat penyakit saat dilakukan pengkajian

a) Keluhan utama saat dilakukan pengkajian yaitu pasien mengatakan bahwa pasien tidak bias menggerakkan tangan dan kakinya sebelah kiri dan terasa seperti mati rasa

b) Riwayat keluhan utama pada saat dilakukan pengkajian yaitu data yang didapat dari keluarga sebelum masuk Rumah Sakit pasien beraktivitas seperti biasanya namun pasien telah memiliki penyakit Hipertensi sejak 2019 tapi tidak rutin mengonsumsi obat amlodipine 10 mg. Sebelum masuk rumah sakit, pasien pergi ke pesta dan minum minuman keras/alkohol dalam jumlah yang melebihi batas akibatnya pasien pulang dalam keadaan mabuk, pasien jatuh dari tangga dan pasien sudah tidak bisa merasakan anggota gerak sebelah kanan, bicara pasien tidak jelas, senyum pasien tidak simetris, dan pada tanggal 16 Maret 2024 tepatnya 08:00 WITA pasien di antar ke rumah sakit umum gunung maria tomohon.

c) Pengkajian derajat stroke

No	Parameter yang dinilai	Skala		Skor
1a	Tingkat kesadaran	0= Sadar penuh 1= Somnolen 2= Stupor 3= Koma		0
1b	Menjawab pertanyaan. Tanyakan bulan	0= Benar semua 1= 1 benar/ETT/disartia	2 1	1

	dan usia pasien. Yang dinilai adalah jawaban pertama. Pemeriksa tidak diperkenankan membantu pasien dengan verbal atau non verbal	2=	Salah Semua/afasia/stupor/koma	
1c	Mengikuti perintah. Berikan 2 perintah sederhana, membuka mata dan menutup mata, mengenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain.	0= 1= 2=	Mampu melakukan perintah Mampu melakukan perintah Tidak mampu melakukan perintah	1
2.	Gaze: gerakan mata konyugat horizontal	0= 1= 2=	Normal Abnormal pada 1 mata Deviasi konyugat pada 2 mata	0
3.	Visual: lapang pandang pada tes konfrontasi	0= 1= 2= 3=	Tidak ada gangguan Kuartrianopsia Hemianopia total Hemianopia bilateral/buta kortika	0

4.	Paresis wajah. Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan tutup mata	0= 1= 2= 3=	Normal Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum asimetris) Paresis wajah partial (paresis wajah bawaan total atau hampir total) Paresis wajah total (paresis wajah sisi atau 2 sisi)	1
5.	Motorik lengan. Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 40° bila tidur berbaring atau 90° bila posisi duduk. Bila pasien afasia berikan perintah menggunakan pantomime atau peragaan.	0= 1= 2= 3= 4= 5a 5b	Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik Lengan terjatuh sebelum 10 detik Tidak mampu mengangkat lengan secara penuh Tidak mampu mengangkat hanya bergeser Tidak ada gerakan Nilai tangan kiri Nilai tangan kanan	0 2
6.	Motorik tungkai. Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30°	0= 1= 2=	Mampu mengangkat tungkai 30° minimal 30 detik Tungkai jatuh ke tempat tidur pada akhir ke-5 secara perlahan Tungkai jatuh sebelum 5	

		3= tidak melawan gravitasi Tidak mampu melawan gravitasi 4= Tidak ada gerakan	
	6a	Nilai tungkai kiri	0
	6b	Nilai tungkai kanan	2
7.	Ataksia anggota badan menggunakan test unjuk jari hidung	0= Tidak ada ataksia 1= Ataksia pada satu ekstremitas 2= Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	2
8.	Sensorik Lakukan tes pada seluruh tubuh, tungkai, lengan badan, dan wajah Pasien afasia beri nilai 1 pasien stupor atau koma beri nilai 2	0= Normal 1= Gangguan sensori ringan hingga sedang. Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh 2= Gangguan sensori berat	0
9.	Kemampuan berbahasa. Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar atau membaca suatu tulisan.	0= Normal 1= Afasia ringan hingga sedang 2= Afasia berat 3= Mute, afasia global, coma	1

Bila pasien mengalami kebutaan, letakkan suatu benda ditangan pasien dan anjurkan untuk menjelaskan benda tersebut			
10. Disatria	0= Normal 1= Disatria ringan 2= Disatria berat		1
11. Neglect atau inatensi	0= Tidak ada neglect 1= Tidak ada tensi pada salah satu modalitas berikut: visual, tactile, auditory, spatial		0
Total skor: <5= ringan, 5-15= sedang, 16-20=berat, >20= sangat berat			
Kesimpulan: total skor 11 (derajat stroke sedang)			

Tabel 4.2 *Pengkajian derajat stroke*

- 4) Riwayat penyakit yang pernah dialami
- Riwayat penyakit yang dialami yaitu hipertensi sejak 5 tahun terakhir dan pasien mengonsumsi obat amlodipine 10 mg tapi tidak rutin, pasien seorang perokok aktif dalam sehari bisa menghabiskan lebih dari 1 bungkus rokok, pasien juga sering mengonsumsi alkohol.
- 5) Riwayat penyakit keluarga
- Ibu dari pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM tipe 2

- d) Pola nutrisi dan metabolisme
- 1) Keadaan sebelum sakit
Pada saat sebelum sakit keluarga pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan jenis makanan nasi, ikan, daging, dan sayur. Pasien minum kurang lebih 2000ml/hari, pasien tidak ada gangguan makan ataupun minum
 - 2) Keadaan sejak sakit:
Keluarga mengatakan bahwa pada saat sakit porsi makan pasien mulai berkurang tapi pasien makan sedikit tapi sering. frekuensi makan pasien bisa 3-5x dalam sehari, keluarga pasien juga mengatakan pasien minum lebih banyak kurang lebih sekitar 2.500 ml/hari dan pasien mengatakan gangguan dalam aktivitas makannya yaitu sulit untuk mengunyah makanan dan mencium makanan.
- e) Pola eliminasi
- 1) Keadaan sebelum sakit:
Pasien BAB 1 kali sehari, warna normal yaitu kekuningan, berbau khas feces dan lunak, pasien juga tidak memiliki gangguan pada saat buang air besar, pasien mengatakan BAK kurang lebih 5 kali sehari, dengan warna urine jernih dan tidak ada gangguan pada saat buang air kecil.
 - 2) Keadaan sejak sakit:
Pasien sudah tidak pernah BAB sejak masuk rumah sakit, keluarga pasien mengatakan untuk BAK kurang lebih 1000 cc warna urine kuning kekeruhan dan bau menyengat dan pasien menggunakan kateter
- f) Pola aktivitas dan latihan
- 1) Keadaan sebelum sakit
Keadaan pasien sebelum sakit semuanya dilakukan kegiatan mulai dari makan, mandi, berpakaian serta kerapian, BAB, BAK, dan mobilisasi semuanya dilakukan secara mandiri (keterangan penilaian = 0). Pasien juga tidak memiliki gangguan saat beraktivitas

2) Keadaan sejak sakit:

Observasi aktivitas harian: Keterangan Penilaian:

0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan dari orang

3 : Bantuan alat dan orang

4 : Bantuan total

Keterangan	Nilai	Penjelasan
Makan	2	Pasien makan dengan bantuan perawat atau keluarganya
Mandi	2	Pasien mandi membutuhkan bantuan perawat/keluarganya.
Pakaian	2	Untuk berpakaian pasien juga membutuhkan bantuan perawat/keluarganya
Kerapihan	2	Untuk kerapihan pasien dibantu perawat/keluarganya
BAB	3	Pasien BAB di popok dan akan dibersihkan oleh perawat atau keluarga
BAK	3	Pasien BAK dikateter dan dibersihkan oleh perawat/keluarganya
Mobilisasi	4	untuk mobilisasi pasien membutuhkan bantuan total karena pasien mengalami kelainan ekstremitas atas dan bawah

Tabel 2.3 Observasi aktivitas harian.

2) Keadan sejak sakit:

Observasi aktivitas harian: Keterangan Penilaian:

- 0 : Mandiri
 1 : Bantuan dengan alat
 2 : Bantuan dari orang
 3 : Bantuan alat dan orang
 4 : Bantuan total

Keterangan	Nilai	Penjelasan
Makan	2	Pasien makan dengan bantuan perawat atau keluarganya
Mandi	2	Pasien mandi membutuhkan bantuan perawat/keluarganya.
Pakaian	2	Untuk berpakaian pasien juga membutuhkan bantuan perawat/keluarganya
Kerapihan	2	Untuk kerapihan pasien dibantu perawat/keluarganya
BAB	3	Pasien BAB di popok dan akan dibersihkan oleh perawat atau keluarga
BAK	3	Pasien BAK dikateter dan dibersihkan oleh perawat/keluarganya
Mobilisasi	4	untuk mobilisasi pasien membutuhkan bantuan total karena pasien mengalami kelemahan ekstremitas atas dan bawah

Tabel 2.3 Observasi aktivitas harian.

g) Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan, pada saat sebelum sakit pasien tidur secara teratur, pasien tidur sekitar jam 10 malam atau 22:00 WITA, waktu tidur pasien kurang lebih 8 jam, pasien juga mengatakan biasanya bangun sendiri dan pasien jarang tidur siang karena pasien bekerja

2) Keadaan sejak sakit:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidur sudah tidak teratur pada saat masuk Rumah Sakit, waktu jam tidur pasien tidak menentu, jika tidur malam, pasien sering terbangun disekitar jam 02:00 WITA dan akan tertidur kembali sekitar di jam 03:00 WITA, waktu tidur siang pasien juga tidak menentu dan waktu tidur malam pasien kurang lebih 6 jam perhari dan untuk tidur siang pasien kurang lebih 1 jam

h) Pola persepsi kognitif dan perceptual

1) Persepsi Sensori

- a. Fungsi penglihatan, pasien mengatakan penglihatannya mulai kabur. pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, kemampuan menulis dan membaca dalam jarak dekat pasien baik
- b. Fungsi pendengaran pasien baik dan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran serta tidak ada gangguan dalam hal pendengaran
- c. Fungsi penciuman pasien baik dan tidak ada gangguan dalam penciuman serta pasien dapat membedakan bau
- d. Fungsi komunikasi pasien yaitu pasien bicara tidak jelas atau bicara tampak pelo sehingga perkataan pasien seringkali sulit dimengerti.

2) Pola Kognitif

- a. Pasien dapat mengetahui hari, tanggal dan tempat dimana dia berada dan juga orang-orang yang ada disekitar pasien

i) Pola Persepsi Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien menjadi kepala keluarga dan merasa bangga karena bias mengurus rumah tangganya dengan baik

2) Keadaan sejak sakit:

Pasien mengatakan bahwa dia merasa sedih karena sudah tidak bias berbuat apa apa lagi karena sakit yang dialaminya bahkan untuk melakukan aktifitas sehari hari sudah tidak bias, pasien merasa sangat sedih dan malu sehingga pasien berharap agar segera cepat sembuh.

Observasi yang ditemukan kontak mata pasien ada, rentang perhatian baik, suara dan bicara tidak jelas.

j) Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien memiliki peran dalam keluarga dan masyarakat sangat baik, pasien juga selalu terlibat dalam kegiatan social dalam masyarakat maupun dalam gereja

2) Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien tetap memiliki hubungan baik dengan keluarga, dokter, dan perawat dalam Rumah Sakit.

k) Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sejak sakit

Pada saat sebelum sakit hubungan pasien dengan istri dan keluarga dirumah terjalin dengan baik serta harmonis.

2) Keadaan sejak sakit

Sejak sakit hubungan masih terjalin baik dan harmonis bahkan pada saat pasien masuk rumah sakit istri, anak dan keluarganya selalu menemani pasien.

1) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pada saat sebelum sakit pasien jika ada masalah di rumah pasien akan memanggil yang bersangkutan untuk menyelesaikan masalahnya.

2) Keadaan sejak sakit

Sejak sakit pasien khawatir tentang kesehatannya saat ini karena pasien tidak bisa bekerja dan itu bisa berdampak pada keluarga, pasien juga mengatakan bahwa ia merasa bersalah dan malu dengan keadaannya saat ini, pasien juga takut jika penyakitnya tidak akan sembuh, pasien mengatakan selalu berdoa dan kepada Tuhan untuk meminta kesembuhan.

m) Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Agama yang dianut pasien yaitu Kristen protestan, pasien rajin pergi ibadah setiap hari minggu dan kegiatan kegiatan gereja seperti mengikuti ibadah kolom dan ibadah kaum bapa.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan hanya bisa berdoa secara pribadi, maupun berdoa bersama istri dan keluarga dan belum bisa mengikuti ibadah ataupun kegiatan di gereja, asien mengatakan bahwa ia percaya bahwa ia akan sembuh karena imannya pada Tuhan, dan pasien mengatakan akan tetap setia berdoa sampai ia bisa sembuh sehingga pasien bisa pergi kembali mengikuti ibadah dan kegiatan di gereja.

4.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium:

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
Hematologi				
Darah Lengkap				
Hemoglobin	15.1	12-16	g/dL	Colorimetric
Hematokrit	43.4	36-56	%	Cumulative Puls
Eritrosit	4.76	4.30-5.90	Juta/ μ L	Hydrodynamic
Leukosit	11.70	5-10	μ L	
Trombosit	245	150-400	μ L	
Hitung Jenis/DIFF				
Basofil	0.1	0-1	%	
Eosinofil	0.2	1-5	%	
Neutrofil	82.8	40-70	%	
Segmen				
Limfosit	14.5	30-45	%	
Monosit	2.4	2-8	%	
Mcv	91.2	80-100	fL	
Mch	31.7	24-34	Pg	
Mchc	34.7	33-37	%	
RDW-CV	13.1	11.5-14.1	%	
RDW-SD	44.7	39-47	fL	

2. Foto Thorax:

Jantung: Kesan membesar, segmen pulmonal tak menonjol

Aorta: Elongasi

Paru: Corakan bronchovaskuler normal

Hilus: tak menebal

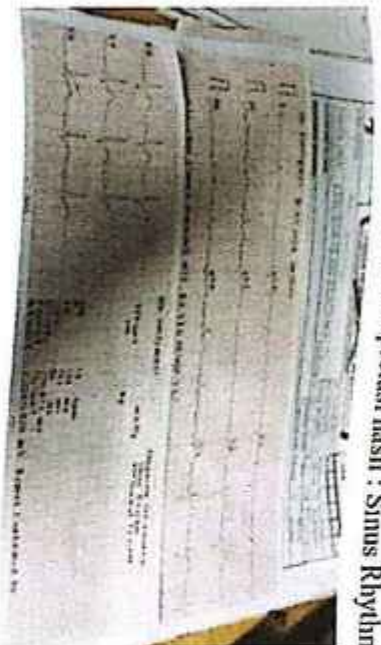
Trachea: dengah

Sinus-diaphragma: normal

Tulang-tulang: intak

(Conclusion): Kardiomegali-Elongasi Aorta

3. EKG : 16 maret 2024. Interpretasi hasil : Sinus Rhythm



4. MSCT-Scan kepala irisan axila, coronal, sagital tanpa kontras

i.v: Tampak. Lesi densitas hypodens ukuran diameter 18 mm lobus parietal sinistra

Densitas cerebellei dan brain stem baik. Tak ada lesi hypo-iso-hyperdens

Sulci, cisterna dan fissura umumnya normal. Ganglia basalis:

Klasifikasi (+)

Sistim ventrikel normal

Tidak tampak midline shift

Sinus paranasal: tampak penebalan mukosa di sinus Maxilaris bilateral & Sinus etmoidalis bilateral.

Septum nasi deviasi ke sinistra, pneumatisasi air cell mastoid berkurang bilateral.

Orbita dextra et sinistra normal. Tulang-tulang baik

Extracranial soft tissue swelling (-)

(Conclusion): CVD SI di lobus parietal sinistra-minimal + klasifikasi ganglia basalis. Sinusitis Maxilaris bilateral & Sinusitis Etmoidalis bilateral. Septum nasi deviasi ke sinistra, pneumatisasi air cell mastoid berkurang bilateral mastoiditis.

4.1.7 Terapi Obat

1. Obat Injeksi

1) Piracetam injeksi, 4 x 3gr / IV

Minggu 17 Maret 2024, jam 12:00, jam 18:00, 00.00

Senin, 18 Maret 2024, jam 06 : 00, jam 12:00, jam 18:00,

00.00

Selasa, 19 Maret 2024, jam 06 : 00, jam 12:00, jam 18:00

Klasifikasi obat: Obat keras

Indikasi: untuk meningkatkan fungsi kognitif, mioklonus serta dapat mengatasi kejut pada otot, disleksia, vertigo dan cedera pada kepala

Kontra Indikasi: riwayat hipersensitivitas terhadap piracetam, gangguan ginjal berat, pasien dengan riwayat pendarahan otak
Efek Samping: Nyeri perut, mual muntah, kebingungan, lemas, berat badan meningkat, gangguan tidur

2) Citicoline injeksi, 2 x 500mg/IV

Minggu 17 Maret 2024, 18:00, 00.00

Senin, 18 Maret 2024, jam 06 : 00, 18:00, 00.00

Selasa, 19 Maret 2024, jam 06 : 00, jam 18:00

Rabu, 18 Maret 2024, jam 06 : 00

Klasifikasi obat : Golongan obat keras

Indikasi : Untuk gangguan kesadaran akibat cedera kepala, beda otak, infark serebral stadium akut, meningkatkan rehabilitas anggota gerak atas pada pasien hemiplegia setelah apopleksi serebral

Kontra indikasi : Riwayat hipersensitivitas terhadap citicoline

Efek samping : Sakit kepala, insomnia, kegelisahan, mual muntah.

3) Ranitidine injeksi, 2 x 25mg/IV

Minggu 17 Maret 2024, 18:00, 00.00

Senin, 18 Maret 2024, jam 06 : 00, 18:00, 00.00

Selasa, 19 Maret 2024, jam 06 : 00, jam 18:00

Rabu, 18 Maret 2024, jam 06 : 00

Klasifikasi obat : obat resep

Indikasi : untuk menghambat produksi asam lambung

Kontra indikasi : Riwayat porfria akut

Efek samping : Diare, mual, nyeri perut, pusing, sakit kepala dan konstipasi

2. Obat oral

1) Aspilet, 1 x 80 mg/ oral

Minggu 17 Maret 2024, jam 12:00

Senin, 18 Maret 2024, jam 12:00

Selasa, 19 Maret 2024, jam 12:00

Rabu, 18 Maret 2024, jam 12: 00

Klasifikasi obat : Obat keras

Indikasi : untuk mengencerkan darah supaya tidak terjadi penyumbatan dipembuluh darah pada penderita jantung, infark, dan stroke

Kontra indikasi : Hipersensitivitas pada kandungan dari aspilet, riwayat asmah bronkial

Efek samping : mual muntah, anemia, ruam, dan biduran, pendarahan saluran cerna.

2)

Amlodipine 1 x 10 mg/oral

Minggu 17 Maret 2024, jam 06:00

Senin, 18 Maret 2024, jam 06:00

Selasa, 19 Maret 2024, jam 06:00

Rabu, 18 Maret 2024, jam 06: 00

Klasifikasi obat : obat resep

Indikasi : digunakan untuk penderita hipertensi sebagai agen tunggal untuk pengontrolan tekanan darah

Kontra indikasi: Pada pasien yang memiliki hipersensitivitas pada obat ini

Efek samping obat: Pembengkakan pada kaki atau pergelangan kaki, kelelahan atau kantung yang ekstrim sakit perut, aritmia atau dekat jantung tidak teratur, detak jantung sangat cepat dan tremor

3) Asam folat 2 x 1mg/oral

Minggu 17 Maret 2024, 18:00,

Senin, 18 Maret 2024, jam 06:00, 18:00,

Selasa, 19 Maret 2024, jam 06:00, 18:00

Rabu, 18 Maret 2024, jam 06:00

Klasifikasi obat : suplemen vitamin

Indikasi : salah satu vit b yang membantu tubuh untuk memproduksi serta mempertahankan sel-sel baru.

Kontra indikasi : reaksi hipersensitivitas terhadap asam folat beserta formulasinya.

Efek samping : Perut kembung, nafsu makan kurang dan mual

Klasifikasi Data

4.1.8

Data subjektif	Data objektif
1. Pasien mengatakan mengalami kelemahan otot sehingga sulit digerakan	1. Pasien tampak sakit sedang
2. Keluarga pasien mengatakan pasien bicara tidak jelas dan kurang dipahami	2. Keadaan umum pasien lemah
3. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan kaki dan tangan sebelah kanan dan pasien ada riwayat jatuh tanggal 16 maret 2024.	3. Pasien tampak gelisah
4. Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit	4. GCS: 14 (kesadaran penuh) MAP: 120 mmHG
5. Pasien mengatakan perutnya terasa penuh	5. Warna kulit pasien tampak pucat
6. Pasien mengatakan sudah tidak berdaya dan merasa permasalahan penyakitnya sudah tidak akan membaik	6. Tugor kulit pasien menurun
7. Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaannya sekarang	7. Akral teraba dingin
8. Pasien mengatakan merasa bersalah karena sudah tidak bisa melakukan apa apa dan semua aktivitasnya sekarang harus di bantu oleh keluarganya	8. Pasien bicara pelo
9. Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi	9. Komunikasi pasien tidak jelas dan kurang dimengerti
10. Pasien tampak putus asa karena penyakit stroke yang dialaminya secara tiba tiba	10. Kemampuan bicara pasien Kurang
	11. Pasien tampak susah bergerak
	12. Semua aktivitas dibantu
	13. Pasien tampak lemah pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan
	14. Kekuatan otot ekstermitas sebelah kanan 1
	15. Peristaltic usus pasien menurun kurang dari 4x/menit
	16. Distensi abdomen
	17. Pasien tampak lemah
	18. Pasien tampak memiliki penilaian negative terhadap dirinya
	19. TTV: TD: 186/87 mmHg N: 55x/menit R: 21x/menit SB: 36,7°C SPO2: 97%

Analisi Data

Nama/Umur: Tn. T. W

Ruang/Kamar: Xaverius/3

NO	Data	Penyebab	Masalah
1	Data subjektif Data objektif 1. Pasien tampak sakit sedang 2. Keadaan umum pasien lemah 3. Pasien tampak gelisah 4. GCS: 14 (kesadaran penuh) 5. MAP: 120 mmHG	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif
2	Data subjektif 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakan kaki dan tangannya di sebelah kanan Data objektif 1. Pasien bicara pelo 2. Komunikasi pasien tidak jelas dan kurang dimengerti 3. Kemampuan bicara pasien kurang	Gangguan neuromuskuler	Gangguan komunikasi verbal
3	Data subjektif 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakan kaki dan tangan sebelah kanan Data objektif 1. Pasien tampak susah bergerak 2. Semua aktivitas dibantu 3. Pasien tampak lemah pada ekstermitas atas dan bawra sebelah kanan 4. Kekuatan otot ekstermitas sebelah kanan I	Gangguan neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik
4	Data subjektif Data objektif	Kekuatan otot menurun	Risiko jatuh

5	Data subjektif: 1. Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit 2. Pasien mengatakan perutnya terasa penuh Data objektif: 1. Peristaltik usus pasien menurun kurang dari 4x/menit 2. Distensi abdomen 3. Pasien tampak lemah	kelemahan otot abdomen	Konstipasi
6	Data subjektif: 1. Pasien mengatakan sudah tidak berdaya dan merasa permasalahan penyakitnya sudah tidak akan membaik 2. Pasien mengatakan merasa malu dengan keadaannya sekarang 3. Pasien mengatakan merasa bersalah karena sudah tidak bisa melakukan apa apa dan semua aktivitasnya sekarang harus di bantu oleh keluarganya 4. Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi Data Objektif 1. Pasien tampak memiliki penilaian negative terhadap dirinya 2. Pasien tampak putus asa karena penyakit stroke yang dialaminya secara tiba tiba 3. Kontak mata pasien kurang	Perubahan pada citra tubuh	Harga diri rendah situasional

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D. 0054)
4. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)
5. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0149)
6. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087)

4.3 INTERVENSI, IMPLEMENTAS, EVALUASI

Hari/tanggal	Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Minggu, 17 maret 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017) ditandai dengan Data subjektif: - Data objektif: a. Pasien tampak sakit sedang b. Keadaan umum pasien lemah c. Pasien tampak gelisah d. GCS: 14 (kesadaran penuh) e. MAP: 120 mmHg f. TTV: TD: 186/87 mmHg N: 55x/menit	Perfusi serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Gelisah Menurun 3. Nilai rata rata tekanan darah membaik 4. Tekanan darah sistolik membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325) Observasi 1. Identifikasi peningkatan TIK 2. Identifikasi tanda dan gejala TIK 3. Monitor MAP Terapeutik 4. Minimalkan stimulus 5. Berikan posisi semi fowler Penatalaksanaan 6. Tatalaksana dalam pemberian obat	13:00 13:07 13:14 14:52	Observasi 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: penyebab peningkatan TIK yaitu karena adanya sumbatan yang terjadi di pembuluh darah otak. 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK Hasil: Tekanan darah 186/87 mmHg 3. Memonitor MAP mmHg Hasil: MAP 120 mmHg 4. Meminimalkan stimulus Dengan cara: ketika pasien istirahat, di anjurkan kepada	Senin 18 Maret 2024 Jam 07:00 S 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sering kali merasakan sakit kepala 2. Keluarga pasien mengatakan bahwa keadaan pasien sangat lemah O: 1. Pasien tampak sakit sedang 2. Keadaan umum lemah 3. GCS: 15 4. MAP: 117 mmHg 5. TTV TD: 176/88 N: 57/menit R: 20/menit

	R: 21x/menit SB: 36,7°C SPO2: 97%			15:08	keuarga agar tidak mengganggu pasien. Hasil: pasien diberikan lingkungan yang tenang 5. Memberikan posisi semi fowler pada pasien Hasil: posisi semi fowler diberikan kepada pasien dengan cara meninggikan kepala tempat tidur pasien 45-60 derajat dan topangkan kepala diatas tempat tidur atau bantal kecil. Respon: Pasien nyaman dengan posisi yang diberikan. Penatalaksanaan 6. Tatalaksana dalam pemberian obat Hasil: Pasien diberikan: Piracetam injeksi 3gr IV Citicoline injeksi 500mg IV Amlodipine 10 mg	SB: 36,5°C SPO2: 96% A: Resiko perfusi serebal tidak efektif tidak terjadi P: 1. Identifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP 4. Minimalkan stimulus 5. Berikan posisi semi fowler 6. Kolaborasi dalam pemberian obat
				18:00		
				06:00		

Hari/tanggal	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Minggu, 17 maret 2024	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119) di Data subjektif:	Komunikasi verbal (L.13118) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 jam maka, komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil:	Promosi komunikasi deficit bicara (L.13492) Observasi: 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. 2. Monitor hal lain yang mengagu bicara	13:47	Observasi: 1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara Hasil: bicara pasien tidak jelas dan sulit untuk dipahami oleh orang lain. 2. Memonitor hal lain yang mengganggu pasien bicara Hasil: kelemahan otot-otot yang berperan dalam berbicara seperti otot lidah dan rongga mulut. Yang membuat bicara pasien terganggu	Senin, 18 maret 2024. Jam 07.00 S: 1. Keluarga pasien mengatakan bicara pasien tidak dapat dipahami O: 1. Pasien bicara pelo 2. Komunikasi pasien kurang jelas 3. Komunikasi pasien kurang di pahami 4. Respon perilaku pasien baik saat di ajak bicara secara perlahan
	1. Keluarga pasien mengatakan pasien bicara tidak jelas dan kurang dipahami	1. Kemampuan bicara meningkat	3. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis, menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar an huruf, isyarat tangan) 4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan	13:50	3. Menggunakan metode komunikasi Hasil: pasien tidak menggunakan metode komunikasi karena pasien mengalami kelemahan di bagian	A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: 1. Monitor kecepatan,
	Data objektif: 1. Pasien bicara pelo 2. Komunikasi pasien tidak jelas dan kurang dimengerti 3. Kemampuan bicara pasien kurang	2. Kesesuaian ekspresi wajah meningkat 4. Pelo menurun 5. Respons perilaku membaik		14:38		

			kebutuhan (mis, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, bicara dengan perlahan. 5. Ulangi apa yang disampaikan pasien	14:53	ekstermitas atas dan bawah 4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan Hasil: mendengarkan dengan seksama dan mencoba memahami apa yang pasien sampaikan secara perlahan. 5. Mengulangi apa yang disampaikan pasien Hasil: mengulangi apa yang di sampaikan oleh pasien agar tidak salah dalam melakukan tindakan yang pasien butuhkan	tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. monitor hal lain yang mengganggu bicara 4. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis, berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, bicara dengan perlahan. 5. Ulangi apa yang disampaikan oleh pasien anjurkan bicara perlahan 6. Anjurkan bicara perlahan
			Edukasi: 6. Anjurkan berbicara perlahan.	15:55	Edukasi: 6. Mengajukan berbicara perlahan Hasil: mengajukan kepada pasien untuk bicara dengan perlahan agar apa yang disampaikan dapat	
				15:57		

						dimengerti oleh oranglain dan keluarga.	
--	--	--	--	--	--	---	--

Hari/tanggal	Diagnosa	Luaran	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Minggu, 17 maret 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan selama 6 jam maka, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan mobilitisasi (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 mobilitisasi 4. Monitor kondisi umum selamam melakukan mobilitisasi Terapeutik	13:00	Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: Pasien tampak lemah	Senin, 18 maret 2024 Jam 07:00 S: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa mengerjakan anggota gerak sebelah kanan
	Data subjektif 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat mengerjakan kaki dan tangan sebelah kanan	1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Kaku sendi menurun 4. Kelemahan fisik menurun		13:23	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: saat dilakukan pergerakan pasien tidak merasa nyeri	O: 1. Pergerakan ekstermitas pasien kurang 2. Kekuatan otot pasien masih kurang
	Data objektif			13:48	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilitisasi Hasil: HR: 87 ^x menit, tekanan darah 166/88 mmHg	3. Pasien tampak

1. Pasien tampak susah bergerak 2. Semua aktivitas dibantu 3. Pasien tampak lemah pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan 4. Kekuatan otot ekstermitas sebelah kanan 1			5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan Pergerakan Edukasi 7. Anjurkan melakukan mobilitas dini 8. Ajarkan mobilitas sederhana yang harus dilakukan	14:00	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi Hasil: selama melakukan mobilitasi kondisi pasien kurang baik karena pasien merasa cepat lelah Terapeutik 5. Memfasilitasi melakukan gerakan Hasil: pasien diberikan gerakan miring kiri dan kanan secara perlahan 6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga pasien membantu dalam melakukan mobilitasi secara perlahan untuk pasien Edukasi 7. Mengajarkan melakukan mobilitasi dini	lemah TD : 176/88 N : 57/menit R : 20/menit SB : 36,5°C SPO2 : 96% A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilitasi 5. fasilitasi melakukan pergerakan
--	--	--	---	-------	---	---

					Hasil: mengajarkan keluarga untuk membantu pasien melakukan mobilisasi duduk, miring kiri dan kanan. 8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: mengajarkan mobilisasi sederhana kepada keluarga untuk dilakukan kepada pasien.	6. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 7. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
				15:34		

Hari / Tanggal	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Minggu, 17 maret 2024	Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 jam maka, tingkat jatuh menurun	Pencegaha jatuh (L.14540) Observasi: 1. identifikasi faktor resiko jatuh (mis, penurunan tingkat	13:47	Observasi 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh Hasil: yang membuat pasien resiko jatuh yaitu pasien dengan gangguan keseimbangan dan	Senin, 18 maret 2024 Jam 07:00 S: -

		dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat dipindahkan menurun	kesadaran, defisit kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh	14:02	keluarga pasien kurang memperhatikan hal-hal yang membuat pasien dapat jatuh 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Hasil: keluarga pasien seringkali tidak menaikan penyangga untuk pasien Terapeutik 3. Mengatur tempat tidur mekaus pada posisi terendah Hasil: posisi tempat tidur rendah dan di atur dengan posisi semi fowler sesuai kenyamanan pasien.	15:38	terapeutik 3. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	15:38	1. Pasien tampak resiko jatuh karena keluarga pasien kurang memperhatikan hal yang dapat membuat pasien jatuh dari tempat tidur 2. pasien penurunan keseimbangan 3. pasien belum dapat duduk, berdiri, dan berjalan. 4. TTV TD: 176/88 N: 57/menit R: 20/menit SB: 36,5°C SPO2: 96% A: masalah resiko jatuh tidak terjadi P:
--	--	---	--	--------------	---	--------------	---	--------------	---

	6. Pasien tampak lemah 7. TTV TD: 170/75 mmHg N: 55x/menit R: 21x/menit SB: 36,7°C SPO2: 97%		7. Ajarkan cara mengatasi konstipasi	juga pasien kurang mengonsumsi makanan yang mengandung serat yang tinggi Terapeutik 4. Mengajarkan diet tinggi serat Hasil: memberitahukan pada keluarga bahwa dengan mengonsumsi makan yang tinggi serat dapat membantu pemulihan pasien dalam masalah konstipasi yaitu dengan mengonsumsi gandum, buah buahan dan sayuran seperti bayam, brokoli selada dll	4. TTV TD: 176/88 N: 57/menit R: 20/menit SB: 36,5°C SPO2: 96% A: masalah konstipasi pasien belum teratasi P: 2. Monitor peristaltic usus 4. Anjurkan diet tinggi serat 5. Berikan air hangat setelah makan 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
				16:24	
			16:28	5. Memberikan air hangat setelah pasien makan Hasil: menginformasikan pada pasien dan keluarga bahwa setelah pasien makan dianjurkan untuk diberikan air yang hangat	

Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Minggu/ 17 Maret 2024	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0149) Dibuktikan dengan: Data subjektif: 1. Pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit 2. Pasien mengatakan perutnya terasa penuh Data objektif: 4. Peristaltic usus pasien menurun kurang dari 4x/menit 5. Distensi abdomen	Eliminasi fekal (L.04033) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 2. Distensi abdomen menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekal membaik 5. Peristaltic usus membaik	Manajemen konstipasi (I.04155) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Monitor peristaltic usus 3. Identifikasi faktor resiko konstipasi Terapeutik 4. Anjurkan diet tinggi serat 5. Berikan air hangat setelah makan Edukasi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	16:02 16:14 16:17	Observasi 1. Memeriksa tanda dan gejala konstipasi Hasil: Pasien sudah tidak BAB sejak masuk RS, terdapat distensi abdomen dan peristaltik usus pasien kurang dari 4x/menit 2. Memonitor peristaltik usus pasien Hasil: 4x/menit 3. Identifikasi faktor resiko konstipasi Hasil: faktor resiko yang didapatkan sehingga pasien mengalami konstipasi yaitu, aktivitas pasien hanya ditempat tidur atau tirah baring dikarenakan pasien mengalami penyakit stroke dan juga pasien	Senin 18 Maret 2024 Jam 07:00 S: 1. Pasien mengatakan masih sulit untuk BAB 2. Pasien mengatakan perutnya masih terasa penuh O: 1. Pasien tampak lemah 2. Peristaltic usus pasien masih di bawah normal 4x/menit 3. Masih terdapat distensi abdomen pada pasien

16:35	Edukasi	6. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan Hasil: Menginformasikan pada pasien dan keluarga bahwa pasien harus rajin minum air putih. Keluarga pasien mengatakan pasien minum air dalam sehari sekitar 2500cc
16:31		7. mengajarkan cara mengatasi konstipasi Hasil: memberitahuan pada pasien dan keluarga untuk cara mengatasi konstipasi yaitu dengan meningkatkan asupan cairan dan mengonsumsi makana yang tinggi serat

	3. Pasien mengatakan merasa bersalah karena sudah tidak bisa melakukan apa apa dan semua aktivitasnya sekarang harus di bantu oleh keluarganya 4. Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi Data Objektif 1. Pasien tampak memiliki penilaian negative terhadap dirinya		18:58	bisa berbuat apa apa sehingga semua kebutuhannya harus dibantu total oleh keluarga atau perawat sehingga pasien merasa tidak berdaya dan putus asah karena itu pasien selalu merasa bersalah karena telah membebani keluarganya Edukasi 4. Mengajarkan mempertahankan kontak mata pada saat berbicara dengan orang lain Hasil: Memberitahukan kepada pasien agar ketika berbicara untuk selalu mempertahankan kontak mata terhadap lawan bicara	P: 1. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 2. Diskusikan persepsi negative diri 3. Diskusikan alasan mengkritik diri dan merasa malu 4. Anjurkan mempertahankan kontak mata pada saat berkomunikasi bersama orang lain 6. Anjurkan untuk berfikir positif terhadap dirisendiri
--	--	--	-------	---	--

2. Pasien tampak putus asa karena penyakit stroke yang dialaminya secara tiba tiba
3. Kontak mata pasien kurang

19.04

5. Menganyakan untuk melakukan tindakan spiritual
 Hasil: menganyakan pasien untuk selalu berdoa dalam setiap saat dan minta pertolongan Tuhan agar proses penyembuhannya dapat berjalan dengan baik

19.12

6. Menganyakan pasien untuk berpikir positif terhadap diri sendiri
 Hasil: menganyakan pasien untuk tetap berpikir positif dalam segala hal akan membaiknya pasien mengontrol diri dan emosi
 cemas berakibat tidak melakukan perawatan untuk tetap berpikir positif untuk kearah kesembuhan

4.4 Catatan perkembangan

Hari perawatan 2: Senin, 18 Maret 2024

Hari /tanggal	Diagnose keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin, 18 maret 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017) Data subjektif:	07:52	Observasi 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: penyebab peningkatan TIK yaitu karena adanya penyakit yang diderita pasien yaitu penyakit stroke	Selasa 19 Maret 2023 Jam 09:00 S 1. Keluarga pasien mengatakan pasien sering kali merasakan sakit kepala 2. Keluarga pasien mengatakan bahwa keadaan pasien sangat lemah O: 3. Pasien tampak sakit sedang 4. Keadaan umum lemah 5. GCS: 15 6. MAP: 115 mmHg 7. TTV TD: 181/83 N: 67 menit R: 23 menit SB: 36,4°C SPO2: 96% A: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum terjadi P: 2. Monitor MAP 4. Minumalkan stimulus
	Data objektif: 1. Pasien tampak sakit sedang	08:00	2. Memonitor MAP Hasil: 117 MAP mmHg	
	2. Keadaan umum lemah	08:13	Terapeutik 4. Meminimalkan stimulus Dengan cara: ketika pasien istirahat, di anjurkan kepada keluarga agar tidak mengganggu pasien. Hasil: pasien diberikan lingkungan yang tenang	
	3. GCS: 15 4. MAP: 117 mmHg 5. TTV TD: 176/88		5. Memberikan posisi semi fowler pada pasien Hasil: Posisi semi fowler diberikan kepada pasien dengan cara meninggikan kepala tempat tidur pasien 45 derajat dan topangan kepala diatas tempat tidur atau bantal kecil Ditambahkan bantal di bawah lengan tangan kanan pasien karena pasien tidak bisa mengontrolnya.	
	N: 57/menit R: 20/menit SB: 36,5°C SPO2: 96%	08:15	Hasil: Posisi semi fowler diberikan kepada pasien dengan cara meninggikan kepala tempat tidur pasien 45 derajat dan topangan kepala diatas tempat tidur atau bantal kecil Ditambahkan bantal di bawah lengan tangan kanan pasien karena pasien tidak bisa mengontrolnya. Respon. Pasien nyaman dengan posisi yang diberikan.	

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin, 18 maret 2024	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskular (D. 0054)	11:03	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: tidak terdapat nyeri pada saat dilakukan mobilisasi	Selasa, 19 maret 2023 Jam 09:00 S:
	Data subjektif 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat mengerjakan kaki dan tangan sebelah kanan	11:14	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi Hasil: HR: 82 $\frac{1}{2}$ /menit tekanan darah: 170/90 mmHg	1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat mengerjakan kaki dan tangan sebelah kanan
	Data objektif 2. Pasien tampak susah bergerak 3. Semua aktivitas dibantu	11:17	5. Memfasilitasi melakukan pergerakan pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: melakukan mobilisasi miring kiri dan kanan setiap 2 jam	O: 2. pasien masih tampak susah untuk bergerak semua aktivitas pasien dibantu penuh kekuatan otot ekstermitas sebelah kanan 1
	4. Pasien tampak lemah pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan 5. Kekuatan otot ekstermitas sebelah kanan 1	11:53	6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga membantu pasien untuk miring kiri dan kanan setiap 2 jam untuk membantu merangsang setiap otot pada pasien	3. TTV TD: 181/83 N: 67/menit R: 23/menit SB: 36,4 $^{\circ}$ C SPO $_2$: 96%
		12:15	7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: mengajarkan mobilisasi sederhana pada keluarga seperti membantu pasien menekuk dan meluruskan ekstermitas atas dan bawah agar ada rangsangan pada otot pasien.	A masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi

				5. fasilitasi melakukan pergerakan 6. libatkan keluarga untuk membantu 7. pasien dalam meningkatkan pergerakan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
--	--	--	--	---

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin, 18 maret 2024	Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)	13:17	1. mengidentifikasi faktor resiko jatuh (mis, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) Hasil: gangguan keseimbangan merupakan salah satu faktor resiko jatuh	Selasa, 19 maret 2024 S: O: 1. Pasien tampak lemah anggota gerak kanan 2. Pasien penurunan keseimbangan 3. Pasien belum dapat duduk, berdiri atau berpindah tempat 4. Aktivitas pasien harus dibantu secara penuh 5. TTV TD: 181/83 N: 67/menit R: 23/menit SB: 36,4°C SPO2: 96%
		13:23	2. mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh hasil: keluarga pasien kurang memperhatikan hal-hal yang dapat membuat pasien jatuh dari tempat tidur	
		13:31	3. mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah hasil: posisi diatur dengan posisi terendah agar muda jika ingin melakukan mobilisasi pada pasien	

		14:16 4. menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Hasil: setiap keluarga akan membantu mobilisasi keluarga pasien selalu memanggil perawat agar perawat bisa melihat dan membantu dalam melakukan mobilisasi pada pasien	A: Masalah resiko jatuh belum terjadi P: 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 3. atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 4. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
--	--	--	--

Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin 18 maret 2024	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0149)	17:03	2. Memonitor peristaltic usus pasien Hasil: 4x/menit	Selasa 19 Maret 2024 Jam 09:00
		17:07	4. Menganjurkan diet tinggi serat Hasil: memberitahukan pada keluarga bahwa dengan mengonsumsi makan yang tinggi serat dapat membantu pemulihan pasien dalam masalah konstipasi yaitu dengan mengonsumsi gandum, buah buahan dan sayuran seperti bayam, brokoli selada dll	S: 1. Pasien mengatakan masih sulit dan belum BAB 2. Pasien mengatakan perutnya masih terasa penuh
		17:13	5. Memberikan air hangat setelah pasien makan Hasil: menginformasikan pada pasien dan keluarga bahwa setelah pasien makan dianjurkan untuk diberikan air yang hangat	O: 1. Pasien tampak lemah 2. Peristaltic usus pasien masih dibawa normal 4x/menit 3. Masih terdapat distensi abdomen pada pasien 4. TTV TD: 11/53 N: 67/menit R: 23/menit SB: 36,4°C SPO2: 96%
		17:17	6. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan Hasil: Menginformasikan pada pasien dan keluarga bahwa pasien harus rajin minum air putih. Keluarga pasien mengatakan pasien minum air dalam sehari sekitar 2700cc	A: masalah konstipasi pasien belum teratasi P: 1. Monitor peristaltic usus 2. Anjurkan diet tinggi serat 4. Berikan air hangat setelah makan 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Hari/ tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin 18 maret 2024	Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087)	20:36	1. Memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri Hasil: pasien mengatakan masih merasa malu karena penyakit yang dialaminya ini	Selasa 19 Maret 2024, Jam 09:00
		20:37	2. Mendiskusikan persepsi negative diri Hasil: pasien masih memandang negative dirinya dan berpikir bahwa dia tidak akan sembuh kembali seperti dulu	S: 1. Pasien mengatakan masih merasa bersalah pada keluarganya atas penyakit yang dialaminya 2. Pasien mengatakan bahwa pasien masih merasa malu dengan keadaannya saat ini
		20:41	3. Mendiskusikan alasan mengkritik diri dan merasa malu Hasil: Pasien merasa malu karena penyakit stroke yang dialaminya yang membuat pasien hanya tertidur lemah dan pasien mengatakan bahwa dia masih merasa bersalah pada keluarganya	O: 3. Pasien tampak masih melinai negative keadaannya 4. Pasien tampak berusaha untuk berpikir positif 5. Kontak mata pasien sudah ada
		20:47	4. Mengajarkan mempertahankan kontak mata pada saat berbicara dengan orang lain Hasil: pasien sudah bisa mempertahankan kontak mata ketika sedang berbicara dengan orang lain	A: Masalah Harga diri rendah situasional teratasi sebagian P: 1. Monitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri 2. Diskusikan persepsi negative diri 3. Diskusikan alasan mengkritik diri dan merasa malu 4. Anjurkan mempertahankan kontak mata pada saat berkomunikasi bersama orang lain 5. Mengajarkan untuk melakukan tindakan spiritual 6. Anjurkan untuk berfikir positif terhadap diri sendiri
		21:01	5. Mengajarkan pasien untuk berfikir positif terhadap diri sendiri Hasil: pasien mengatakan akan berusaha untuk berfikir positif bahwa dirinya pasti sembuh	
		20:15	6. Mengajarkan pasien untuk berfikir positif	

Hari perawatan 3 Selasa 19 maret 2024

CS

Hari/tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 19 maret 2024	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119) di data subjektif: 1. Keluarga pasien mengatakan pasien bicara tidak jelas dan kurang dipahami	13:34 13:42 13:50	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Hasil: bicara pasien tidak terlalu jelas dan susah untuk di pahami oleh orang lain, bicara pasien lambat 5. Mengulangi apa yang disampaikan oleh pasien hasil: apa yang pasien bicarakan dapat dipahami dengan baik 6. Mengajarkan bicara perlahan Hasil: bicara pasien pelan dan dapat dimengrti oleh orang lain.	Rabu, 20 maret 2024 Jam 09:30 S: 1. Keluarga pasien mengatakan bicara pasie perlahan sudah jelas dan dapat dipahami 2. Keluarga pasien mengatakan bicara pasie lebih baik dari hari kemaren O: 1. Bicara pelo pasien berkurang 2. Komunikasi pasien mulai jelas 3. Kemampuan bicara pasien meningkat 4. TD: 178/85N: 67 menitR: 23 menit SB: 36,4°C SPO2: 96% A: Gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

Hari/tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 19 maret 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D. 0054)	09:36	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi Hasil: HR: 98x/menit TD: 158/93 mmHg	Rabu, 20 maret 2024 Jam 09:30 S: 1. keluarga pasien mengatakan pasien bisa menggerakkan tangan dan kakai sebelah kanan secara perlahan
	Data subjektif 1. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan kaki dan tangan sebelah kanan	09:39	5. Memfasilitasi melakukan pergerakan Hasil: pasien diberikan rehab atau terapi untuk merangsang kekuatan otot pasien	
		09:41	6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil: keluarga pasien membantu secara penuh dalam melakukan mobilisasi pada pasien	O: 1. Pasien tampak mulai ada perubahan 2. Pasien dilakukan terapi untuk merangsang otot-otot pasien 3. Kekuatan otot pasien ekstermitas atas dan bawah kanan 2
	Data objektif 2. Pasien tampak susah bergerak 3. Semua aktivitas dibantu 4. Pasien tampak lemah pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan 5. Kekuatan otot ekstermitas sebelah kanan 1	09:53	7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Hasil: keluarga pasien diajarkan mobilisasi ekstensi dan distensi pada ekstermitas pasien setiap 2 jam sekali	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

Hari/tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 19 maret 2024	Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)	10:05	1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh (mis, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) Hasil: pasien mengalami gangguan keseimbangan yang dapat membuat pasien jatuh dari tempat tidur	Rabu, 20 maret 2024 S: O: 1. Pasien belum mampu untuk berpindah dari tempat ke tempat yang lain 2. Pasien tampak lemah anggota gerak kanan 3. Pasien memerlukan bantuan secara penuh A: Masalah resiko jatuh tidak terjadi P. intervensi dilanjutkan
		10:11	2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh hasil: keluarga pasien kurang memperhatikan hal-hal yang dapat membuat pasien jatuh dari tempat tidur	
		10:17	3. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah hasil: posisi diatur dengan posisi terendah agar muda jika ingin melakukan mobilisasi pada pasien	
		10:23	4. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Hasil: keluarga pasien memanggil pasien jika pasien akan dilakukan mobilisasi	

Hari / tanggal	Diagnosa keperawatan	jam	Implementasi	Intervensi
Selasa 19 maret 2024	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0149)			Rabu 20 Maret 2024 Jam 09:30
		14:30	2. Memonitor peristaltic usus pasien Hasil: 10x/menit	S: 1. Pasien mengatakan sudah BAB dipagi hari 2. Konsistensi feses pasien padat 3. Pasien mengatakan perutnya sudah tidak terasa terlalu penuh O: 1. Pasien tampak lemah 2. Peristaltic usus pasien meningkat normal 10 menit 3. Distensi abdomen pasien menurun 4. TTV TD: 178/85 N: 67/menit R: 23/menit SB: 36,4°C SPO2: 96% A: masalah konstipasi pasien teratasi P: Intervensi dilanjutkan
		14:37	4. Menganjurkan diet tinggi serat Hasil: pasien mengatakan sudah mulai memakan buah yang tinggi serat seperti pepaya	
		14:45	5. Memberikan air hangat setelah pasien makan Hasil: pasien mengatakan sudah selalu minum air hangat sebelum makan	
		14:51	6. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien minum air dalam sehari sekitar 2600cc	

Hari/tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa 19 maret 2024	Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087)	19:07	1. Memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri Hasil: pasien mengatakan masih merasa malu karena penyakit yang dialaminya ini	Selasa 19 Maret 2024 Jam 09:00
		19:13	2. Mendiskusikan persepsi negative diri Hasil: pasien mengatakan sudah tidak lagi memikirkan hal yang tidak baik atau negative tentang dirinya	S: 1. Pasien mengatakan sudah menerima keadaannya saat ini 2. Pasien mengatakan akan berusaha agar bisa sembuh kembali
		19:20	3. Mendiskusikan alasan mengkritik diri dan merasa malu Hasil: pasien mengatakan bahwa dia sudah mulai menerima keadaannya saat ini dan akan berusaha untuk sembuh	O: 1. Pasien sudah tidak memandang negative tentang dirinya 2. Pasien tampak berusaha untuk berpikir positif agar bisa segera sembuh 3. Kontak mata pasien sudah ada
		19:26	4. Mengajukan mempertahankan kontak mata pada saat berbicara dengan orang lain Hasil: pasien sudah bisa mempertahankan kontak mata ketika sedang berbicara dengan orang lain	A: Masalah Harga diri rendah situasional teratasi
		19:31	5. Mengajukan untuk melakukan tindakan spiritual	P: intervensi dilanjutkan

			Hasil: pasien sudah selalu berdoa dalam setiap saat dan minta pertolongan Tuhan agar proses penyembuhannya dapat berjalan dengan baik.
19-47	6.	Menganjurkan pasien untuk berpikir positif terhadap diri sendiri	Hasil: pasien mengatakan bahwa dia sudah selalu memikirkan hal positif dan akan berusaha agar dia bisa sembuh karena dia yakin jika dia berusaha maka ia akan sembuh.



BAB V PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis membahas sinergi antara pengetahuan teoritis dengan studi kasus yang sudah di observasi pada pasien stroke iskemik di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon selama 4 hari dari tanggal 17-20 Maret

5.1. Pengkajian

1. Penyebab paling umum dari stroke iskemik yaitu aterosklerosis yang merupakan lemak yang menghalangi pembuluh darah sehingga menyebabkan tersumbatnya aliran darah ke otak. Aterosklerosis merupakan penyebab utama stroke, stroke terjadi ketika ada penumpukan plak pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan trombosis dan emboli yang menyebabkan otak kehilangan suplai darah ke area yang terkena. Hal ini menyebabkan otak menjadi kekurangan gizi dan mengalami gangguan fungsi karena memburuknya suplai darah ke otak. Stroke yang dikenal sebagai trombosis (bekuan darah yang menyumbat pembuluh arah otak) terjadi ketika trombosis menghalangi aliran darah mencegah darah memasuki jaringan yang didistribusikan ke otak dan menyebabkan kejang dan peradangan. Emboli serebral yang merupakan gumpalan darah atau material lainnya yang berasal dari yang terpapar ke bagian luar tubuh yang bias berupa gumpalan darah, lemak, dan udara yang terbentuk di otak akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah, pasokan darah ke jaringan tubuh berkurang, (Hutagaluh, 2019). Mayoritas korban stroke berusia di atas 50 tahun. Faktor risiko stroke iskemik adalah predisposisi dan presipitasi, predisposisi meliputi usia, dan jenis kelamin sedangkan faktor presipitasi meliputi diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, alkohol, gaya hidup dan hipertensi, (Jeri, 2022). Faktor yang dikenal sebagai predisposisi atau presipitasi yang menyebabkan kecenderungan darah pecah secara keseluruhan atau sebagai suatu keseluruhan, hal ini disebabkan oleh aterosklerosis

lemak atau kolesterol atau pembekuan darah yang menyebabkan terjadinya stroke. (Fawwaz & Suandika, 2023).

Berdasarkan faktor predisposisi dan faktor presipitasi dalam tinjauan teori serta tinjauan kasus terdapat beberapa faktor yang menjadi keterkaitan dengan pengkajian yang ditemukan pada kasus Tn. T.W yaitu merupakan pasien yang mempunyai penyakit hipertensi dan jarang atau tidak rutin minum obat yang diberikan untuk mengontrol tekanan darah dan juga pasien menjalani gaya hidup yang tidak sehat serta pasien sering merokok hingga satu bungkus per hari dan pasien sering mengonsumsi alkohol yang bisa menjadi pencetus terjadinya aterosklerosis yang terjadi pada pembuluh darah sehingga bisa mengakibatkan pasokan darah ke otak tidak memadai dan berakhir pada gangguan fungsi otak.

2. Tanda dan gejala yang ada di tinjauan teori dan ada di tinjauan kasus Yang ada di tinjauan teori : kesulitan berjalan, sehingga tubuh terasa sulit untuk digerakan, mati rasa pada wajah, kelumpuhan, kesulitan saat berbicara atau bicara pelo (disatria) serta sulit untuk mengerti dengan ucapan orang lain, kesulitan berjalan dan sakit kepala (Made Karisa, 2022)

Yang ada di tinjauan kasus : Tubuh terasa sulit untuk digerakkan karena kelemahan, kelumpuhan, mati rasa pada wajah atau pada bagian lengan dan tungkai, kesulitan untuk berbicara dan untuk memahami ucapan dari orang lain.

3. Tanda dan gejala yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus yaitu, gangguan penglihatan.

5.2. Diagnosis keperawatan

1. Diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teori-SDKI dan ada di tinjauan kasus:
 1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (D.0017)

Risiko disfungsi otak yang parah tidak dapat dicegah secara efektif dengan hipertensi. Diagnosa utama dalam kasus ini adalah pasien memiliki tanda dan gejala yang mirip dengan tekanan darah pasien. Pembekuan darah di otak mengakibatkan suplai darah ke jaringan otak tidak memadai, demikian pula risiko serebral tidak efektif dapat terjadi.

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler (D.0119)
Diagnose ini diangkat karena pada saat pengkajian pasien berbicara pelo atau disatria.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuscular (D.0054)

Diagnosa keperawatan ini diangkat karena saat dilakukan pengkajian ditemukan tanda dan gejala berupa ekstermitas kanan pasien sulit digerakan, badan lemah, aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat.

4. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)
Diagnosa ini di angkat karena adanya kelemahan otot pada pasien yang memiliki resiko tinggi pasien untuk jatuh
5. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0149)

Diagnosa ini di angkat karena pasien tidak buang air besar dengan normal sehingga mengalami konstipasi selama masa perawatan

6. Harga diri rendah sasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh (D.0087)
Diagnosa ini di angkat karena selama pengkajian ini merupakan saat pertama pasien mendapatkan stroke. Pasien selalu merasa dirinya sudah hancur, malu dan selalu merasa bersalah atas penyakit yang di deritanya.

2. Diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teori-SDKI, tapi tidak ada di tinjauan kasus.
 1. Gangguan persepsi sensori, penulis tidak mengangkat diagnose ini karena fungsi penglihatan serta pengecapan pasien masih bagus.
 2. Defisit perawatan diri, penulis tidak mengangkat diagnose ini karena kebutuhan perawatan diri pasien masih terpenuhi karena dibantu oleh keluarga.
 3. Risiko cedera, kenapa penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena pasien di damping oleh keluarga, pagar tempat tidur pasien selalu terpasang.
 4. Defisit nutrisi, Penulis tidak mengangkat diagnose ini karena asupan nutrisi pasien masih bagus dan tercukupi

5.3. Intervensi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan, dimana setelah menentukan diagnosa keperawatan maka tahap ini merupakan tahap perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien

Tahap ini menjadi tahap ketiga dari rangkaian proses keperawatan. setelah menentukan diagnose maka akan dilanjutkan dengan tahap ini yaitu tahap perencanaan tindakan yang akan dilakukan pada pasien

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.

Intervensi yang diberikan sesuai dengan buku SIKI, yaitu identifikasi penyebab peningkatan TIK, meminimalkan stimulus, monitor MAP, dan memberikan posisi semi fowler

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis dibuktikan dengan data subjektif:
Dibuktikan dengan data objektif: Pasien bicara pelo, komunikasi pasien tidak jelas dan kurang dimengerti,

kemampuan bicara pasien kurang. Tekanan darah pasien 170/75 mmHg, nadi: 55kali/menit, respirasi: 21kali/menit, suhu badan: 36,7°C, saturasi oksigen pasien: 97%. Dengan intervensi yang dilakukan yaitu sesuai dengan buku SIKI (2018), memonitor hal lain yang mengganggu bicara, gunakan metode alternative, sesuaikan gaya komunikasi pasien misalnya mendengarkan dengan seksama, berdiri di hadapan pasien, berbicara perlahan, dan mengulangi apa yang sudah disampaikan pasien serta menganjurkan berbicara perlahan

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Dibuktikan dengan data subjektif: keluarga dari pasien mengatakan bahwa pasien sulit untuk menggerakkan ekstremitas bagian atas dan bawah di sebelah kanan sehingga semua kebutuhan pasien serta aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Dibuktikan dengan data objektif: Pasien tampak susah bergerak, semua aktivitas dibantu, pasien tampak, lemah pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan, kekuatan otot ekstermitas sebelah kanan 1, tekanan darah pasien 170/75 mmHg, nadi: 55kali/menit, respirasi: 21kali/menit, suhu badan: 36,7°C, saturasi oksigen pasien: 97%. Dengan intervensi yang dilakukan yaitu sesuai buku SIKI (2018), Identifikasi jika ada nyeri atau ada keluhan lainnya, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan, monitor kondisi umum sebelum melakukan pergerakan, libatkan keluarga serta untuk membantu pasien dalam aktivitasnya, anjurkan mobilisasi dini dan ajarkan mobilisasi yang sederhana yang harus dilakukan.
4. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Adapun intervensi yang diberikan yang sesuai dengan buku SIKI (2018) yaitu: Identifikasi factor jatuh misalnya deficit kognitif, penurunan tingkat kesadaran, gangguan

- keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati, indentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh
5. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen.
Adapun intervensi yang diberikan yang sesuai dengan buku SIKI (2018) yaitu: Perikasa tanda dan gejala konstipasi, monitor peristaltik usus, indentifikasi factor resiko konstipasi, anjurkan diet tinggi serat, berikan air hangat setelah makan, anjurkan meningkatkan asupan cairan, ajarkan cara mengatasi konstipasi.
 6. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh
Adapun intervensi yang diberikan yang sesuai dengan buku SIKI (2018) yaitu: monitor verbalisasi yang merendahkan diri, diskusikan alasan mengkritik, diskusikan persepsi yang negatif, diskusikan Bersama harapan keluarga untuk kesembuhan agar dapat meningkatkan harga diri pasien serta anjurkan agar tetap mempertahankan kontak mata saat berbicara dengan orang lain, anjurkan melakukan tindakan spiritual, anjurkan untuk berfikir positif terhadap diri sendiri

5.4 Implementasi

Dari intervensi yang terorganisasi, penulis dapat melaksanakan implementasi keperawatan pada keluarga pasien dan pasien sesuai permasalahannya berdasarkan tindakan keperawatan sesuai dengan diagnose: resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, implementasi yang dilakukan yaitu: mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, mengidentifikasi tanda dan gejala peningkatan TIK, memonitor MAP, meminimalkan stimulus dan memberikan posisi semi fowler. Untuk diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis, implementasi yang diberikan meliputi pemantauan kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan ekspresi bicara, pemantauan faktor lain yang mengganggu bicara, penggunaan metode komunikasi

alternatif, Penyesuaian gaya komunikasi dengan kebutuhan di depan pasien, dengarkan baik-baik, ulangi apa yang dikatakan pasien, anjurkan untuk berbicara pelan-pelan. Untuk Diagnosa gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular, pelaksanaannya meliputi; mengidentifikasi nyeri atau kelainan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi otot saat bergerak, memantau kondisi umum sebelum bergerak, memfasilitasi gerakan, mendorong kelompok untuk membantu pasien meningkatkan gerakan, menetapkan perlunya gerakan sederhana dan mendidik masyarakat tentang perlunya gerakan sederhana. Untuk diagnosa resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, implementasi yang diberikan yaitu: mengidentifikasi faktor risiko jatuh (misalnya penurunan kesadaran, gangguan kognitif, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko risiko jatuh, menyarankan untuk memanggil perawat jika memerlukan bantuan mobilitas. Untuk diagnosa konstipasi berhubungan dengan kelenjar otot abdomen, implementasinya yaitu: memeriksa tanda dan gejala konstipasi, memonitor peristaltik usus, mengidentifikasi faktor risiko konstipasi, mengajukan diet tinggi serat, memberikan air hangat setelah makan, memanjurkan meningkatkan asupan cairan, mengajarkan cara mengatasi konstipasi. Untuk diagnosa harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh, implementasi yang diberikan yaitu: memonitor verbalisasi yang merendahkan diri sendiri, mendiskusikan persepsi negative diri, mendiskusikan alasan mengeritik diri dan merasa malu, berdiskusi dengan keluarga tentang harapan kesembuhan untuk meningkatkan harga diri pasien, mendorong menjaga kontak mata saat berinteraksi dengan oranglain, mendorong tindakan mental, mendorong berpikir positif tentang tubuh.

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.
Setelah mendapat asuhan keperawatan selama 3 hari, penilaian yang didapat adalah risiko tidak efektifnya perfusi serebral yang dibuktikan dengan belum teratasinya aterosklerosis yang dibuktikan dengan tekanan darah pasien yang terus meningkat.
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Setelah 3 hari dilakukan asuhan keperawatan, hasil evaluasi yang diperoleh menunjukkan bahwa masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi dibuktikan dengan pasien mengalami gangguan berbahasa.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Setelah mendapat asuhan keperawatan selama 3 hari, hasil evaluasi yang diperoleh menunjukkan bahwa permasalahan gangguan mobilitas belum teratasi, hal ini dibuktikan dengan seluruh kebutuhan individu pasien telah dipenuhi oleh keluarga perawat atau asuhan keperawatan.
4. Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, hasil pengkajian yang diperoleh menunjukkan bahwa masalah risiko jatuh tidak terjadi, hal ini dibuktikan dengan kondisi pasien masih lemah dan masih memerlukan dukungan yang adekuat.
5. Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen. Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, hasil evaluasi yang diperoleh menunjukkan bahwa masalah konstipasi telah teratasi yang dibuktikan dengan pasien dapat buang air besar.
6. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh. Setelah implementasi keperawatan dilakukan, evaluasi yang didapat yaitu masalah

sudah teratasi dibuktikan dengan pasien sudah mulai menerima keadaan yang dialaminya dan sudah tidak memandang negative tentang dirinya lagi.



BAB VI

PENUTUP

Setelah membahas tujuan teoritis dan melakukan asuhan keperawatan medikal bedah Stroke Iskemik pada pasien Tn. T.W di ruangan Xaverius Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan proses pengkajian keperawatan pada Tn. T.W maka dapat disimpulkan tanda dan gejala pada pasien dengan penyakit stroke iskemik yaitu hemiplegia pada ekstremitas kanan atas dan bawah, bicara cadel atau pelo (disatria). Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menyusun enam diagnosa keperawatan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular, risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen, harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.

Dalam merawat pasien dengan stroke iskemik hal yang penting untuk perawatan pasien adalah melakukan intervensi yang sudah di tentukan sesuai dengan diagnosa yang sudah diangkat sesuai dengan permasalahan pasien.

Implementasi keperawatan yang telah diberikan dalam mengatasi berbagai masalah yang sudah muncul pada kasus sesuai dengan intervensi atau perencanaan yang telah di susun sebelumnya

Evaluasi keperawatan merupakan proses akhir dalam tahap keperawatan dimana dalam metode ini menggunakan SOAP. Pada kasus ini terdapat enant diagnosis keperawatan yang muncul dimana berdasarkan hasil evaluasi didapatkan bahwa ada enam

diagnosis keperawatan belum teratasi sepenuhnya dan harus dilakukan intervensi lanjut untuk setiap diagnosis keperawatan.

Saran

6.2

6.2.1 Pasien dan Keluarga

Hendaknya keluarga dan pasien bekerjasama dengan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan serta dukungan motivasi untuk pasien selama dirawat di rumah sakit untuk menunjang kesembuhan pasien dan juga pasien diharapkan untuk menaati anjuran yang diberikan.

6.2.2 Pelayanan keperawatan

Bagi perawat sebagai seorang tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat didalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien dengan Stroke Iskemik. Bagi rumah sakit

diharapkan dapat memberikan penanganan yang lebih baik dan mengembangkan rumah sakit agar tersedia fasilitas kesehatan bagi pasien dengan stroke iskemik, salah satu contoh fasilitas kesehatan yaitu Magnetic Resonance Imaging (MRI)

6.2.3 Institusi Keperawatan

Diharapkan untuk pihak institusi menyediakan fasilitas internet yang mudah dijangkau untuk mahasiswa demi membantu proses belajar dan juga menyediakan fasilitas perpustakaan yang dilengkapi dengan buku- buku terbaru untuk menjadi acuan referensi.

6.2.4 Peneliti

Setelah melalui pendidikan yang telah ditempuh diharapkan melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan keluhan dan keadaan pasien serta lebih teliti dalam memberi intervensi- intervensi yang sesuai. Diharapkan juga dapat mengembangkan penelitian baru berdasarkan hasil penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Amnia, Deswia, & Kudri, A. (2020). Perbedaan Kadar Hemoglobin, Nilai Hematokrit, dan Jumlah Eritrosit pada Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik. *Tinjauan Sosial, Etika Dan Hukum Surrogate Mother Di Indonesia*, 7(2), 108-113.
- Asmirajanti, D. mir. (2023). *Model Clinical Pathway Menggunakan Decision Support System (DSS) untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien Stroke*. Universitas Esa Unggul. 0306097002, 1-35.
- Bhattacharya, S., Heidler, P., & Varshney, S. (2023). Incorporating neglected non-communicable diseases into the national health program—A review. *Frontiers in Public Health*, 10(1). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1093170>
- Chang, J. C. (2020). Stroke Classification: Critical Role of Unusually Large von Willebrand Factor Multimers and Tissue Factor on Clinical Phenotypes Based on Novel "Two-Path Unifying Theory" of Hemostasis. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 26. <https://doi.org/10.1177/1076029620913634>
- Dopler, B. (2023). Stroke Prevention. *Delaware Journal of Public Health*, 9(3). <https://doi.org/10.32481/DJPH.2023.08.003>
- Effendy, C., Silva, J. F. D. S., & Padnawati, R. S. (2022). Identifying palliative care needs of patients with non-communicable diseases in Indonesia using the SPICt tool: a descriptive cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 4-11. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00881-5>
- Fawwaz, F., & Suandika, M. (2023). Asuhan Keperawatan Stroke Non-Hemoragik pada Ny. R dengan Diagnosa Keperawatan Utama Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Edelweis Atas RSUD Kardinah Kota Tegal. *Jurnal Sehat Mandiri*, 18(1), 33-41. <https://doi.org/10.33761/jsm.v18i1.919>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). *World Stroke*

- Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Gaol, D. L. (2023). Obesitas sebagai faktor risiko stroke. http://repository.unissula.ac.id/32990/1/Kedokteran%20Ummum_30101900054_fullpdf.pdf
- Gustafsson, A., Skogsberg, J., & Rejnö, Å. (2021). Oral health plays second fiddle in palliative care: an interview study with registered nurses in home healthcare. BMC Palliative Care, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00859-3>
- Harjani. (2022). Modul Etika Penelitian. In Modul Etika Penelitian, Jakarta selatan. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/9247/>
- Hernanika, T. P. (2023). STROKE HEMORAGIK. In POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR (Vol. 4, Issue 1).
- Hoh, B. L., Ko, N. U., Amin-Hanjani, S., Hsiang-Yi Chou, S., Cruz-Flores, S., Dangayach, N. S., Derdeyn, C. P., Du, R., Hänggi, D., Hets, S. W., Ifejika, N. L., Johnson, R., Keigher, K. M., Leslie-Mazwi, T. M., Lucke-Wold, B., Rabinstein, A. A., Robicsek, S. A., Stapleton, C. J., Suarez, J. I., ... Welch, B. G. (2023). 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. In Stroke (Vol. 54, Issue 7). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000436>
- Holst, J. (2024). Kesehatan Global: Apa tantangannya? 1–17. <https://doi.org/10.61034/JGPOH-2024-5>
- Hutagaluh, M. S. (2019). Panduan Lengkap Stroke - Google Books. In Nusa Media
- (p.48). https://www.google.co.id/books/edition/Panduan_Lengkap_Stroke/UmVcEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=panduan+lengkap+stroke&printsec=frontcover

- 1 Made Kariasa. (2022). Antisipasi Serangan Stroke Benlang - Google Buku. https://books.google.co.id/books?id=jdiAEAAQBAJ&newbks=1&newbks_redi=0&dq=stroke+adalah&hl=id&source=gbs_navlink_s_s
- Surevei Kesehatan Indonesia. (2020). Dalam Angka Dalam Angka. Kota Bukittinggi Dalam Angka,1-68. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/fact-sheet-survei-kesehatan-indonesia-ski-2023/>
- Indrawati, dr. L. (2016). care your self stroke (shinta k Indriani (ed.)). Jeri. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny.H Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang ICU RSUD Curup Tahun 2022. Journal Keperawatan, 1, 23-28. <https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079/1/KTI1SULLISTYAWATI.pdf>
- Jumadewi, A., Lizam, T. C., & Sasmita, Y. (2023). Prevalensi dan Determinan Kejadian penyakit tidak menular. https://www.google.co.id/books/edition/Prevalensi_dan_Determinan_Kejadian_PenyakitTidakMenular/PA30&printsec=frontcover
- Larsson, S. C., Burgess, S., & Michaëlsson, K. (2019). Smoking and Stroke : 1-4. <https://doi.org/10.1002/ana.25534>
- Lim, V. (2023). mencegah stroke. Siloamhospitals. <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/cara-mencegah-stroke-sejak-dini>
- michael p. mckinley, Valerie Dean O'Loughlin, T. S. B. (2019). anatomy and physiology : an integrative approach. McGraw-Hill Education.
- Musi, M. A., & Nurjanah. (2021). Neurosains - Google Books. In Kencana <https://www.google.co.id/books/edition/Neurosains/vNBBEAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=fungsi+otak&printsec=frontcover>
- Nadjamuddin, M., Mariani, Kaelan, C., & Dkk. (2022). Efek Penggunaan Antihipertensi Pasien Stroke Iskemik (pp. 25-26).
- Nurhalima. (2024). TERAPI KOGNITIF PADA PASIEN STROKE. https://www.google.co.id/books/edition/TERAPI_KOGNITIF_PA

- DA_PASIEN_STROKE/au4CEQAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=nurhalima+terapi+kognitif&pg=PR3&printsec=frontcover
- OASIS, R. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN YANG MENGALAMI SISTEM PERSYARAFAN. Stikesyarsi-Pnk.Ac.Id. https://repository.stikesyarsi-pnk.ac.id/index.php?p=show_detail&id=407&keywords=
- Que, B. jean. (2020). STROKE ISKEMIK Peran Heat Shock Protein 70 dan Heat Shock Protein 60 Terhadap Derajat Fungsional Penderita Stroke Iskemik Trombotik Akut (p. 146).
- Rahayu, T. G. (2023). Analisis Faktor Risiko Terjadinya Stroke Serta Tipe Stroke The Analysis of Stroke Risk Factors and Stroke Types. 10(1), 48–53. <https://journal.lppmstikesfa.ac.id/index.php/FHJ/article/download/410/159>
- Rahmawati, A. D. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Unit Stroke Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Journal Keperawatan*, 1, 1–128. <https://perpustakaan.rsmoewardi.com/index.php?p=fstream-pdf&fid=215&bid=262>
- Roerecke, M. (2021). Alcohol 's Impact on the Cardiovascular System. 1–10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34684419/>
- Salaudeen, M. A., Bello, N., Danraka, R. N., & Ammani, M. L. (2024). Understanding the Pathophysiology of Ischemic Stroke: The Basis of Current Therapies and Opportunity for New Ones. *Biomolecules*, 14(3), 1–23. <https://doi.org/10.3390/biom14030305>
- Saraswati, D, R., & Khariri. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1), 81–85. <https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1001>
- SDKI. (2017). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia.
- Sumakul, V. D. O., & Lontaan, Y. A. (2023). Pengaruh Core Stability Exercise. <https://ejurnal.pps.ung.ac.id/index.php/Aksara/article/view/1655/12>

Tajuddin, F. N. (2024). Globalization of Health: Positive or Negative? (Anthropological Perspective). *European Journal of Social Science Education and Research*, 6(1), 57. <https://doi.org/10.26417/ejsr.v6i1.p57-61>

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN
PENELITIAN KARYA TULIS ILMIAH

Setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, prosedur penelitian karya tulis ilmiah, kerahasiaan informasi yang disampaikan serta bentuk keikutsertaan dalam penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tn. T. W

Jenis Kelamin : laki - laki

Umur : 57 tahun

Alamat : Kapetakan 1

No. Telp. / Hp. :

Bersedia berpartisipasi untuk ikut serta menjadi responden dalam Penelitian Karya Tulis Ilmiah dengan Judul: Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Stroke Iskemik Tn. T.W. Di Rumah Sakit Umum Gunung Manta Temohon

yang akan dilakukan oleh:

No	Nama	NIM	Status
1	Cladya Iriwakabesy	202101046	Mahasiswa Semester VI, Tahun
2	Jelita Mawakere	202101015	Akademik 2023/2024

Adapun bentuk kesediaan saya yaitu:

1. Bersedia untuk memberikan informasi selubungun dengan data yang diperlukan dalam penelitian karya tulis ilmiah ini.
2. Bersedia untuk memperoleh asuhan keperawatan yang diberikan oleh peneliti.

Surat pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

..... 2024

Peneliti,



..... Claudia Iriawabesya

Peneliti



..... Jella Mawekere

Responden,



..... Mance Kurnia