

**STUDI KASUS ASHILAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH
STROKE ISKEMIK PADA Ny. D.P DI RSUD GUNUNG MARIA
TOMOHON**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

PRAYSIEMOR

NIM : 202101064

VERDINE YINSE MEGA KAPO

NIM : 202101074



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA
TOMOHON**

2024

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
STROKE ISKEMIK PADA Ny. D.P DI RSU GUNUNG MARIA
TOMOHON**

OLEH :

PRAYSI EMOR

NIM : 202101064

VIRGINE YINSE MEGA KAPO

NIM : 202101074

**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 : Praysi Emor

NIM : 202101064

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 Tomohon 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 untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tomohon, 14 Juni 2024



Praysi Emor

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Virgine Yinse Mega Kapo

NIM : 202101074

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 Tomohon 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 untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tomohon, 14 Juni 2024



Virgine Yinse Mega Kapo

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
STROKE ISKEMIK PADA Ny. D.P DI RSU GUNUNG MARIA
TOMOHON**

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

Pembimbing



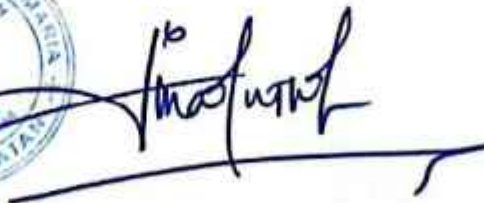
Meylani Dewi Wowor, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN : 0930058103

Tomohon, 12 Juni 2024

Mengetahui:

**Wakil Ketua Bidang Akademi Dan Kerja Sama
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon**



Yina Putri Patandung, Ners.,M.Kep

NIDN : 0915108605

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Praysi Emor

NIM : 20201064

Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmi Kesehatan Gunung Maria Tomohon **Hak Bebas Royalty Non-eksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*), untuk karya tulis ilmiah saya yang berjudul

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
STROKE ISKEMIK PADA Ny. D.P DI RSU GUNUNG MARIA
TOMOHON**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Yang menyatakan,



Praysi Emor

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Virgine Yinse Mega Kapo

NIM : 2020101074

Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmi Kesehatan Gunung Maria Tomohon **Hak Bebas Royalty Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)**, untuk karya tulis ilmiah saya yang berjudul

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
STROKE ISKEMIK PADA Ny. D.P DI RSU GUNUNG MARIA
TOMOHON**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Yang menyatakan,



Virgine Yinse Mega Kapo

CURRICULLUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Praysi Emor
NIM : 202101064
Tempat Tanggal Lahir : Lowian, 21 Juli 2001
Agama : Protestan
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Minahasa/Indonesia
Alamat Tempat Tinggal : Kopiwangker, Jaga IV, Kec. Langowan Barat
Nomor Handphone : 0895802958932
Email : praysiemor@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK Dharma Wanita Kopiwangker	Tahun 2006-2007
SD Negeri Kopiwangker	Tahun 2007-2013
SMP Negeri 1 Langowan	Tahun 2013-2016
SMK Negeri 1 Langowan	Tahun 2016-2019
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021-2024

CURRICULLUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Virgine Yinse Mega Kapo
NIM : 202101074
Tempat Tanggal Lahir : Tomohon, 03 September 2003
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Minahasa/Indonesia
Alamat Tempat Tinggal : Tataaran II, Lingkungan IX, Kec. Tondano Selatan
Nomor Handphone : 081524771997
Email : *virginemega@gmail.com*

Riwayat Pendidikan

TK Katolik Indriasana Tataaran	Tahun 2008-2009
SD Katolik Sta. Marieta Tataaran	Tahun 2009-2015
SMP Negeri 3 Tondano	Tahun 2015-2018
SMK Negeri 1 Tondano	Tahun 2018-2021
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021-2024

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Mahabaiik dan Maharahim, karena berkat dan kemurahan-Nya sehingga Penulis bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah, dengan judul “Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Ny. D.P di RSUD Gunung Maria Tomohon” ini, yang Penulis buat demi memenuhi persyaratan kelulusan.

Sesuai dengan topik yang diberikan, Penulis membuat pokok-pokok pembahasan mengenai karya tulis ilmiah ini. Yaitu, mengenai konsep dasar penyakit, konsep dasar keperawatan, dan juga pembahasan pokok mengenai asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik.

Tentunya dalam menyusun karya tulis ilmiah ini banyak sekali hal-hal yang Penulis lewati dan lalui. Ada suka dan duka tentunya. Salah satu hambatan yang Penulis lalui ialah pembagian waktu, sumber dan referensi. Akan tetapi, hal tersebut tidaklah menghentikan penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. rekan penulis yang ingin bekerjasama, dan saling memahami menjadi salah satu faktor keberhasilan dari penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Tentunya dalam keberhasilan penulis ini, banyak sekali pihak yang terlibat. Untuk itu penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang terlibat, dari awal penyusunan sampai penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

1. Tuhan Yang Maha Esa, atas segala berkat-Nya serta tuntunan-Nya. Juga kepada Bunda Maria dan Santo Yosep, yang dengan setia mendoakan Penulis, dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
2. Ayah Noldi Emor, Ibu Christin Lasena, terimakasih penulis 1 ucapkan karena telah menjaga, merawat, membiayai sekolah, dan memenuhi semua kebutuhan penulis 1 selama ini, sehingga penulis tidak pernah merasa kekurangan.
3. Ayah Petrus Kapo, Ibu Yunita Rambing, Kakak Claris Kapo dan seluruh keluarga besar, terimakasih penulis 2 ucapkan atas segala dukungan, semangat serta doa selama ini. Juga terimakasih telah merawat, menjaga, membiayai dan memenuhi kebutuhan penulis 2 selama ini, sehingga tidak pernah merasa kekurangan.

4. Ibu Henny Y. Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Sc, sebagai ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon dan penguji 1 karya tulis ilmiah, yang telah memberikan masukan dan saran untuk penulis.
5. Ibu Meylani D. Wowor, Ners.,M.Kep, sebagai dosen pembimbing dan penguji 3 karya tulis ilmiah, yang telah membantu, membimbing dan memberikan motivasi kepada penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Ake R.C Langingi, S.Kep.,Ns.,M.Kes, sebagai dosen penguji 2 karya tulis ilmiah, yang telah memberikan masukan dan saran untuk penulis.
7. Ibu Brigita M. Karouw, sebagai dosen pembimbing akademik, yang telah membantu dan membimbing Penulis selama 3 tahun di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
8. Staff dosen dan tenaga kependidikan, yang telah menjadi bagian dari rangkaian proses penulis di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.
9. Ny. D.P dan keluarga, yang telah bersedia menjadi responden Penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Teman se-angkatan *Infermier XX*, yang sudah berjuang bersama sampai sekarang ini.
11. Sahabat, teman-teman dan semua pihak yang telah membantu dan memotivasi penulis dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
12. Rekan penulis karya tulis ilmiah, yang telah mengorbankan waktu dan tenaga, selalu menunjukkan kekompakan, kerjasama, pengertian, serta tukar pendapat yang begitu membantu.

Dengan disusunnya karya tulis ilmiah ini, penulis sangat berharap sekali ini dapat membantu, menambah pengetahuan, dan juga dapat menjadi salah satu referensi untuk para pembaca, pendengar maupun penulis sebagai penyusun.

Tomohon, 12 Juni 2024

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH STROKE STROKE ISKEMIK PADA Ny. D.P DI RSU GUNUNG MARIA TOMOHON

Praysi Emor, Virgine Y.M. Kapo, Meylani D. Wowor

xiii + 169 halaman + 2 gambar + 8 tabel + 1 skema + 3 lampiran

ABSTRAK

Latar belakang, penyakit tidak menular menjadi salah satu masalah kesehatan yang harus diperhatikan. Terdapat beberapa jenis penyakit tidak menular, salah satunya adalah stroke. Stroke terbagi atas dua, yaitu stroke iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik adalah gangguan pada sistem persarafan, dikarenakan adanya penyumbatan pada aliran darah ke otak, yang biasanya disebabkan oleh trombotik dan emboli, yang mengakibatkan kematian sel jaringan di otak. Menurut *World Stroke Organization* tahun 2022, lebih dari 11,2 juta orang menderita stroke. Hasil survei kesehatan Indonesia tahun 2023, jumlah penderita stroke sebanyak 638.178 orang, dan Sulawesi Utara masuk peringkat kedua dengan prevalensi sebesar 11,3%. Menurut hasil rekam medis di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon, sejak Januari 2023 sampai Maret 2024 penderita stroke sebanyak 46 orang, terbagi atas stroke iskemik berjumlah 34 orang dan stroke hemoragik berjumlah 12 orang. **Tujuan,** untuk mendeskripsikan hasil pelaksanaan studi kasus asuhan keperawatan medikal bedah dengan stroke iskemik di RSU Gunung Maria Tomohon. **Metode,** jenis penelitian ini merupakan studi kasus deskriptif, dengan subyek penelitian yaitu Ny. D.P, dan untuk data diperoleh melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi dan pendokumentasian, serta diskusi antara perawat, pasien dan keluarga. **Hasil,** diperoleh 5 diagnosis keperawatan, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. **Kesimpulan,** setelah dilakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang disusun, penulis melakukan evaluasi pada pasien dan semua masalah keperawatan teratasi, kecuali diagnosis gangguan mobilitas fisik.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Keperawatan Medikal Bedah, Stroke Iskemik

Daftar Pustaka : (2019-2024)

DAFTAR ISI

	<i>Halaman</i>
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORSINILITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
CURRICULUM VITAE.....	ix
KATA PENGANTAR.....	xi
ABSTRAK	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR SKEMA	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB I_PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN TEORETIS	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Faktor Risiko	8
2.1.4 Anatomi Fisiologi.....	10
2.1.5 Patofisiologi.....	17
2.1.6 Skema Patofisiologi.....	19
2.1.7 Manifestasi Klinis.....	23
2.1.8 Komplikasi	23
2.1.9 Penanganan dan Pengobatan	23

2.1.10	Pemeriksaan Penunjang	24
2.2	Konsep Dasar Keperawatan	25
2.2.1	Pengkajian	25
2.2.2	Diagnosis Keperawatan	34
2.2.3	Intervensi Keperawatan	42
2.2.4	Implementasi keperawatan	53
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	53
BAB II METODOLOGI PENELITIAN		54
3.1	Jenis/Desain Penulisan	54
3.2	Subjek Studi Kasus	54
3.3	Definisi Operasional	54
3.4	Lokasi & Waktu Studi Kasus	55
3.5	Proses pengumpulan data	55
3.6	Penyajian Data	56
3.7	Etika Penelitian	56
BAB IV TINJAUAN KASUS		59
4.1	Pengkajian	59
4.2	Diagnosis Keperawatan	86
4.3	Intervensi, Implementasi, Evaluasi	87
4.4	Catatan Perkembangan	110
BAB V PEMBAHASAN		131
5.1	Pengkajian	131
5.2	Diagnosis Keperawatan	134
5.3	Intervensi, implementasi dan evaluasi	135
BAB VI PENUTUP		138
6.1	Kesimpulan	138
6.2	Saran	139
DAFTAR PUSTAKA		138

DAFTAR GAMBAR

	<i>Halaman</i>
Gambar 2.1 Anatomi Otak.....	10
Gambar 4.1 EKG.....	75

DAFTAR TABEL

	<i>Halaman</i>
Tabel 4.1 <i>Morse Fall Score</i>	65
Tabel 4.2 Pemeriksaan Derajat Stroke.....	66
Tabel 4.3 Pemeriksaan Hematologi	73
Tabel 4.4 Pemeriksaan Kimia Klinik.....	74
Tabel 4.5 Pemeriksaan Urinalisis.....	74
Tabel 4.6 Klasifikasi Data.....	78
Tabel 4.7 Analisa Data.....	80
Tabel 4.8 Intervensi, Implementasi, Evaluasi	82

DAFTAR SKEMA

	<i>Halaman</i>
Skema 2.1 Patofisiologis Stroke Iskemik.....	19

DAFTAR LAMPIRAN

	<i>Halaman</i>
Lampiran 1 <i>Informed Consent</i>	142
Lampiran 2 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan	144
Lampiran 3 Lembar Konsultasi	146

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Era digitalisasi yang sudah sangat berkembang secara pesat, membuat penyebaran informasi juga menjadi sangat cepat. Tentu kali ini ada hal yang harus dipertimbangkan, yaitu tentang pemahaman masyarakat tentang pentingnya permasalahan kesehatan itu, karena dampak yang timbul dari permasalahan Kesehatan sangat berakibat fatal bagi kehidupan masyarakat. Salah satu permasalahan Kesehatan yang menjadi perhatian utama pada masa sekarang ini adalah adanya peningkatan insidensi penyakit tidak menular pada insidensi penyakit menular. Peningkatan insidensi penyakit tidak menular tentu disebabkan oleh angka harapan hidup masyarakat Indonesia sendiri (Wijaya et al., 2021).

Penyakit Tidak Menular (PTM) biasanya disebut penyakit degeneratif. Penyakit tidak menular menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat dikarenakan tingginya angka *morbidity* (angka kesakitan) dan *mortality* (angka kematian). Penyakit jenis ini berkembang secara perlahan dan terjadi dalam jangka waktu yang panjang. Penyakit tidak menular tidak dapat ditularkan antara satu individu kepada individu lainnya di berbagai usia dan negeri di seluruh dunia. Salah satu yang termasuk ke dalam penyakit tidak menular adalah stroke (Kemenkes, 2023).

Stroke merupakan salah satu permasalahan utama masyarakat saat ini, karena penyakit ini tidak hanya memberikan dampak negatif terhadap kondisi fisik, namun juga kondisi psikologis. Selain itu pengobatan stroke memerlukan biaya yang sangat besar (Utomo Tranggono, 2022). Stroke sendiri terjadi ketika pembuluh darah otak tidak dapat menyuplai oksigen pada sel-sel otak atau ketika sel-sel otak tidak menerima nutrisi dan oksigen dari darah. Gejala stroke biasanya tiba secara mendadak, kehilangan kekuatan pada salah satu sisi tubuh, bingung, kesulitan bicara dan memahami, masalah dengan penglihatan, kesulitan berjalan, sakit kepala, dan kehilangan keseimbangan (Langingi et al., 2023). Stroke dapat menyebabkan penderitanya mengalami koma, atau bahkan meninggal. Oleh karena itu, pengobatan yang cepat dan tepat pada 3-5 jam pertama setelah gejala muncul sangat penting untuk mengurangi risiko perdarahan, cacat permanen, dan kematian. (Amnah & Prihatini, 2023).

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Era digitalisasi yang sudah sangat berkembang secara pesat, membuat penyebaran informasi juga menjadi sangat cepat. Tentu kali ini ada hal yang harus dipertimbangkan, yaitu tentang pemahaman masyarakat tentang pentingnya permasalahan kesehatan itu, karena dampak yang timbul dari permasalahan Kesehatan sangat berakibat fatal bagi kehidupan masyarakat. Salah satu permasalahan Kesehatan yang menjadi perhatian utama pada masa sekarang ini adalah adanya peningkatan insidensi penyakit tidak menular pada insidensi penyakit menular. Peningkatan insidensi penyakit tidak menular tentu disebabkan oleh angka harapan hidup masyarakat Indonesia sendiri (Wijaya et al., 2021).

Penyakit Tidak Menular (PTM) biasanya disebut penyakit degeneratif. Penyakit tidak menular menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat dikarenakan tingkatnya angka *morbidity* (angka kesakitan) dan *mortality* (angka kematian). Penyakit jenis ini berkembang secara perlahan dan terjadi dalam jangka waktu yang panjang. Penyakit tidak menular tidak dapat ditularkan antara satu individu kepada individu lainnya di berbagai usia dan negeri di seluruh dunia. Salah satu yang termasuk ke dalam penyakit tidak menular adalah stroke (Kemenkes, 2023).

Stroke merupakan salah satu permasalahan utama masyarakat saat ini, karena penyakit ini tidak hanya memberikan dampak negative terhadap kondisi fisik, namun juga kondisi psikologis. Selain itu pengobatan stroke memerlukan biaya yang sangat besar (Utomo Tranggono, 2022). Stroke sendiri terjadi ketika pembuluh darah otak tidak dapat menyuplai oksigen pada sel-sel otak atau ketika sel-sel otak tidak menerima nutrisi dan oksigen dari darah. Gejala stroke biasanya tiba secara mendadak, kehilangan kekuatan pada salah satu sisi tubuh, bingung, kesulitan bicara dan memahami, masalah dengan penglihatan, kesulitan berjalan, sakit kepala, dan kehilangan keseimbangan (Langingi et al., 2023). Stroke dapat menyebabkan penderitanya mengalami koma, atau bahkan meninggal. Oleh karena itu, pengobatan yang cepat dan tepat pada 3-5 jam pertama setelah gejala muncul sangat penting untuk mengurangi risiko perdarahan, cacat permanen, dan kematian. (Amnah & Prihatini, 2023).

Stroke merupakan penyakit yang menyerang daerah otak. Stroke terbagi atas dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik adalah penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara tiba-tiba akibat terhentinya aliran darah di otak yang diakibatkan oleh thrombus dan emboli (Hariyanti et al., 2020). Penyakit stroke iskemik sering menyerang individu lanjut usia, tetapi tidak menutup kemungkinan menyerang individu usia 45 tahun kebawah, secara nyata terdapat 5% kasus stroke terjadi pada individu usia muda (Mahendrakisna et al., 2019).

Menurut *World Stroke Organization* (2022), > 11,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 mengalami stroke atau > 101 juta orang yang hidup saat ini, > 7,7 juta atau 62% stroke iskemik baru disetiap tahunnya. Stroke sendiri merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor dua di dunia setelah penyakit jantung. Menurut Survei Kesehatan Indonesia (2023), jumlah penderita stroke di Indonesia menurut diagnosis tenaga kesehatan, diperkirakan sebanyak 638.178 orang dengan prevalensi sebesar 8,3% untuk usia ≥ 15 tahun dan/atau 41,3% untuk usia > 75 tahun Tertinggi pertama stroke oleh Yogyakarta dengan prevalensi sebesar 11,4%, kedua tertinggi di Sulawesi Utara dengan prevalensi sebesar 11,3% dan tertinggi ketiga yakni Jakarta sebesar 10,7%. Hasil rekam medis di Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon, prevalensi penderita stroke sejak januari 2023 sampai maret 2024 yakni sebanyak 46 orang, terbagi atas stroke iskemik berjumlah 34 orang dan stroke hemoragik berjumlah 12 orang (Rekam Medis RSU Gunung Maria Tomohon, 2024).

Tingginya angka kejadian stroke membuat penyakit ini harus cepat ditangani dan diatasi dengan segera, karena penyakit ini mampu menyebabkan kerusakan otak dan kecacatan berkepanjangan. Penanganan yang tepat bagi pasien stroke, guna mencegah hal yang lebih parah dan berusaha meningkatkan kualitas hidup serta memulihkan kondisi pasien stroke. Peran perawat sebagai health provider sangatlah penting karena pemulihan dan penanganan yang diberikan, tidak hanya untuk fisik, melainkan harus sampai pada mental dan psikologi pasien.

Sebagai provider tentu perawat harus memperhatikan dan menentukan masalah keperawatan yang ada pada pasien. Pada stroke iskemik sering terjadi gangguan atau sumbatan suplai darah ke bagian otak, hal ini mengakibatkan timbulnya risiko perfusi serebral tidak efektif dan peningkatan tekanan intrakranial.

Terdapat beberapa intervensi keperawatan yang bisa mencegah terjadinya ketidakefektifan perfusi serebral, salah satunya adalah terapi nonfarmakologi elevasi kepala/posisi head up 30 derajat. Posisi head up 30 derajat ini merupakan cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30 derajat dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk (Hendra Kusuma & Anggraeni Atika, 2019). Pada pasien yang mengalami stroke, *head up* 30 derajat dapat membantu status hemodinamika yang ada, dimana terjadi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral. Berdasarkan penelitian dari Wahidin & Supraptini (2020), dua pasien yang diberikan posisi 30 derajat, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral kembali efektif. Posisi *head up* 30 derajat yang diberikan merupakan bentuk tipe intervensi standar *comfort*, yang artinya tindakan ini diberikan sebagai upaya dalam mempertahankan dan memulihkan peran tubuh serta memberikan kenyamanan, bahkan bisa mencegah komplikasi.

Masalah selanjutnya adalah pasien mengalami gangguan mobilitas fisik. Pemberian mobilisasi adalah intervensi paling tepat untuk pasien. Mobilisasi dapat membantu mengurangi komplikasi yang muncul setelah stroke, seperti radang paru, ulkus dekubitus, dan kurangnya kekuatan otot dan kebugaran fisik, yang dapat mengurangi kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Selain itu menurut penelitian Juliani et al., (2022) Mobilisasi dapat meningkatkan kemandirian fungsional secara bermakna bagi pasien stroke. Contoh lainnya dari mobilisasi yaitu *Range OF Motion* (ROM). Latihan ROM membuktikan adanya peningkatan kekuatan otot pasien stroke. Range Of Motion adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan menggerakkan sendi secara normal dan penuh untuk meningkatkan massa otot dan tonus dan stimulasi karena semakin banyak unit motorik yang terlibat, semakin besar kekuatan otot, sehingga dapat meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien pasca stroke (Faridah et al., 2022). Berdasarkan penelitian dari Dwi Prabowo et al., (2020), pelaksanaan ROM secara signifikan meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas responden. Kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas meningkat dari skala 3 menjadi 4, sementara pada ekstremitas kiri bawah meningkat dari skala 2 menjadi 3. Penelitian Sepang et al., n.d. (2022), hasil uji Wilcoxon pada responden menunjukkan nilai $p = 0,005 < 0,05$. Hal ini

membuktikan adanya perbedaan dalam aktivitas sehari-hari pasien stroke sebelum dan sesudah diberikan latihan ROM pada kelompok intervensi.

Pasien stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas, bahkan ada gangguan mobilitas fisik, hal ini meningkatkan risiko jatuh bagi pasien dengan stroke. Peningkatan risiko jatuh sering berhubungan dengan penyakit jantung, hipotensi ortostatik, kelemahan pada fisik, gangguan sensorik dan bahaya lingkungan (Denfeld et al., 2022). Hilang keseimbangan, koordinasi, dan kemampuan untuk mempertahankan posisi termasuk dalam gangguan sensomotorik yang dimana disebabkan oleh penyakit stroke. Kondisi ini mengakibatkan pasien stroke rentan terjatuh (Robby et al., 2023). Dalam pengoperasian manajemen Rumah Sakit, terdapat enam sasaran keselamatan pasien, salah satunya adalah pengurangan risiko jatuh. Tenaga Kesehatan yang memiliki kontak dekat dengan pasien adalah perawat. Oleh karena itu perawat menjadi salah satu pemegang peran penting dalam pencegahan jatuh. Pengkajian keperawatan yang sangat krusial salah satunya adalah identifikasi pasien yang sangat berisiko terjatuh. Pasien dan keluarga harus memahami risiko jatuh dan bagaimana cara mencegah hal tersebut (Djurovic et al., 2021). Untuk melihat risiko jatuh pasien, dapat menggunakan skala morse. Perhitungan skala morse penting pada pasien dengan risiko jatuh untuk mengetahui seberapa tinggi risiko jatuh pada pasien.

Penurunan kekuatan otot adalah salah satu dampak paling umum yang dialami oleh pasien stroke dan dapat menyebabkan defisit perawatan diri. Kebersihan diri sangat penting karena membantu mengurangi risiko masuknya mikroorganisme dan mencegah penyakit. Kebersihan dari ujung rambut hingga ujung kaki merupakan bagian kebersihan diri. Beberapa faktor yang mempengaruhi kebersihan diri meliputi usia, jenis kelamin, status perkembangan, status Kesehatan, faktor sosial budaya, system pelayanan Kesehatan dan system keluarga (Akbar, 2019). Namun dalam perawatan diri pasien stroke, tentu membutuhkan orang lain, baik perawat atau keluarga. Akan lebih baik jika keluarga mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri dari pasien. Berdasarkan penelitian dari Fadhillah et al., (2022) ada hubungan dukungan keluarga dengan *personal hygiene* pasien stroke di Rumah Sakit Mitra Husada Pringsewu Tahun 2020 dengan nilai p-value 0.000.

Selain *provider*, perawat juga penting berperan sebagai edukator. Dengan memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya, baik secara teori maupun praktik, diharapkan hal tersebut dapat memberikan manfaat dalam meningkatkan kualitas hidup pasien stroke. Dengan demikian, pasien diharapkan dapat mandiri dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari dan meningkatkan aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Life/ADL*). Harapan lainnya dengan pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga, sangat diharapkan keluarga mampu ikut serta dalam proses pemulihan pasien stroke. Peran educator perawat tidak hanya untuk kepentingan pasien, namun kepentingan keluarga juga. Dengan pemberian edukasi tentang kondisi dan penyakit pasien diharapkan kecemasan dari keluarga dapat menurun, karena pasint keluarga pasien turut mencemaskan kondisi dari pasien itu sendiri. Perawat juga perlu memotivasi keluarga pasien agar tetap semangat dan jangan putus asa untuk diri sendiri maupun dalam merawat pasien, karena seperti yang kita ketahui, pemulihan penyakit stroke membutuhkan waktu yang tidak singkat.

1.2 Rumusan Masalah

Keadaan pasien dengan stroke iskemik dapat berbeda satu dengan yang lain. Maka pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan harus disesuaikan dengan keadaan pasien tersebut. Diagnosis keperawatan yang utama pada pasien stroke iskemik adalah risiko perfusi serebral tidak efektif. Penurunan sirkulasi darah ke otak dapat berakibat fatal seperti terganggunya distribusi atau peredaran oksigen dan nutrisi ke organ sehingga dapat menyebabkan kematian. Hal ini tentu saja menjadi kekhawatiran penulis, karena berdasarkan data yang tercantum pada latar belakang menunjukkan tingginya prevalensi penyakit stroke di Indonesia khususnya Sulawesi Utara.

Berdasarkan masalah di atas, maka penulis tertarik menyusun karya tulis ilmiah dengan judul studi kasus asuhan keperawatan medikal bedah stroke iskemik pada Ny. D.P di RSUD Gunung Maria Tomohon.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan secara spesifik tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Stroke Iskemik Pada Ny. D.P Di RSUD Gunung Maria Tomohon.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian yang tepat pada pasien stroke iskemik.
2. Mampu merumuskan masalah keperawatan yang tepat pada pasien stroke iskemik.
3. Mampu merencanakan tindakan keperawatan yang tepat pada pasien stroke iskemik.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien stroke iskemik.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien stroke iskemik.

1.4 Manfaat Penelitian

1.1.1 Pasien dan Keluarga

Mendapatkan asuhan keperawatan secara optimal, guna meningkatkan kesejahteraan dan pemulihan kondisi pasien. Mendapatkan pengetahuan tambahan tentang stroke.

1.1.2 Pelayanan Keperawatan

Untuk memberikan pemahaman serta pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada pasien stroke berdasarkan 5 proses keperawatan.

1.1.3 Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai bacaan ilmiah, pedoman studi bagi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke iskemik, serta sebagai kerangka perbandingan atau penyempurnaan dari ilmu keperawatan yang telah ada sebelumnya.

1.1.4 Penulis

Mendapatkan pengalaman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik di RSUD Gunung Maria Tomohon.

BAB II

TINJAUAN TEORETIS

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi

Stroke adalah penyakit yang menyerang arteri yang menuju dan berada di dalam otak. Stroke terjadi ketika pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak tersumbat oleh bekuan darah atau pecahnya pembuluh darah. Ketika hal ini terjadi, bagian otak tidak dapat memperoleh darah (dan oksigen) yang dibutuhkan, sehingga otak dan sel-sel otak mati (AHA, 2024).

Stroke iskemik adalah hilangnya sirkulasi darah secara tiba-tiba di suatu area otak, yang mengakibatkan hilangnya fungsi neurologis (Jauch Edward, 2024).

Stroke iskemik merupakan kejadian tersumbatnya aliran darah ke otak karena aterosklerosis atau bekuan darah yang menyumbat suatu pembuluh darah. Pada stroke iskemik, penyumbatan terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke arah otak (Prayoga & Zulmeliza, 2022).

Jadi, stroke iskemik adalah gangguan pada sistem persarafan, dikarenakan adanya penyumbatan pada aliran darah ke otak, yang biasanya disebabkan oleh trombotik dan emboli, yang mengakibatkan kematian sel jaringan di otak

2.1.2 Etiologi

Penyebab dari Stroke Iskemik antara lain :

1. **Timbulnya Thrombosis (Trombotik)**

Stroke trombotik adalah penggumpalan darah yang terjadi pada arteri yang memasok darah ke otak. Pembekuan ini menghambat aliran darah dan dapat menyebabkan stroke (AHA, 2020).

2. **Timbulnya Emboli (Embolik)**

Dalam stroke emboli, gumpalan darah atau plak biasanya terbentuk di jantung atau arteri besar yang mengarah ke otak. Kemudian, gumpalan ini bisa bergerak melalui arteri menuju otak dan menyumbat pembuluh darah di sana, yang menyebabkan terjadinya stroke (AHA, 2020).

2.1.3 Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya stroke menurut Sutejo et al., (2023) dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu

1. Faktor predisposisi

a. Riwayat hipertensi

Tekanan darah tinggi adalah salah satu faktor utama yang meningkatkan risiko terkena stroke, terutama stroke iskemik, baik dalam hal tekanan darah sistolik maupun diastolik yang tinggi. Semakin tinggi tekanan darah seseorang, semakin besar risikonya untuk mengalami stroke. Hipertensi dapat menyebabkan penipisan dinding pembuluh darah dan kerusakan pada lapisan dalam pembuluh darah, yang dapat memicu pembentukan plak aterosklerosis. Hal ini meningkatkan terjadinya penyumbatan atau pendarahan yang dapat menyebabkan stroke.

b. Penyakit Diabetes Mellitus

Seseorang yang menderita diabetes melitus memiliki risiko dua kali lipat lebih tinggi untuk mengalami stroke iskemik dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki diabetes. Kondisi seseorang yang menderita diabetes melitus memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami stroke karena kondisi ini dapat meningkatkan jumlah kasus aterosklerosis dan juga faktor risiko lainnya seperti hipertensi, obesitas, dan hiperlipidemia.

c. Merokok

Perokok memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami stroke dibandingkan dengan non perokok. Nikotin dalam rokok meningkatkan beban kerja jantung dengan meningkatkan detak jantung dan tekanan darah. Selain itu, nikotin juga mengurangi elastisitas arteri dan menyebabkan pembentukan aterosklerosis. Zat kimia beracun dalam rokok, seperti nikotin dan karbon monoksida, dapat merusak lapisan endotel arteri, meningkatkan tekanan darah, dan menyebabkan kerusakan pada sistem

kardiovaskular melalui berbagai mekanisme tubuh. Rokok juga terkait dengan peningkatan kadar fibrinogen, penggumpalan trombosit, penurunan kadar HDL, dan peningkatan hematokrit, yang dapat mempercepat proses aterosklerosis sebagai faktor risiko utama penyebab stroke.

d. **Obesitas**

Obesitas dapat meningkatkan risiko stroke baik melalui mekanisme pendarahan maupun sumbatan, tergantung pada faktor risiko lain yang turut berperan. Stroke sering terjadi pada individu dengan kelebihan berat badan, dan Sebagian besar kasusnya terkait dengan kondisi obesitas.

e. **Kebiasaan mengonsumsi alkohol**

Mengonsumsi alkohol memiliki dampak tambahan pada peningkatan tekanan darah, osmolaritas plasma, serta tingkat homosistein dalam darah. Ini juga terkait dengan risiko kardiomiopati dan aritmia. Namun, alkohol juga dapat memiliki efek menghambat pembekuan darah dengan menurunkan kadar fibrinogen dan agregasi trombosit, serta menurunkan kadar lipoprotein dan meningkatkan HDL. Selain itu, alkohol juga dapat meningkatkan sensitivitas insulin.

2. **Faktor presipitasi**

a. **Faktor usia**

Secara umum, stroke biasanya dialami oleh orang lanjut usia, karena seiring bertambahnya usia, pembuluh darah menjadi keras dan menyempit sehingga lemak dapat menyumbat pembuluh darah. Sebagian besar kasus stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 50 tahun. Namun, dengan pola makan dan jenis makanan yang ada saat ini, stroke juga bisa menyerang orang-orang yang lebih muda. Beberapa kasus terbaru menunjukkan peningkatan kejadian stroke pada usia remaja dan usia produktif (15-40 tahun). Pada kelompok ini, penyebab utama stroke

meliputi stress, penyalahgunaan narkoba, alkohol, faktor keturunan, gaya hidup yang tidak sehat.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah salah satu faktor yang dapat menyebabkan serangan stroke. Berdasarkan faktor risiko, stroke menyerang pria 19% lebih sering dibandingkan wanita. Namun, faktor ini juga didukung oleh faktor-faktor lain yang memicu stroke, seperti kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol. Wanita lebih terlindungi dari penyakit jantung dan stroke hingga pertengahan hidup mereka karena hormon esterogen yang dimilikinya.

c. Faktor genetik/ riwayat keluarga

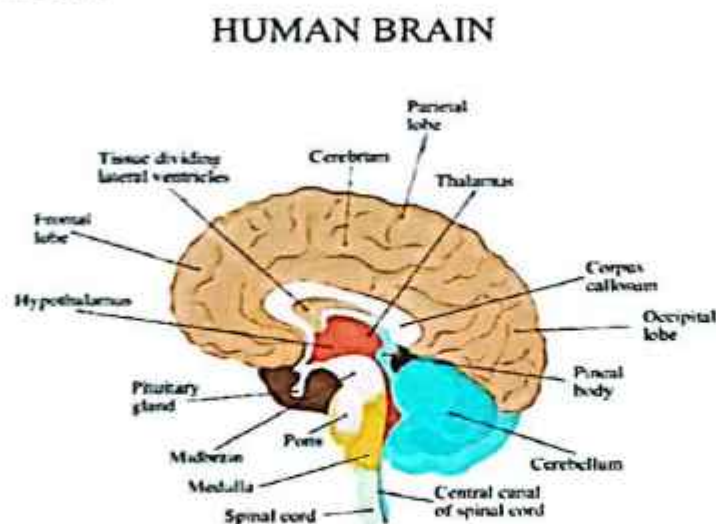
Ada dugaan bahwa stroke berkaitan dengan faktor keturunan. Dalam hal ini, hipertensi, DM dan kelainan pembuluh darah menjadi faktor genetic yang mendukung terjadinya stroke.

d. Riwayat stroke

Orang yang pernah mengalami stroke memiliki risiko tinggi untuk mengalami serangan stroke kembali.

2.1.4 Anatomi Fisiologi

1. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Otak (Putri Nurul, 2023)

2. Fisiologis

a. Otak

Otak manusia merupakan sistem biologis yang paling kompleks, dan otak orang dewasa terdiri dari lebih dari 100 miliar sel pemroses informasi yang disebut neuron. Otak adalah organ yang terdiri dari jaringan saraf yang mengontrol reaksi, gerakan, sensasi, emosi, bahasa, komunikasi, pemikiran, dan memori yang dihasilkan oleh tugas. Otak mempunyai fungsi untuk mengendalikan tubuh. Otak tidak menyimpan nutrisi agar bisa berfungsi dengan baik, otak tergantung dari pasokan aliran darah, yang membawa oksigen dan nutrisi.

Pada dasarnya otak terdiri dari tiga bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu:

1) Otak besar (*Cerebrum*)

Otak besar merupakan bagian terbesar dari otak, yaitu 85%. Terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri yang dilapisi oleh lapisan luar yang disebut korteks serebral. Korteks serebral memiliki ketebalan sekitar 2-5 mm. Istilah *neokorteks* umumnya digunakan untuk merujuk pada korteks serebral, kecuali untuk bagian *olfaktori* dan hipokampus.

Korteks serebri kanan dan kiri memiliki peran dalam menginterpretasikan data sensorik, memproses informasi, dan membentuk ide, meskipun setiap hemisfer bertanggung jawab atas tugas-tugas khusus. Otak besar berfungsi dalam aktivitas intelektual tingkat tinggi seperti fungsi bicara, integritas informasi sensorik (rasa) dan kontrol gerakan halus. Contohnya, pada beberapa individu korteks kiri lebih dominan dalam analisis sistematis, Bahasa, bicara, matematika, dan abstraksi. Di sisi lain, korteks kanan lebih dominan dalam mengasimilasi pengalaman sensorik seperti informasi visual, serta aktivitas seperti menari, senam, musik dan apresiasi seni.

Otak besar terdiri atas :

a) Lobus frontalis

Korteks *motoric* mengatur aktivitas *motoric* tubuh. *Area Broca* terletak di bagian depan korteks *motoric* primer dan di atas sulkus lateral, mengkoordinasikan gerakan kompleks otot-otot mulut, lidah, dan laring yang penting untuk pembentukan bicara (*motorik*). Kerusakan atau gangguan pada area ini dapat menyebabkan kesulitan dalam berbicara dengan lancar, yang dikenal sebagai afasia *broca*.

b) Lobus parietalis

Lobus parietalis merupakan bagian dari korteks yang terletak di belakang sulkus lateral, dan membentang ke bagian belakang hingga fisura parieto-okipital. Lobus ini berfungsi sebagai pusat sensorik utama otak yang mengatur persepsi sentuhan dan pendengaran.

c) Lobus oksipitalis

Lobus oksipital merupakan bagian belakang dari korteks serebral, terletak di belakang lobus parietal dan di atas fosura parieto-okipital. Fungsi utamanya adalah menerima informasi visual yang diterima dari retina mata.

d) Lobus temporalis

Lobus temporal, yang berada di bawah sulkus lateral (fisura sylvian), mencakup area utama interpretasi suara dan asosiasi pendengaran, terutama di lobus temporal kiri. Kerusakan pada bagian ini dapat menyebabkan kesulitan dalam memahami Bahasa lisan atau tulisan, serta kesulitan dalam mengenali dan memfasilitasi pemahaman Bahasa, yang berhubungan dengan area *Wernicke*.

- e) Lobus lainnya juga berperan dalam interpretasi bau dan penyimpanan memori.

2) Otak kecil (*Cerebellum*)

Otak kecil, yang terletak di bawah otak besar, memiliki peran dalam mengkoordinasikan gerakan dan keseimbangan. Terletak di dalam dura meter posterior di bawah tentorium cerebelli, yang memisahkannya dari lobus oksipital otak besar. Otak kecil berfungsi sebagai pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot melalui mekanisme dan umpan balik yang kompleks, memungkinkan system somatic tubuh untuk bergerak dengan presis dan keterampilan. Otak kecil juga merupakan bagian penting dari sistem pusat yang mengendalikan kontaksi otot secara otomatis dan optimal. Bagian-bagian otak kecil meliputi lobus anterior, lobus medial, dan lobus flocculonodular.

3) Batang otak (*brain sistem*)

Batang otak terhubung dengan diencephalon di bagian atasnya dan sumsum tulang belakang di bagian bawahnya. Struktur fungsional penting di batang otak meliputi jalur sensorik yang naik, formasi retikularis, dan jalur turun longitudinal yang menghubungkan sumsum tulang belakang dengan bagian-bagian lain dari otak, serta sel saraf dan 12 pasang saraf kranial. Secara garis besar batang otak terdiri atas:

a) *Diensephalon*

Diensephalon adalah bagian atas dari otak yang terletak di antara otak kecil dan mesensefalon. Kumpulan sel saraf di bagian depan lobus temporal membentuk kapsula inferna dengan sudut yang menghadap ke samping.

Diensephalon terdiri dari thalamus dan hipotalamus. Thalamus mengalirkan semua informasi sensori yang naik, kecuali penciuman, ke sel kortikal. Hipotalamus mengatur fungsi sistem saraf otonom seperti detak jantung, tekanan darah, keseimbangan air dan elektrolit, motilitas lambung dan usus, suhu tubuh, berat badan, dan siklus tidur-bangun. Fungsi lain dari diensefalon mencakup regulasi pembuluh darah, mendukung proses pernapasan, mengontrol aktivitas refleks, dan mendukung fungsi jantung.

b) *Manesephalon*

Manesephalon adalah bagian otak yang menghubungkan antara pons dan otak kecil. Fungsi mensesefalon meliputi bantuan dalam pergerakan mata, pengaturan pengangkatan kelopak mata, dan control rotasi mata.

c) *Pons*

Pons adalah penghubung antara mesencephalon dengan medulla oblongata. Fungsinya termasuk membantu dalam regulasi pernapasan, serta sensasi seperti sentuhan, rasa, nyeri, dan suhu.

d) *Medulla oblongata*

Medulla oblongata adalah bagian terbawah dari batang otak yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. *Medulla oblongata* mengandung pusat-pusat vital yang mengatur fungsi pernapasan dan system kardiovaskular

b. Saraf tulang belakang

Saraf tulang belakang, atau *medulla spinalis*, adalah kolom jaringan saraf yang menjalar dari dasar tengkorak ke punggung.

Saraf ini dilindungi oleh tiga lapisan selaput (*meninges* tulang belakang) dan tersembunyi di dalam *vertebrata* (tulang belakang). Bersama dengan otak, saraf tulang belakang membentuk sistem saraf pusat. Manusia memiliki 31 pasang saraf tulang belakang yang berasal dari jaringan saraf dan keluar dari kolom *vertebral* untuk mengontrol daerah tubuh terdekat. Secara umum, fungsi saraf tulang belakang mencakup komunikasi saraf, koordinasi gerakan tubuh dan fungsi organ, serta pengaturan refleks dalam tubuh manusia.

c. Sistem saraf tepi

Sistem saraf tepi terdiri dari system somatic (yang mencakup saraf kranial dan saraf tulang belakang) dan sistem saraf otonom (tak sadar)

d. Saraf kranial

Saraf kranial berhubungan dengan kepala dan leher, kecuali vagus. Saraf-saraf ini bertanggung jawab untuk mengirimkan informasi sensorik dan motorik ke otak. Ada 12 pasang saraf kranial, yang mencakup :

- 1) *Nervus olfaktorius*, menghantarkan sinyal aroma dari rongga hidung ke otak.
- 2) *Nervus optikus*, mensarafi bola mata dan mengirimkan sinyal penglihatan ke otak.
- 3) *Nervus Oculomotorius*, berfungsi untuk menggerakkan Sebagian besar otot-otot bola mata
- 4) *Nervus troclearis*, adalah saraf motorik yang mengendalikan otot-otot orbital (penggerak bola mata). Ini adalah saraf yang memutar mata dengan pusatnya terletak di belakang saraf penggerak mata.
- 5) *Nervus trigeminus*, bersifat majemuk (sensori motoris) fungsinya sebagai saraf kembar tiga, saraf ini merupakan saraf otak besar. Saraf ini mempunyai tiga buah cabang yaitu :

- a. Cabang *optalmik* berfungsi untuk menghantarkan informasi dari kelopak mata, bola mata, kelenjar air mata, sisi hidung, rongga hidung, kulit dahi, serta bagian kepala lainnya.
 - b. Cabang *maksilar* berfungsi menghantarkan informasi dari kulit wajah, rongga mulut (termasuk gigi atas, gusi, dan bibir), serta palatum (langit-langit mulut).
 - c. Cabang *mandibular* berfungsi untuk menghantarkan informasi dari gigi bagian bawah, gusi, bibir, kulit rahang, area kulit temporal kepala.
- 6) *Nervus abducent* adalah saraf motorik yang mengendalikan otot-otot orbital. Fungsinya adalah sebagai saraf yang menggerakkan mata ke sisi.
- 7) *Nervus facialis* memiliki sifat majemuk (sensori dan motorik) dengan serabut motorik yang mengendalikan otot-otot lidah dan selaput lender rongga mulut. Di dalam saraf ini juga terdapat serabut saraf otonom (para simpatis) untuk wajah dan kulit kepala yang berfungsi untuk control gerakan mimik wajah dan menghantarkan sensasi pengecapan.
- 8) *Nervus vestibulokoklearis*, yang bersifat sensori, mensarafi alat pendengaran dan mengirimkan rangsangan pendengaran dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengaran.
- 9) *Nervus glossofaringeus* memiliki sifat majemuk (sensori dan motorik) dan mensarafi faring, tonsil, dan lidah. Saraf ini membawa rangsangan rasa ke otak.
- 10) *Nervus vagus* adalah saraf majemuk (sensori dan motorik) yang mengandung serabut-serabut saraf motorik, sensorik, dan parasimpatis. Saraf ini mensarafi faring, laring, paru-paru, esofagus, lambung, usus kecil, serta kelenjar-kelenjar

pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.

- 11) *Nervus aksesorius* mensarafi otot sternocleidomastoid dan trapezium. Fungsinya sebagai saraf tambahan.
- 12) *Nervus hipoglossus* mengendalikan otot-otot lidah. Ini adalah saraf yang bertanggung jawab atas fungsi motorik lidah, terletak dalam sumsum tulang belakang.

2.1.5 Patofisiologi

Hipertensi adalah faktor risiko utama untuk stroke iskemik, di mana tekanan darah tinggi baik sistolik maupun diastolik dapat meningkatkan risiko terkena stroke. Kondisi ini disebabkan oleh efek hipertensi yang dapat merusak dinding pembuluh darah dan memicu pembentukan plak aterosklerosis, yang dapat menyebabkan penyumbatan atau pendarahan yang mengarah ke stroke.

Seseorang yang menderita diabetes melitus memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami stroke karena kondisi ini meningkatkan kemungkinan terjadinya aterosklerosis.

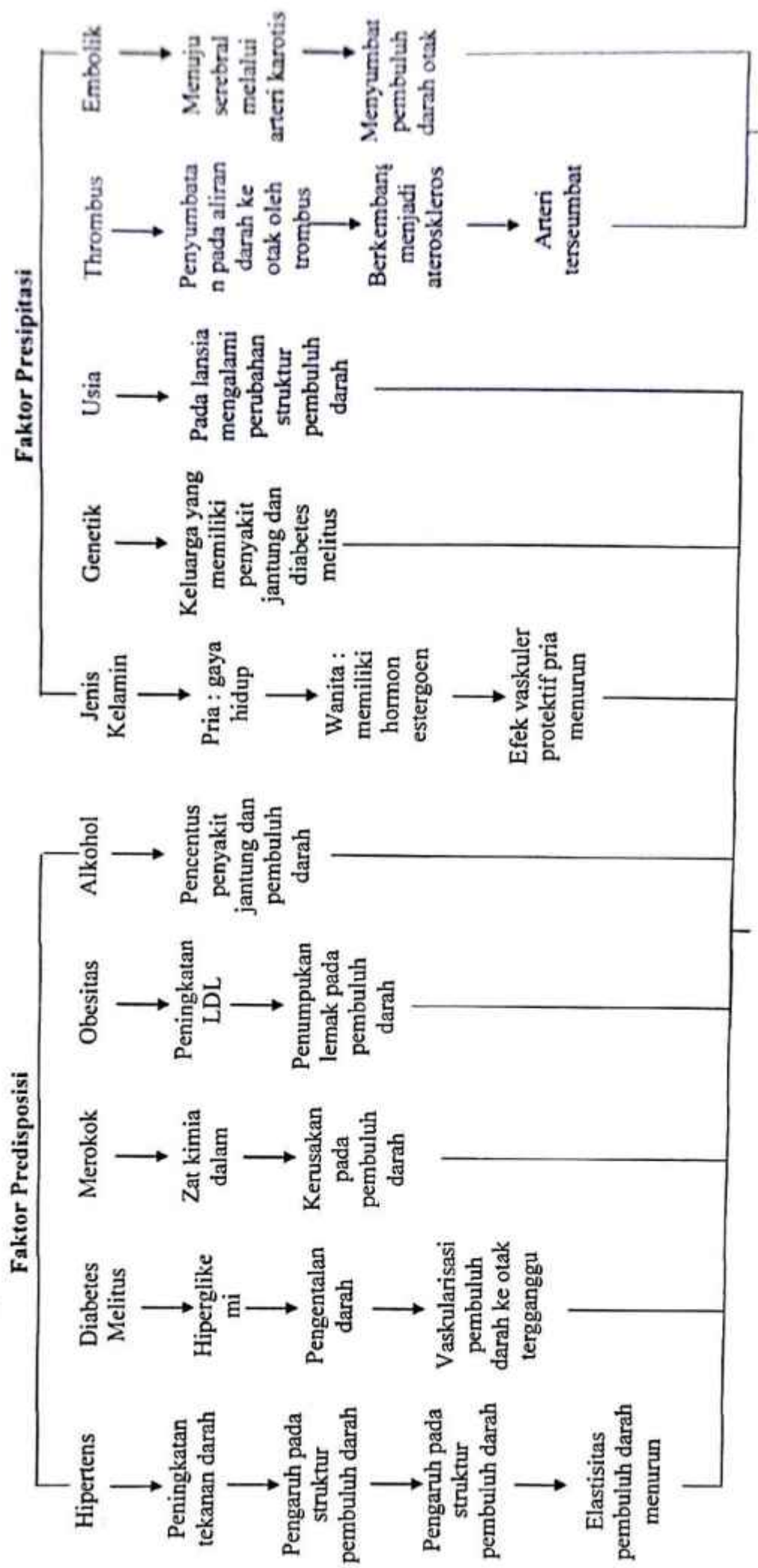
Selain dua penyakit tersebut, Adapun faktor pencetus lainnya, seperti obesitas, merokok dan alkohol. Semua faktor pencetus ini akan membuat pembuluh darah terganggu, baik dari segi struktur pembuluh darah hingga menghasilkan benda asing yang nantinya mengakibatkan penumpukkan plak (*thrombus*). Jika sudah terlalu tebal, plak tersebut berisiko untuk terlepas, plak yang terlepas inilah yang akan menuju otak melalui arteri karotis (*embolic*) yang nantinya mengakibatkan penyumbatan pada pembuluh darah otak. Di otak, bekuan darah menyumbat pembuluh darah, sehingga sirkulasi oksigen pada pembuluh darah terganggu, hal ini bisa menyebabkan iskemik pembuluh darah dan infark jaringan otak.

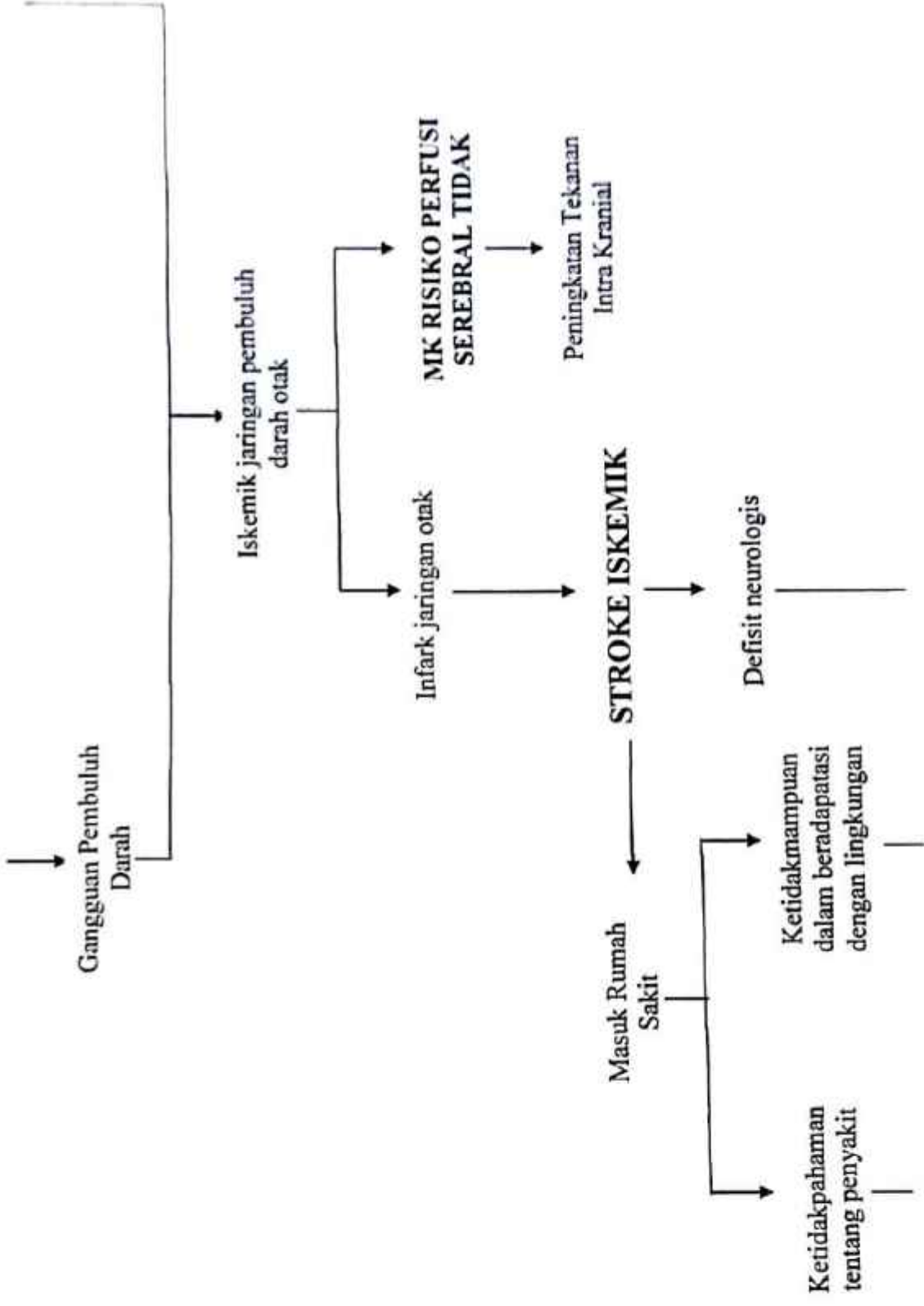
Iskemik pada arteri serebral *anterior* akan mengganggu premotor area, yang dimana berfungsi sebagai penggerak gerakan tubuh. Jika terganggu, akan mengakibatkan disfungsi neuromuskuler, sehingga pada pasien stroke sering terjadi hemiplegia (kelumpuhan) atau hemiparesis (kelemahan) anggota gerak kiri atau kanan. Saat hemiplegia dan hemiparesis terjadi tentu akan ada penurunan kemampuan dalam beraktivitas. Mengakibatkan seluruh aktivitas penderita

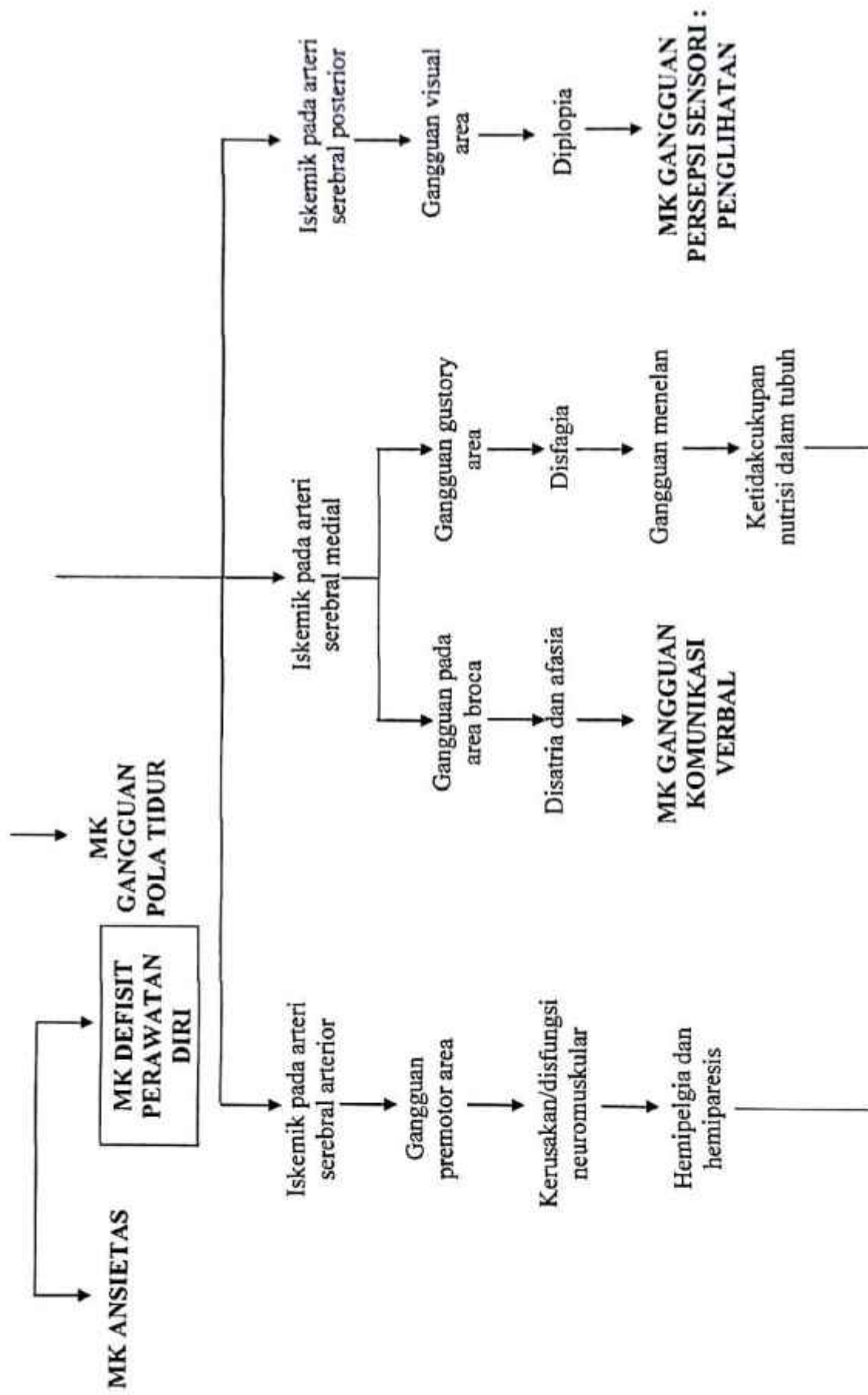
bergantung pada orang lain. Sedangkan jika terjadi iskemik pada arteri *medial*, maka akan mengganggu area *broca* dan area *gustoy*. Sehingga penderita stroke akan mengalami disatria dan afasia, bahkan bisa sampai disfagia. Bila *disfagia* terjadi, maka tubuh penderita berisiko mengalami kekurangan nutrisi karena ketidakmampuan penderita dalam menelan makanan. Jika iskemik pada arteri *serebral posterior*, akan mengganggu area *visual*, yang berakibat terjadinya *diplopia*.

Seluruh masalah yang diakibatkan oleh stroke memerlukan pertolongan yang cepat dan tepat, karena bila tidak ditangani akan mengakibatkan komplikasi yang lebih berat.

2.1.6 Skema Patofisiologi







2.1.7 Manifestasi Klinis

Gejala yang dapat timbul diantaranya yaitu terjadi secara mendadak, terdapat nyeri kepala berat, *parasthesia* (kesemutan), *paresis* (kelumpuhan atau penurunan kekuatan otot pada sebagian anggota badan), serta gangguan gerak. Pada fase awal stroke gejala klinis umumnya meliputi kelumpuhan (*paralysis*), penurunan atau hilangnya refleks tendon, kesulitan menelan (*dysphagia*), gangguan komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif, dampak psikologis, serta disfungsi kandung kemih. (Agustin et al., 2022)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi pada klien dengan stroke iskemik menurut Mauliddiyah et al., (2022), antara lain :

1. Hipoksia serebral
2. Pembentukan bekuan darah (*thrombosis*) pada kaki yang lumpuh dapat menyebabkan penumpukan cairan dan pembengkakan (*edema*)
3. Dekubitus
4. Pneumonia sering terjadi pada penderita stroke karena kesulitan dalam batuk dan menelan dengan baik, yang dapat menyebabkan cairan menumpuk di paru-paru dan mengakibatkan infeksi.
5. Atrofi dan kekakuan sendi sering terjadi pada penderita stroke karena kurangnya gerakan imobilisasi. Jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat, ini dapat mengakibatkan komplikasi yang lebih serius, seperti kecacatan permanen atau kecacatan yang tidak dapat pulih sepenuhnya.

2.1.9 Penanganan dan Pengobatan

Menurut Putri Nurul (2023), ada beberapa penatalaksanaan pada klien dengan Stroke Iskemik diantaranya yaitu :

1. Trombolitik (*streptokinase*)
Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rTPA)
2. Antikoagulan (heparin, warfarin)
Untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi emboli. Terapi ini diberikan bila klien berisiko tinggi mengalami

kekambuhan emboli, infark miokard yang baru terjadi, atau fibrilasi atrial.

3. **Antiplatelet (aspirin)**

Digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.

4. **Antioksidan (astaxanthin dan antioksidan lainnya)**

Berpotensi sebagai antitrombosis dan anhihipertensi pada kerusakan otak.

5. **Antihipertensi**

Obat antihipertensi parenteral yang paling banyak digunakanyaitu nicardipin dan antihipertensi oral yang paling banyak digunakan yaitu amlodipine.

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Berikut merupakan pemeriksaan penunjang pada pasien dengan Stroke Iskemik menurut (Ernawati & Baidah, 2022) :

1. *Angiografiserebral*

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau rupture.

2. *Computer Tomografi Scan (CT Scan)*

Mengetahui area infark, edema, hematoma, struktur dan sistem ventrikel otak

3. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Menunjukan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena

4. *Electro Encephalografi (EEG)*

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik

5. *Electrocardiogram (EKG)*

Berkaitan dengan fungsi dari jantung untuk pemeriksaan penunjang yang berhubungan dengan penyebab stroke

6. **Pemeriksaan Laboratorium**

a. **Fungsi lumbal**

- b. Pemeriksaan darah rutin
- c. Gula darah pada stroke akut dapat mencapai 250 mg
- d. Urine rutin
- e. Cairan serebrospinal
- f. Analisa gas darah

2.2 Konsep Dasar Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah upaya untuk mengumpulkan dan menganalisis data secara menyeluruh dan sistematis, sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dialami pasien baik secara fisik, psiko, sosial, dan spiritual dapat ditentukan. Pengkajian mencakup tiga kegiatan, yaitu Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah keperawatan (Polopadang & Hidayah, 2019).

Pengkajian pada pasien stroke antara lain :

1. Identitas Pasien

Nama, umur, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, atau RAS (fakta terbaru menunjukkan bahwa orang Afrika-Karibia sekitar dua kali lebih sering terkena stroke dibandingkan dengan perempuan karena laki-laki cenderung merokok), jenis kelamin (laki-laki cenderung lebih berisiko terkena stroke dibandingkan perempuan karena merokok), dan usia (risiko stroke meningkat dengan usia di atas 40 tahun karena penuaan alami), tanggal dan jam MRS, nomor registraer, diagnosa medis.

2. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab adalah identitas orang yang bertanggung jawab secara penuh terhadap pasien. Hal hal yang perlu dikaji adalah sebagai berikut : nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

3. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang pertama yang pasien rasakan dan dirasa sangat membuat tidak nyaman, sehingga harus

dibawah ke Rumah Sakit untuk penanganan lebih lanjut. Pada pasien stroke, biasanya hal yang menjadi keluhan utama terkait adanya kelemahan atau kelumpuhan pada anggota gerak dari salah satu sisi badan, bicara tidak jelas atau pelo, tidak mapu berkomunikasi, nyeri pada kepala, gangguan pada sensori, berisiko terkena kejang, dan penurunan kesadaran.

b) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit kesehatan sekarang berisi tentang penjelasan saat klien mulai meraaskan keluhan hingga saat sampai di Rumah Sakit. Stroke sering terjadi secara mendadak, bahkan bisa terjadi saat sedang beraktivitas seperti biasanya. Selain kelumpuhan atau kelemahan anggota gerak, biasanya ada nyeri kepala, mual muntah, kejang bahkan sampai tidak sadarkan diri. Sedangkan untuk stroke tipe iskemik, biasanya akan ditemukan gejala seperti kesemutan, rasa lemah pada anggota gerak, yang dimana merupakan salah satu gejala serangan awal.

c) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Misalnya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, dan adanya trauma kepala.

d) Riwayat penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga merupakan riwayat pengumpulan data tentang riwayat keluarga bagaimana riwayat kesehatan atau keperawatan yang ada dimiliki salah satu anggota keluarga, apakah ada menderita penyakit yang dialami klien atau mempunyai penyakit degeneratif lainnya. salah satu keluarga menderita stroke maka dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Selain itu biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi diabetes melitus

e) Pengkajian Psiko-sosial Spiritual

Pengkajian psikologis klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan data hasil pemeriksaan awal klien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini. Data ini penting untuk menentukan tingkat perlunya pengkajian psiko-sosio spiritual yang seksama.

4. Pemeriksaan Fisik

Selain itu, pengkajian pada klien dengan stroke dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan nervus/saraf kranial, dan pemeriksaan refleks.

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara *head to toe* (Putri Nurul, 2023)

a. Penampilan/Keadaan Umum

Pada klien stroke pada umumnya tampak lemah, lesu, merasakan nyeri hebat pada kepala.

b. Kesadaran

Biasanya pada klien stroke mengalami penurunan kesadaran, tingkat kesadaran somnolen, apatis, sopor, soporoskoma pada awal terserang stroke, sedangkan pada masa pemulihan tingkat kesadaran letargi dan dapat *compos mentis* (GCS 13-15).

c. Vital Sign

Suhu, tekanan darah, frekuensi pernapasan, nadi, dan berat badan. Pada klien dengan stroke biasanya memiliki tekanan darah tinggi (>140/90 mmHg), nadi biasanya normal, pernapasan biasanya mengalami gangguan bersihan jalan napas, dan suhu biasanya tidak ada masalah/normal.

d. Kepala

Kaji kebersihan kepala, kaji apakah ada hematoma, bekas operasi atau luka di kepala. Pada klien stroke biasanya wajah tidak

simetris antara kanan dan kiri karena kerusakan nervus VII (*nervus facialis*).

e. Mata

Kaji apakah penglihatan terasa kabur karena kerusakan nervus II (*nervus optikus*), kaji adanya gangguan dalam menggerakkan bola mata menyamping pada nervus VI (*nervus abducentis*), gangguan dalam menggerakkan bola mata ke atas dan bawah pada nervus IV (*nervus trochlearis*). Biasanya konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema.

f. Hidung

Kaji apakah ada gangguan penciuman akibat kerusakan nervus I (*nervus olfactorius*). Biasanya simetris hidung kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung.

g. Telinga

Kaji apakah ada gangguan pendengaran karena kerusakan nervus VIII (*nervus acusticus/auditori*). Biasanya pasien kurang bisamendengar gesekan jari perawat namun tergantung lokasi kelemahan yang dialami klien, dan klien hanya bisa mendengar suara yang keras dengan artikulasi yang jelas.

h. Mulut dan Tenggorokan

Kaji apakah mulut simetris atau tidak pada nervus VII (*nervus facialis*), kaji kemampuan pengecap, kemampuan menelan, pergerakan lidah pada nervus IX dan nervus X (*nervus glossofaringeus dan nervus vagus*). Pada klien stroke biasanya mulut moncong, tidak simetris, tenggorokan mengalami gangguan menelan. Pada klien apatis, sopor, hingga koma, biasanya mengalami masalah bau mulut, mukosa bibir kering, gigi kotor. Pada nervus XII (*nervus hipoglossus*) : biasanya klien mampu menjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kiri dan ke kanan namun saat berbicara kurang jelas.

i. Leher

Kaji adanya kaku kuduk, benjolan pada leher, pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis. Umumnya normal.

j. Dada

1) Jantung (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

- a) Inspeksi : Dilihat apakah ada kelainan atau tidak
- b) Palpasi : Ictus cordis teraba atau tidak
- c) Perkusi : Terdengar suara pekak, redup, sonor, hipersonor
- d) Auskultasi : Dengarkan suara jantung apakah terdengar kuat lup dup atau tidak (S1 dan S2)

2) Paru (inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi)

- a) Inspeksi : Dilihat bentuk dada simetris atau tidak, pengembangan dada, ada trauma pada dada atau tidak
- b) Palpasi : Apakah ada benjolan atau tidak, ada perubahan bentuk atau tidak, taktil fremitus sama atau tidak
- c) Perkusi : Apakah terdengar redup, sonor, atau hipersonor
- d) Auskultasi : Apakah terdengar vesikuler, bronchial, tracheal umumnya pada klien stroke iskemik tidak mengalami gangguan pada pemeriksaan dada.

k. Abdomen (inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi)

- 1) Inspeksi : kaji adanya luka atau jejas, kaji adanya kemerahan atau ruam pada abdomen, kaji bentuk abdomen
- 2) Auskultasi : Dengarkan bising usus berapa kali per menit
- 3) Perkusi : Terdengar bunyi timpani (normal) atau hipertimpani (abnormal)
- 4) Palpasi : Kaji adanya nyeri tekan pada abdomen, palpasi dangkal atau dalam Umumnya tidak ada gangguan pada pemeriksaan abdomen.

l. Genetalia

Kaji kebersihan daerah genetalia, kaji adanya inkontinensia urin atau retensi urin, terdapat rambut pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak. Umumnya tidak ada gangguan pada genetalia.

m. Ekstremitas Atas dan Bawah

Kaji adanya kelemahan anggota gerak atau kelumpuhan, kaji kekuatan otot ekstremitas, rentang gerak biasanya terbatas, edema, nyeri tekan atau nyeri gerak, penggunaan alat bantu gerak. Pengkajian kekuatan otot ekstremitas :

- 1) Nilai 0 : Bila tidak ada kontraksi otot
- 2) Nilai 1 : Bila terlihat kontraksi namun tidak ada gerakan sendi
- 3) Nilai 2 : Bila ada gerakan sendi namun tidak melewati gravitasi
- 4) Nilai 3 : Bila dapat melewati gravitasi namun tidak dapat menahan tekanan pemeriksaan
- 5) Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang
- 6) Nilai 5 : Bila dapat melawan kekuatan tahanan dengan kekuatan penuh

n. Kulit

Kaji kebersihan kulit, kaji warna kulit, kaji turgor kulit (*capillary refill time*), kaji adanya edema, kaji adanya lesi atau tidak.

5. Pemeriksaan Saraf Kranial/Pemeriksaan Nervus (Suryanto et al., 2022)

a. Nervus I (*Olfactorius*/Penciuman)

Untuk menentukan ada tidaknya gangguan penciuman.

Caranya :

- 1) Tutup mata klien
- 2) Tutup salah satu lubang hidung klien
- 3) Berikan bau-bauan yang baunya tajam seperti kopi, tembakau, vanilla, dll.

4) Minta klien untuk menyebutkan

5) Cek satu per satu lubang hidung

b. *Nervus II (Opticus/Penglihatan)*

Untuk mengetahui ketajaman penglihatan dan lapang pandang.

Caranya :

1) Tutup salah satu mata klien

2) Minta klien untuk membaca buku, majalah, atau koran

3) Tes tajam penglihatan dengan snellen chart

4) Tes lapang pandang dengan gerakan jari

5) Cek satu per satu mata kanan dan kiri

c. *Nervus III (Oculomotorius)*

Untuk mengetahui respon pupil terhadap cahaya. Caranya : sorotkan cahaya senter / penlight ke mata, lihat reaksi pupil.

d. *Nervus IV (Trochlearis)*

Untuk mengetahui pergerakan bola mata

Caranya :

1) Kepala lurus ke depan, pandangan lurus ke depan

2) Minta klien untuk menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah

e. *Nervus V (Trigeminus)*

Untuk mengetahui sensasi kornea, mukosa mulut, dan hidung.

Tes ini biasanya dilakukan bersama-sama untuk nervus V dan nervus VII.

1) Sensasi refleks kornea :

a) Tutup salah satu mata klien

b) Minta klien melirik ke arah mata yang tertutup

c) Sentuhkan ujung kapas pada kornea dan lihat apakah klien berkedip

2) Tes Sensori :

a) Sentuh pipi, dahi, dan dagu klien dengan air panas / air dingin

b) Minta klien menebak apakah air panas atau air dingin yang disentuh ke pipi/dahi/dagu.

3) Tes Motorik

Kaji kemampuan klien untuk melakukan gerakan mengunyah atau mengatupkan gigi saat melakukan palpasi otot-otot masseter dan temporal

f. *Nervus VI (Abducent)*

Untuk mengetahui gerakan bola mata menyamping.

Caranya :

- 1) Penlight dinyalakan dari samping digerakkan ke depan
- 2) Minta klien melihat mengikuti sinar dari samping ke depan tanpa kepala menengok

g. *Nervus VII (Facialis)*

Untuk mengetahui seluruh otot wajah mempunyai fungsi sensorik dan motorik. Biasanya dilakukan bersama-sama dengan nervus V.

Caranya :

- 1) Minta klien tersenyum, mengencangkan wajah, menggembungkan pipi, menaikkan dan menurunkan alis mata, perhatikan kesimetrisannya.
- 2) Minta klien mengidentifikasi rasa asin atau manis di lidah bagian depan

h. *Nervus VIII (Acusticus / Pendengaran)*

Untuk mengetahui kemampuan pendengaran klien.

Caranya :

- 1) Minta klien menutup salah satu telinga, periksa kemampuan klien mendengarkan kata-kata yang diucapkan pemeriksa atau lakukan tes dengan garputala, lakukan bergantian telinga kanan dan kiri.
- 2) Tes vestibular : kaji keseimbangan klien dengan memintakan klien berdiri dan berjalan apakah bisa melakukan atau tidak.

i. *Nervus IX (Glossofarineus)*

Untuk mengetahui kemampuan pengecapan, kemampuan menelan, dan gerak lidah.

Caranya :

- 1) Minta klien untuk mengidentifikasi rasa asam, asin, atau manis pada bagian belakang lidah.
- 2) Masukkan tongue spatel untuk menimbulkan refleks "gag"
- 3) Minta klien untuk menggerakkan lidah

j. *Nervus X (Vagus)*

Untuk mengetahui pergerakan palatum, sensasi faring, tonsil, dan pergerakan pita suara.

Caranya :

- 1) Minta klien bersuara "Ah" observasi gerakan palatum dan faringeal
- 2) Lihat *palatum* : simetris atau deviasi
- 3) Gunakan tongue spatel untuk menimbulkan refleks "gag"
- 4) Periksa keras bicara klien

k. *Nervus XI (Accessories)*

Mengetahui gerakan kepala dan bahu.

Caranya :

- 1) Minta klien menoleh ke samping melawan tahanan, apakah *sternocleidomastoideus* terlihat.
- 2) Minta klien mengangkat bahu dan pemeriksa menahan bahu klien

l. *Nervus XII (Hypoglossus)*

Mengetahui gerakan lidah saat berbicara dan menelan, inspeksi posisi lidah.

Caranya :

- 1) Minta klien untuk mengeluarkan lidah ke arah garis tengah dan minta untuk menggerakkannya ke kanan dan ke kiri.
- 2) Bagaimana gerakan lidah saat menelan

Minta klien mengeluarkan dan memasukkan lidah
dengancepat beberapa kali

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut Tim Pokja PPNI (2016) diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis tentang bagaimana klien merespons masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang sedang berlangsung maupun yang potensial. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan.

Diagnosa Keperawatan yang dapat muncul pada penyakit ini :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

Definisi

Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah kondisi di mana terjadi penurunan aliran darah ke otak (Tim Pokja PPNI, 2016)

Faktor Risiko

Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial, penurunan kinerja ventikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksuma atrium, aneurisma serebri, koagulopati (mis. anemia sel sabit), dilatasi kardiomiopat), koagulasi (mis. anemia sel sabit), embolisme, cedera kepala, hiperkolesteronemia, hipertensi, endokarditis infeksi, katup prostetik mekanis, stenosis mitral, neoplasma otak, infark miokard akut, sindrom sick sinus, penyalahgunaan zat, terapi trombolitik, efek samping tindakan (mis. tindakan operasi bypass).

2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot

Definisi

Gangguan Mobilitas Fisik adalah kondisi di mana seseorang mengalami keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot,

penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan tanda minor

Subjektif : Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak

Objektif : Sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Fisik lemah

3. Risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun

Definisi

Risiko jatuh adalah Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh (Tim Pokja PPNI, 2016)

Faktor risiko

Usia >65 tahun (pada dewasa) atau <2 tahun (pada anak)., riwayat jatuh, anggota gerak bawah prostesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (misalnya licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (misalnya glaukoma, katarak, ablasio, retina, neuritis optikus), neuropati, efek agen farmakologis (misalnya sedasi, alkohol, anastesi umum).

4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Definisi

Defisit Perawatan Diri adalah ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan/atau psikotik, penurunan motivasi/minat

Tanda dan gejala

Subjektif: Menolak melakukan perawatan diri

Objektif : Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Definisi

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Tanda dan gejala

Subjektif: Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif : Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Gangguan pola tidur merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan), kurang kontrol tidur, kurang privasi, restraint fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur

Tanda dan gejala

Subjektif : Mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup,

Objektif : Tidak tersedia

7. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan pada saraf kranialis

Definisi

Gangguan menelan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Gangguan serebrovaskular, gangguan saraf kranialis, paralisis serebral, akalasia, abnormalitas laring, abnormalitas orofaring, anomali jalan napas atas, defek anatomik kongenital, defek laring, defek nasal, defek rongga nasofaring, defek trakea, refluk gastroesofagus, obstruksi mekanis, prematuritas.

Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Mengeleuh sulit menelan

Objektif : Batuk sebelum menelan, Batuk setelah makan atau minum, Tersedak, Makanan tertinggal di rongga mulut

Tanda dan gejala minor

Subjektif

Oral : (tidak tersedia)

Faring : Menolak makan, esofagus, menegeluhi bangun di malam hari, nyeri epigastrik

Objektif

Oral : Bolus masuk terlalu cepat, refluk nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jatuh dari mulut, makanan terdorong keluar dari mulut, sulit mengunyah, muntah sebelum menelan, bolus terbentuk lama, waktu makan lama, porsi makan tidak habis, fase oral abnormal, mengiler.

Faring : Muntah, Posisi kepala kurang elevasi, Menelan berulang-ulang

Esofagus : Hematemesis, gelisah, regurgitasi, odinofagia, bruksisme

8. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Definisi

Gangguan komunikasi verbal merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem symbol (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal, kelainan pelatum, hambatan fisik (mis. Terpasang trakeostomi, intubasi, krikotiroidotomi, hambatan individu (mis. Ketakutan, kecemasan, merasa malu, emosional, kurang privasi), hambatan psikologis (mis. gangguan psikotik, gangguan konsep diri, harga diri rendah, gangguan emosi), hambatan lingkungan (mis. ketidakcukupan informasi, ketiadaan orang terdekat, ketidaksesuaian budaya, bahasa asing).

Tanda dan gejala mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai

Tanda dan gejala minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disatria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi orang, ruang, waktu, defisit penglihatan, delusi

9. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan

Definisi

Gangguan persepsi sensori merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan, atau terdistorsi (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan penghiduan, gangguan perabaan, hipoksia serebral, penyalahgunaan zat, usia lanjut, pemajanan toksin lingkungan.

Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, Merasakan sesuatu melalui indera penciuman, perabaan, atau pengecapan

Objektif : Distorsi sensori, respons tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu

Tanda dan gejala minor

Subjektif : Menyatakan kesal

Objektif : Menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi, curiga, melihat ke satu arah, mondar-mandir, bicara sendir

10. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Definisi

Defisit nutrisi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis: stres, keengganan untuk makan).

Tanda dan gejala mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

Tanda dan gejala minor

Subjektif: Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen

Nafsu makan menurun

Objektif: Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare

11. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tirah baring lama

Definisi

Gangguan integritas kulit/jaringan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen) (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrim, faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan.

Tanda dan gejala mayor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Tanda dan gejala minor

Subjektif: (tidak tersedia)

Objektif: Nyeri, Perdarahan, Kemerahan, Hermatoma

12. Koping tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan strategi koping

Definisi

Koping tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakmampuan menilai dan merespons stresor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah, ketidakadekuatan sistem pendukung, ketidakadekuatan strategi koping, ketidakteraturan atau kekacauan lingkungan, ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stressor, disfungsi sistem keluarga, krisis situasional, krisis maturasional, kerentanan personalitas, ketidakpastian

Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah

Objektif : Tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia), menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai

Tanda dan gejala minor

Subjektif : Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, kekhawatiran kronis

objektif : penyalahgunaan zat, memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri, perilaku tidak asertif, partisipasi sosial kurang

13. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Definisi

Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja PPNI, 2016)

Penyebab

Krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga,

hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi

Tanda dan gejala mayor

Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi

Objektif: Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

Tanda dan gejala minor

Subjektif: Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

Objektif : Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan susunan perencanaan atau hal yang sudah direncanakan untuk dilakukan atau diimplementasikan kepada pasien.

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Manajemen Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)

Observasi

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik)
- b. Monitor peningkatan TS
- c. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- d. Monitor penurunan frekuensi jantung
- e. Monitor iregularitas irama napas
- f. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- g. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
- h. Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan

- i. Monitor tekanan perfusi serebral
- j. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
- k. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

Terapeutik

- a. Ambil sampel drainase cairan serebrospinal
- b. Kalibrasi transduser
- c. Pertahankan sterilitas sistem pemantauan
- d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- e. Bilas sistem pemantauan, jika perlu
- f. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
- g. Dokumentasikan hasil pemantauan

Kolaborasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- b. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

2. Gangguan Mobilitas Fisik

Dukungan Mobilisasi (1.05173)

Observasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

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

3. Risiko 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

- a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- b. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- c. Pasang handrail tempat tidur
- d. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- e. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
- f. Gunakan alat bantu berjalan (misalnya kursi roda, *walker*)
- g. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

Edukasi

- a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- c. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

- d. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
- e. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

4. 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

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

Edukasi

- a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

5. Defisit pengetahuan

Edukasi Kesehatan (I.12383)

Observasi

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- a. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan

- b. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

6. Gangguan pola tidur

Dukungan Tidur (I.05174)

Observasi

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- d. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik

- a. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- b. Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- d. Tetapkan jadwal tidur rutin
- e. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- f. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- c. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

- d. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
- e. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
- f. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

7. Gangguan menelan

Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (I.11351)

Observasi

- a. Identifikasi diet yang dianjurkan
- b. Monitor kemampuan menelan
- c. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

Terapeutik

- a. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- b. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- c. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- d. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
- e. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- f. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
- g. Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- h. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
- i. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia

Edukasi

- a. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi

8. Gangguan komunikasi verbal

Promosi Komunikasi: Defisit Pendengaran (I.13493)

Observasi

- a. Periksa kemampuan pendengaran
- b. Monitor akumulasi serumen berlebihan
- c. Identifikasi metode komunikasi yang disukai pasien (mis: lisan, tulisan, Gerakan bibir, Bahasa isyarat)

Terapeutik

- a. Gunakan Bahasa sederhana
- b. Gunakan Bahasa Isyarat, jika perlu
- c. Verifikasi apa yang dikatakan atau ditulis pasien
- d. Fasilitasi penggunaan alat bantu dengar
- e. Berhadapan dengan pasien secara langsung selama berkomunikasi
- f. Pertahankan kontak mata selama berkomunikasi
- g. Hindari merokok, mengunyah makanan atau permen karet, dan menutup mulut saat berbicara
- h. Hindari kebisingan saat berkomunikasi
- i. Hindari berkomunikasi lebih dari 1 meter dari pasien
- j. Lakukan irigasi telinga, jika perlu
- k. Pertahankan kebersihan telinga

Edukasi

- a. Anjurkan menyampaikan pesan dengan isyarat
- b. Ajarkan cara membersihkan serumen dengan tepat

9. Gangguan persepsi sensori

Minimalisasi Rangsangan (I.08241)

Observasi

- a. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan)

Terapeutik

- a. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang)
- b. Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas)
- c. Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat

- d. Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan

Edukasi

- a. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)

Kolaborasi

- a. Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
- b. Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

10. Defisit nutrisi

Manajemen Nutrisi (I.03119)

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

Terapeutik

- a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
- c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- f. Berikan suplemen makanan, jika perlu
- g. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- a. Ajarkan posisi duduk, jika mampu

- b. Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

11. Gangguan integritas kulit

Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Terapeutik

- a. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
- b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- c. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- e. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
- f. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

- a. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
- b. Anjurkan minum air yang cukup
- c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- e. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
- f. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
- g. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

12. Koping tidak efektif

Promosi Koping (I.09312)

Observasi

- a. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan
- b. Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- c. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- d. Identifikasi pemahaman proses penyakit
- e. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- f. Identifikasi metode penyelesaian masalah
- g. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan social

Terapeutik

- a. Diskusikan perubahan peran yang dialami
- b. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- c. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- d. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri
- e. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu
- f. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya pada diri sendiri
- g. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- h. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan
- i. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
- j. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan
- k. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan
- l. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial
- m. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia
- n. Dampingi saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)
- o. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama
- p. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat
- q. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam

Edukasi

- a. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- b. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu
- c. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- d. Anjurkan keluarga terlibat
- e. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik
- f. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
- g. Latih penggunaan Teknik relaksasi
- h. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan
- i. Latih mengembangkan penilaian obyektif

14. Ansietas

Terapi relaksasi (I.09326)

Observasi

- a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- b. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya
- d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan
- e. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

Terapeutik

- a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
- b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
- c. Gunakan pakaian longgar
- d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
- e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai

Edukasi

- a. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
- b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
- c. Anjurkan mengambil posisi nyaman
- d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
- e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
- f. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap di mana perawat menjalankan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ini melibatkan pelaksanaan intervensi keperawatan yang telah direncanakan untuk membantu klien mencapai tujuan perawatan mereka (Polopadang & Hidayah, 2019).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan penilaian dengan membandingkan perubahan keadaan pasien berdasarkan yang diamati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Polopadang & Hidayah, 2019).

Evaluasi keperawatan ialah membandingkan efek / hasil dari pengimplementasian tindakan keperawatan dengan norma atau kriteria tujuan yang sudah ditentukan, langkah akhir dari proses keperawatan, menilai tujuan dalam rencana perawatan tercapai atau tidak, menilai efektifitas intervensi keperawatan atau strategi asuhan keperawatan, menentukan efektif/tidaknya tindakan keperawatan dan perkembangan pasien terhadap masalah Kesehatan.

Pada evaluasi keprawatan terdapat 4 unsur penting, yang sering kali digunakan oleh perawat, yaitu :

- *Subjective* yaitu Pernyataan atau keluhan dari pasien
- *Objective* yaitu Data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.
- *Analisis* yaitu Kesimpulan dari objektif dan subjektif
- *Planning* yaitu Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis/Desain Penulisan

Jenis penelitian yang dipilih adalah penelitian deskriptif, dengan rancangan studi kasus. Pendekatan deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk menjelaskan secara rinci tentang satu kasus asuhan keperawatan medical bedah dengan penyakit stroke iskemik pada Ny. D.P di RSUD Gunung Maria Tomohon untuk memperoleh pemahaman terhadap masalah yang terjadi pada klien yang menderita Stroke serta manfaat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di sarana pelayanan kesehatan rumah sakit.

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus, studi kasus adalah desain penelitian yang terdiri dari unit-unit penelitian yang dikaji secara mendalam. Pendekatan yang digunakan merupakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

3.2 Subjek Studi Kasus

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

3.3 Definisi Operasional

- 3.4.1 Asuhan Keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan pasien mulai dari pengkajian data, perumusan diagnosa keperawatan, penerapan intervensi keperawatan dan sampai dengan diagnosa keperawatan (Yolara, 2023)
- 3.4.2 Stroke iskemik merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah arteri yang menyebabkan gangguan fungsi otak pada pasien stroke iskemik di RSUD Gunung Maria Tomohon.
- 3.4.3 Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah kondisi di mana terjadi penurunan aliran darah ke otak (Tim Pokja PPNI, 2018)

- 3.4.4 Gangguan Mobilitas Fisik adalah kondisi di mana seseorang mengalami keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja PPNI, 2018)
- 3.4.5 Risiko cedera adalah kondisi dimanas seseorang berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik (Tim Pokja PPNI, 2018)
- 3.4.6 Defisit Perawatan Diri adalah ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri (Tim Pokja PPNI, 2018)
- 3.4.7 Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (Tim Poksa PPNI, 2018)

3.4 Lokasi & Waktu Studi Kasus

Tempat pengambilan studi kasus karya tulis ini yaitu di Irina Paula Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon. Waktu pelaksanaan selama 3 hari perawatan secara menyeluruh.

3.5 Proses Pengumpulan Data

3.5.1 Kepustakaan

Referensi Karya Tulis Ilmiah ini berasal dari buku dengan interval jarak 5-10 tahun belakangan, buku yang digunakan adalah Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Standar Intervensi Keperawatan oleh Tim Pokja PPNI pada 2016. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular oleh Masriadi pada 2019. Buku proses keperawatan oleh Orayiga dan Zulmeliza pada 2022. Mengenal stroke dengan cepat oleh Hariyanti, Potoyo dan Rezkiyah pada 2020. Selain itu terdapat beberapa Karya Tulis Ilmiah yang terdapat di Perpustakaan Kampus dan Perpustakaan luar Kampus. Sumber yang kedua yaitu dari jurnal dan artikel terpercaya dengan interval jarak 5 tahun, jurnal Kesehatan dalam dan luar negeri. Serta website kesehatan yang sudah terpercaya.

3.5.2 Kasus Asuhan Keperawatan

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan metode tanya jawab secara langsung dengan pasien maupun keluarga pasien, guna mendapatkan informasi mengenai kesehatan dan perkembangan dari pasien.

2. Observasi

Untuk memutuskan mengangkat pasien dengan stroke, kami melakukan diskusi serta mengobservasi apakah pasien bisa diangkat atau tidak. Setelah itu, kami mengkonsultasikan kepada pembimbing tentang kondisi pasien. Kami turut melaksanakan observasi dan pengawasan pasien selama 3 hari atau kurang lebih 60 jam.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada hari pertama. Pengkajian meliputi data pasien, keluhan utama, riwayat Kesehatan pasien hingga pemeriksaan fisik dan pemeriksaan khusus mengenai 12 saraf kranial. Pemeriksaan fisik yang terdiri atas Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi.

4. Pendokumentasian

Pendokumentasian yang dilampirkan adalah hasil laboratorium selama 3 hari dari pasien, serta hasil CT scan pasien.

5. Diskusi

Untuk seluruh tindakan dan rencana yang disusun melalui tahap pendiskusian antara penulis satu dan penulis dua.

3.6 Penyajian Data

Data yang disajikan digambarkan melalui bentuk narasi dan table. Untuk data dalam bentuk narasi seperti identitas, keluhan utama, hingga pengkajian penting lainnya. Kecuali pengkajian khusus stroke, yang dimana disajikan lewat table. Data lainnya yang disajikan melalui table adalah hasil laboratirum, klasifikasi, Analisa, diagnosa, luaran, interevensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.7 Etika Penelitian

3.7.1 Prinsip *Respect to Person* (hormat)

Respect to Person atau menghormati orang yaitu suatu prinsip mendasar, karena dalam penerapan dan pelaksanaan kegiatan, menghormati responden sangatlah penting, guna membangun hubungan saling percaya. Dalam pengambilan studi kasus ini, sebagai bentuk hormat terhadap responden, penulis tetap memberikan hak kebebasan kepada pasien untuk mengambil keputusan, penulis juga memberikan

informed consent sebagai symbol persetujuan pasien. Tetap melindungi privasi pasien baik dari segi identitas hingga hal pribadi lainnya.

1. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. Kebebasan (*Autonomy*)

Memberikan kebebasan seseorang terhadap pilihan sendiri, seperti apakah pasien ingin menjalankan seluruh rangkaian pemeriksaan dan intervensi yang ada.

4. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.

3.7.2 Prinsip *Beneficence* (Bermanfaat)

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek. Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stres tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera.

Dalam kasus ini, penulis berusaha melakukan dan menyusun kegiatan yang berguna dan mampu meningkatkan kesehatan pasien.

3.7.3 Prinsip *Justice* (Keadilan)

Semua subjek penelitian harus diperlakukan dengan baik, sehingga terdapat keseimbangan antara manfaat dan risiko yang dihadapi oleh subjek penelitian. Jadi harus diperhatikan risiko fisik, mental maupun sosial.

BAB IV TINJAUAN KASUS

Kamar	: Paula II B /Bed 2	Autoanamnese : ✓
Tanggal Masuk RS/ Jam	: 14 Maret 2024/15.00	Alloanamnese : ✓
Tanggal dikaji/ Jam	: 15 Maret 2024/10.00	No RM/REG : 337950

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas

1. Pasien

Nama (initial)	: Ny. D.P
Umur	: 82 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Nikah
Jumlah anak	: 3
Agama/Suku	: Protestan/Minahasa
Warga Negara	: WNI
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Mengurus Rumah Tangga
Alamat Rumsh	: Papakelan, Lingkungan V

2. Penanggung Jawab

Nama	: Tn D.R
Umur	: 55 tahun
Alamat	: Papakelan, Lingkungan V
Hubungan dengan pasien	: Anak

4.1.2 Data Medik

Diagnosis Medis

Saat Masuk	: Stroke iskemik
Saat Pengkajian	: Stroke iskemik

4.1.3 Keadaan Umum

1. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit : Sedang

Alasannya :

Pasien masih mampu berkomunikasi dengan baik dan dalam keadaan sadar penuh, aktivitas fisik dibantu keluarga, terpasang IVFD (Intravenous Fluid Drips), kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakkan, pasien tampak lemah.

2. Kesadaran

a. Kualitatif : Compos mentis/sadar sepenuhnya

3. Pemeriksaan TTV

a. Tekanan Darah : 180/82 mmHg

Lokasi : Lengan kiri

Posisi : Posisi berbaring

$$\text{MAP} : \frac{S+2 \cdot D}{3} = \frac{180+(2 \cdot 82)}{3} = \frac{180+164}{3} = \frac{344}{3} = 114 \text{ mmHg}$$

Kesimpulan : Perfusi darah ke ginjal meningkat

b. Suhu : 36,5°C

Lokasi : Dahi

c. Pernapasan : 20 x/menit

Irama : Teratur

Jenis : Pernapasan perut

d. Nadi : 98 x/menit

Lokasi : Arteri Radialis

Irama : Teratur

Kekuatan : Kuat

e. Pengukuran

Tinggi badan : 160 cm = 1,60 m

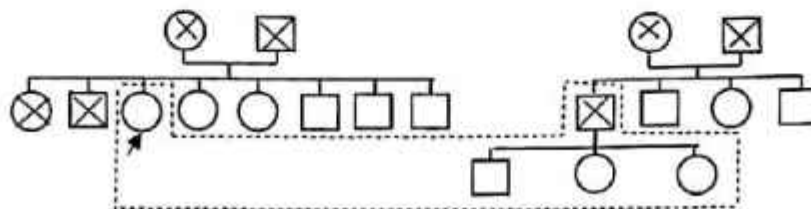
Berat Badan : 70 Kg

$$\text{Indeks Massa tubuh (IMT)} : \frac{BB}{TB^2} = \frac{70}{1,60^2} = \frac{70}{1,60 \times 1,60} = \frac{70}{2,56} = 27,33 \text{ kg/m}^2$$

Kesimpulan : Pasien kelebihan berat badan
(tingkat berat).

Batas ambang IMT untuk Indonesia sendiri adalah Kurus untuk kategori kekurangan berat badan tingkat BERAT kisaran $<17,0$, kategori berat badan tingkat RINGAN kisaran $17,0-18,4$. Dan untuk ideal kisaran $18,5-25,0$. Sedangkan untuk Gemuk, dengan kategori kelebihan berat badan tingkat RINGAN kisaran $25,1-27,0$. Dan untuk kategori kelebihan berat badan tingkat BERAT kisaran $>27,0$.

4. Genogram :



Keterangan : ○ Perempuan
□ Laki-laki
× Meninggal
┘ Garis Menikah
└ Garis Keturunan
87 Pasien
┌─┐ Tinggal Serumah

Kesimpulan :

Pasien mengatakan anak ke tiga dari delapan bersaudara. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi turunan dari Ibu pasien dan penderita DMT@ (Diabetes Melitus Tipe 2).

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Rambut dan *Hygiene* Kepala :

Kepala pasien tampak oval, tidak teraba adanya massa, tidak ada nyeri tekan, kulit kepala pasien tampak kotor, rambut beruban dan tampak bergelombang.

2. Hidrasi Daerah Kulit Dahi :

Kulit dahi Kembali < 2 detik saat dilakukan pengkajian *finger print* dan ini menandakan hidrasi kulit pasien baik.

3. Mata :

Tidak ada nyeri tekan pada palpebra, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tekanan bola mata teraba sama kanan dan kiri, refleks cahaya positif. Penglihatan pasien mulai menurun, sudah tidak bisa membaca dengan baik tulisan dengan jarak > 1 meter, pergerakan bola mata baik, lapang pandang pasien baik.

4. Hidung :

Hidung pasien tampak bersih, tidak ada *deviasi septum*, penciuman pasien berfungsi dengan baik, pasien dapat mencium aroma alkohol dan *fresh care*.

5. Telinga :

Pina (daun telinga) pasien tampak bersih, terdapat kotoran pada *canalis* (liang telinga), refleks cahaya *politzer* positif, pendengaran berfungsi dengan baik, pasien dapat menyebutkan arah suara jentikan tangan dan gesekan kertas saat mata ditutup.

6. Mulut/Gigi

Mulut pasien tampak bersih, terdapat karang gigi, gigi tampak tidak lengkap, lidah pasien tampak berwarna merah muda, tidak tampak pembesaran tonsil saat dikaji, fungsi rasa baik, pasien dapat menyebutkan rasa asin dari garam dan manis dari gula saat mata ditutup.

7. Leher/Tenggorokan

Tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening atau tiroid, dan fungsi menelan berjalan dengan baik.

8. Toraks/Pernapasan

Bentuk dada tampak simetris kiri dan kanan, suara napas vesikuler, *vocal fremitus* teraba sama pada lapang paru, perkusi dinding dada

terdengar sonor, jumlah pernapasan : 20x/menit, irama napas teratur, jenis pernapasan pasien adalah pernapasan perut.

9. Jantung

I : Ictus cordis tampak

P : Ictus cordis teraba pada intercostal V linea dari kularis sinistra, jumlah heart rate 98 kali permenit

P :

- 1) Batas jantung atas : Pada ICS II
- 2) Batas jantung kanan : Pada *linea sternalis dextra*
- 3) Batas jantung kiri : Pada *linea mid klavikula sinistra*
- 4) Batas jantung bawah : Pada ICS V *mid klavikula sinistra*
- 5) Perkusi Jantung : Terdengar sonor

A :

- 1) Aorta (BJ II-A) terdengar pada ICS II *linea sternalis dextra*
- 2) Pulmonalis (BJ II-P) terdengar pada ICS II dan III *linea sternalis sinistra*
- 3) Trikuspidalis (BJ I-T) terdengar pada ICS IV *linea sternalis sinistra*
- 4) Mitralis (BJ I-M) terdengar pada ISC V *linea med klavikula sinistra*
- 5) BJ III / *Gallop Rhythm* (irama pacu cacing) tidak terdengar
- 6) Bising jantung/Murmur tidak terdengar

10. Abdomen

I : Abdomen pasien tampak buncit, kulit disekitar abdomen tampak kemerahan

A : Peristaltik usus 8 kali permenit

P : Tidak ada nyeri tekan pada appendiks, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada pembesaran dan nyeri tekan pada lien

P : Abdomen terdengar bunyi timpani, dan tidak ada nyeri saat perkusi ginjal

11. Ekstremitas

- a. Ekstremitas Atas : Pergelangan tangan sebelah kiri pasien tampak bengkak, terpasang IVFD RL 10 TPM di tangan kiri, hasil uji kekuatan otot, ekstremitas atas sebelah kiri 5 (kekuatan utuh), kanan 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tetapi akan jatuh dengan sentuhan).
- b. Ekstremitas Bawah : Hasil uji kekuatan otot, ekstremitas bawah sebelah kiri 5 (kekuatan utuh), kanan 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tetapi akan jatuh dengan sentuhan). Refleks babinski kaki kiri positif, refleks babinski kaki kanan negatif, refleks patela kaki kiri +2 (normal), refleks patela kaki kanan +1 (lebih lemah dari biasanya).

12. Pengkajian khusus 12 pasang Saraf kranial :

- a. Olfaktorius :
Indra penciuman pasien dapat berfungsi dengan baik, pasien dapat menebak dengan benar bau alkohol dan bau fresh care dengan benar baik lubang hidung kanan dan kiri dengan mata tertutup.
- b. Optikus :
Penglihatan pasien mulai menurun, sudah tidak bisa membaca dengan baik tulisan dengan jarak >1 meter.
- c. Okulomotoris :
Pasien dapat mengikuti gerak pulpen ke 8 arah
- d. Troklearis :
Pupil mengecil saat terkena cahaya baik mata kiri dan kanan.
- e. Trigemini :
Teraba kontraksi otot saat pasien melakukan gerakan mengunyah.
- f. Abdusen :
Pupil dapat mengikuti pergerakan pulpen saat didekatkan dan dijauhkan.
- g. Fasialis :

Pasien dapat memejamkan mata dengan kuat , alis bisa diangkat dan mengerutkan dahi, pasien dapat mengerakan mulut seperti bersiul. Pasien dapat mengidentifikasi rasa asin dari garam dan rasa manis dari gula.

h. Vestibulokoklearis :

Fungsi pendengaran kiri dan kanan pasien berfungsi dengan baik, pasien dapat menyebutkan arah suara jentikan tangan dan gesekan kertas saat mata ditutup.

i. Glossopharingeus :

Fungsi menelan berfungsi dengan baik.

j. Vagus :

Terdapat reflek muntah setelah sendok dimasukkan ke dalam mulut pasien.

k. Aksesorius :

Bahu simetris, saat pasien diminta duduk dengan bahu ditahan, pasien dapat menahan tekanan pada bahu.

l. Hipoglosus :

Pasien dapat menggerakan lidah ke semua arah.

4.1.5 Uji Keseimbangan

Tidak dilakukan uji keseimbangan karena kaki kanan pasien lemah saat digerakkan sehingga pasien tidak bisa berjalan sendiri.

4.1.6 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 akan keterbatasan yang dimiliki	15	0
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	
Total skor			70

Gambar 4.1 Morse Fall Score

Skor 0-24 = Risiko rendah, skor 25-45 = Risiko sedang ≥ 45 = Risiko tinggi

Kesimpulan = risiko tinggi untuk jatuh

4.1.7 Pengkajian Derajat Stroke (National Institute Health Stroke Scale)

No	Parameter yang dinilai	Skala		Skor
1a	Tingkat kesadaran	0=	Sadar penuh	0
		1=	Somnolen	
		2=	Stupor	
		3=	Koma	
1b	Menjawab pertanyaan.	0=	Benar semua (2 pertanyaan)	0
	Tanyakan bulan dan usia pasien. Yang	1=	1 benar/ETT/disartia	
		2=	Salah Semua/afasia/stupor/koma	

	dinilai adalah jawaban pertama. Pemeriksa tidak diperkenankan membantu pasien dengan verbal atau non verbal			
1c	Mengikuti perintah. Berikan 2 perintah sederhana, membuka mata dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain.	0= 1= 2=	Mampu melakukan 2 perintah Mampu melakukan 1 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 Kuardrioanopsia Hemianopia total Hemianopia bilateral/butakortika	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)	0

5.	Motorik lengan. Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 40° bila tidur berbaring atau 90° bila posisi duduk. Bila pasien afasia berikan perintah menggunakan pantimime atau peragaan.	0=	Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik	
		1=	Lengan terjatuh sebelum 10 detik	
		2=	Tidak mampu mengangkat lengan secara penuh	
		3=	Tidak mampu mengangkat hanya bergeser	
6.	Motorik tungkai. Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30°	4=	Tidak ada gerakan	
		5a	Nilai tangan kiri	0
		5b	Nilai tangan kanan	2
7.	Ataksia anggota badan menggunakan test unjuk jari hidung	0=	Mampu mengangkat tungkai 30° minimal 30 detik	
		1=	Tungkai jatuh ke tempat tidur pada akhir ke-5 secara perlahan	
		2=	Tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi	
		3=	Tidak mampu melawan gravitasi	
8.	Sensorik. Lakukan tes pada seluruh tubuh, tungkai,	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	2
		1=	Ataksia pada satu ekstremitas	
		2=	Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	
8.	Sensorik. Lakukan tes pada seluruh tubuh, tungkai,	0=	Normal	0
		1=	Gangguan sensori ringan hingga sedang. Ada	

	lengan badan, dan wajah. Pasien afasia beri nilai 1 pasien stupor atau koma beri nilai 2	2=	gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh Gangguan sensori berat	
9.	Kemampuan berbahasa. Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar atau membaca suatu tulisan. Bila pasien mengalami kebutaan, letakkan suatu benda ditangan pasien dan anjurkan untuk menjelaskan benda tersebut.	0= 1= 2= 3=	Normal Afasia ringan hingga sedang Afasia berat Mute, afasia global, koma	0
10.	Disatria	0= 1= 2=	Normal Disatria ringan Disatria berat	0
11.	Neglect atau intensi	0= 1=	Tidak ada neglect Tidak ada tensi pada salahs atu modalitas berikut : visual, tactile, auditory, spatial	0
Total skor : <5= ringan, 5-15= sedang, 16-20=berat, >20= sangat berat Kesimpulan : derajat stroke sedang				

Tabel 4.2 Pengkajian Derajat Stroke

4.1.8 Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan
 - a. Keadaan Sebelum Sakit : Rajin meminum obat kronis, namun tidak rutin memeriksa tekanan darah.
 - b. Riwayat Penyakit Saat Ini : Pasien mengatakan belum pernah mengalami stroke, jadi ia dan keluarganya tidak paham betul tentang stroke.
 - c. Keluhan Utama : Lemah pada lengan dan tungkai sebelah kanan
 - d. Riwayat Keluhan Utama: Pasien mengatakan lemah anggota gerak dirasakan sejak kemarin, setelah memasak pasien pingsan dan langsung dibawa ke Kamar. Saat sadar, pasien tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan. Pasien mengatakan badan terasa lemah, nyeri pada kepala dan merasa pusing.
 - e. Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami: Pasien mengatakan menderita hipertensi kurang lebih 20-30 tahun yang lalu. Sedangkan diabetes melitus tipe 2 sejak 2 tahun yang lalu.
 - f. Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien mengatakan ada hipertensi
2. Pola Nutrisi dan Metabolik
 - a. Keadaan Sebelum Sakit : Pasien mengatakan makan 3x/hari. minum kurang lebih 8 gelas sehari. Makanan yang biasa dimakan adalah nasi, ikan, sayur dan buah.
 - b. Keadaan Sejak Sakit : Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang. Namun berusaha tetap makan sedikit demi sedikit. Untuk minum kurang lebih 4 gelas 250 ml sehari. Makanan yang biasa dimakan adalah nasi ikan dan sayur.
3. Pola Eliminasi
 - a. Keadaan Sebelum Sakit
BAB : Pasien mengatakan BAB dua hari sekali, berwarna kuning kecokelatan.

BAK : Pasien mengatakan BAK 4 - 6 x dalam sehari, berwarna kuning terang.

Kesulitan/nyeri : Pasien mengatakan tidak ada

b. Keadaan Sejak Sakit

BAB : Pasien mengatakan belum pernah BAB

BAK : Pasien mengatakan BAK menggunakan pampers, 3 kali dalam sehari

Kesulitan/nyeri : Pasien mengatakan tidak ada

4. Pola Aktivitas, Latihan, dan Perawatan Diri.

a. Keadaan Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit, ia beraktivitas seperti biasa secara mandiri. Melakukan perawatan diri dengan mandi dan ganti pakaian setiap hari.

b. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan saat sakit, aktivitasnya dibantu. Selama di RS belum pernah mandi, karena sulit bergerak dan keluarga tidak tahu memandikan dengan benar.

5. Pola Tidur dan Istirahat

a. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit, pola tidurnya teratur dan sering tidur siang juga.

b. Keadaan Sejak Sakit : Pasien mengatakan saat sakit, pola tidurnya tetap teratur. Tapi sering terbangun.

6. Pola Persepsi Kognitif

a. Keadaan Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sistem indranya masih baik, kecuali penglihatan. Pasien menggunakan kacamata.

b. Keadaan Sejak Sakit : Pasien mengatakan sistem indranya masih baik, kecuali penglihatan. Menggunakan kacamata jika membaca obat atau hal yang diperlukan. Pasien mengatakan merasa nyeri pada kepala dan kaki sebelah kanan. Untuk mengurangi nyeri, pasien beristirahat.

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri
 - a. Keadaan Sebelum Sakit: Pasien mengatakan bahwa ia mengenal dirinya sendiri dan sangat mencintai dirinya sendiri. Bisa melakukan aktivitas secara mandiri.
 - b. Keadaan Sejak Sakit : Pasien mengatakan merasa dirinya sedang sakit dan memerlukan pertolongan, serta ingin segera sembuh dari penyakit ini.
8. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
 - a. Keadaan Sebelum Sakit: Pasien mengatakan rajin ikut dalam kegiatan masyarakat, seperti rukun dan aktif dalam kegiatan Gereja.
 - b. Keadaan Sejak Sakit : Pasien mengatakan kegiatan yang sering dilakukan mulai terbatas. Namun, pasien tetap berusaha untuk berinteraksi dengan keluarga dan pasien satu Ruangan.
9. Pola Reproduksi dan Seksualitas
 - a. Keadaan Sebelum Sakit : Pasien memiliki 3 anak. Tidak pernah mengalami masalah reproduksi. Pasien sudah masuk masa menopause. Suami sudah meninggal dan umur sudah tua, jadi pasien tidak pernah berhubungan badan lagi.
 - b. Keadaan Sejak Sakit : Tidak ada masalah pada reproduksi selama di Rumah Sakit.
10. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres
 - a. Keadaan Sebelum Sakit: Perubahan besar adalah kehilangan orangtua dan suami. Namun, pasien tetap berusaha teguh dan menerima takdir Tuhan. Saat terjadi stress pasien mengatasinya dengan berkumpul dan bercakap-cakap dengan teman-teman. Namun, bisa juga dengan menyendiri atau berdiam diri.
 - b. Keadaan Sejak Sakit : Pasien mengatakan khawatir dengan penyakitnya saat ini, tetapi karena adanya dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ia berusaha untuk kuat. Ia mengalihkan pikiran dengan istirahat.

11. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

- a. Keadaan Sebelum Sakit : Pasien beragama Kristen Protestan. Aktif dalam kegiatan Mengereja.
- b. Keadaan Sejak Sakit : Pasien mengatakan ia yakin dan percaya kondisinya akan membaik. Ia sering berdoa pada Tuhan demi kesembuhan dirinya.

12. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

1) Hematologi

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Hemoglobin	11.1 g/dL	8 - 12
Hematokrit	33.0 %	35 - 47
Eritrosit	3.70 juta/uL	3.50 - 5.00
Leukosit	11.80 uL	5 - 10
Trombosit	437 uL	150 - 400
Basofil	0.4 %	0 - 1
Eosinofil	22.6 %	1 - 5
Neutrofil segment	43.0 %	40 - 70
Limfosit	29.5 %	30 - 45
Monosit	4.5 %	2 - 8
MCV	89.4 fL	80 - 100
MCH	30.0 pg	24 - 34
MCHC	33.6 %	33 - 37
RDW-CV	14.2 %	11.3 - 14.7
RDW-SD	47.5 fL	39 - 47

Tabel 4.3 Pemeriksaan Hematologi

2) Kimia Klinik

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Ureum	23 mg/dL	17 – 49
Kreatinin	0.80 mg/dL	< 1.5
Natrium (Na)	144.0 mg/dL	135 – 147
Kalium (K)	4.0 mg/dL	3.5 – 5.5
Chlorida (CL)	110.0 mg/dL	98.0 – 106.0
Glukosa Darah Sewaktu	171 mg/dL	70 – 140
HbA1C	6.7 mg/dL	4.4 – 5.4

Tabel 4.4 Pemeriksaan Kimia Klinik

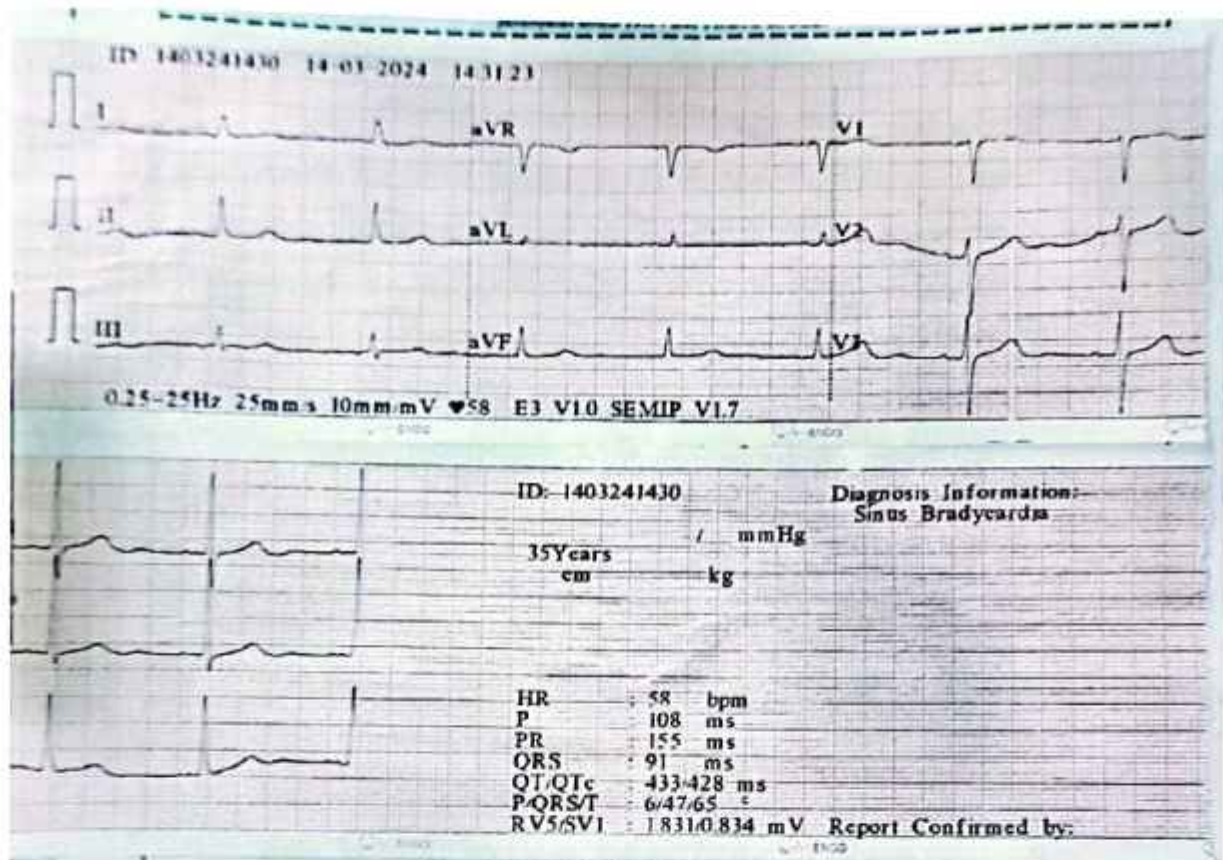
3) Urinalisis

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Warna	Kuning	Kuning
Kejernihan	Keruh	Jernih
Berat jenis	1.020	1.015 – 1.025
pH	5.5	4.5 – 8.0
Glukosa	Negatif	Negatif
Protein	Negatif	Negatif
Keton	Negatif	Negatif
Nitrit	Negatif	Negatif
Bilirubin	Negatif	Negatif
Urobilinogen	0.1	Normal
Darah	Negatif	Negatif
Leukosit esterase	+++	Negatif
Leukosit	20 – 25	0 – 5

Eritrosit	0 - 2	0 - 3
Sel Epitel	10 - 15	< 5
Silinder	Negatif	Negatif
Kristal	Negatif	Negatif
Bakteri	Positif 1	Negatif
Mukus	Negatif	Negatif

Tabel 4.5 Pemeriksaan Urinalisis

4) EKG



Gambar 4.1 EKG

Kesimpulan : Sinus Bradycardia

4.1.7 Terapi

1. Obat

a. Citicoline 2x 500mg per IV

Indikasi: untuk melindungi dan mempertahankan fungsi otak serta mengatasi masalah degenerasi neurologis (perubahan saraf) melalui perlindungan saraf pada penyakit mata.

Efek samping : Kemerahan pada kulit, Sakit kepala dan pusing, Sakit pada perut (*epigastric distress*), insomnia, kejang, mual dan muntah, perubahan tekanan darah sementara

b. Ranitidine 2x 25mg per IV

Indikasi : untuk mengatasi masalah di saluran pencernaan seperti tukak lambung dan duodenum.

Efek samping : sakit kepala, pusing, insomnia, halusinasi, sembelit, mual dan muntah, serta ruam.

c. Piracetam 4x 200mg per IV

Indikasi : untuk mengobati berbagai kondisi otak, seperti gangguan gerak mioklonus kortikal, vertigo, atau gangguan kognitif, seperti demensia atau penyakit alzheimer. Piracetam juga digunakan sebagai pengobatan tambahan untuk penderita disleksia.

Efek samping : Mual atau muntah, berat badan meningkat, rasa gugup atau cemas, depresi, pusing atau sakit kepala, kantuk, gangguan tidur (insomnia), diare, depresi.

d. Asam folat 2x 1mg per oral

Indikasi : untuk mengobati defisiensi asam folat dan beberapa jenis anemia (kekurangan sel darah merah) yang disebabkan oleh defisiensi asam folat.

Efek samping : Demam, kelemahan atau ketidaknyamanan, kulit memerah, sesak napas, ruam kulit atau gatal-gatal, sesak di dada, kesulitan bernapas, mengi, gangguan saluran pencernaan, gangguan sistem saraf, hipersensitif, anoreksia.

e. Aspilet 1x80mg per oral

Indikasi : Untuk mencegah terjadinya serangan jantung, angina pectoris, atau stroke berulang pada orang yang berisiko mengalaminya.

Efek samping : Sakit kepala, kantuk, sakit perut, rasa panas di dada (heartburn).

f. *Hufaneuron 1x1 per oral*

Indikasi : bekerja mengatasi gangguan saraf sehingga dapat mengatasi sakit kepala hingga sakit gigi.

Efek samping : Nyeri, sering kesemutan dan kelemahan pada otot. Kesulitan buang air kecil.

g. *Metformin 3x500mg per oral*

Indikasi : adalah obat untuk mengendalikan kadar gula darah pada penderita diabetes tipe 2.

Efek samping : Mual atau muntah, sakit maag, diare, lelah atau lemas, rasa logam di mulut, kadar gula darah rendah.

h. *Glimepiride 1x2mg per oral*

Indikasi : Obat ini menurunkan kadar gula darah dengan cara mendorong pankreas untuk memproduksi insulin dan membantu tubuh memaksimalkan kerja insulin.

Efek samping : Pusing, sakit kepala, lemas, mual atau muntah, sakit perut.

i. *Sucralfat 3x2mg per oral*

Indikasi : untuk mengatasi tukak lambung, ulkus duodenum, dan gastritis kronis.

Efek samping : Sembelit atau malah diare, mulut kering, sakit perut, mual dan muntah, gatal-gatal, ruam, perut kembung, pusing, kantuk, insomnia, sakit kepala nyeri punggung.

j. *Domperidone 3x10mg per oral*

Indikasi : Domperidone adalah obat yang bermanfaat untuk menghentikan mual dan muntah.

Efek samping : Sakit kepala, kantuk, cemas, diare, nyeri payudara, keluar susu dari payudara, baik pada laki-laki maupun perempuan, lemas.

k. *Amlodipine 1x10mg per oral*

Indikasi : Diindikasikan untuk pengobatan lini pertama hipertensi dan dapat digunakan sebagai agen tunggal untuk mengontrol tekanan darah pada sebagian besar pasien.

Efek samping : Hipotensi, edema (pembengkakan bagian tubuh tertentu), palpitasi (jantung berdetak kencang), gangguan penglihatan, sakit perut, mual, pencernaan yang terganggu, diare, sembelit, kelelahan, asthenia (tubuh lemas dan tidak bertenaga), kram otot, somnolen (penurunan kesadaran namun cenderung mengantuk), pusing, sakit kepala, dispnea (sesak napas).

2. Cairan

Jenis cairan : IVFD RL 10 TPM

Indikasi : untuk resusitasi cairan, misalnya pada pasien syok, luka bakar, demam berdarah dengue, dan dehidrasi. Dosis tergantung kondisi yang mendasari, berat badan, status asam-basa, dan usia pasien.

Tetes/menit : 10 tetes per menit

Jumlah cairan : 500cc

4.1.8 Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu	1. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu
2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan.	2. Pasien tampak terpasang IVFD RL (10 TPM)
3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan	3. Pasien tampak lemah
4. Pasien mengatakan badan terasa lemah	4. Pasien tampak gelisah
5. Pasien mengatakan menderita hipertensi kurang lebih 20-30 tahun yang lalu	5. Hasil IMT pasien 27,33kg/m ²
	6. Keadaan rambut pasien tampak kotor
	7. Tampak ada kotoran pada canalis telinga
	8. Badan pasien mengeluarkan aromah tidak sedap

6. Pasien mengatakan menderita DMT2 kurang lebih 2 tahun yang lalu 7. Pasien mengatakan memiliki riwayat jatuh 8. Pasien mengatakan nyeri pada kepala 9. Pasien mengatakan merasa pusing 10. Pasien mengatakan belum pernah mandi selama berada di RS 11. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri 12. Keluarga pasien mengatakan tidak tahu cara memandikan pasien dengan benar di atas tempat tidur 13. Pasien mengatakan saat tidur sering terbangun 14. Pasien mengatakan penglihatan menurun 15. Pasien mengatakan khawatir dengan penyakitnya saat ini 16. Pasien mengatakan tidak paham dengan benar tentang stroke	9. Abdomen pasien tampak buncit 10. Tangan sebelah kiri pasien tampak bengkok 11. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan) 12. Refleks babinski sebelah kanan negative 13. Refleks patella kaki kanan +1 (lebih lemah dari biasanya) 14. Hasil perhitungan morse fall score pasien adalah 70 (risiko tinggi untuk jatuh) 15. Hasil pengkajian derajat stroke pasien adalah 7 (derajat stroke sedang) 16. Pasien dan keluarga pasien tampak tidak mengetahui seputaran penyakit stroke dan bertanya tentang stroke 17. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan 18. Pasien tampak khawatir 19. Pagar pembatas tempat tidur sering tidak digunakan
--	---

	20. Hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik : Chlorida (CL) 110.0 mg/dL, Gula Darah Sewaktu (GDS) 171 mg/dL, HbA1C 6.7 mg/dL 21. Hasil pemeriksaan Urinalisis : Kejernian keruh 22. TTV TD : 180/82 mmHg N : 98 kali permenit SB : 36,5°C R : 20 kali permenit
--	--

Tabel 4.5 Klasifikasi data

4.1.9 Analisa Data

No	Data (<i>Sign/Simptom</i>)	Penyebab (<i>Etiologi</i>)	Masalah (<i>Problem</i>)
1	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan menderita hipertensi kurang lebih 20-30 tahun yang lalu 3. Pasien mengatakan menderita DMT2 kurang lebih 2 tahun yang lalu	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif

	4. Pasien mengatakan nyeri pada kepala 5. Pasien mengatakan merasa pusing Data Objektif 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak gelisah 3. Hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik : Chlorida (CL) 110.0 mg/dL 4. TTV TD : 180/82 mmHg N : 98 kali permenit SB : 36,5°C R : 20 kali permenit		
2	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah Data Objektif	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

	1. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah 3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan). 4. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan.		
3	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan aktivitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah	Kekuatan otot menurun	Risiko jatuh

	5. Pasien mengatakan memiliki riwayat jatuh Data Objektif 1. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah 3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan) 4. Hasil perhitungan morse fall score pasien adalah 70 (risiko tinggi untuk jatuh) 5. Hasil pengkajian derajat stroke pasien adalah 7 (derajat stroke sedang) 6. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan		
--	---	--	--

	7. Pagar pembatas tempat tidur sering tidak digunakan		
4	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah 5. Pasien mengatakan belum pernah mandi selama berada di RS 6. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri 7. Keluarga pasien mengatakan tidak tahu cara memandikan pasien dengan benar di atas tempat tidur	Gangguan Neuromuskular	Defisit Perawatan Diri

	Data Objektif 1. Pasien tampak lemah 2. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu 3. Keadaan rambut pasien tampak kotor 4. Tampak ada kotoran pada canalis telinga 5. Badan pasien mengeluarkan aromah tidak sedap		
5	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan tidak paham dengan benar tentang stroke 2. Pasien mengatakan khawatir dengan penyakitnya saat ini Data Objektif 1. Pasien dan keluarga pasien tampak tidak mengetahui seputaran penyakit stroke dan bertanya tentang stroke	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan

Tabel 4.7 Analisa Data

4.2 **Diagnosis Keperawatan**

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
3. Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun
4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

4.3 INTERVENSI, IMPLEMENTASI, EVALUASI

Hari Perawatan I : Senin, 15 Maret 2024

Diagnosis	Luaran	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Risiko perfusi serebral tidak efektif dengan hipertensi dibuktikan dengan Data Subjektif 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan menderita hipertensi kurang lebih 20-30 tahun yang lalu	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan kurang lebih 3×12 jam, maka perfusi serebral meningkat. Dengan kriteria hasil: 1. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5) 2. Tekanan darah sistolik membaik (5)	Manajemen Pemantauan Tekanan Intrakranial Observasi 1. Identifikasi penyebab TIK	15.00	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Cara : Melakukan pemeriksaan fisik maupun tanya jawab Hasil : Penyebab TIK adalah adanya penyakit hipertensi Respon : Pasien mengatakan sudah hipertensi sejak 20-30 tahun	Jam 20.00 S : 1. Pasien mengatakan masih merasa pusing 2. Pasien mengatakan nyeri pada kepala 3. Pasien mengatakan badan terasa lemah

3. Pasien mengatakan menderita DMT2 kurang lebih 2 tahun yang lalu	3. Tekanan darah diastolik membaik (5) 4. Nyeri pada kepala membaik (5)		15.05	yang lalu. Pasien mengatakan, akhir-akhir ini merasa pusing dan sakit kepala	O : 1. Pasien tampak masih gelisah 2. Pasien tampak lemah
4. Pasien mengatakan nyeri pada kepala 5. Pasien mengatakan merasa pusing	5. Pusing menurun (1) 6. Gelisah menurun (1)	2. Monitor TTV		2. Memonitor TTV Cara : Mengukur tekanan darah menggunakan tensi meter digita,, mengukur nadi dan respirasi menggunakan arloji dan mengukur SB dengan thermometer gun. Hasil : TD : 180/82 mmHg N : 98x/menit R : 20x/menit SB : 36,7°C	3. TTV TD : 160/89 mmHg N : 90x/menit R : 20x/menit SB : 36,8°C
Data Objektif 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak gelisah 3. Hasil pemeriksaan laboratorium					A : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

kimia klinik :				Respon : Pasien	P : Intervensi dilanjutkan
Chlorida (CL) 110.0 mg/dL 4. TTV TD : 180/82 mmHg N : 98 kali permenit SB : 36,5°C R : 20 kali permenit		3. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)	15.10	3. Memonitor pelebaran tekanan nadi (Selisih TDS dan TDD) Cara : Menghitung berapa selisi tekanan darah sistolik dan diastolik Hasil : $180 - 82 = 98$	
		4. Monitor kesadaran pasien	15.07	4. Memonitor kesadaran pasien Cara : Melihat secara penuh tentang kesadaran pasien Hasil : Compos mentis	
		Terapeutik			

		5. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 15.15	5. Mempertahankan posisi kepala dan leher Cara : Menganjurkan untuk tidur dengan posisi tenang dan menghadap ke atas Hasil : Pasien tampak melakukan anjuran Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman	
		6. Berikan posisi head up 30 derajat 15.20	6. Memberikan posisi head up 30 derajat Cara : Menaikkan posisi kepala tempat tidur dengan sudut 30 derajat. Hasil : Pasien tampak nyaman Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman	

		Tatalaksana 7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	15.25	7. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Cara : Menjelaskan kepada pasien bahwa pemantauan ini untuk mengetahui kondisi pasien dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Hasil : Pasien tampak menyimak dengan baik selama diberikan penjelasan. Respon : Pasien mengatakan paham tentang hal yang dijelaskan.
	8. Beri obat		12.00	8. Memberikan obat piracetam dan obat tablet aspilet Cara : Memberikan obat melalui IVFD dan oral

				Hasil : Pasien tampak meminum obat. Respon : Pasien mengatakan sedikit perih saat obat dimasukkan melalui selang infus.
			18.00	9. Memberikan obat piracetam, obat citicoline dan hufaneuron Cara : Memberikan obat melalui IVFD dan oral Hasil : Pasien tampak meminum obat. Respon : Pasien mengatakan sedikit perih saat obat dimasukkan melalui selang infus.

4. Pasien mengatakan badan terasa lemah Data Objektif 1. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah 3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu		Terapeutik 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)	16.05	Hasil : Uji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tetapi akan jatuh dengan sentuhan). 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis : pagar tempat tidur) Cara : Menjelaskan pada pasien bahwa dengan berpegangan pada pagar tempat tidur, mobilisasi akan lebih. Hasil : Pasien tampak berpegangan di pagar tempat tidur.	1. Pergerakan ekstremitas pasien belum meningkat 2. Hasil uji keseimbangan ekstremitas atas dan bawah adalah 2 3. Gerakan pasien tampak belum optimal 4. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu
--	--	---	-------	--	--

menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan).				Respon : Pasien mengatakan beraktivitas mobilisasi, akan selalu berpegangan di pagar tempat tidur.	5. Pasien tampak lemah
4. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan.	4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	16.20	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Cara : Memberikan pemahaman kepada keluarga pasien untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga pasien tampak membantu pasien saat melakukan mobilisasi yaitu duduk di tempat tidur.	6. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan).

				Respon : Keluarga pasien mengatakan akan siap sedia membantu pasien dalam mobilisasi	7. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan.
			Edukasi 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	16.25 5. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Cara : Menjelaskan bahwa tujuan dari mobilisasi itu sendiri yaitu mempertahankan fungsi tubuh serta mencegah komplikasi atau hal yang lebih parah dikarenakan tidak pernah melakukan mobilisasi. Prosedur mobilisasi hanya sederhana, yaitu berpindah atau	A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

				menukar posisi tubuh. namun melihat keadaan pasien, tentu memerlukan bantuan orang lain. Hasil : Pasien dan keluarga pasien tampak mengerti setelah diberikan edukasi
		6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur)	16.30	6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Cara : Menjelaskan pada pasien dan keluarga pasien tentang mobilisasi sederhana, seperti duduk di tempat tidur atau sisi tempat tidur

					Hasil : Pasien dan keluarga pasien tampak mengerti setelah dijelaskan Respon : Pasien mengatakan akan langsung mencoba	
Risiko jatuh dengan otot Data Subjektif 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan kurang lebih 3×12 jam, maka tingkat jatuh menurun. Dengan kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur tidak terjadi (1) 2. Jatuh saat duduk tidak terjadi (1)	Pencegahan Jatuh Observasi 1. Identifikasi jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan	15:30	15:40	1. Mengidentifikasi faktor jatuh Cara : Melakukan pemeriksaan fisik maupun tanya jawab Hasil : Usia pasien 82 tahun and ada kelemahan pada anggota gerak, sehingga berpotensi untuk jatuh	Jam 20.00 S : 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan

3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah 5. Pasien mengatakan memiliki riwayat jatuh Data Objektif 1. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah		meningkatkan risiko jatuh		2. Mengidentifikasi lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Cara : Memperhatikan lingkungan sekitar pasien untuk mengidentifikasi lingkungan yang mampu meningkatkan risiko jatuh Hasil : Tampak harus diedukasi, karena pagar pembatas di samping tempat tidur tidak dipasang. Respon : Keluarga pasien mengatakan, akan langsung memasang pembatas samping tempat tidur. O : 1. Pasien tampak tidak jatuh saat duduk	3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah 5. Pasien mengatakan memiliki riwayat jatuh
		3. Hitung risiko jatuh dengan	15:50		

3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan) 4. Hasil perhitungan morse fall score pasien adalah 70 (risiko tinggi untuk jatuh) 5. Hasil pengkajian derajat stroke		menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu Terapeutik 4. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Cara : Melihat dan menghitung risiko jatuh dengan skala morse Hasil : 70 (risiko tinggi untuk jatuh) 4. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci Cara : Mengajak keluarga untuk turut memperhatikan roda tempat tidur apakah selalu dalam kondisi terkunci atau tidak. Hasil : Keluarga tampak kooperatif	2. Pasien tampak tidak akan terjatuh dari tempat tidur, karena pagar pembatas terpasang A : Risiko Jatuh belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
--	--	--	--	---

pasien adalah 7 (derajat stroke sedang) 6. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan 7. Pagar pembatas tempat tidur sering tidak digunakan		Edukasi 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	16:10 5. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. Cara : Mendiskusikan dengan keluarga tentang panggil perawat jika memerlukan bantuan Hasil : Keluarga tampak paham Respon : Keluarga akan mengatakan memanggil perawat jika keluarga tidak mampu	Respon : Keluarga mengatakan akan turut memperhatikan roda tempat tidur pasien.
--	--	---	---	--

					membantu pasien dalam perubahan posisi	
Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular ditandai dengan Data Subjektif	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan kurang lebih 3x12 jam, maka perawatan diri meningkat. Dengan kriteria hasil:	Dukungan Perawatan Diri				Jam 20.00
1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu	1. Kemampuan membersihkan diri meningkat (5)	1. Monitor tingkat kemandirian	17:30	1. Memonitor kemandirian	1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu	
2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan.	2. Kemampuan keluarga melakukan perawatan pada pasien meningkat (5)			Cara : Inspeksi tingkat kemandirian pasien dengan bertanya	2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan.	
3. Pasien mengatakan				Hasil : Aktivitas pasien tampak harus dibantu		
				Respon : Pasien mengatakan merasa sulit beraktivitas secara mandiri	O :	
				2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri.	1. Aktivitas tampak dibantu	

lemah pada tangan dan kaki kanan		2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan	berpakaian, berhias dan makan. Cara : Menanyakan ketersediaan alat bantu kebersihan diri Hasil : Tampak belum lengkap Respon : Pasien mengatakan belum membeli peralatan mandi lengkap	2. Pasien tampak belum bisa membersihkan diri sendiri 8. Keluarga pasien nampak belum bisa melakukan perawatan pada pasien.
4. Pasien mengatakan badan terasa lemah				
5. Pasien mengatakan belum pernah mandi selama berada di RS				9. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu
6. Pasien tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri				
7. Keluarga pasien mengatakan tidak				
		Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)	3. Menyediakan lingkungan yang terapeutik Cara : Memberikan suasana yang hangat dan rileks Hasil : Pasien tampak nyaman dengan suasana Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman	A : Defisit perawatan diri belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan

tahu cara memandikan pasien dengan benar di atas tempat tidur Data Objektif 1. Pasien tampak lemah 2. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu 3. Keadaan rambut pasien tampak kotor 4. Tampak ada kotoran pada canalis telinga 5. Badan pasien mengeluarkan		4. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 17:45 Edukasi 5. Ajarkan keluarga tentang cara melakukan perawatan kepada pasien 17:50	4. Menyiapkan keperluan pribadi Cara : Mengajarkan dan menuntun keluarga pasien untuk menyiapkan keperluan pasien Hasil : Keluarga tampak kooperatif Respon : Keluarga akan mengatakan akan menyediakan keperluan 5. Mengajarkan keluarga tentang cara melakukan perawatan kepada pasien Cara : Mendemonstrasikan cara membersihkan dan merawat pasien	
--	--	--	--	--

aromah tidak sedap				Hasil : Keluarga tampak mengikuti dengan baik. Setelah dilakukan perawatan diri pasien tampak lebih segar Respon : Keluarga mengatakan sudah paham. Pasien mengatakan setelah dilakukan perawatan diri, ia merasa lebih nyaman dan bugar	
		6. Anjurkan melakukan perawatan diri secara rutin, walaupun harus dibantu	17:55	6. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara rutin, walaupun harus dibantu Cara : Menjelaskan bahwa perawatan diri sangat penting guna menunjang kebersihan dan pemulihan	

				dari penyakit, agar merasa nyaman dan lebih bugar. Jadi harus rutin melakukan perawatan diri walaupun masih dibantu oleh keluarga Hasil : Pasien dan keluarga pasien tampak paham Respon : Pasien mengatakan akan mulai perawatan diri secara rutin setiap hari	
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi ditandai dengan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan kurang lebih 3×12 jam, maka tingkat pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil:	Edukasi Kesehatan Observasi	16.20	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Cara : Melihat kondisi dan suasana pasien dan keluarga pasien	Jam 20.00 S : 1. Pasien mengatakan sudah paham tentang stroke
Data Subjektif					
1. Pasien mengatakan tidak paham dengan					

benar tentang stroke 2. Pasien mengatakan khawatir dengan penyakitnya saat ini Data Objektif 1. Pasien dan keluarga pasien tampak tidak mengetahui seputaran penyakit stroke dan bertanya tentang stroke	1. Pasien dan Keluarga pasien paham tentang stroke (5)	Terapeutik 2. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan	16.25	Hasil : Pasien dan keluarga siap menerima informasi Respon : Pasien mengatakan sudah siap untuk menerima informasi 2. Menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan Cara : Mencari referensi tentang materi yang akan diedukasikan kepada pasien. Serta membuat leaflet Hasil : Materi dan leaflet sudah disiapkan 3. Jadwalkan Pendidikan	O : 1. Pasien dan keluarga pasien tampak bisa menjawab pertanyaan yang diberikan A : Defisit pengetahuan teratasi P : Intervensi dihentikan
		3. Jadwalkan Pendidikan	16.20	3. Menjadwalkan PenKes sesuai kesempatan	

			Kesehatan sesuai kesepakatan Edukasi 4. Jelaskan tentang stroke	Cara : Menanyakan kesiediaan waktu dari pasien Hasil : Pukul 17.00 Respon : Pasien mengatakan bisa kapan saja
			4. Jelaskan tentang stroke	4. Menjelaskan tentang stroke Cara : Menyampaikan penjelasan tentang stroke, menggunakan media cetak berupa leaflet Hasil : Pasien dan Keluarga pasien tampak mengikuti penyuluhan dengan baik Respon : Pasien mengatakan sangat senang karena mendapatkan informasi baru

		5. Berikan waktu tanya jawab	17:15	5. Memberikan waktu tanya jawab Cara : Menanyakan pada pasien dan keluarga pasien jika ada pertanyaan Respon : Pasien mengatakan tidak ada	
--	--	------------------------------	-------	--	--

4.4 CATATAN PERKEMBANGAN

Hari Perawatan II : Selasa, 16 Maret 2024

Diagnosis	Jam	Implementasi	Evaluasi
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dibuktikan dengan Data Subjektif - Pasien mengatakan badan terasa lemah - Pasien mengatakan nyeri pada kepala - Pasien mengatakan merasa pusing Data Objektif - Pasien tampak lemah - Pasien tampak gelisah - TTV TD : 180/82 mmHg N : 98 kali permenit	09:00	Observasi - Memonitor TTV Cara : Mengukur tekanan darah menggunakan tensi meter digita,, mengukur nadi dan respirasi menggunakan arloji dan mengukur SB dengan thermometer gun. Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 98×/menit R : 20×/menit SB : 36,7°C Respon : Pasien mengatakan tidak merasa sesak napas dan demam. - Memonitor pelebaran tekanan nandi (Selisih TDS dan TDD)	Jam 20.00 S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing - Pasien mengatakan nyeri pada kepala - Pasien mengatakan badan terasa lemah O : - Pasien tampak masih gelisah - Pasien tampak lemah - TTV

SB : 36,5°C R : 20 kali permenit		Cara : Menghitung berapa selisi tekanan darah sistolik dan diastolic Hasil : 160 – 90 = 70 3. Memonitor kesadaran pasien Cara : Melihat secara penuh tentang kesadaran pasien Hasil : Compos mentis Terapeutik 4. Mempertahankan posisi kepala dan leher Cara : Menganjurkan untuk tidur dengan posisi tenang dan menghadap ke atas Hasil : Pasien tampak melakukan anjuran Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman 5. Memberikan posisi head up 30 derajat Cara : Menaikkan posisi kepala tempat tidur dengan sudut 30 derajat.	TD : 160/80 mmHg N : 98*/menit R : 20*/menit SB : 36,7°C A : Risiko perfusi serebral tidak efektif P : Intervensi dilanjutkan
	09.00		
	09.20		
	09.25		

		Hasil : Pasien tampak nyaman Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman
12.00	6. Memberikan obat injeksi piracetam dan obat tablet aspilet Cara : Memberikan obat melalui IVFD dan oral Hasil : Pasien tampak meminum obat. Respon : Pasien mengatakan sedikit perih saat obat dimasukkan melalui selang infus.	
18.00	7. Memberikan obat piracetam, obat citicoline dan obat hufaneuron Cara : Memberikan obat melalui IVFD dan oral Hasil : Pasien tampak meminum obat. Respon : Pasien mengatakan sedikit perih saat obat dimasukkan melalui selang infus.	

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan	09.05	Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Cara : Bertanya kepada pasien jika ada nyeri dan keluhan fisik. Respon : Pasien mengatakan hanya nyeri kepala. Kaki dan tangan kanan sudah mulai bisa digerakan	Jam 20.00 S :
Data Subjektif			
6. Pasien mengatakan aktifitas dibantu			1. Pasien mengatakan badan masih rasa lemah
7. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan.	09.30	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melalui pergerakan Cara : Bertanya dan mengkaji apa saja toleransi fisik pasien melalui gerakan Hasil : Uji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah skor 2	2. Pasien mengatakan aktivitas dibantu 3. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan
8. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 9. Pasien mengatakan badan terasa lemah			4. Pasien mengatakan badan terasa lemah
Data Objektif			
1. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah	13:20	3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis : pagar tempat tidur) Cara : Menjelaskan pada pasien bahwa dengan berpegangan pada pagar tempat tidur, mobilisasi akan lebih.	O : 1. Pergerakan ekstremitas pasien belum meningkat

3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan). 4. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan.	13:25	Hasil : Pasien tampak berpegangan di pagar tempat tidur. Respon : Pasien mengatakan setiap beraktivitas berupa mobilisasi, akan selalu berpegangan di pagar tempat tidur. 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Cara : Memberikan pemahaman kepada keluarga pasien untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Keluarga pasien tampak membantu pasien saat melakukan mobilisasi yaitu duduk di tempat tidur. Respon : Keluarga pasien mengatakan akan siap sedia membantu pasien dalam mobilisasi	2. Hasil kescimbangan ekstremitas atas dan bawah adalah 2 3. Gerakan pasien tampak belum optimal 4. Pasien tampak lemah 5. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan).
Edukasi 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	10.00		

		Cara : Menjelaskan pada pasien dan keluarga pasien tentang mobilisasi sederhana, seperti duduk di tempat tidur atau sisi tempat tidur Hasil : Pasien dan keluarga pasien tampak mengerti setelah dijelaskan Respon : Pasien mengatakan akan langsung mencoba	6. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan. A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan Data Subjektif 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu	09.35	Observasi 1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Cara : Memperhatikan lingkungan sekitar pasien untuk mengidentifikasi lingkungan yang mampu meningkatkan risiko jatuh Hasil : Tampak harus diedukasi, karena pagar pembatas di samping tempat tidur tidak dipasang.	Jam 20.00 S : 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki

2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah Data Objektif 1. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah 3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan)	Respon : Keluarga pasien mengatakan, akan langsung memasang pembatas samping tempat tidur. Terapeutik 2. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci Cara : Mengajak keluarga untuk turut memperhatikan roda tempat tidur apakah selalu dalam kondisi terkunci atau tidak. Hasil : Keluarga tampak kooperatif Respon : Keluarga mengatakan akan turut memperhatikan roda tempat tidur pasien. Edukasi 3. Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. Cara : Mendiskusikan dengan keluarga tentang panggil perawat jika memerlukan bantuan Hasil : Keluarga tampak paham	kanan 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah O : 1. Pasien tampak tidak jatuh saat duduk 2. Pasien tampak tidak akan terjatuh dari tempat tidur, karena pagar pembatas terpasang 3. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu
	09.40	
	09.42	

4. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan 5. Pagar pembatas tempat tidur sering tidak digunakan	Respon : Keluarga mengatakan akan memanggil perawat jika keluarga tidak mampu membantu pasien dalam perubahan posisi	4. Pasien tampak lemah 5. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan) 6. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan 7. Pagar pembatas tempat tidur sering tidak digunakan
---	---	--

			A : Risiko Jatuh P : Intervensi dilanjutkan
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan			Jam 20.00
Data Subjektif 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah	10.00	Observasi 1. Memonitor tingkat kemandirian Cara : Melihat apakah pasien sudah dapat beraktivitas secara mandiri Hasil : Aktivitas pasien tampak harus dibantu Respon : Pasien mengatakan merasa sulit beraktivitas secara mandiri Terapeutik 2. Menyediakan lingkungan yang terapeutik Cara : Memberikan suasana yang hangat dan rileks Hasil : Pasien tampak nyaman dengan suasana Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman	S : 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu O : 1. Pasien tampak belum bisa membersihkan diri sendiri 2. Keluarga pasien nampak sudah bisa melakukan perawatan pada pasien
Data Objektif	10.05		

1. Pasien tampak lemah	10.10	3. Membantu keluarga dalam melakukan perawatan pada pasien	3. Aktivitas tampak terbatas dan dibantu	pasien
2. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu		Cara : Ikut serta memandikan pasien Hasil : Keluarga pasien tampak sudah mampu memandikan pasien. Setelah dilakukan perawatan diri pasien tampak lebih segar Respon : Keluarga pasien mengatakan belum terlalu terbiasa, namun akan mencoba melakukan yang terbaik	A : Defisit perawatan diri teratasi Sebagian P : Intervensi dilanjutkan	

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari Perawatan III : Rabu, 17 Maret 2024

Diagnosis	Jam	Implementasi	Evaluasi
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dibuktikan dengan Data Subjektif	09:00	Observasi 1. Memonitor TTV	Jam 20.00 S :

1. Pasien mengatakan badan terasa lemah Data Objektif 1. Pasien tampak lemah 2. TTV - TD : 180/82 mmHg - N : 98 kali permenit - SB : 36,5°C - R : 20 kali permenit		Cara : Mengukur tekanan darah menggunakan tensi meter digitai, mengukur nadi dan respirasi menggunakan arloji dan mengukur SB dengan thermometer gun. Hasil : TD : 165/85 mmHg N : 90x/menit R : 20x/menit SB : 36,8°C Respon : Pasien mengatakan tidak merasa sesak napas dan demam.	1. Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing 2. Pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala lagi O : 1. Pasien tampak tidak gelisah 2. TTV - TD : 165/85mmHg - N : 90x/menit - R : 20x/menit - SB : 36,8°C A : Risiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi
	09.15	2. Memonitor pelebaran tekanan nadi (Selisih TDS dan TDD) Cara : Menghitung berapa selisi tekanan darah sistolik dan diastolic Hasil : 165 - 85 = 80	
	09.00	3. Memonitor kesadaran pasien Cara : Melihat secara penuh tentang kesadaran pasien	

	09:20	Hasil : Compos mentis Terapeutik 4. Mempertahankan posisi kepala dan leher Cara : Mengajukan untuk tidur dengan posisi tenang dan menghadap ke atas Hasil : Pasien tampak melakukan anjuran Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman	P : Intervensi dihentikan
	09.25	5. Memberikan posisi head up 30 derajat Cara : Menaikkan posisi kepala tempat tidur dengan sudut 30 derajat. Hasil : Pasien tampak nyaman Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman	
	12.00	6. Memberikan obat injeksi piracetam dan obat tablet aspilet Cara : Memberikan obat melalui IVFD dan oral Hasil : Pasien tampak meminum obat.	

Respon : Pasien mengatakan sedikit sakit saat obat dimasukkan melalui selang infus					
	18,00			7. Memberikan obat paracetam, obat ceftriaxone dan obat hufaneuron Cara : Memberikan obat melalui IVFD dan oral Hasil : Pasien tampak meminum obat. Respon : Pasien mengatakan sedikit perih saat obat dimasukkan melalui selang infus.	
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Data Subjektif				Observasi	
1. Pasien mengatakan aktivitas dibantu	09,05			1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Cara : Bertanya kepada pasien jika ada nyeri dan keluhan fisik. Respon : Pasien mengatakan hanya nyeri kepala, kaki dan tangan kanan sudah mulai bisa digerakkan	1. Pasien mengatakan badan masih lemah
2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan.	09,30			2. Mengidentifikasi toleransi fisik melalui pergerakan Cara : Bertanya dan mengkait apa saja toleransi fisik pasien melalui gerakan	2. Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu

Jam 20.00

N

3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan 4. Pasien mengatakan badan terasa lemah Data Objektif 1. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah 3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 3 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan). 4. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan.	Hasil : Uji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah skor 3 3 Terapeutik 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis : pagar tempat tidur) Cara : Menjelaskan pada pasien bahwa dengan berpegangan pada pagar tempat tidur, mobilisasi akan lebih. Hasil : Pasien tampak berpegangan di pagar tempat tidur. Respon : Pasien mengatakan setiap beraktivitas berupa mobilisasi, akan selalu berpegangan di pagar tempat tidur. 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Cara : Memberikan pemahaman kepada keluarga pasien untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	3. Pasien mengatakan tangan dan kaki sulit digerakkan 4. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan O : 1. Pergerakan ekstremitas pasien sudah meningkat 2. Hasil uji keseimbangan ekstremitas atas dan bawah adalah 3 3. Gerakan pasien tampak belum optimal
	13:20	
	13:25	

		Hasil : Keluarga pasien tampak membantu pasien saat melakukan mobilisasi yaitu duduk di tempat tidur. Respon : Keluarga pasien mengatakan akan siap sedia membantu pasien dalam mobilisasi Edukasi 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Cara : Menjelaskan pada pasien dan keluarga pasien tentang mobilisasi sederhana, seperti duduk di tempat tidur atau sisi tempat tidur Hasil : Pasien dan keluarga pasien tampak mengerti setelah dijelaskan Respon : Pasien mengatakan akan langsung mencoba	4. Aktivitas pasien tampak masih terbatas dan dibantu 5. Pasien tampak lemah 6. Pasien belum mampu mengangkat kaki dan lengan kanan A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi dihentikan
	10.00		

Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan Data Subjektif 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan Data Objektif 1. Aktifitas pasien tampak terbatas dan dibantu 2. Pasien tampak lemah 3. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien	09.35	Observasi 1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Cara : Memperhatikan lingkungan sekitar pasien untuk mengidentifikasi lingkungan yang mampu meningkatkan risiko jatuh Hasil : Tampak harus diedukasi, karena pagar pembatas di samping tempat tidur tidak dipasang. Respon : Keluarga pasien mengatakan, akan langsung memasang pembatas samping tempat tidur. Terapeutik 2. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci Cara : Mengajak keluarga untuk turut memperhatikan roda tempat tidur apakah selalu dalam kondisi terkunci atau tidak. Hasil : Keluarga tampak kooperatif	Jam 20.00 S : 1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan. 3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan O :
---	-------	--	--

ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, skor 2 (Hanya mampu menahan gravitasi, tapi akan jatuh dengan sentuhan) 09.42 4. Hasil perhitungan morse fall score pasien adalah 70 (risiko tinggi untuk jatuh) 5. Hasil pengkajian derajat stroke pasien adalah 7 (derajat stroke sedang) 6. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan	Respon : Keluarga mengatakan akan turut memperhatikan roda tempat tidur pasien. Edukasi 3. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah. Cara : Mendiskusikan dengan keluarga tentang panggil perawat jika memerlukan bantuan Hasil : Keluarga tampak paham Respon : Keluarga mengatakan akan memanggil perawat jika keluarga tidak mampu membantu pasien dalam perubahan posisi	1. Pasien tampak tidak jatuh saat duduk 2. Pasien tampak tidak akan terjatuh dari tempat tidur, karena pagar pembatas terpasang 3. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu 4. Pasien tampak lemah 5. Hasil pemeriksaan kekuatan otot pasien
--	--	---

ekstremitas atas
dan bawah
sebelah kanan,
skor 2 (Hanya
mampu
menahan
gravitasi, tapi
akan jatuh
dengan
sentuhan)

6. Hasil
perhitungan
morse fall score
pasien adalah
70 (risiko tinggi
untuk jatuh)

7. Hasil
pengkajian
derajat stroke

pasien adalah 7 (derajat stroke sedang) 8. Pasien tampak tidak mampu mengangkat kaki dan tangan sebelah kanan 9. Pagar pembatas tempat tidur sering tidak digunakan A : Risiko Jatuh tidak terjadi P : Intervensi dihentikan		
---	--	--

Defisit perawatan diri	10.00	Observasi	Jam 20.00
berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan		1. Memonitor tingkat kemandirian	
Data Subjektif		Cara : Melihat apakah pasien sudah dapat beraktivitas secara mandiri	S:
1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu		Hasil : Aktivitas pasien tampak harus dibantu	1. Pasien mengatakan aktifitas dibantu
2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakkan.		Respon : Pasien mengatakan merasa sulit beraktivitas secara mandiri	2. Pasien mengatakan aktifitas dibantu
3. Pasien mengatakan lemah pada tangan dan kaki kanan	10.05	Terapeutik	O :
4. Pasien mengatakan badan terasa lemah		2. Menyediakan lingkungan yang terapeutik	1. Pasien tampak sudah turut membantu keluarganya untuk membersihkan diri walaupun belum sepenuhnya
5. Pasien mengatakan belum pernah mandi selama berada di RS	10.10	Cara : Memberikan suasana yang hangat dan rileks	2. Keluarga pasien nampak sudah bisa melakukan
Data Objektif		Hasil : Pasien tampak nyaman dengan suasana	
		Respon : Pasien mengatakan merasa nyaman	
		3. Memantau dan menilai keluarga dalam melakukan perawatan pada pasien	
		Cara : Memantau keluarga pasien selama melakukan perawatan pada pasien	

1. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu	Hasil : Keluarga pasien tampak sudah mampu memandikan pasien. Setelah dilakukan perawatan diri pasien tampak lebih segar Respon : Keluarga pasien mengatakan sudah bisa melakukan perawatan berupa memandikan pasien. Apalagi pasien sudah mulai ikut serta membersihkan diri sendiri	perawatan pasien 3. Aktivitas pasien tampak terbatas dan dibantu A : Defisit perawatan diri teratasi P : Intervensi dihentikan
---	---	--

Tabel 4.8 Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pengkajian

Berdasarkan tinjauan teori stroke terjadi karena terhambatnya pembuluh darah ke otak. Hasil penelitian (Ningsih & Melinda, 2019) menyatakan bahwa Tekanan darah/hipertensi merupakan faktor risiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Keadaan hipertensi yang tidak terkontrol menyebabkan terjadinya penebalan dinding pembuluh darah. Penebalan ini juga dapat menyumbat dan merusak dinding pembuluh darah yang kemudian dapat pecah. Pecahnya pembuluh darah di otak akan sangat fatal jika menimbulkan interupsi aliran darah ke bagian distal, tekanan intrakranial juga akan meningkat jika terjadi timbunan darah pada ektravasasi dan penyempitan pembuluh darah karena hipertensi dapat menimbulkan kematian. Hipertensi berhubungan erat dengan kejadian stroke, dimana hipertensi dapat memicu timbulnya plak pada pembuluh darah besar. Timbulnya plak ini dapat membuat lumen atau diameter pembuluh darah menjadi menyempit. Plak yang tidak stabil dapat mengelupas hal ini yang kemudian dapat menyumbat pembuluh darah otak. Maka dari itu hipertensi merupakan faktor utama pada penyakit kardiovaskular dan stroke. Individu dengan status hipertensi mempunyai risiko lebih besar untuk risiko terkena stroke dibandingkan dengan individu yang tidak hipertensi. Hal ini berdasarkan teori yang menyebutkan bahwa hipertensi merupakan faktor risiko terjadi stroke.

5.1.1 Tanda dan gejala yang ada di tinjauan teori dan ada di tinjauan kasus

Berdasarkan tinjauan teori dan tinjauan kasus yang ada pada bagian manifestasi klinis ditemukan kesamaan tanda dan gejala pada pasien yaitu kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh yakni ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, yang mengakibatkan kesulitan berjalan karena penurunan kekuatan otot.

Pada pasien stroke, 70-80 % mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) dengan 20% dapat mengalami peningkatan fungsi motorik/ kelemahan otot pada anggota ekstremitas bila tidak mendapatkan pilihan terapi yang baik dalam intervensi

keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke. Pasien mengalami kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh (hemiparesis) baik hemiparesis sisi kiri atau pun sisi kanan. Dengan rerata kekuatan otot pada skala 2 (0-5) hal ini disebabkan karena mekanisme hemiparesis yang terjadi umumnya pada pasien stroke. Kelumpuhan dan kelemahan sisi tubuh bagian kanan biasanya disebabkan karena kegagalan fungsi otak kiri, baik karena stroke sumbatan atau stroke perdarahan. Sebaliknya, jika terjadi kegagalan fungsi otak kanan, maka bagian sisi tubuh kiri akan menderita kelumpuhan (Setiyawan et al., 2019)

5.1.2 Tanda dan gejala yang ada ditinjau teori tapi tidak ada ditinjau kasus

Gejala yang dapat timbul diantaranya yaitu terjadi secara mendadak, terdapat nyeri kepala berat, parasthesia (kesemutan), paresis (kelumpuhan atau penurunan kekuatan otot pada sebagian anggota badan), serta gangguan gerak. Pada tahapan awal stroke, gambaran klinis biasanya berupa kelumpuhan (*paralysis*) dan hilang atau melemahnya refleks tendon, kesulitan menelan (*dysphagia*), gangguan komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, serta disfungsi kandung kemih (Agustin et al., 2022)

Berdasarkan teori yang ada pada bagian manifestasi klinis tetapi tidak ada di tinjauan kasus yaitu *parasthesia*, *dysphagia*, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, serta disfungsi kandung kemih.

5.1.3 Tanda dan gejala yang ada di tinjauan kasus tapi tidak ada di tinjauan teori

Pada kasus Ny D.P tidak ditemukan tanda dan gejala dari stroke iskemik yang tidak sesuai dengan tinjauan teori.

5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada dalam teori dan diangkat oleh penulis, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan

neuromuscular, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena ditemukannya tanda dan gejala pada pasien yang mendukung diagnosis tersebut.

Diagnosa keperawatan yang tidak termasuk dalam teori namun diangkat oleh penulis meliputi gangguan pola tidur, gangguan menelan, gangguan komunikasi, gangguan persepsi sensori, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tirah baring lama, koping tidak efektif dan ansietas. Penulis tidak menggunakan diagnosis ini karena tidak ditemukan tanda dan gejala yang sesuai pada pasien, atau meskipun ada gejala yang serupa dengan kondisi pasien, tidak memenuhi kriteria untuk diangkat sebagai diagnose tambahan dan prioritas.

5.3 Intervensi, implementasi dan evaluasi

Berdasarkan hasil pemeriksaan maka penulis menetapkan 5 diagnosis keperawatan pada pasien Stroke Iskemik dan menyusun intervensi dan mengimplementasikannya kepada pasien serta melakukan evaluasi terhadap keadaan dan perkembangan kesehatan pasien.

5.3.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

Implementasi untuk diagnosis risiko ketidakseimbangan perfusi serebral man pemantauan tekanan intracranial (ICP), pemantauan tekanan darah, dan tanda-tanda vital pada pasien stroke dengan riwayat hipertensi. Pasien dengan hipertensi berisiko tinggi mengalami ketidaksempurnaan perfusi serebral dan komplikasi perdarahan otak akibat aterosklerosis, yang membuat sirkulasi darah menjadi rentan dan mengakibatkan perfusi jaringan serebral yang tidak optimal. Ketidakstabilan perfungsi jaringan otak yang tidak ditangani dengan baik dapat meningkatkan risiko kompliksi lain seperti stroke.

Salah satu implementasi tambahan adlah menempatkan pasien dalam posisi kepala terangkat 30 derajat atau *head up* 30 derajat. Psosisi ini membantu meningkatkan hemodinamik dengan memperbaiki aliran darah ke otak dan meningkatkan pksigenasi jaringan otak. Berdasarkan penelitian, posisi *head up* 30 derajat dpaat mempertahankan atau

memulihkan fungsi tubuh, memberikan kenyamanan dan mengurangi risiko komplikasi pada pasien stroke yang berisiko terhadap peningkatan tekanan intrakranial (ICP)

5.3.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Implementasi yang dilakukan untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik adalah mobilisasi sederhana, misalnya melakukan pergantian posisi dari berbaring menjadi perpindahan dari tidur, duduk, berdiri dan berjalan dalam upaya meringankan atau mendistribusikan kembali segala tekanan yang diberikan pada jaringan tubuh. Mobilisasi segera dapat mengurangi komplikasi pasca stroke seperti radang paru, ulkus dekubitus, kekuatan otot dan kebugaran fisik yang rendah sehingga kurang mampu melakukan kegiatan sehari-hari. Selain itu menurut penelitian Juliani et al., (2022) mobilisasi ini mampu membuat peningkatan kemandirian fungsional secara bermakna pada pasien stroke. Pengaruh pemberian mobilisasi segera baik untuk meningkatkan kekuatan otot, tonus otot maupun kemampuan fungsional motoriknya. Penggunaan otot yang sering dapat meningkatkan kekuatan otot. Untuk mempertahankan kekuatan otot. Pemberian mobilisasi segera pada pasien stroke yaitu mempertahankan body alignment atau keseimbangan tubuh, mengurangi komplikasi akibat immobilisasi dan meningkatkan rasa nyaman.

5.3.3 Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun

Implementasi yang dilakukan untuk diagnosis risiko jatuh adalah memonitor risiko jatuh menggunakan skala morse. Perhitungan skala morse penting pada pasien dengan risiko jatuh untuk mengetahui seberapa tinggi risiko jatuh pada pasien, yang bertujuan untuk manajemen pencegahan jatuh

5.3.4 Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

Implementasi yang dilakukan pada diagnosis defisit perawatan diri yaitu membantu pasien dalam perawatan diri dan memfasilitasi

kemandirian pasien dalam perawatan diri. Jika keluarga pasien tidak mampu atau tidak tahu cara melakukan perawatan diri (misalnya mandi) pada pasien, maka perawat bisa mendemonstrasikan dan menjelaskan kepada keluarga pasien. Karena jika keluarga pasien tidak mengerti tentang perawatan diri pada penderita stroke maka kebersihan diri penderita stroke yang mengalami kelumpuhan akan berkurang dan bisa menimbulkan masalah defisit perawatan diri. Dampak defisit perawatan diri sangatlah berbahaya, misalnya menjadi pencetus timbulnya penyakit lain ataupun menimbulkan risiko kerusakan integritas kulit.

5.3.5 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Implementasi yang dilakukan untuk diagnosis defisit pengetahuan adalah Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, menjelaskan tentang stroke dan memberikan sesi tanya jawab.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan pada Ny D.P, maka dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala pada pasien dengan stroke iskemik yaitu lemah pada salah satu atau lebih ekstremitas, dan juga terjadi penurunan kekuatan otot.

Pengkajian dilakukan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang serta data pada rekam medis. Berdasarkan data yang didapatkan, klien masuk rumah sakit dengan keluhan utama kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan. Hasil pemeriksaan lainnya, pasien dengan kesadaran pasien compos mentis nyeri pada kepala, pusing, perasaan lemah. Aktivitas pasien tampak harus dibantu, baik oleh keluarga maupun perawat, pasien juga nampak gelisah. Pasien menderita hipertensi, diabetes melitus tipe 2 dan obesitas. Pada hasil pemeriksaan saraf kranial, pasien mengalami penurunan penglihatan (*Nervus Opticus*), hasil pemeriksaan kekuatan otot, hasilnya ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan 2. Pada perhitungan derajat stroke, pasien menderita stroke sedang.

Berdasarkan hasil pengkajian dari data-data dan pemeriksaan pada pasien, maka penulis mengangkat 5 diagnosa keperawatan, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Setelah disusun intervensi dan dilakukan implementasi pada pasien selama 3 hari. Dimana penyusunan dan pengimplementasian ini mengacu pada SIKI dan disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan klien. Penulispun melakukan evaluasi terhadap seluruh diagnosa dan intervensi yang diangkat, didapatkan hasil bahwa seluruh masalah keperawatan dapat teratasi dengan baik, kecuali pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik.

6.2. Saran

6.2.1 Pasien dan Keluarga

Pasien diharapkan terus semangat dalam proses pemulihan, serta mengikuti anjuran yang telah diberikan. Keluarga pasien dapat lebih sabar dalam mengurus pasien, serta tetap menambah wawasan lagi agar supaya dapat melakukan implementasi yang tepat saat di Rumah.

6.2.1 Bagi Instansi Rumah Sakit

1. Menyediakan sarana untuk melakukan mobilisasi secara efektif agar tindakan ini dapat dilaksanakan secara optimal
2. Meningkatkan mutu pelayanan dalam pemberian asuhan keprawatan secara komprehensif

6.2.2 Bagi Perawat

Perawat diharapkan akan terus *update* pengetahuan, terutama intervensi-intervensi terbaru yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke iskemik berdasarkan penelitian-penelitian terbaru.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian lebih mendalam lagi terkait penyakit stroke iskemik, bahkan menambah referensi yang lebih luas, misalnya dengan menggunakan jurnal terakreditasi dan buku-buku terbaru yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, T., Susanti, I. H., & Sumarni, T. (2022). Implementasi Penggunaan Range Of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot Klien Stroke Non Hemoragik. *Journal Of Management Nursing*, 1(4), 140-146.
- AHA. (2020). *Explaining Stroke*. https://www.heart.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining_Stroke_Brouche.
- AHA. (2024). *About Stroke*. <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Akbar, M. A. (2019). *Buku Ajar Konsep-Konsep Dasar Dalam Keperawatan Komunitas*. Sleman : Deepublish.
- Annah, N., & Prihatini, F. (2023). Serebral dengan Stroke Non Hemoragik di RSAU dr. Esnawan Antariksa Nursing Care for Patients with Ineffective Cerebral Tissue Perfusion with Non-Hemorrhagic Stroke at RSAU dr. Esnawan Antariksa. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 10(37), 37-49.
- Denfeld, Q. E., Turrise, S., MacLaughlin, E. J., Chang, P. S., Clair, W. K., Lewis, E. F., Forman, D. E., & Goodlin, S. J. (2022). Preventing and Managing Falls in Adults With Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. In *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. *AHA Journals*, 15(6), E000108. 458-469.
- Djurovic, O., Mihaljevic, O., Radovanovic, S., Kostic, S., Vukicevic, M., Brkic Biljana, G., Stankovic, S., Radulovic, D., Vukomanovic Ivana, S., & Radevic, S. R. (2021). *Risk Factors Related to Falling in Patients After Stroke*. *Iran J Public Health*, 50(9), 1832-1841.
- Dwi Prabowo, A., Nisak, R., Ill Keperawatan, D., Keperawatan Pemerintah Kabupaten Ngawi, A., & Kunci Abstrak, K. (2020). Penerapan Range Of Motion (ROM) Pada Penderita Stroke: Studi Kasus Application of Range Of Motion (ROM) in Stroke Patients: A Case Study. *CAKRA MEDIKA Media Publikasi Penelitian*, 7(1), 23-28.
- Ernawati, & Baidah. (2022). *Tatalaksana Non Farmakologi*. Banjar : LPPM STIKES Cahaya Bangsa.

- Fadhilah, N., Pangestuti, L., & Ardina, R. (2022). Dukungan Keluarga Dan Personal Hygiene Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Mitra Husada Pringsewu. *Healthcare Nursing Journal*, 4(1), 179-193.
- Faridah, A. A., Noor Istiqomah, I., Kurnianto, S., & Khovifah, N. (2022). The Effectiveness of Range of Motion (ROM) on Increasing Muscle Strength in Stroke Patients: Literature Review. *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, 2(2), 137-142.
- Hariyanti, T., Pitoyo Zani Achmad, & Rezkinah Fahmy. (2020). *Mengenal Stroke Dengan Cepat* (W. Mardisantoso, Ed.). Deepublish Publisher.
- Hendra Kusuma, A., & Anggraeni Atika, D. (2019). Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 417-422.
- Jauch Edward. (2024). *Ischemic Stroke*. <https://emedicine.medscape.com/article/1916852-overview?form=fpf>
- Juliani, Ritarwan, K., & Asrizal. (2022). Pengaruh Mobilisasi Segera Setelah Stroke Terhadap Kemandirian Fungsional dan. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 10(3), 266-273. <https://doi.org/10.20527/dk.v10i3.86>
- Kemenkes. (2023). *Penyakit Tidak Menular (PTM)*. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/761/penyakit-tidak-menular-ptm
- Langingi, A. R. C., Patandung, V. P., Rembet, I. Y., & Sumakul, V. D. O. (2023). Pengaruh Pemberian Range of Motion Terhadap Exercise Activity Daily Living Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(2), 738-745.
- Mahendrakrisna, D., Windriya, D. P., & Gts, A. C. (2019). Karakteristik Pasien Stroke Usia Muda di RSUD Kota Surakarta. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(3), 167-170.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Journal Of Management Nursing*, 2(1), 168.
- National institute health stroke scale. (n.d.). *NIH Stroke Scale/Score (NIHSS)*. <https://www.mdcalc.com/calc/715/nih-stroke-scale-score-nihss>.

- Ningsih, R., & Melinda, S. (2019). Identifikasi Hipertensi Dengan Resiko Kejadian Stroke. *Jurnal Kesehatan*, 6(2), 169–171.
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). *Buku Proses Keperawatan*. Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Prayoga, A., & Zulmeliza, R. (2022). Determinan Kejadian Stroke Iskemik Pasien Rawat Inap di RSUD Petala Bumi Provinsi Riau Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 8(1), 52–58. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol8.iss1.640>
- Putri Nurul. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Baitul Izzah 1 Rsi Sultan Agung Semarang*. http://repository.unissula.ac.id/31143/1/Keperawatan%20%28D3%29_40902000001_fullpdf.pdf
- Rekam Medis RSU Gunung Maria Tomohon. (2024). *Prevalensi Penderita Stroke sejak Januari 2023 sampai Maret 2024 di RSU Gunung Maria Tomohon*.
- Robby, A., Teti Agustin, & Dika Awalia. (2023). Risk of Falling level in Stroke Patients at dr. Soekardjo Hospital, Tasikmalaya. *HealthCare Nursing Journal*, 5(2), 777–780.
- Sepang, M. Y. L., dan Rembet, I. Y., (2020). *Pengaruh Range Of Motion Exercise Terhadap Activity Daily Living Pada Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon*. Academia.Edu.
- Setiawan, Nurlely, P., & Harti, Ak. M. J. (2019). Pengaruh Mirror Therapy Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Dirsud Dr. Moewardi. *JKM CENDEKIA UTAMA*, 7(1), 49–61.
- Survei Kesehatan Indonesia. (2023). *Laporan Hasil Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Suryanto, Setyawati, R., Sulistyaningsih, D., Melastuti, E., Noor, M., Amal, A., Wahyunongsih, I., & janitra, F. (2022). *Buku Praktikum Keperawatan Medikal Bedah FIK Unissula*. Semarang : Unissula.
- Sutejo, P. M., Hasanah, U., Dewi, N. R., Dharma, A. K., & Metro, W. (2023). *Penerapan Rom Spherical Grip Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas*

- Atas Pada Pasien Stroke Di Ruang Syaraf Rsud Jend. Ahmad Yani Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), 521–528.
- Tim Pokja PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja PPNI. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja PPNI. (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.
- Utomo Tranggono, Y. (2022). Karakteristik Faktor Risiko Stroke Hemoragik Dan Stroke Non Hemoragik Di Rsud Kota Bekasi. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(9), 13584–13591.
- Wahidin, & Supraptini, N. (2020). Penerapan Teknik Head Up 30° Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang. *Nursing Sciene Journal*, 1(1), 7–13.
- Wijaya, A. E., Malakauseya, M. L. V., Ohoiulun, A., Hussein, A. L., Titaley, C. R., Que, B. J., Lima, F. de, Liesay, L. S., Saptanno, L., & Ulandari, P. (2021). Bagaimana Persepsi Masyarakat Terhadap Penyakit Tidak Menular Dan Pos Binaan Terpadu Penyakit Tidak Menular Di Kota Ambon Dan Pulau Saparua. *Molucca Medica*, 14(1), 61–74.
- World Stroke Organization. (2022). *World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Lampiran 1 *Informed Consent*

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 : Hy DP

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 62 tahun

Alamat : Pakelan, Lingsungon 4

No. Telp. / Hp. :

Bersedia berpartisipasi untuk ikut serta menjadi responden dalam Penelitian Karya Tulis Ilmiah dengan Judul:

STUDI KASUS ASUNAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
STROKE ISKEMIK PADA Hy.D.P DIRI
GUNUNG MARIA TOMOHAN

yang akan dilakukan oleh:

No	Nama	NIM	Status
1	Virgine Yense Mega Kopo	202101072	Mahasiswa Semester VI, Tahun Akademik 2023/2024
2	Prayati Enon	202101064	

Adapun bentuk kesediaan saya yaitu:

1. Bersedia untuk memberikan informasi selhubungan 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.

... Jumat, 12 Maret, 2024

Peneliti,



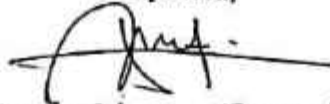
..... Virgini Yenni Miga Kgo

Peneliti,



..... Praysi Gmor

Responden,



..... DJEURI-B-Rumbay

Lampiran 2 Dokumentasi Penyuluhan Kesehatan



YUK KENALI PENYAKIT STROKE



Apa itu stroke?

01

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke otak mengalami gangguan atau berkurang akibat penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik).

Apa komplikasi dari stroke?

02

1. Lumpuh atau cacat permanen
2. Sulit bicara dan menelan
3. Pneumonia aspirasi
4. Nyeri pada anggota tubuh yang terkena stroke
5. Deep vein thrombosis
6. Perubahan perilaku
7. Depresi
8. Dekubitus

Apa tanda dan gejala dari stroke?

03

1. Senyum tidak simetris
2. Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba
3. Bicara pelo
4. Kebas atau baal
5. Rabun
6. Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba
7. Gangguan fungsi keseimbangan.

Bagaimana cara mencegah?

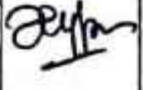
04

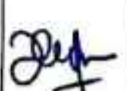
1. Tidak merokok
2. Aktivitas fisik yang cukup
3. Diet yang sehat
4. Kontrol berat badan
5. Kontrol kolesterol
6. Kontrol tekanan darah
7. Kontrol gula darah

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : 1. Praysi Emor
 2. Virgine Yinse Mega Kapo
 NIM : 1. 202101064
 2. 202101074
 Judul KTI : Studi Kasus Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Stroke
 Iskemik Pada Ny. D.P Di RSUD Gunung Maria Tomohon
 Dosen Pembimbing : Meylani D. Wowor, Ners.,M. Kep

No	Hari/Tanggal/jam	Topik	Isi Konsultasi	Tanda tangan
1.	05 Maret 2024	Bimbingan secara Umum	1. Menentukan tim KTI 2. Bagaimana cara penentuan dalam pengambilan kasus 3. Bagaimana cara pengelolaan kasus tim	
2.	07 Maret 2024	Penentuan Pasien KTI	1. Mencari dan mendapat rekomendasi dari CI tetnang kasus yang bisa diangkat	
3.	08 Maret 2024	Penentuan Pasien KTI	1. Mencari dan mendapat rekomendasi dari CI tetnang kasus yang bisa diangkat	
4.	15 Maret 2024	Penentuan Pasien KTI	1. Mendapatkan ACC dari CT tentang kasus yang diangkat	
5.	7 Mei 2024	Sistematika Penulisan	1. Memperhatikan sumber 2. Memperhatikan panduan KTI 3. Memperhatikan data subjektif dan data objektif	

6.	22 Mei 2024	BAB IV	1. Memperhatikan singkatan, penulisan dan typo. 2. Menulis secara lengkap isi dari pengkajian yang ada. 3. Mengganti diagnosa medis sesuai catatan dokter. 4. Membuat klasifikasi data.	
7.	03 Juni 2024	BAB IV BAB I	1. Memperhatikan panduan KTI 2. Memperhatikan typo 3. Memperhatikan penempatan diagnosa 4. Menyesuaikan luaran dengan evaluasi 5. Sistematika dari BAB I	
8.	04 Juni 2024	BAB I	1. Mengirim revisi BAB I berdasarkan susunan yang telah disampaikan	
7.	10 Juni 2024	BAB I BAB II BAB III BAB IV BAB V BAB VI	1. Penyusunan dan penghubung kata yang tepat pada setiap kalimat 2. Mendeley 3. Kerapihan dan sistematika penulisan	
8.	11 Juni 2024	Pemeriksaan Kembali hasil revisi	1. Menyusun kembali patoflow dan patofisiologi 2. Pengetikan dan typo	

9.	12 Juni 2024	PPT	1. Bagaimana sistematika penyusunan PPT dan isi dari PPT	
10.	13 Juni 2024	Pemeriksaan final KTI dan PPT	1. Sudah disetujui dan bisa langsung diserahkan ke penguji	