

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN GANGGUAN SISTEM
PERSYARAFAN: STROKE INFARK LAKUNER SISTEM KAROTIS
KIRI DI RUANG FLAMBOYAN RUMAH SAKIT TK. IV GUNTUR
KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan Program
Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:
AZIS GANDRI MABARTI
KHGA.22062



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROKE
INFARK LAKUNER SISTEM KAROTIS KIRI DI RUANG
FLAMBOYAN RS TK. IV GUNTUR KABUPATEN GARUT**

PENYUSUN : AZIS GANDRI MABARTI

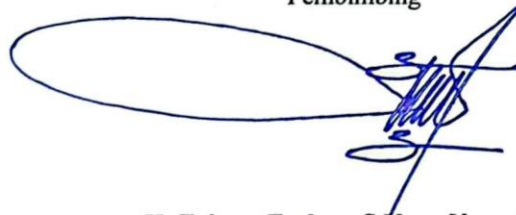
NIM : KHGA.22062

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui untuk Disidangkan Di Hadapan
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,
Pembimbing



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROKE INFARK
LAKUNER SISTEM KAROTIS KIRI DI RUANG
FLAMBOYAN RS TK. IV GUNTUR KABUPATEN GARUT**

PENYUSUN : AZIS GANDRI MABARTI

NIM : KHGA.22062

Garut, Juli 2025

Mengesahkan,

Penguji I



H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.

Penguji II



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep.

Mengesahkan,

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROKE INFARK LAKUNER SISTEM KAROTIS KIRI DI RUANG FLAMBOYAN RS TK. IV GUNTUR KABUPATEN GARUT

Oleh: Azis Gandri Mabarti

IV Bab, 132 Halaman, 11 Tabel, 1 Bagan, 4 Lampiran

Stroke infark merupakan keadaan dimana aliran darah ke otak tersumbat bahkan bisa menghentikan aliran darah ke otak yang bisa menimbulkan hilangnya fungsi neurologis secara cepat. Stroke adalah salah satu masalah kesehatan utama di dunia yang memiliki dampak signifikan pada kejadian penyakit, kematian dan cacat jangka panjang. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada klien dengan gangguan sistem persyarafan melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode penulisan yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu risiko gangguan perfusi serebral, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh, dan defisit perawatan diri. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini ditujukan pada masalah kesehatan setiap orang dengan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut difokuskan dalam mengatasi penyebab dari gangguan sistem persyarafan yang dialami. Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang terstruktur dan individual mampu meningkatkan luaran klinis dan kualitas hidup klien. Pentingnya kolaborasi interprofesional dan keterlibatan keluarga dalam perencanaan dan implementasi asuhan sangat menunjang keberhasilan intervensi. Keterbatasan penelitian ini adalah sifatnya yang merupakan studi kasus tunggal, sehingga generalisasi hasilnya terbatas. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. M menunjukkan perkembangan dengan 1 masalah keperawatan teratasi dan 3 masalah keperawatan teratasi sebagian. Penerapan asuhan keperawatan komprehensif pada klien stroke infark terbukti efektif dalam mengatasi masalah keperawatan dan mempromosikan pemulihan. Perawat memiliki peran krusial dalam memberikan intervensi yang tepat untuk mencapai luaran klien yang optimal.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Infark, Persyarafan

ABSTRACT

NURSING CARE FOR MS. M WITH A NERVOUS SYSTEM DISORDER: LACUNAR INFARCT STROKE OF THE LEFT CAROTID SYSTEM IN FLAMBOYAN ROOM TK. IV GUNTUR HOSPITAL GARUT REGENCY

By: Azis Gandri Mabarti

IV Chapters, 132 Pages, 11 Tables, 1 Chart, 4 Appendices

Ischemic stroke occurs when blood flow to the brain is blocked, potentially stopping the supply of blood entirely, which can lead to a rapid loss of neurological function. Stroke is a major global health concern with significant impacts on morbidity, mortality, and long-term disability. This scientific paper aims to provide real-world experience in delivering direct and comprehensive nursing care to clients with neurological disorders. This includes assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. The descriptive method, in the form of a case study, was used for this paper. The problems identified in the case were: risk of impaired cerebral perfusion, impaired physical mobility, risk of falls, and self-care deficit. The care plan developed in this study addressed each individual's health issues, guided by established goals and outcome criteria. The focus of this nursing care was on addressing the underlying causes of the neurological impairment experienced by the client. The results of this case study indicate that structured and individualized nursing care can improve clinical outcomes and clients' quality of life. The importance of interprofessional collaboration and family involvement in the planning and implementation of care significantly supported the success of the interventions. A limitation of this study is its nature as a single case study, which limits the generalizability of the findings. The evaluation of the nursing care provided to Mrs. M showed progress, with one nursing problem resolved and three partially resolved. The application of comprehensive nursing care in clients with ischemic stroke proved effective in addressing nursing problems and promoting recovery. Nurses play a crucial role in providing appropriate interventions to achieve optimal client outcomes.

Keywords: Nursing Care, Infarct Stroke, Nervous System

KATA PENGANTAR

Penulis dengan kerendahan hati memanjatkan puji dan syukur ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan hidayah-Nya yang telah dilimpahkan kepada kita sekalian. Salawat serta salam semoga senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, beserta keluarga, para sahabat, dan seluruh umatnya.

Alhamdulillah atas karunia dan izin-nya, penulis dapat menyelesaikan laporan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. M dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan RS. TK. IV Guntur Kabupaten Garut”. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, nasehat, dan dukungan. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiyat, MA, selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku ketua pengurus Yayasan DharmaHusada Insani Garut
3. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep, Ners., M.Kep, selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Bapak H. Zahara Farhan S.Kep., M.Kep selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang menyediakan waktu, memberikan bimbingan, petunjuk serta motivasi kepada penulis dengan penuh kesabaran serta tanggung jawab sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini. Suatu kebanggaan dan kehormatan bisa diberikan bimbingan oleh bapak.
6. Bapak H. Engkus Kusnadi S. Kep., M.Kes selaku penguji satu yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan saran dan masukan terhadap karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Sulastini M.Kep selaku penguji dua yang telah menyempatkan waktu untuk memberikan saran dan masukan terhadap karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada staf dan dosen, STIKes Karsa Husada Garut khusus Program Studi Diploma III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Ahmad Rifa'I S.Kep., Ners, selaku pembimbing di Rumah Sakit TK I.V Guntur Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
10. Kepada Ny.M dan keluarga yang telah kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.
11. Kepada kedua orang tua, ayahanda Asep Suarsa dan ibunda Sri Sulastri. Terimakasih atas segala pengorbanan dan kasih sayang yang sangat tulus. Meraka mampu memberikan yang terbaik, tidak kenal lelah mendoakan serta

memberikan perhatian dan dukungan hingga mampu menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini. Semoga ayah dan ibu sehat, diberikan rezeki yang berlimpah, panjang umur dan bahagia selalu.

12. Kepada Alm. Nenek Sutini, sebuah landasan utama dalam pemilihan kasus untuk penyusunan karya tulis ilmiah ini. Semoga Alm. Nenek Sutini ditempatkan disisi orang-orang yang telah Allah berikan Rahmat Nya.
13. Kepada adik tersayang Febriano Valiant telah menjadi motivasi penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
14. Kepada calon istriku Dini Dwi Safitri telah menjadi bagian dari segala kisah hidup penulis. Kesabaran dan kasih sayang yang dimiliki dalam menghadapi sikap penulis berkontribusi sangat banyak dalam penulisan karya tulis ilmiah ini. Sebuah kenangan indah bisa bersama-sama dalam menjalani perjuangan menuju masa depan yang didambakan.
15. Kepada diri saya sendiri Azis Gandri Mabarti yang telah berjuang dengan penuh semangat dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
16. Papih Ii terimakasih atas bimbingan spiritual yang diberikan semua ilmu yang telah penulis dapatkan semoga menjadi amal jariyah.
17. Sahabat terdekat Ricky Agista, Herdi, Raushan, Yusuf, Sendy, Oki, Zaki, Didit, Cevi, Arrifa, Ijal, Ustadz Enggis, Ustadz Opik, Kiki, dr Hilman, Duden, Inggi, Rio, Ahmad, Ansor, Cepi M, Nanang, Aldo, Ipung, Azwar, Hasby, Acep Akbar, IBE, A Agam, Deden, Fadil, Aan, Argian, Shandya, Irsyad, Zidan, Irsal, Agus, Hendri, Kholid. Semua kenangan terbaik dengan kalian dan sejuta harapan bisa membuat semangat penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga kalian sukses dengan jalan kalian masing-masing.

18. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i angkatan 29 program studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas 3B yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan, banyak cerita, canda tawa serta suka dan duka yang akan menjadi kenangan yang tidak terlupakan.
19. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan dengan tepat waktu karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta selalu mendapatkan ridho-Nya. Semoga Allah SWT. membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Garut, Juli 2025

Azis Gandri Mabarti

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR BAGAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Penulisan	5
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Stroke Infark.....	8
1. Pengertian	8
2. Klasifikasi	9
3. Faktor Resiko	11
4. Etiologi	13
5. Patofisiologi.....	14
6. Manifestasi Klinis	17
7. Komplikasi	19
8. Pemeriksaan Diagnostik	22
9. Penatalaksanaan	24
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	28
1. Pengkajian.....	28
2. Diagnosa Keperawatan	45
3. Perencanaan Keperawatan	46
4. Implementasi Keperawatan	67
5. Evaluasi Keperawatan	67
BAB III TINJAUAN PUSTAKA DAN PEMBAHASAN	69
A. Tinjauan Kasus	69
1. Pengkajian.....	69
2. Diagnosa Keperawatan	85
3. Perencanaan Keperawatan	88
4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	94
5. Catatan Perkembangan	109
B. Pembahasan	111
1. Pengkajian.....	111
2. Diagnosa Keperawatan	114
3. Perencanaan Keperawatan	117
4. Implementasi Keperawatan	120
5. Evaluasi Keperawatan	124
BAB IV SIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	126
A. Simpulan.....	126
B. Rekomendasi	128
DAFTAR PUSTAKA.....	130
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1: Analisa data	41
Tabel 2.2: Perencanaan Keperawatan	46
Table 3.1: Skala Morse/ Morse Falls Scale	79
Table 3.2: Pola Aktivitas Sehari-Hari	80
Tabel 3.3: Hasil Pemeriksaan Laboratorium	81
Tabel 3.4: Hasil Pemeriksaan CT-Scan	81
Tabel 3.5: Program Terapi	81
Table 3.6: Analisa Data	82
Tabel 3.7: Perencanaan Keperawatan	88
Tabel 3.8: Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	94
Tabel 3.9: Catatan Perkembangan	109

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Dampak Stroke Infark Terhadap Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia	16
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I SAP Panduan Latihan dan Obat Pasca Stroke di Rumah
Lampiran II Leaflet Panduan Latihan dan Obat Pasca Stroke di Rumah
Lampiran III Lembar Bimbingan
Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah salah satu masalah kesehatan utama di dunia memiliki dampak signifikan pada kejadian penyakit, kematian dan cacat jangka panjang. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), stroke merupakan penyakit terbesar kedua penyebab kematian paling global dan merupakan penyebab utama kematian pada orang dewasa (WHO, 2024). Pemicu dari penyakit stroke adalah hipertensi (Tekanan Darah Tinggi) yang dapat merusak pembuluh darah otak, kolesterol tinggi yang dapat menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, diabetes yang dapat meningkatkan risiko kerusakan pembuluh darah, merokok yang dapat mempercepat kerusakan pembuluh darah serta meningkatkan risiko pembekuan darah, dan gaya hidup tidak sehat seperti kurangnya aktivitas fisik serta pola makan buruk berkontribusi pada risiko stroke.

Stroke itu sendiri dibagi menjadi dua jenis utama, yaitu stroke karena iskemia (infark) dan stroke hemoragik. Stroke infark terjadi karena obstruksi pada pembuluh darah otak yang menyebabkan gangguan aliran darah ke jaringan otak merupakan jenis stroke yang paling umum, sekitar 85% dari seluruh kasus stroke (Rahman, 2024). Situasi ini menyebabkan beban yang sangat penting, tidak hanya bagi mereka yang mengalaminya, tetapi juga untuk keluarga, masyarakat, dan sistem layanan kesehatan

Stroke di Indonesia merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian. Prevalensi stroke ini terus meningkat setiap tahun. Berdasarkan data Rikesdas pada tahun 2023 prevalensi stroke di Indonesia tercatat 8,3% dari 1.000. Data pada tahun 2024, stroke di Indonesia mencapai 12,1% dari 1.000 penduduk meningkat 4% dari tahun sebelumnya. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Hal tersebut menunjukkan bahwa stroke adalah masalah kesehatan masyarakat yang sangat serius dan membutuhkan penanganan yang memadai dan terintegrasi.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rumah Sakit TK. IV Guntur Kabupaten Garut terkait morbiditas penderita rawat inap periode Januari - Desember Tahun 2024 penyakit Stroke Infark sebanyak 631 jiwa peringkat ke 2 dari 13 jumlah penyakit terbanyak dan 175 jiwa menduduki peringkat ke 3 dari 13 jumlah penyakit terbanyak pada periode Januari - Mei 2024.

Tabel 1.1. Morbiditas Penderita Rawat Inap Periode Januari – Desember Tahun 2024

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1.	Typhoid	722 Pasien
2.	Stroke Infark	631 Pasien
3.	DHF	432 Pasien
4.	Hernia Lateralis Inguinalis	403 Pasien
5.	CKD	326 Pasien
6.	Tumor Mamae	300 Pasien
7.	Fraktur	255 Pasien
8.	Illeus Obstruktif	223 Pasien
9.	Hemeroid	167 Pasien
10.	Cholelithiasis	130 Pasien
11.	DM	111 Pasien
12.	PPOK	99 Pasien
13.	Appendicitis Akut	78 Pasien

Tabel 1.2. Morbiditas Penderita Rawat Inap Periode Periode Januari – Mei Tahun 2025

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1.	Typhoid	239 Pasien
2.	DHF	189 Pasien
3.	Stroke Infark	175 Pasien
4.	Tumor Mamae	165 Pasien
5.	Fraktur	136 Pasien
6.	Hernia Lateralis Inguinalis	157 Pasien
7.	Hemeroid	69 Pasien
8.	CKD	67 Pasien
9.	Cholelithiasis	66 Pasien
10.	PPOK	56 Pasien
11.	Illeus Obstruktif	46 Pasien
12.	DM	45 Pasien
13.	Abdominal Pain	40 Pasien

Penyakit ini Dampak secara klinis dari stroke infark ditandai oleh gejala neurologis yang tiba-tiba muncul seperti kelemahan di satu sisi tubuh, gangguan bicara, perubahan penglihatan, untuk mengurangi kesadaran. Perawatan yang cepat dan akurat akan menentukan prognosis klien dengan infark. Namun, pada kenyataannya, masih ada banyak klien yang pergi ke fasilitas medis yang terlambat, sehingga kemungkinan pengobatan perfusi yang optimal menjadi sangat terbatas (Rahman, 2024). Selain itu, sumber daya yang terbatas, baik dalam instalasi, petugas kesehatan dan pengetahuan publik tentang tanda dan gejala stroke, berkontribusi terhadap peningkatan klien infark di Indonesia.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dan membuat laporan studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. M dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Kabupaten Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

- a. Penulis memperoleh pengalaman yang nyata dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Ny. M dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK.IV Guntur Kabupaten Garut 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis memperoleh pengalaman yang nyata dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada klien diantaranya:
- b. Mampu melakukan pengkajian status kesehatan dan menganalisa data secara kompherensif pada Ny. M dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK.IV Guntur Kabupaten Garut.
- c. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang timbul terhadap adanya gangguan pada pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada Ny. M yang mengalami Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Kabupaten Garut.
- d. Mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul pada Ny. M yang mengalami Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Kabupaten Garut.

- e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah diterapkan pada Ny. M yang mengalami Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Garut.
- f. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Ny. M yang mengalami Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK. IV Guntur Kabupaten Garut.

C. Metode Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang dilakukan melalui tahapan sebagai berikut :

1. Wawancara

Metode yang digunakan penulis untuk mengumpulkan data subjektif dari keluarga dan klien melalui proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung dengan meliputi perilaku dan keadaan umum Klien memperoleh data objektif mengenai masalah kesehatan klien.

3. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk mendapatkan data dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami Klien yaitu Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri.

4. Pemeriksaan Fisik

Menggunakan metode pengambilan data dengan melakukan pemeriksaan fisik dari kepala hingga ujung kaki pada klien dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

5. Studi Dokumentasi

Mendokumentasikan dan mengumpulkan data dari status hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lain untuk melengkapi data objektif yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

6. Partisipasi Aktif

Penulis memperoleh data melalui partisipasi aktif Klien dan keluarga selama proses pengkajian, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai berikut yaitu:

BAB I Pendahuluan : penulis menggambarkan latar belakang, tujuan umum dan tujuan khusus, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II Kajian teoritis : penulis mengemukakan kajian teoritis asuhan keperawatan Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri yang meliputi pengertian, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan pelaksanaan. Pendekatan dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan secara teoritis.

BAB III Tinjauan kasus dan pembahasan : penulis membahas mengenai tinjauan kasus asuhan keperawatan pada Ny. M yang mengalami Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, dan catatan perkembangan. Pembahasan yang berisi tentang ketimpangan-ketimpangan yang didapatkan dan perbandingan antara kajian teoritis dengan fakta lapangan pada saat melakukan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan catatan perkembangan.

Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi : memuat tentang kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perawat dan pihak rumah sakit, institusi pendidikan, keluarga dan Klien, serta untuk perbaikan karya tulis ilmiah yang penulis susun.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke Infark

1. Pengertian Stroke Infark

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang menyebabkan kelumpuhan saraf karena gangguan aliran darah di salah satu bagian otak. Bagian otak mana yang terkena akan mengalami kelumpuhan atau gangguan saraf (Ginting, 2023).

Stroke merupakan keadaan di mana perfusi pembuluh darah otak terganggu, seseorang mengalami stroke, yang menyebabkan kehilangan fungsi neurologis secara cepat. Stroke biasanya diklasifikasikan menjadi dua jenis: stroke infark (yang menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah otak) dan stroke hemoragik (yang menyebabkan perdarahan di otak). Berbagai manifestasi klinis gangguan vaskularisasi otak termasuk kesulitan berjalan, kesulitan berbicara dan menggerakkan bagian-bagian tubuh, kelemahan otot wajah, sakit kepala, gangguan pada proses berpikir, gangguan penglihatan, gangguan sensori, dan hilangnya kontrol atas gerakan motorik. Disfungsi motorik, juga dikenal sebagai hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi disatu sisi tubuh). (Farina et al., 2023).

Stroke infark terjadi karena karena pembuluh darah di otak menyempit, yang menghambat aliran darah dan oksigen ke otak bahkan dapat menghentikannya (Lim Eva et Al., 2022).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat penulis simpulkan bahwa, stroke infark merupakan keadaan dimana aliran darah ke otak tersumbat bahkan bisa menghentikan aliran darah ke otak yang bisa menimbulkan hilangnya fungsi neurologis secara cepat.

2. Klasifikasi Stroke

Menurut (Virani et al., 2020) klasifikasi stroke dibagi menjadi 3, yaitu:

a. Stroke Infark (Stroke Sumbatan)

Stroke infark adalah jenis stroke yang paling umum. Ini terjadi ketika aliran darah ke otak terputus dan juga terhalang, mengakibatkan kematian sel di otak. Kondisi ini disebabkan oleh kurangnya oksigen dan nutrisi. Stroke infark dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Stroke Trombotik

Terjadi ketika pembekuan darah (thrombus) terbentuk di arteri yang memasok darah ke otak. Kondisi ini merupakan akibat dari penumpukan lemak dan plak pada dinding arteri (aterosklerosis).

2) Stroke Embolik

Terjadi ketika pembekuan darah (embolus) yang terbentuk di bagian tubuh yang berbeda, sebagian besar di jantung (misalnya pada atrial fibrillation) mengeluarkan dan mengalir ke otak di mana mereka menghalangi pembuluh darah.

3) Hipoperfusi sistemik

Kondisi yang disertai dengan penurunan aliran darah secara umum

ke semua bagian tubuh yang tidak memadai untuk mendukung metabolisme seluler dan jaringan. Hal ini mengakibatkan kurangnya oksigen dan nutrisi ke sel-sel dan organ tubuh yang dapat menyebabkan ketidakmampuan organ dan bahkan cedera jaringan permanen.

b. Stroke Hemoragik (Stroke Perdarahan)

Stroke hemoragik terjadi ketika ada pembuluh darah di otak yang pecah dan melepaskan cairan yang menyebabkan perdarahan internal. Darah yang merembes dari luka memberi tekanan pada jaringan otak dan dapat menghancurkannya. Jenis kondisi ini terjadi lebih jarang tetapi ketika terjadi, peluang kematian meningkat secara signifikan dibandingkan dengan jenis lainnya.

- 1) Perdarahan Intracerebrale (ICH): Ini mengacu pada cedera yang dialami pembuluh darah dalam otak itu sendiri dan jaringan sekitarnya.
- 2) Perdarahan Subaraknoid (SAH): Perdarahan yang terjadi pada subaraknoid adalah yang terjadi di ruang subaraknoid, ruang di antara otak itu sendiri dan selaput yang melapisi dan melindungi otak.

c. *Transient Ischemic Attack (TIA)* / Stroke Ringan

TIA adalah keadaan disfungsi neurologis sementara akibat iskemia fokus otak, sumsum tulang belakang, atau retina tanpa infark akut atau kerusakan struktural permanen. Gejala TIA sangat mirip dengan stroke, dengan perbedaan bahwa gejala ini sepenuhnya hilang, meskipun jauh

lebih cepat. Sebagian besar kasus, pemulihan lengkap terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. TIA adalah tanda peringatan serius bahwa seseorang berisiko tinggi mengalami stroke penuh di kemudian hari.

3. Faktor Resiko Stroke Infark

Menurut Kusumadewi, S., & Hartono, A. (2023), adapun faktor resiko stroke antara lain:

- a. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi): Ini merupakan salah satu faktor risiko terbesar yang dapat menyebabkan stroke. Dengan berjalannya waktu, tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah, mengakibatkan pengerasan, penyempitan, serta berpotensi pecah.
- b. Diabetes Dengan Komplikasi: Diabetes menginduksi kerusakan pembuluh darah di seluruh tubuh, termasuk otak, yang pada gilirannya dapat menyebabkan stroke iskemik.
- c. Kolesterol Tinggi (Dislipidemia): Kolesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*), yang dikenal sebagai “kolesterol jahat” pada kadar yang tinggi, dapat menyebabkan arteri mengalami penyumbatan (aterosklerosis) yang menghalangi aliran darah menuju otak.
- d. Penyakit Jantung: Penyakit seperti detak jantung tidak teratur (fibrilasi atrium) cenderung memicu terbentuknya gumpalan darah di jantung yang berpotensi menuju otak dan menyebabkan stroke. Penyakit jantung koroner dan gagal jantung juga meningkatkan resiko.
- e. Merokok: Merokok dapat membuat seseorang berisiko tinggi untuk terkena stroke karena bahan kimia dalam asan rokok berbahaya dan bisa merusak pembuluh darah.

- f. Obesitas dan kurang aktivitas fisik: Keduanya sering dikaitkan dengan hipertensi, diabetes, dan dislipidemia, tiga kondisi yang merupakan
- g. faktor risiko stroke. Gaya hidup yang tidak aktif secara langsung meningkatkan risiko.
- h. Diet tidak sehat: Mengonsumsi makanan yang tinggi lemak jenuh, garam, atau gula bisa meningkatkan resiko obesitas, hipertensi, serta diabetes, yang diyakini berbahaya karena merupakan kombinasi dari beberapa faktor.
- i. Sebelumnya Stroke atau *Transient Ischemic Attack* (TIA) : Seseorang yang pernah mengalami TIA memiliki risiko untuk mengalami stroke di kemudian hari. TIA dikenal sebagai “mini-stroke” karena gejala yang dialami bersifat temporer, namun ini merupakan tanda yang harus diwaspadai.
- j. Usia: Semakin tua umur seseorang, maka semakin tinggi risiko terjadinya stroke.
- k. Riwayat Keluarga: Memiliki anggota keluarga dekat yang pernah mengalami stroke dalam waktu tertentu dapat meningkatkan risiko.
- l. Jenis Kelamin: Pada umumnya, pria memiliki risiko stroke di usia muda, tetapi wanita cenderung lebih berisiko di usia tua dan berisiko lebih tinggi kematian akibat stroke.
- m. Minum Alkohol Berlebihan: Mengonsumsi alkohol secara berlebihan dapat menambah tekanan darah dan berkontribusi pada peningkatan stroke.

4. Etiologi Stroke Infark

Stroke infark dapat disebabkan oleh tiga penyebab utama: trombus serta emboli, vasokonstriksi, dan vasospasme. Trombus dan emboli adalah penyebab utama stroke ini.

- a. Trombosis adalah ketika darah membeku di pembuluh darah karena simpanan lapisan lemak (trombus). Dalam beberapa jam atau beberapa hari, gejala trombosis muncul. Embolisme terjadi ketika lemak yang tidak larut membuat pembuluh darah tersumbat. Trombus atau bekuan, biasanya menyebabkan kondisi ini. Embolus akan menyumbat aliran darah, menyebabkan jaringan otak menjadi anoreksia di daerah distal sumbatan.
- b. Penumbra iskemik di sekitar zona nekrotik sentral dapat bertahan lama, sehingga fungsinya dapat pulih jika aliran darah pulih. Iskemia SSP dapat disertai oleh pembengkakan karena dua alasan: Edema sitotoksik yaitu akumulasi air pada sel-sel glia dan neuron yang rusak. Akumulasi cairan ekstraselular akibat perombakan sawar darah otak disebut edema vasogenik.
- c. Vasospasme adalah penyempitan pembuluh darah yang disebabkan oleh kontraksi terus-menerus pembuluh darah. Mungkin ada penurunan aliran darah karena penyempitan ini. Vasospasme dapat mempengaruhi bagian tubuh mana pun, seperti arteri koroner dan otak. (Ginting, 2023).

5. Patofisiologi Stroke Infark

Menurut Farhan, Zahara, Ratnasari, Devi (2018) dan Dewi & Fitraneti (2023) patofisiologi stroke infark terdiri dari rangkaian peristiwa rumit, yang berkisar dari oklusi vaskular ke lokasi kerusakan, dan mencakup segala sesuatu mulai dari sumbatan pembuluh darah hingga kehilangan neuron yang tidak dapat diperbaiki.

Patofisiologi stroke infark diawali dari berbagai faktor risiko stroke infark seperti kebiasaan gaya hidup seperti merokok, meminum alkohol, dan penggunaan obat-obatan terlarang, serta kondisi medis seperti hipertensi, jantung koroner, dan gagal ginjal akut. Usia juga merupakan faktor risiko yang signifikan. Faktor-faktor ini dapat memicu serangkaian perubahan vaskular yang akan menyebabkan aliran darah melambat. Kondisi seperti hipertensi, penyakit jantung koroner, dan gagal ginjal akut, bersama dengan faktor risiko lainnya, dapat berkontribusi pada aterosklerosis, yaitu pengerasan dan penyempitan arteri.

Faktor-faktor ini memicu aterosklerosis (pengerasan dan penyempitan arteri), yang pada akhirnya menyebabkan penyumbatan di otak. Ada dua mekanisme utama penyumbatan:

- a. Trombosis: Terjadi ketika plak aterosklerotik pecah dan membentuk bekuan darah (trombus) yang menyumbat arteri di lokasi tersebut.
- b. Embolisme: Terjadi ketika bekuan darah atau materi lain (misalnya dari jantung) lepas, bergerak, dan menyangkut di arteri otak yang lebih kecil.

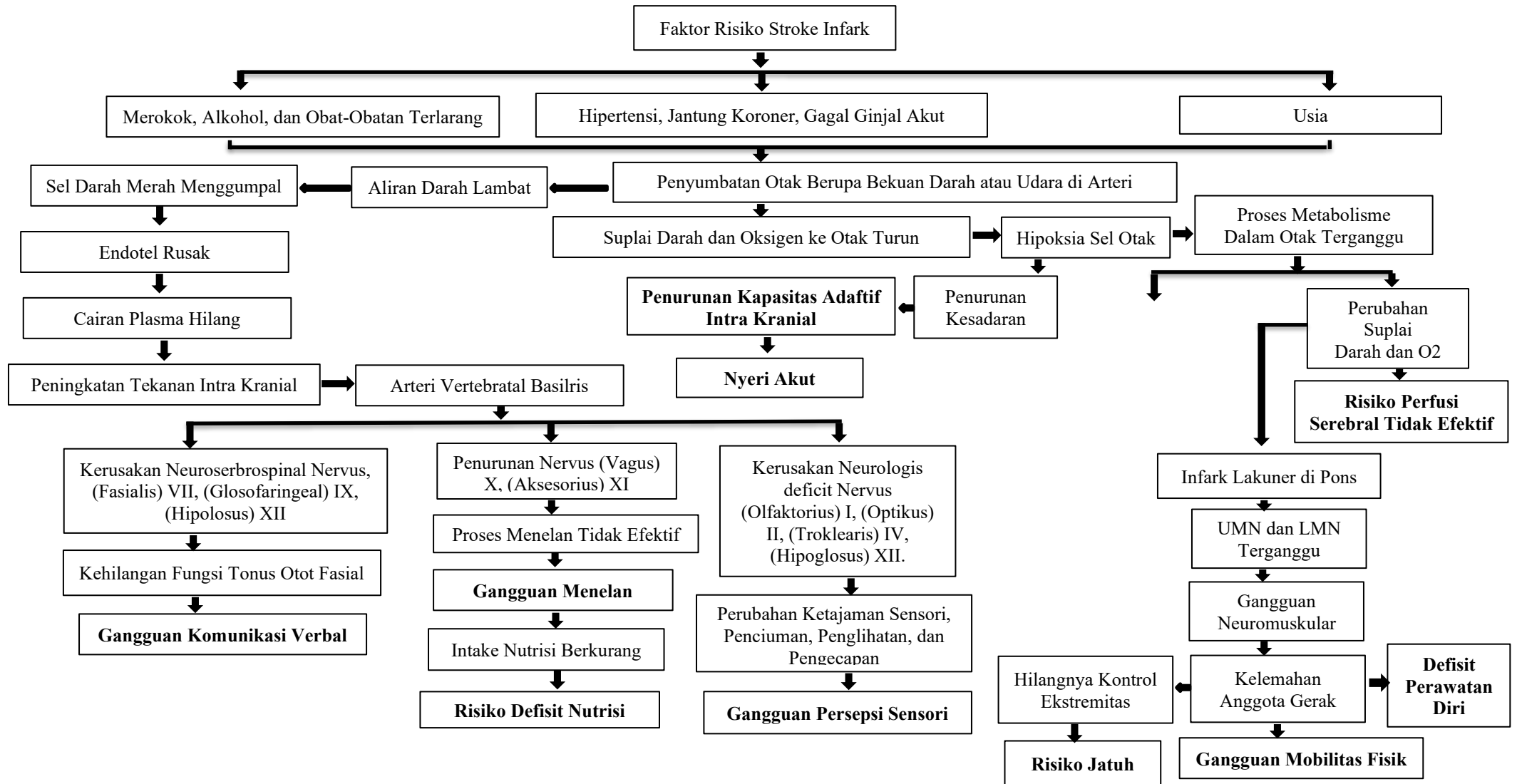
Kedua mekanisme ini mengakibatkan penurunan drastis suplai darah dan oksigen, memicu kaskade iskemik dan kerusakan seluler. Saat aliran

darah otak (CBF) turun di bawah 20 ml/100g/menit, neuron mulai gagal berfungsi. Ini menyebabkan kegagalan energi seluler karena kekurangan oksigen dan glukosa mendorong metabolisme anaerobik yang tidak efisien, menghasilkan produk samping berbahaya. Pompa ion Na^+/K^+ -ATPase juga gagal, menyebabkan akumulasi ion kalsium (Ca^{2+}) dan natrium (Na^+) di dalam sel.

Gangguan ini memicu depolarisasi seluler berkepanjangan dan pelepasan glutamat berlebihan. Glutamat ini mengaktifkan reseptor yang memperparah influks Ca^{2+} dan Na^+ intraseluler. Peningkatan Ca^{2+} berlebihan mengaktifkan enzim perusak, menghancurkan komponen seluler. Selain itu, terjadi produksi radikal bebas (ROS) yang menyebabkan kerusakan oksidatif pada sel. Seluruh proses ini (kegagalan energi, eksitotoksisitas, stres oksidatif) pada akhirnya menyebabkan kematian sel neuron melalui nekrosis di sekitar inti infark, terdapat zona penumbra iskemik area di mana aliran darah menurun tetapi sel-sel masih hidup dan berpotensi diselamatkan jika direperfusi cepat. Namun, iskemia yang berkepanjangan akan menyebabkan kematian sel di zona penumbra melalui apoptosis. Kerusakan jaringan juga memicu respons peradangan, melibatkan sel-sel imun dan pelepasan sitokin yang dapat memperluas kerusakan.

Kerusakan ini mengakibatkan defisit neurologis seperti hemiparesis, plegia, afasia, disfagia, dan perubahan kesadaran. Untuk melihat lebih jelas dampak stroke infark terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dapat dilihat pada bagan 2.1 dibawah ini:

Bagan 2.1 Dampak Stroke Infark Terhadap Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber: Farhan, Zahara & Ratnasari, Devi (2018), Price, SA (2004), Hidayat (2022) dan Dewi & Fitraneti (2023)

6. Manifestasi Klinis Stroke Infark

Menurut (Tenny, S., & Thorell, 2025), (Boulouis, G., et al., 2023), (Goyal, N., et al., 2023) manifestasi klinis stroke infark meliputi:

- a. Kelemahan atau Kelumpuhan pada Satu Sisi Tubuh (Hemiparesis /Hemiplegia).

Dari semua gejala, ini adalah yang paling sering dikenali. Biasanya terjadi pada satu sisi tubuh (unilateral), berlawanan dengan sisi otak yang terkena. Misalnya, stroke di belahan otak kiri akan menyebabkan kelemahan pada sisi kanan tubuh. Klien mungkin melaporkan kesulitan mengangkat lengan, tungkai terasa berat atau terseret saat berjalan, atau wajah terlihat tidak simetris, misalnya salah satu sudut mulut terkulai.

- b. Gangguan Komunikasi Bahasa (Afasia/Disartria)

- 1) Afasia: Kesulitan dalam komponen bahasa apa pun, termasuk kesulitan berbicara (afasia ekspresif/Broca's), kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain (afasia reseptif/Wernicke's), atau keduanya (afasia global). Ini umum terjadi ketika stroke terjadi di sisi dominan otak (biasanya kiri untuk orang yang tidak kidal).

- 2) Disartria: Kesulitan mengucapkan kata-kata sehingga bicara menjadi cadel, kabur, atau bergumam. Ini terjadi karena kelemahan otot-otot yang digunakan untuk berbicara.

- c. Gangguan Sensorik (Mati Rasa atau Kesemutan)

Klien mungkin mengalami mati rasa, atau sensasi kesemutan (parestesia), atau hilangnya sensasi yang memengaruhi wajah, lengan, atau tungkai, biasanya pada satu sisi tubuh.

d. Gangguan Penglihatan

Ini dapat muncul sebagai penglihatan kabur atau kehilangan penglihatan pada satu mata atau keduanya secara tiba-tiba (misalnya amaurosis fugax jika karena emboli pada arteri retina).

1) Hemianopia homonim: Kehilangan penglihatan pada kuadran bi-temporal kedua mata (misalnya klien tidak dapat melihat sisi kiri atau kanan).

2) Diplopia (penglihatan ganda) juga dapat terjadi, terutama jika batang otak terlibat.

e. Gangguan Keseimbangan dan Koordinasi (Ataksia)

Kesulitan berjalan, masalah dengan vertigo, kehilangan keseimbangan, atau ketidakmampuan tiba-tiba untuk mengoordinasikan gerakan dengan benar. Ini sering menunjukkan stroke di bagian otak yang mengontrol keseimbangan dan koordinasi serebelum atau batang otak.

f. Kebingungan Mendadak atau Perubahan Status Mental

Klien mungkin tampak bingung, mengalami disorientasi waktu atau tempat, atau tiba-tiba mengalami penurunan tingkat kesadaran.

g. Sakit Kepala Hebat Mendadak (Kurang Umum pada Stroke Iskemik daripada Stroke Hemoragik)

Sakit kepala hebat yang tiba-tiba dan tidak dapat dijelaskan lebih merupakan ciri khas stroke hemoragik, tetapi kadang-kadang dapat menyertai stroke iskemik, terutama jika melibatkan sirkulasi posterior (vertebrobasilar) atau diseksi arteri.

Untuk mempermudah masyarakat dalam mendeteksi gejala stroke secara cepat, digunakan akronim seperti:

BE-FAST:

B - Balance (Kehilangan keseimbangan, pusing)

E - Eyes (Gangguan penglihatan)

F - Face drooping (Wajah terkulai/tidak simetris)

A - Arm weakness (Kelemahan lengan)

S - Speech difficulty (Kesulitan berbicara)

T - Time to call emergency services (Waktunya segera hubungi layanan darurat).

7. Komplikasi Stroke Infark

Menurut (Amin, F. N., & Siddiqui, 2025), (Tenny, S., & Thorell, 2025), (Phan, et al., 2023), (Wang, Y., Chen, S., & Zhang, 2023) komplikasi stroke infark meliputi:

a. Komplikasi Neurologis

1) Edema Serebral dan Peningkatan Tekanan Intrakranial

Setelah stroke iskemik yang luas, dapat terjadi akumulasi cairan yang menyebabkan pembengkakan (edema serebral) di sekitar area infark. Edema ini dapat meningkatkan tekanan intrakranial (TIK) dan dapat menyebabkan herniasi otak serta kematian. Kondisi ini biasanya mencapai puncaknya dalam 3-5 hari setelah stroke.

2) Transformasi Hemoragik

Selain itu, area infark juga dapat mengalami perdarahan sekunder yang dikenal sebagai transformasi hemoragik. Ini juga menimbulkan

risiko yang lebih besar pada infark yang luas, stroke kardioembolik, dan setelah terapi reperfusi (trombektomi atau trombolisis).

3) Stroke Berulang (Rekuren)

Individu yang sebelumnya menderita stroke memiliki risiko tinggi mengalami stroke berulang. Pencegahan sekunder yang agresif sangat penting.

4) Kejang Pasca-Stroke (Post-Stroke Seizures)

Kejang dapat terjadi segera setelah stroke (kejang simptomatik awal) atau setelah jangka waktu tertentu (kejang lambat atau epilepsi pasca-stroke). Kerusakan jaringan otak dapat memicu aktivitas listrik yang abnormal.

5) Gangguan Kognitif dan Demensia Pasca-Stroke

Stroke setidaknya dapat mengakibatkan beberapa derajat gangguan kognitif, dari yang ringan seperti kesulitan dalam mengingat atau fungsi eksekutif hingga demensia vaskular.

6) Nyeri Sentral Pasca-Stroke (Central Post-Stroke Pain - CPSP)

Nyeri neuropatik kronis yang dapat dialami setelah stroke, sering kali di sisi tubuh yang memiliki defisit sensorik. Jenis rasa sakit ini sulit diobati.

7) Spastisitas

Pergerakan otot yang abnormal serta kekakuan yang berlebihan pada beberapa bagian yang lumpuh, sering kali mengganggu mobilisasi dan menimbulkan nyeri.

b. Komplikasi di Luar Masalah Saraf (Tahap Sistemik)

1) Infeksi

Pneumonia: Episodik dan paling sering dikaitkan dengan aspirasi akibat disfagia (kesulitan menelan) atau posisi berbaring telentang. Masih termasuk penyebab utama morbiditas dan mortalitas pasca-stroke.

2) Infeksi Saluran Kemih (ISK): Sering dijumpai, khususnya pada wanita yang menggunakan kateter urin atau inkontinensia. Tromboemboli Vena (Venous Thromboembolism - VTE) Ini termasuk Deep Vein Thrombosis (DVT) atau gumpalan darah di vena tungkai, dan Emboli Paru (EP), di mana gumpalan darah dari tungkai terlepas dan menyumbat arteri di paru-paru. Risiko VTE secara signifikan bertambah akibat imobilisasi.

3) Komplikasi Jantung

Stroke dapat menjadi sebab maupun memperparah penyakit jantung sebelumnya, misalnya aritmia (seperti fibrilasi atrium), infark miokard, atau gagal jantung. Sindrom jantung-stroke (stroke-heart syndrome) menjadi salah satu hal yang menarik perhatian lebih dalam hal ini.

4) Disfagia dan Malnutrisi

Kesulitan menelan atau disfagia secara umum terjadi setelah orang mengalami stroke dan berpotensi menimbulkan aspirasi, pneumonia, dehidrasi, dan juga malnutrisi.

5) Ulkus Dekubitus (Luka Tekan)

Luka tekan terjadi akibat imobilisasi yang lama dan menimbulkan tekanan pada bagian tubuh tertentu.

6) Kontraktur dan Gangguan Muskuloskeletal Lainnya

Imobilisasi dapat berakibat pada pemendekan otot dan sendi atau (kontraktur) serta masalah lainnya seperti pergeseran bahu (subluksasi) ipsilateral ke sisi yang lumpuh.

7) Inkontinensia Urin dan Fekal

Ini mungkin diakibatkan oleh kerusakan kontrol saraf kandung kemih dan usus, atau dari gangguan mobilitas dan kognitif.

8) Komplikasi Psikologis

a) Depresi Pasca-Stroke: Sangat umum dan dapat memengaruhi partisipasi dalam rehabilitasi dan kualitas hidup.

b) Kecemasan: Juga umum dilaporkan.

9) Kelelahan Pasca-Stroke (Stroke Fatigue)

Kelelahan yang menetap dan melumpuhkan yang tidak berhubungan dengan kelelahan normal).

8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Menurut (Ernawati dan Baidah., 2021), Melakukan diagnosis pada klien yang diduga menderita stroke non hemoragik membutuhkan beberapa pemeriksaan penunjang sebagai berikut:

a. Angiografi Serebral

Teknik radiologis untuk menggambarkan pembuluh-pembuluh darah yang akan memasok atau mengeluarkan darah dari otak. Membantu

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

b. CT-San

Membantu untuk menilai area infark, edema, hematoma, dan beberapa struktur atau sistem ventrikel otak.

c. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Menunjukkan area yang diinfarkan, hemoragik dan malformasi arteriovenosus.

d. EEG (Electro Encephalography)

Mengidentifikasi masalah didasarkan dari gelombang otak yang ditangkapnya dan juga dapat memperlihatkan lesi di otak yang mungkin dan menunjukkan daerah yang memiliki masalah.

e. Pemeriksaan elektrokardiogram

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

f. Pemeriksaan Laboratorium

1) Fungsi lumbal

2) Pemeriksaan darah rutin

3) Gula darah pada stroke akut dapat mencapai 250 mg.

4) Urine rutin

5) Cairan serebrospinal

6) Analisa gas darah

9. Penatalaksanaan Stroke Infark

Menurut (Kleindorfer, et al., 2021), (Phan, et al., 2023), (McKinney, et al., 2024), (Menon, et al 2023) penatalaksanaan stroke infark meliputi:

a. Penatalaksanaan Medis

1) Fase Akut (Beberapa Jam hingga Beberapa Hari Pertama)

Fokus pada fase akut adalah menstabilkan klien dan memulai terapi reperfusi. Stabilitas

a) Dasar dan Dukungan ABC: Memastikan jalan napas bebas dan memberikan oksigen tambahan jika saturasi $O_2 < 94\%$.

b) Terapi Reperfusi:

(1) Trombolisis Intravena (IVT): Pemberian agen trombolitik seperti alteplase atau tenecteplase dalam waktu 4,5 jam sejak onset gejala untuk melarutkan bekuan darah. Tenecteplase lebih disukai karena pemberiannya yang lebih mudah (bolus tunggal).

(2) Terapi Endovaskular Spesialis (EVT)/Trombektomi Mekanis: Pengangkatan bekuan darah secara mekanis, direkomendasikan untuk oklusi pembuluh darah besar dalam 6-24 jam, tergantung kriteria pencitraan.

2) Protokol Manajemen Stroke (Lanjutan)

a) Manajemen Tekanan Darah: Penurunan tekanan darah agresif tidak dianjurkan kecuali sangat tinggi ($>220/120$ mmHg) atau sebelum terapi trombolitik (target $<185/110$ mmHg).

b) Manajemen Kadar Gula Darah: Pertahankan kadar gula darah antara 140-180 mg/dL untuk menghindari hiperglikemia dan

hipoglikemia.

- c) Manajemen Suhu Tubuh: Atasi demam ($>38^{\circ}\text{C}$) dengan antipiretik.
- d) Terapi Antiplatelet: Aspirin 160-325 mg dianjurkan dalam 24-48 jam setelah onset stroke iskemik (ditunda 24 jam pasca-trombolisis jika ada). Terapi antiplatelet ganda (Aspirin dan Clopidogrel) dapat dipertimbangkan untuk stroke iskemik minor atau TIA berisiko tinggi selama 21-90 hari.
- e) Manajemen Komplikasi Akut: Penanganan edema serebral, transformasi hemoragik, dan kejang.

3) Pencegahan Sekunder dan Jangka Panjang

Fokus pada pencegahan stroke berulang dan pengelolaan faktor risiko.

a) Terapi Antitrombotik Jangka Panjang:

- (1) Antiplatelet: Aspirin, Clopidogrel, atau kombinasi aspirin-dipiridamol.
- (2) Antikoagulan: Warfarin atau NOACs/DOACs (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) untuk klien dengan fibrilasi atrium atau sumber kardioembolik lainnya.

b) Manajemen Faktor Risiko Vaskular:

- (1) Hipertensi: Target tekanan darah umumnya $<130/80$ mmHg.
- (2) Dislipidemia: Terapi statin dosis tinggi.
- (3) Diabetes Mellitus: Kontrol glikemik optimal.
- (4) Merokok: Penghentian total.
- (5) Gaya Hidup: Diet sehat (Mediterrania/DASH), aktivitas fisik

teratur, manajemen berat badan.

(6) Intervensi Spesifik Lainnya: Endarterektomi karotid/stenting untuk stenosis arteri karotid signifikan, atau penutupan Patent Foramen Ovale (PFO) pada kasus tertentu.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan berfokus pada stabilisasi, pemulihan fungsi, pencegahan komplikasi, dan edukasi klien serta keluarga.

1) Fase Akut (24-72 Jam Pertama)

- a) Melindungi fungsi vital klien dan mengurangi kerusakan otak lebih lanjut.
- b) Pemantauan Vital dan Neurologis: Pantau tekanan darah, nadi, napas, suhu, SPO₂, tingkat kesadaran (GCS), pupil, dan panduan motorik secara cermat.
- c) Manajemen Jalan Napas dan Oksigenasi: Jaga jalan napas tetap terbuka, berikan oksigen untuk SPO₂>94%.
- d) Manajemen Cairan dan Elektrolit: Jaga hidrasi adekuat, hindari hipovolemia atau hipervolemia.
- e) Manajemen Suhu Tubuh dan Glukosa Darah: Atasi hipertermia dan jaga kadar glukosa plasma optimal.
- f) Pencegahan Komplikasi:
 - (1) Kejang: Waspada tanda tremor, berikan antiepilepsi sesuai resep.
 - (2) Aspirasi: Tinggikan kepala tempat tidur 30-45 derajat, kaji kemampuan menelan.

(3) Dekubitus: Perubahan posisi setiap 2 jam, jaga kebersihan kulit.

(4) Kontraktur: Lakukan rentang gerak pasif.

(5) Infeksi: Perawatan kateter dan tempat invasif dengan teknik aseptik.

2) Fase Subakut dan Rehabilitasi

Fokus pada pemulihan fungsi dan pencegahan komplikasi jangka panjang.

a) Mobilisasi Dini: Dukung pergerakan klien sesegera mungkin.

b) Rehabilitasi:

(1) Fisik (Fisioterapi): Latihan rentang gerak, kekuatan, keseimbangan, koordinasi.

(2) Wicara (Terapi Wicara): Untuk afasia atau disfagia.

(3) Okupasi (Terapi Okupasi): Bantu latihan ADL (aktivitas sehari-hari).

c) Manajemen Komplikasi Lanjutan: Inkontinensia, nyeri (muskuloskeletal/neuropatik).

d) Dukungan Psikososial: Berikan dukungan emosional, pantau tanda depresi/kecemasan.

e) Edukasi Klien dan Keluarga: Mengenai penyebab, faktor risiko, gejala stroke berulang, kepatuhan pengobatan, dan informasi kelompok dukungan.

f) Peran Perawat dalam Intervensi Farmakologis: Bertanggung jawab dalam pemberian obat (antiplatelet, antikoagulan, antihipertensi, statin) sesuai resep dokter dan memantau efek samping.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dan fundamental dalam proses keperawatan yang komprehensif, bertujuan untuk mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis. (Potter, et al.,2023) Pada tahap ini, seorang perawat melakukan pengumpulan data dari klien sendiri, keluarga dan orang terdekat, rekam medis tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, terapis, dan profesional kesehatan lainnya dapat memberikan perspektif tambahan, dan literatur penelitian atau data komunitas yang relevan. Pengkajian ini menggunakan metode wawancara yaitu percakapan terarah dengan klien atau keluarga untuk mendapatkan informasi. Perawat menggunakan keterampilan komunikasi terapeutik untuk memfasilitasi wawancara yang efektif. Observasi yaitu Pengamatan sistematis terhadap perilaku, penampilan fisik, dan interaksi klien dengan lingkungannya. Pemeriksaan Fisik menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk menilai status kesehatan fisik klien.

Pengkajian yang komprehensif dan akurat merupakan fondasi untuk menentukan diagnosis keperawatan yang tepat, perencanaan intervensi yang efektif, dan evaluasi hasil asuhan keperawatan yang akurat. Tanpa pengkajian yang kuat, langkah-langkah selanjutnya dalam proses keperawatan tidak akan efektif.

a. Identitas

Identitas terbagi menjadi dua yaitu yang pertama identitas klien yang meliputi nama, umur (usia > 60 tahun beresiko terkena stroke infark), jenis kelamin (laki-laki lebih beresiko terkena stroke infark), alamat (lingkungan yang tingkat polusi nya tinggi dapat mempengaruhi), pendidikan, pekerjaan (seseorang dengan beban kerja yang tingkat stress nya tinggi sangat beresiko terkena stroke infark), nomor rekam medis, diagnosa. Sedangkan yang kedua adanya identitas penanggung jawab yaitu terdiri dari nama, alamat, jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan, hubungan dengan klien.

b. Keluhan utama

Merupakan keluhan pada saat dikaji bersifat subjektif. Pada klien Stroke Infark Lakuanar Sistem Karotis Kiri keluhan utama biasanya mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas (hemiparesis), kelumpuhan separuh badan (plegia), afasia, pelo (disartria), pelo, pusing, mual, muntah, bahkan sampai penurunan kesadaran.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan dari pengembangan keluhan utama yang dirasakan Klien melalui metode PQRST yaitu *Provokes/Palliate* (Pencetus/Pereda), *Quality* (Kualitas), *Region/Radiation* (Lokasi/Penyebaran), *Severity* (Tingkat Keparahan dari keluhan utama) dan *Time/Temporal* (Waktu/Durasi) dalam bentuk narasi.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat Cari tahu riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin dan kegemukan/obesitas, kebiasaan begadang, gaya hidup, kebiasaan mengkonsumsi alkohol, kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi garam dan lemak, dan riwayat pekerjaan.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat adanya hipertensi didalam keluarga yang lain seperti kedua orang tua dan saudara, kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi garam dan lemak di keluarga yang tinggal satu rumah sangat menentukan karena berpengaruh pada klien dengan penyakit stroke.

f. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Potter, Perry, Stockert, dan Hall., 2023) pemeriksaan fisik adalah langkah kunci dalam pengkajian keperawatan menyeluruh. Proses ini berlangsung secara sistematis, memberi perawat kesempatan untuk mengumpulkan data objektif tentang kondisi tubuh klien. Tujuan utamanya adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang sudah ada atau yang bisa muncul di kemudian hari, memvalidasi informasi subjektif yang diperoleh dari riwayat kesehatan klien, menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat, merencanakan tindakan keperawatan yang sesuai, dan mengevaluasi seberapa efektif tiap intervensi yang diberikan. Pentingnya pemeriksaan fisik dilakukan secara teratur dengan teknik dasar yang benar agar data yang diperoleh akurat.

1) Keadaan Umum dan Kesadaran:

Umumnya klien mengalami mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas (hemiparesis), kelumpuhan separuh badan (plegia), afasia, pelo (disartria), pelo, pusing, mual, muntah, bahkan sampai penurunan kesadaran, dan pada tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat dan SPO2 Menurun.

2) Pemeriksaan Fisik Per Sistem

a) Sistem Neurologis

Pengkajian pada sistem persyarafan merupakan fokus pengkajian pada klien stroke dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya. Pada klien dengan peningkatan TIK, biasanya klien akan mengeluh nyeri kepala hebat. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII.

(1) Nervus I (Olfaktorius)

Fungsi: Sensorik, bertanggung jawab atas indra penciuman.

Pemeriksaan: Minta klien memejamkan mata dan mengidentifikasi aroma yang dikenal (misalnya, kopi, teh).

Temuan pada Stroke Infark: Pasien mungkin dapat mengidentifikasi beberapa bau, namun ketajaman penciuman bisa bervariasi antara sisi kiri dan kanan, atau bahkan terjadi kehilangan penciuman pada salah satu sisi.

(2) Nervus II (Optikus)

Fungsi: Sensorik, untuk penglihatan dan lapang pandang.

Pemeriksaan Ketajaman Visual: Tutup satu mata klien dan

minta mereka membaca dua baris teks dari artikel koran. Ulangi pada mata yang lain.

Pemeriksaan Lapang Pandang: Minta klien menutup satu mata (misalnya mata kiri) dan pemeriksa berdiri di samping kanan. Klien fokus pada hidung pemeriksa yang memegang pena berwarna cerah. Gerakkan pena perlahan, minta klien memberi tahu segera setelah mereka melihat objek tersebut.

Temuan pada Stroke Infark: Pasien sering mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan kabur atau defisit lapang pandang (hemianopia).

(3) Nervus III (Okulomotorius)

Fungsi: Motorik, mengontrol elevasi kelopak mata, gerakan bola mata ke atas, ke bawah, dan medial, serta kontraksi pupil.

Pemeriksaan: Kaji putaran bola mata, inspeksi konjungtiva, dan periksa refleks pupil (respons terhadap cahaya).

Temuan pada Stroke Infark: Diameter pupil mungkin bervariasi (misalnya, 2mm/2mm), dengan kemungkinan isokor atau anisokor. Fungsi kelopak mata dan refleks berkedip dapat dinilai jika klien mampu membuka mata.

(4) Nervus IV (Troklaris)

Fungsi: Motorik, bertanggung jawab untuk gerakan bola mata ke bawah dan medial.

Pemeriksaan: Lakukan tes putaran bola mata, inspeksi konjungtiva, dan periksa refleks pupil.

Temuan pada Stroke Infark: Klien biasanya dapat mengikuti arah gerakan tangan perawat ke atas dan ke bawah.

(5) Nervus V (Trigeminus)

Fungsi: Motorik (gerakan mengunyah) dan Sensorik (sensasi wajah).

Pemeriksaan: Minta klien menggerakkan rahang ke semua sisi.

Dengan mata klien terpejam, sentuh dahi atau pipi menggunakan kapas (sensasi halus) dan tusuk gigi (sensasi tajam).

Temuan pada Stroke Infark: Klien mungkin sulit membedakan sensasi tajam dan halus (mengalami mati rasa) dan menunjukkan kelemahan pada otot rahang, yang memengaruhi kemampuan mengunyah.

(6) Nervus VI (Abdusen)

Fungsi: Motorik, mengontrol deviasi bola mata ke lateral.

Pemeriksaan: Lakukan tes putaran bola mata, inspeksi konjungtiva, dan periksa refleks pupil.

Temuan pada Stroke Infark: Klien umumnya dapat mengikuti arah gerakan tangan perawat ke kiri dan kanan.

(7) Nervus VII (Fasialis)

Fungsi: Motorik (ekspresi wajah) dan Sensorik (sensasi rasa 2/3 anterior lidah).

Pemeriksaan: Minta klien mengangkat alis, mengerutkan dahi, mengernyitkan hidung, dan menggembungkan pipi. Kaji

simetri otot wajah.

Temuan pada Stroke Infark: Alis mata mungkin simetris. Klien mungkin dapat mengangkat alis dan mengerutkan dahi. Namun, saat menggembungkan pipi, seringkali terlihat asimetri antara sisi kiri dan kanan tergantung lokasi kelemahan. Klien juga mungkin mengalami kesulitan mengunyah.

(8) Nervus VIII (Vestibulokoklearis)

Fungsi: Sensorik, bertanggung jawab untuk pendengaran dan keseimbangan.

Pemeriksaan: Untuk keseimbangan, pada klien tanpa kelemahan ekstremitas atas, dapat diminta melakukan tes jari-hidung. Untuk pendengaran, lakukan tes gesekan jari atau tes berbisik.

Temuan pada Stroke Infark: Klien mungkin mengalami gangguan pendengaran. Untuk klien yang tidak mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, kemampuan keseimbangan gerak tangan-hidung mungkin masih dapat dilakukan.

(9) Nervus IX (Glosfaringeus)

Fungsi: Sensorik (sensasi rasa 1/3 posterior lidah) dan Motorik (menelan, refleks muntah).

Pemeriksaan: Minta klien menelan air atau saliva. Amati gerakan faring saat klien mengucapkan "aaah".

Temuan pada Stroke Infark: Klien mungkin mengalami kesulitan mendengar gesekan jari perawat (tergantung lokasi kelemahan), dan hanya dapat mendengar jika suara diucapkan dengan artikulasi yang sangat jelas.

(10) Nervus X (Vagus)

Fungsi: Motorik (refleks muntah dan menelan, berbicara) dan Sensorik (sensasi faring, laring).

Pemeriksaan: Sentuh faring posterior untuk menguji refleks muntah. Minta klien menelan air atau saliva, dan mengucapkan "aaah".

Temuan pada Stroke Infark: Klien sering mengalami gangguan menelan (disfagia).

(11) Nervus XI (Aksesorius)

Fungsi: Motorik, menggerakkan bahu dan leher.

Pemeriksaan: Minta klien menggerakkan bahu melawan tahanan yang diberikan perawat. Minta klien menolehkan kepala ke samping melawan tahanan.

Temuan pada Stroke Infark: Klien mungkin tidak dapat melawan tahanan yang diberikan perawat pada bahu atau leher pada sisi yang mengalami kelemahan.

(12) Nervus XII (Hipoglosus)

Fungsi: Motorik, mengontrol gerakan lidah.

Pemeriksaan: Minta klien menjulurkan lidah dan menggerakkannya dari sisi ke sisi.

Temuan pada Stroke Infark: Klien biasanya dapat menjulurkan lidah dan menggerakkannya ke kiri dan kanan, namun artikulasi saat berbicara mungkin kurang jelas.

b) Sistem Muskuloskeletal

Klien dengan stroke infark biasanya akan ditemukan kelemahan ekstremitas disalah satu bagian tubuh (hemiparesis) bahkan sampai dengan kelumpuhan disalah satu bagian tubuh (plagia), kaku pada sendi, dan akan ditemukan kontraktur.

c) Sistem kardiovaskuler

Riwayat hipertensi, pada sistem kardiovaskuler akan terjadi, takikardi, hipotensi, dan gagal jantung, peningkatan vena jugularis preasure akan terjadi akibat adanya gangguan di kardiovaskuler.

d) Sistem Pernafasan

Beberapa kondisi storke infark tergantung tingkat keparahan nya akan ditemukan nafas pendek, atau cepat pada aktivitas dan istirahat takipneu, dan dyspnea, adanya pernafasan cuping hidung.

e) Sistem Pencernaan

Beberpa kondisi tertentu pada klien stroke infark akan ditemukan gangguan menelan, mual bahkan muntah sehingga dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan nutrisi pada klien.

f) Sistem Endokrin

Pergerakan leher saat menengok ke kanan dan kiri pada beberapa kondisi stroke infark yang lebih parah akan mengalami gangguan. Tidak ditemukan ada nya pembengkakan kelenjar tiroid,

tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

g) Sistem Integumen

Beberapa kondisi pada klien stroke infark yang tidak melakukan pergerakan dan hanya berbaring ditempat tidur akan ditemukan lesi pada area punggung.

h) Sistem Perkemihan

Beberapa kondisi pada klien stroke akan ditemukan adanya inkontinensia atau retensi urin.

g. Data Psikologis

1) Body image

Keadaan ini mencakup perasaan serta persepsi tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.

2) Identitas Diri

Identitas diri didefinisikan sebagai pemahaman seseorang tentang dirinya sendiri berdasarkan refleksi dan evaluasi diri.

3) Peran Diri

Peran diri adalah seperangkat harapan sosial mengenai perilaku yang secara sosial diharapkan terkait dengan fungsi individu sebagai anggota berbagai kelompok.

4) Diri Ideal

Apa yang seseorang anggap seharusnya dia usahakan untuk bertindak sesuai dengan standar, tujuan, aspirasi, atau nilai-nilai pribadi yang ditetapkan.

5) Harga Diri

Dampak penyakit dan proses pengobatan terhadap citra diri klien saat dirawat karena demam berdarah dengue.

h. Data Sosial

Dalam aspek ini, penting untuk menganalisis pola komunikasi, hubungan sosial, gaya hidup, faktor sosial budaya, serta lingkungan di sekitar rumah.

i. Data Spiritual

Berkaitan dengan agama serta spiritualitas aktif lainnya dan kepercayaan yang mengecualikan atau menerima intervensi bedah. Misalnya, agama atau kepercayaan tertentu yang sangat melarang penganutnya untuk melakukan transfusi darah.

j. Pola Aktivitas Sehari-Hari

1) Pola Nutrisi

Pengkajian kebiasaan makan dan minum seperti adanya batasan dan jumlah serta jenis makanan yang dikonsumsi, juga frekuensinya dalam sehari. Klien stroke infark biasanya ada perubahan asupan diet yang terdokumentasi atau mengalami kurang gizi.

2) Pola Eliminasi

Kaji buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) sebagai dasar rasional penyusunan pola eliminasi, frekuensi, jumlah, konsistensi, dan warna yang berhubungan dengan pola eliminasi. Pola yang sering ditemukan adalah seseorang mengalami eliminasi

BAB dalam pola konstipasi.

3) Pola Personal Higien

Lakukan pengamatan terhadap kebiasaan yang berhubungan dengan mandi dan sikat gigi, cuci rambut, dan pemotongan kuku pada tingkat frekuensi. Klien Stroke Infark akan membutuhkan orang lain untuk membantu membersihkan tubuhnya.

4) Pola Istirahat/Tidur

Kaji kebiasaan tidur yang dilakukan setahap demi setahap dan mengamati durasi jam tidur siang dan tidur malam, serta hal-hal yang berkaitan rutin dengan tidur. Pola tidur yang ditemukan mungkin terganggu karena kondisi tubuh yang mengalami Stroke Infark seperti pusing, cemas berlebih, dan lain-lain.

k. Pola Aktivitas

Kaji aktivitas yang dilakukan dalam lingkungan keluarga, masyarakat, kemandirian, atau ketergantungan pada orang lain. Klien Stroke akan beraktifitas agar tidak mengalami kekakuan pada otot dan sendinya tetapi harus diawasi dan dibantu oleh keluarga agar tidak terjatuh mengakibatkan ketergantungan Sebagian pada aktivitas sehari-hari (ADL).

l. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Pada penderita Stroke Infark perlu dilakukan pemeriksaan penunjang meliputi :

1) Angiografi Serebral

Teknik radiologis untuk menggambarkan pembuluh-pembuluh

darah yang akan memasok atau mengeluarkan darah dari otak. Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur.

2) CT-Scan

Membantu untuk menilai area infark, edema, hematoma, dan beberapa struktur atau sistem ventrikel otak.

3) MRI (Magnetic Resonance Imaging)

Menunjukkan area yang diinfarkan, hemoragik dan malformasi arteriovenosus.

4) EEG (Electro Encephalography)

Mengidentifikasi masalah didasarkan dari gelombang otak yang ditangkapnya dan juga dapat memperlihatkan lesi diotak yang mungkin dan menunjukkan daerah yang memiliki masalah.

5) Pemeriksaan elektrokardiogram

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.

m. Terapi Medis

Terapi medis merupakan pengobatan Stroke Infark yang diberikan berupa obat penurun tekanan darah, diuretic, dan neuroprotektan. Cara obat yang diberikan ada yang melalui IV dan obat oral. Lalu kolaborasi dengan fisioterapi untuk perbaikan fungsi neurologis klien.

n. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

Data Senjang	Etiologi	Masalah
DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh pusing DO: 1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) meningkat 2. Mean Arteri Pressure tinggi 3. Central Perfusion Pressure tinggi 4. Refleks neurologis terganggu	Faktor resiko stroke infark ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Suplai darah dan oksigen ke otak menurun ↓ Hipoksia sel otak ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Perubahan suplai darah dan oksigen ke otak ↓ Risiko perfusi serebral tidak efektif	Risiko perfusi serebral tidak efektif
DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh sakit kepala DO: 1. Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) melebar 2. bradikardia 3. pola napas irregular 4. Tingkat kesadaran menurun 5. Respon pupil melambat atau tidak sama 6. Refleks neurologis terganggu	Faktor resiko stroke infark ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Suplai darah dan oksigen ke otak menurun ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Hipoksia sel otak ↓ Penurunan Kesadaran ↓ Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh nyeri kepala DO: 1. Tampak meringis Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 2. Gelisah 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Sulit tidur	Faktor resiko stroke infark ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Suplai darah dan oksigen ke otak menurun ↓ Hipoksia sel otak ↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu ↓ Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas DO: 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	Faktor resiko stroke infark ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Penurunan suplai darah dan O ₂ ke otak ↓ Infark Lakuner pons ↓ UMN dan LMN terganggu ↓ Gangguan neuromuskular ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh tidak merasakan indera perabaan, penciuman, perabaan, atau pengecapan DO: 1. Distorsi sensori 2. Respons tidak sesuai 3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba, atau mencium sesuatu	Peningkatan Tekanan Intra Kranial ↓ Arteri Vertebratal Basilris ↓ Kerusakan Neurologis deficit Nervus (Olfaktorius) I, (Optikus) II, (Troklearis) IV, (Hipoglossus) XII ↓ Perubahan Ketajaman Sensori, Penciuman, Penglihatan, dan Pengecapan ↓ Gangguan Persepsi Sensori	Gangguan Persepsi Sensori

DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh kesulitan menjaga keseimbangan DO: 1. Hilangnya keseimbangan 2. Kekuatan otot menurun 3. Rentang gerak (ROM) menurun 4. Usia ≥ 65 tahun	Faktor resiko stroke infark ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Penurunan suplai darah dan O ₂ ke otak ↓ Infark Lakuner pons ↓ UMN dan LMN terganggu ↓ Gangguan neuromuskular ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Hilangnya Kontrol Ekstremitas ↓ Risiko jatuh	Risiko jatuh
DS:- DO: 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Menunjukkan respon tidak sesuai.	Peningkatan Tekanan Intra Kranial ↓ Arteri Vertebratal Basiliris ↓ Kerusakan Neurologis deficit Nervus (Olfaktorius) I, (Optikus) II, (Troklearis) IV, (Hipoglossus) XII ↓ Kehilangan Fungsi Tonus Otot Fasial ↓ Gangguan Komunikasi Verbal	Gangguan Komunikasi Verbal
DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh kesulitan melakukan perawatan diri DO: 1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ket toilet/berhias secara mandiri. 2. Minat melakukan perawatan diri berkurang	Faktor resiko stroke infark ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Penurunan suplai darah dan O ₂ ke otak ↓ Infark Lakuner pons ↓ UMN dan LMN terganggu ↓ Gangguan neuromuskular ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Defisit Perawatan Diri	Defisit Perawatan Diri

DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh sulit menelan DO: 1. Batuk sebelum menelan 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak 4. Makanan tertinggal di rongga mulut	Peningkatan Tekanan Intra Kranial ↓ Arteri Vertebratal Basilris ↓ Penurunan Nervus (Vagus) X, (Aksesorius) XI ↓ Proses Menelan Tidak Efektif ↓ Gangguan Menelan	Gangguan Menelan
DS: 1. Pada umumnya klien mengeluh sulit untuk makan DO: 1. Makanan yang disediakan tidak habis 2. Batuk setelah makan atau minum 3. Tersedak	Peningkatan Tekanan Intra Kranial ↓ Arteri Vertebratal Basilris ↓ Penurunan Nervus (Vagus) X, (Aksesorius) XI ↓ Proses Menelan Tidak Efektif ↓ Gangguan Menelan ↓ Intake Nutrisi Berkurang ↓ Risiko Defisit Nutrisi	Risiko Defisit Nutrisi

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang menjadi dasar untuk perawat agar bisa merencanakan asuhan yang berpusat pada klien, Memonitor prioritas, dan memberikan intervensi yang tepat untuk mencapai luaran kesehatan yang diinginkan. (Potter, et al.,2023). Pada masalah keperawatan menurut (Hidayat, R. T., 2022) ada 10 diagnosa yang mungkin muncul pada penyakit *Stroke infark* yaitu: (PPNI, 2016).

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (primer akibat sumbatan arteri serebral).
- b. Penurunan kapasitas adaptif intra kranial berhubungan dengan penurunan kesadaran.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (kelemahan/kelumpuhan unilateral akibat lesi di otak).
- e. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan ketajaman sensori, penciuman, penglihatan, dan pengecap.
- f. Risiko jatuh berhubungan dengan hilangnya kontrol keseimbangan.
- g. Gangguan komunikasi verbal penurunan sirkulasi serebral.
- h. Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan perawatan diri (kelemahan/kelumpuhan otot).
- i. Gangguan Menelan berhubungan dengan penurunan refleks menelan.
- j. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan Perfusi Serebral (L.02014) Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pusing menurun. 2. Refleks neurologis membaik. 3. Tekanan darah membaik. 4. MAP membaik. 5. CPP membaik.	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06198) Observasi 1. Monitor penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure). 4. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure). Terapeutik 5. Berikan terapi kompres hangat di arteri karotis. 6. Berikan posisi semi fowler. 7. Hindari maneuver Valsava. 8. Hindari pemberian cairan IV hipotonik. 9. Berikan obat penurun	Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). 2. Untuk mengetahui tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). 3. Untuk mengetahui MAP (Mean Arterial Pressure). 4. Untuk mengetahui proses transfer darah ke otak untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Terapeutik 5. Untuk vasodilatasi arteri karotis sehingga dapat meningkatkan vaskularisasi ke jaringan serebral. 6. Untuk membantu penurunan tekanan intra kranial dan memperbaiki aliran balik jantung. 7. Untuk menghindari aliran darah ke otak secara tiba-tiba dan menghindari pecah nya pembuluh darah di serebral. 8. Untuk menghindari edema serebral. 9. Agar membantu

		tekanan darah dan diuretic osmosis sesuai dengan program yang dijadwalkan.	menurunkan tekanan darah dan sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium serta meningkatkan.
		Edukasi	Edukasi
		10. Ajarkan diet makanan rendah garam dan lemak.	10. Agar klien dan keluarga mengetahui makanan yang baik untuk menjaga kesehatan klien.
		11. Berikan kejelasan tentang kepatuhan minum obat.	11. Agar klien dan keluarga mengetahui obat hipertensi harus diminum seumur hidup dan tidak berefek pada Kesehatan ginjal.
		Kolaborasi	Kolaborasi
		12. Kolaborasi dengan dokter radiologi untuk CT-Scan ulang.	12. Untuk mengevaluasi perubahan kondisi otak setelah dirawat dan memantau efektivitas terapi yang telah diberikan.
2	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Tekanan intrakranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu
			Observasi 1. Mengenali penyebab dasar (etiologi) peningkatan TIK adalah langkah pertama yang krusial. Ini akan memandu rencana penanganan dan terapi yang lebih spesifik.. 2. Tanda-tanda ini adalah indikator klasik dan tanda vital akhir dari peningkatan TIK yang signifikan yang mengancam herniasi otak. 3. MAP adalah faktor penting dalam menentukan Cerebral Perfusion Pressure (CPP). 4. CVP mencerminkan volume cairan intravaskular dan tekanan di atrium kanan.

5. Monitor PAWP, jika perlu	5. PAWP mengukur tekanan di kapiler paru dan secara tidak langsung merefleksikan tekanan di atrium kiri.
6. Monitor PAP, jika perlu	6. PAP memberikan informasi tentang tekanan di arteri pulmonalis.
7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia	7. Pemantauan ICP invasif adalah "gold standard" untuk mengukur TIK secara langsung.
8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)	8. CPP adalah tekanan perfusi yang mendorong darah ke otak.
9. Monitor gelombang ICP	9. Gelombang ICP (misalnya, gelombang A, B, C) memberikan informasi tambahan tentang kepatuhan intrakranial dan fluktuasi TIK.
10. Monitor status pernapasan	10. Pusat pernapasan terletak di batang otak. Peningkatan TIK yang menekan batang otak dapat menyebabkan pola napas ireguler atau Cheyne-Stokes, yang merupakan tanda prognosis buruk. Selain itu, hipoventilasi (penurunan laju dan kedalaman napas) dapat menyebabkan peningkatan PaCO ₂ , yang menyebabkan vasodilatasi serebral dan memperburuk TIK.
11. Monitor intake dan output cairan	11. Keseimbangan cairan yang cermat sangat penting. Kelebihan cairan dapat memperburuk edema serebral, sementara dehidrasi dapat menyebabkan hipotensi dan penurunan CPP. Pemantauan ini

		membantu dalam manajemen cairan yang tepat.
12.	Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)	12. Jika klien memiliki drainase CSF (misalnya, melalui drain ventrikular), memantau karakteristik CSF (warna, kejernihan, konsistensi) dapat memberikan petunjuk tentang infeksi (CSF keruh/purulen) atau perdarahan (CSF berdarah).
	Terapeutik	Terapeutik
13.	Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.	13. Stimulus berlebihan (misalnya, suara keras, cahaya terang, sentuhan kasar) dapat menyebabkan peningkatan aktivitas simpatis, yang dapat memicu peningkatan tekanan darah dan TIK sementara. Lingkungan yang tenang membantu mengurangi rangsangan yang tidak perlu.
14.	Berikan posisi <i>semi fowler</i> .	14. Posisi kepala tempat tidur dinaikkan 30-45 derajat (semi-Fowler) membantu drainase vena jugularis dari kepala, sehingga mengurangi volume darah di dalam tengkorak dan menurunkan TIK.
15.	Hindari maneuver Valsava.	15. Manuver Valsalva (misalnya, mengejan saat buang air besar, batuk kuat, menahan napas saat mengangkat beban) meningkatkan tekanan intrathorakal dan intraabdominal, yang kemudian menghambat aliran balik vena dari kepala dan secara transien meningkatkan TIK.
16.	Cegah terjadinya kejang.	16. Kejang menyebabkan peningkatan mendadak

17. Hindari penggunaan PEEP.	dan signifikan dalam metabolisme otak, 17. PEEP yang tinggi, yang digunakan pada klien ventilator, dapat meningkatkan tekanan intrathorakal.
18. Hindari pemberian cairan IV hipotonik.	18. CairPemberian cairan ini dapat menyebabkan air bergeser dari intravaskular ke intraseluler, termasuk ke sel-sel otak, sehingga memperburuk edema serebral dan peningkatan TIK.
19. Atur ventilator agar PaCO ₂ optimal.	19. Karbondioksida (CO ₂) adalah vasodilator serebral yang kuat. Peningkatan PaCO ₂ akan menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah otak dan meningkatkan aliran darah serebral (CBF) serta volume darah intrakranial, yang pada akhirnya meningkatkan TIK. Sebaliknya, penurunan PaCO ₂ (hiperventilasi) menyebabkan vasokonstriksi serebral dan menurunkan TIK.
20. Pertahankan suhu tubuh normal.	20. Hipertermia (demam) meningkatkan metabolisme otak dan kebutuhan oksigen, yang dapat menyebabkan peningkatan CBF dan volume darah intracranial.
Kolaborasi	Kolaborasi
21. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu	21. Antikonvulsan: Mencegah terjadinya kejang, yang seperti disebutkan sebelumnya, dapat menyebabkan lonjakan TIK yang berbahaya.
22. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu	22. Diuretik osmotik (misalnya, Mannitol) bekerja dengan menarik cairan dari ruang intraseluler

			(termasuk dari sel-sel otak yang edema) ke dalam ruang intravaskular, yang kemudian diekskresikan oleh ginjal. Ini efektif dalam mengurangi volume edema serebral dan menurunkan TIK secara cepat.
		23. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	23. Pelunak tinja mencegah konstipasi dan kebutuhan klien untuk mengejan saat buang air besar. Mengejan adalah manuver Valsalva yang dapat meningkatkan tekanan intrathorakal dan TIK secara signifikan. Dengan melunakkan tinja, risiko ini dapat diminimalkan.
3 Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Ketegangan otot menurun Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal.	Observasi 1. Untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat serta merencanakan intervensi yang sesuai. 2. Memberikan pengukuran intensitas nyeri yang objektif namun tetap mengakui subjektivitas nyeri. 3. Tidak semua klien dapat atau mau mengungkapkan nyeri secara verbal (misalnya, bayi, lansia dengan demensia, klien tidak sadar). Respons nonverbal seperti ekspresi wajah (meringis), postur tubuh (melindungi area nyeri), gerakan (gelisah), perubahan perilaku (iritabilitas), atau perubahan fisiologis (peningkatan denyut jantung,

		tekanan darah) dapat menjadi indikator kuat adanya nyeri.
	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	4. Membantu klien mengidentifikasi dan menghindari pemicu, serta memanfaatkan strategi pereda nyeri yang efektif.
	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.	5. Pengetahuan dan keyakinan klien tentang nyeri dapat sangat memengaruhi cara mereka mengalami dan mengelola nyeri.
	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.	6. Beberapa budaya mungkin mendorong ekspresi nyeri yang terbuka, sementara yang lain mungkin mengajarkan untuk menahan atau menyembunyikan nyeri.
	7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.	7. Mengidentifikasi dampak ini membantu perawat menetapkan tujuan asuhan yang realistis dan holistik, serta memprioritaskan intervensi untuk meningkatkan fungsi dan kesejahteraan klien.
	8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.	8. Memantau efektivitasnya membantu dalam mengintegrasikan modalitas ini ke dalam rencana asuhan nyeri yang komprehensif dan memastikan klien mendapatkan manfaat terbaik.
	9. Monitor efek samping penggunaan analgetik	9. Pemantauan ketat membantu mendeteksi dan mengelola efek samping ini secara dini, mencegah komplikasi, dan memastikan keamanan klien.
Terapeutik		Terapeutik
	10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk	10. Teknik nonfarmakologis dapat

	mengurangi rasa nyeri.	menjadi modalitas tunggal atau pelengkap yang efektif untuk manajemen nyeri.
11.	Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	11. Mengontrol lingkungan dengan menciptakan suasana tenang, nyaman, dan privasi dapat membantu mengurangi stimulus yang tidak perlu dan memfasilitasi relaksasi.
12.	Fasilitasi istirahat dan tidur.	12. Memfasilitasi istirahat dan tidur yang adekuat membantu pemulihan fisik dan mental, serta meningkatkan toleransi nyeri.
13.	Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	13. Pemilihan strategi yang tepat meningkatkan efektivitas pengobatan.
Edukasi		Edukasi
14.	Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.	14. Pemahaman tentang nyeri memungkinkan klien untuk lebih proaktif dalam mengelola dan menghindari faktor yang memperburuk nyeri.
15.	Jelaskan strategi meredakan nyeri.	15. Edukasi ini memberdayakan klien untuk membuat keputusan yang tepat dan berpartisipasi dalam perencanaan asuhan nyerinya sendiri.
16.	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.	16. Mendorong klien untuk secara mandiri memantau nyeri (misalnya, menggunakan skala nyeri atau mencatat faktor pemicu/pereda)
17.	Anjurkan menggunakan Analgetik secara tepat.	17. Edukasi tentang dosis yang benar, jadwal pemberian, potensi efek samping, dan tanda-tanda bahaya penggunaan analgesik sangat penting untuk memastikan keamanan dan efektivitas terapi

		18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	obat. 18. Meningkatkan rasa kontrol diri dan mengurangi ketergantungan pada obat-obatan semata.
		Kolaborasi 19. Pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	Kolaborasi 19. Kolaborasi dengan dokter (dan apoteker) diperlukan untuk pemberian analgesik (obat pereda nyeri), memastikan klien mendapatkan terapi farmakologis yang tepat dan aman.

4	Gangguan mobilitas fisik (D.0.0054)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik (L.050542) Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat dari 0 menjadi 5. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat bagi ekstremitas kanan. 4. Fleksibilitas otot meningkat. 5. Kelemahan fisik menurun. 6. Kontraktur dan kaku sendi menurun.	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan gerak. 4. Monitor kekuatan otot. Terapeutik 5. Fasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM pasif dan aktif). 6. Fasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik). 7. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi 8. Ajarkan latihan ROM pasif dan aktif. 9. Ajarkan latihan isotonik.	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Untuk mengetahui toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. 4. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik 5. Untuk mencegah kekakuan otot dan sendi. 6. Untuk meningkatkan kekuatan serta daya tahan otot dan meningkatkan rentang gerak sendi. 7. Untuk membantu proses penyembuhan klien. Edukasi 8. Menambah pemahaman klien dan keluarga. 9. Agar otot dan sendi klien tidak kaku.
---	--	---	--	--

		Kolaborasi 10. Kolaborasi dengan fisioterapi	Kolaborasi 10. Untuk membantu proses penyembuhan klien agar terjadwal
5	Gangguan Persepsi Sensori (D.0085)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Status Neurologis (L.06053) membaik dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Status kognitif meningkat 3. Fungsi sensori kranial meningkat 4. Fungsi motoric kranial meningkat 5. Komunikasi meningkat Sakit kepala menurun	Dukungan Pengungkapan Kebutuhan (I. 09266) Observasi 1. Periksa gangguan komunikasi verbal (mis. Ketidakmampuan berbicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal) Terapeutik 2. Ciptakan lingkungan yang tenang. 3. Hindari berbicara keras. 4. Ajukan pertanyaan dengan jawaban singkat, dengan isyarat anggukan kepala jika mengalami kesulitan berbicara. 5. Jadwalkan waktu istirahat sebelum waktu kunjungan dan sesi terapi wicara. Observasi 1. Penilaian ini penting untuk memahami jenis dukungan yang dibutuhkan dan menentukan strategi komunikasi yang paling sesuai. Terapeutik 2. Lingkungan yang tenang membantu meminimalkan distraksi, memungkinkan klien untuk fokus pada upaya komunikasi, dan mengurangi kecemasan yang sering menyertai kesulitan berbicara. 3. Berbicara terlalu keras tidak membantu klien yang mengalami kesulitan memproses bahasa atau kesulitan produksi bicara. 4. Memudahkan mereka untuk merespons. Isyarat non-verbal seperti anggukan atau gelengan kepala juga menjadi alat komunikasi yang penting saat kemampuan verbal sangat terbatas. 5. Memberikan waktu istirahat yang cukup sebelum interaksi penting (seperti kunjungan keluarga atau terapi wicara) memastikan klien memiliki energi yang optimal untuk berpartisipasi, sehingga sesi tersebut menjadi lebih produktif dan tidak memicu kelelahan berlebihan.

-
6. Fasilitasi komunikasi dengan media (mis. Pensil dan kertas, computer, kartu kata).

Edukasi

7. Informasikan keluarga dan tenaga kesehatan lain teknik berkomunikasi, dan gunakan secara konsisten.
8. Anjurkan keluarga dan staf mengajak bicara meskipun tidak mampu berbicara

Kolaborasi

9. Rujuk pada terapis wicara, *jika perlu*
-

6. Ketika komunikasi verbal sulit atau tidak mungkin, menyediakan alat bantu komunikasi alternatif menjadi sangat penting.

Edukasi

7. Mengedukasi keluarga dan staf tentang teknik komunikasi yang paling efektif (misalnya, berbicara perlahan, menggunakan kalimat pendek, memberikan waktu respons) memastikan bahwa semua orang di lingkungan klien dapat berkomunikasi secara efektif dan meminimalkan kesalahpahaman.
8. Meskipun klien tidak dapat merespons secara verbal, berbicara kepada mereka dengan nada normal dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan. Ini menunjukkan rasa hormat, mempertahankan martabat klien, membantu orientasi mereka terhadap realitas, dan dapat mengurangi isolasi sosial.

Kolaborasi

9. Kolaborasi ini memastikan klien menerima intervensi rehabilitasi yang paling tepat untuk memulihkan atau memaksimalkan kemampuannya komunikasinya.
-

6	Risiko jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam Resiko Jatuh (L.14138) Menurun dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan otot meningkat. 2. Fleksibilitas otot meningkat. 3. Kekuatan otot meningkat dari 0 ke 5 4. Kemampuan menjaga keseimbangan meningkat. 5. Kemampuan mengontrol ekstremitas meningkat.	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Monitor faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati). 2. Monitor kemampuan keseimbangan klien. 3. Monitor kekuatan otot. 4. Monitor kemampuan pergerakan. 5. Monitor faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Alat yang dibutuhkan klien jauh harus didekatkan). 6. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu. 7. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Terapeutik 8. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci. 9. Pasang handrall tempat tidur 10. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah. 11. Fasilitasi melakukan latihan keseimbangan. 12. Berikan obat neuroprotektan sesuai	Observasi 1. Untuk mengetahui faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati). 2. Untuk mengetahui kemampuan keseimbangan klien 3. Untuk mengetahui kekuatan otot klien. 4. Untuk mengetahui kemampuan pergerakan klien. 5. Untuk mengetahui faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Alat yang dibutuhkan klien jauh harus didekatkan). 6. Untuk mengetahui nilai resiko jatuh. 7. Untuk mengetahui kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Terapeutik 8. Untuk mencegah klien jatuh. 9. Menjaga klien agar tidak jatuh. 10. Untuk menghindari jatuh yang beresiko. 11. Agar klien bisa menjaga keseimbangannya. 12. Untuk menjaga memori serebral klien.
---	-----------------------	---	--	---

			dengan program yang dijadwalkan.		
			Edukasi	Edukasi	
			13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.	13. Agar menghindari cedera.	
			14. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.	14. Agar klien dan keluarga mengetahui cara menjaga keseimbangan saat nanti sembuh.	
			15. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.	15. Agar klien dan keluarga mengetahui cara memanggil perawat.	
7	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan Komunikasi Verbal (L.13118) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan berbicara sedang 2. Kemampuan mendengar cukup meningkat 3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh cukup meningkat 4. Afasia cukup menurun 5. Disartria cukup menurun 6. Pelo cukup menurun 7. Gagap cukup menurun	Promosi komunikasi : defisit bicara (1.13493) Observasi 1. Monitor kecepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara. 2. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara. 3. Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara.	Observasi 1. Mengamati karakteristik bicara klien memberikan petunjuk penting tentang jenis dan tingkat defisit bicara yang dialami. 2. Dengan memantau aspek-aspek ini, perawat dapat mengidentifikasi kemungkinan penyebab defisit bicara (misalnya, kerusakan otak, kelemahan otot bicara, masalah pernapasan) dan membantu membedakan antara jenis gangguan bicara seperti afasia (masalah kognitif bahasa) dan disartria (masalah kontrol otot bicara). 3. Memantau respons emosional klien memungkinkan perawat untuk memberikan dukungan psikologis yang diperlukan dan mengatasi hambatan emosional terhadap komunikasi.	

4. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi.	4. Memahami sinyal-sinyal nonverbal ini sangat penting untuk memahami kebutuhan, keinginan, dan perasaan klien.
Terapeutik	Terapeutik
5. Gunakan metode komunikasi alternative.	5. Menyediakan dan memfasilitasi penggunaan metode komunikasi alternatif sangat penting ketika bicara verbal tidak efektif.
6. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan.	6. Menyesuaikan gaya komunikasi meningkatkan pemahaman klien dan efektivitas interaksi.
7. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan.	7. Menempatkan benda-benda dalam jangkauan klien agar mereka bisa menunjuk atau mengambilnya, atau memastikan alat bantu komunikasi mudah diakses.
8. Ulangi apa yang disampaikan klien.	8. Menunjukkan bahwa Anda aktif mendengarkan dan menghargai upaya mereka untuk berkomunikasi.
9. Berikan dukungan psikologis.	9. Dukungan ini juga dapat mengurangi kecemasan yang sering kali memperburuk bicara.
10. Gunakan juru bicara.	10. Membantu memastikan kebutuhan klien terpenuhi dan pesan mereka tersampaikan dengan benar.
Edukasi	Edukasi
11. Anjurkan berbicara perlahan.	11. Menganjurkan klien untuk berbicara perlahan (jika memungkinkan) memberikan waktu bagi otak untuk merumuskan kata-kata dan bagi otot bicara untuk bergerak, yang dapat meningkatkan kejelasan dan

		12. Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan bicara. Kolaborasi 13. Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis	mengurangi kesalahan dalam berbicara. 12. Pemahaman ini dapat mengurangi kecemasan, menghilangkan rasa bersalah, dan memberdayakan mereka untuk berpartisipasi lebih aktif dalam rencana terapi. Kolaborasi 13. Kolaborasi ini memastikan klien menerima intervensi rehabilitasi terbaik untuk meningkatkan kemampuan komunikasi mereka.
8	Defisit perawatan diri (D.0109) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Perawatan Diri (L.11103) Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan Mandi Meningkat 2. Kemampuan Mengenakan Pakaian Meningkat 3. Kemampuan Makan Meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) Meningkat 5. Verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri Meningkat	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Identifikasi kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Terapeutik 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik.	Observasi 1. Dengan mengidentifikasi kebiasaan ini, perawat dapat menyusun rencana asuhan yang individualistik dan menghargai preferensi klien, sehingga meningkatkan kepatuhan dan kenyamanan. 2. Membantu perawat untuk menentukan sejauh mana bantuan yang dibutuhkan klien. 3. Mengidentifikasi kebutuhan ini memungkinkan perawat untuk menyediakan alat yang tepat, yang pada gilirannya akan meningkatkan kemandirian dan keamanan klien dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Terapeutik 4. Lingkungan yang aman, nyaman, rapi, dan mendukung sangat penting untuk mendorong perawatan

		5. Siapkan keperluan pribadi. 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan. 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 9. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. Edukasi 10. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	diri. 5. Menunjukkan perhatian perawat terhadap detail dan kebutuhan klien. 6. Pendekatan ini mendorong kemandirian, membangun kepercayaan diri, dan memungkinkan klien untuk berlatih keterampilan yang baru atau yang hilang. 7. Memfasilitasi penerimaan kondisi membantu klien beradaptasi, mengurangi penolakan terhadap bantuan, dan mendorong partisipasi dalam rehabilitasi. 8. Tindakan ini menekankan keseimbangan antara mendorong kemandirian dan memberikan bantuan yang diperlukan. 9. Rutinitas membantu tubuh dan pikiran untuk beradaptasi, mengurangi kebingungan, dan mendorong kebiasaan yang sehat. Edukasi 10. Dorongan ini penting untuk mempertahankan tingkat kemandirian yang telah dicapai dan terus melatih keterampilan perawatan diri.
9	Gangguan menelan (D.0063)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan Status Menelan (L.06052) Membaik dengan kriteria hasil : 1. Mempertahankan makanan di mulut meningkat 2. Reflek Menelan Meningkat 3. Usaha menelan Meningkat	Dukungan Perawatan Diri: Makan/Minum (1.11351) Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan. Observasi 1. Memastikan bahwa makanan dan minuman yang diberikan sesuai dengan kebutuhan nutrisi dan kondisi kesehatan klien, serta mencegah komplikasi yang berkaitan dengan diet yang tidak tepat.

4. Frekuensi tersedak Menurun	2. Monitor kemampuan menelan.	2. Memonitor kemampuan menelan sangat penting untuk mencegah aspirasi (masuknya makanan/cairan ke saluran napas).
5. Tersedak Menurun	3. Monitor status hidrasi klien.	3. Status hidrasi yang adekuat sangat vital untuk fungsi tubuh yang optimal.
Terapeutik		Terapeutik
4. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan.		4. Lingkungan yang tenang, bersih, rapi, dan bebas dari bau tidak sedap atau distraksi dapat meningkatkan nafsu makan dan kenyamanan klien.
5. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum.		5. Posisi yang tepat sangat krusial, terutama bagi klien dengan risiko aspirasi.
6. Lakukan oral <i>hygiene</i> sebelum makan.		6. Kebersihan mulut sebelum makan dapat meningkatkan nafsu makan karena menghilangkan rasa tidak enak atau sisa makanan lama.
7. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat.		7. Meletakkan makanan di sisi penglihatan yang sehat memastikan klien dapat melihat dan mengakses makanan dengan mudah.
8. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan.		8. Sedotan dapat membantu klien yang kesulitan mengangkat gelas atau memiliki gerakan terbatas pada lengan.
9. Sediakan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan.		9. Makanan yang disajikan pada suhu yang tepat (hangat untuk makanan panas, dingin untuk makanan dingin) umumnya lebih menggugah selera.
10. Sediakan makanan dan minuman yang disukai.		10. Memberikan makanan dan minuman yang disukai klien, sepanjang tidak bertentangan dengan diet yang dianjurkan,

				dapat meningkatkan motivasi untuk makan dan meningkatkan asupan nutrisi. 11. Untuk mendorong kemandirian semaksimal mungkin sambil memastikan asupan nutrisi yang adekuat. 12. Lingkungan yang berbeda dari kamar klien dapat meningkatkan nafsu makan dan semangat secara psikologis.
		11. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian. 12. Motivasi untuk makan di ruang makan.		
		Edukasi 13. Jelaskan posisi makanan pada klien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. Sayur di jam 12, rendang di jam 3)		Edukasi 13. Memberikan orientasi spasial yang jelas dan memungkinkan klien untuk mandiri dalam menemukan dan mengidentifikasi makanan di piring, sehingga meningkatkan kemandirian dan martabat mereka saat makan.
		Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgetik, antiemetik), sesuai indikasi, jika perlu		Kolaborasi 14. Kolaborasi dengan dokter dan apoteker memastikan bahwa obat yang tepat diberikan pada waktu yang tepat untuk mendukung asupan nutrisi klien.
10	Risiko defisit nutrisi (D.0032)	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan Status Nutrisi (L.03030) Membaik dengan kriteria hasil : 1. porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik	Manajemen Nutrisi (1.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi. 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.	Observasi 1. Membantu mengidentifikasi klien yang berisiko atau sudah mengalami malnutrisi (kurang gizi atau gizi berlebih) dan menjadi dasar untuk perencanaan intervensi nutrisi yang tepat. 2. Untuk mencegah reaksi merugikan yang membahayakan klien (misalnya, anafilaksis akibat alergi kacang, diare akibat intoleransi

3. Identifikasi makanan yang disukai.	3. Memberikan makanan yang disukai klien, sejauh tidak bertentangan dengan diet yang diresepkan, dapat meningkatkan nafsu makan, motivasi untuk makan, dan kepatuhan terhadap diet.
4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien.	4. Identifikasi yang akurat memastikan klien menerima energi dan nutrisi yang cukup untuk pemulihan dan fungsi tubuh optimal.
5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik.	5. Selang nasogastrik (NGT) digunakan ketika klien tidak mampu atau tidak aman untuk makan secara oral (misalnya, karena disfagia berat, penurunan kesadaran, atau kebutuhan nutrisi yang sangat tinggi yang tidak bisa dipenuhi secara oral).
6. Monitor asupan makanan.	6. Membantu perawat mengidentifikasi masalah seperti anoreksia, mual, atau kesulitan makan, dan menjadi dasar untuk penyesuaian rencana asuhan nutrisi.
7. Monitor beratbadan.	7. Perubahan berat badan adalah indikator penting dari status nutrisi jangka panjang. Penurunan berat badan yang tidak disengaja bisa menjadi tanda malnutrisi, sementara peningkatan berat badan bisa menunjukkan retensi cairan atau kelebihan asupan. Pemantauan berat badan secara teratur membantu mengevaluasi efektivitas intervensi nutrisi dan mendeteksi perubahan status

	8. Monitor hasil laboratorium.	nutrisi.
		8. Pemeriksaan laboratorium (misalnya, albumin, prealbumin, hemoglobin, elektrolit, kadar gula darah) memberikan data objektif tentang status nutrisi dan keseimbangan metabolik. Abnormalitas dapat mengindikasikan defisiensi nutrisi, respons peradangan, atau ketidakseimbangan elektrolit, yang memerlukan intervensi nutrisi lebih lanjut.
	Terapeutik	Terapeutik
	9. Lakukan oral hygiene sebelum makan.	9. Kebersihan mulut yang baik sebelum makan dapat meningkatkan nafsu makan dengan menghilangkan rasa tidak enak atau sisa makanan yang tertinggal.
	10. Fasilitasi menentukan pedoman diet.	10. Melibatkan klien dalam proses pengambilan keputusan tentang diet mereka (sejauh memungkinkan) meningkatkan rasa kontrol diri dan kepatuhan.
	11. Sajikan makanan secara menarik.	11. Penyajian makanan yang estetik, bersih, dan menarik dapat merangsang indra penglihatan dan penciuman, yang pada gilirannya dapat meningkatkan nafsu makan, terutama pada klien yang nafsu makannya menurun atau mengalami gangguan penciuman/pengecap.
	12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi.	12. Banyak klien (terutama yang imobilisasi, mengonsumsi obat

	tertentu, atau dengan asupan cairan terbatas) rentan mengalami konstipasi. Serat membantu melancarkan pergerakan usus dan mencegah konstipasi, yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan komplikasi lainnya.
13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.	13. Makanan tinggi kalori dan protein membantu memenuhi kebutuhan ini.
14. Berikan suplemen makanan.	14. Membantu mencegah atau mengatasi defisiensi nutrisi dan mendukung pemulihan.
15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik, jika asupan oral dapat ditoleransi.	15. Tujuan utama adalah untuk mengembalikan klien ke asupan oral normal secepat mungkin jika aman.
Edukasi	Edukasi
16. Anjurkan posisiduduk.	16. Menganjurkan posisi duduk tegak saat makan mengurangi risiko aspirasi.
17. Ajarkan diet yang diprogramkan.	17. Sangat penting untuk manajemen penyakit kronis atau pemulihan jangka panjang.
Kolaborasi	Kolaborasi
18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	18. Kolaborasi dengan dokter/apoteker memastikan jadwal dan jenis obat yang tepat untuk mendukung asupan makan. Kolaborasi dengan ahli gizi: Ahli gizi adalah profesional spesialis yang dapat melakukan penilaian nutrisi yang mendalam berdasarkan preferensi klien. Kolaborasi ini memastikan bahwa klien menerima terapi nutrisi yang paling tepat dan berbasis bukti.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap di mana perawat secara langsung melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan dan luaran yang telah ditetapkan. (Potter, et al.,2023)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam proses keperawatan merupakan langkah terakhir setelah melakukan perawatan yang berkaitan dengan identifikasi capaian dan tujuan dari rencana keperawatan apakah sudah mencapai target atau belum. Evaluasi keperawatan dibagi menjadi:

- a. Evaluasi formatif: observasi serta analisis evaluatif hingga tindakan dilakukan.
- b. Evaluasi sumatif: analisis berkala terhadap perkembangan kesanggupan pasien di antara waktu-waktu tertentu, pada waktu evaluasi dicatat dalam buku kemajuan.

Evaluasi dapat dilakukan menggunakan pendekatan SOAP sebagai berikut:

S: Klien menyatakan secara lisan dan tulisan apa yang dirasakannya setelah tindakan keperawatan diberikan.

O: Pengamatan kepada Klien tentang suatu keadaan dan atau fakta hasil tindakan keperawatan sebelumnya.

A: Definisi atas data Subjektif dan objektif serta indikator diantara keduanya untuk disebut tetap atau baru muncul masalah lain atau beberapa data bertentangan dengan permasalahan pokok.

P: Tindak lanjut yang diambil berdasarkan analisa terhadap hasil respon subyek/klien.

I: Implementasi

E: Evaluasi

R: Reassessment atau pengkajian ulang

Setiap evaluasi dalam sistem SOAP memiliki fungsinya masing-masing di dalam perencanaan pemeliharaan kesehatan pasien agar unmet needs dapat dipenuhi secara maksimal, sehingga didapatkan hasil yang optimal (Hidayat, A.A, 2021).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Klien dan Identitas Penanggung Jawab

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. M
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 72 tahun
Alamat	: Kp. Sindang Palay
Status Perkawinan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: Pensiunan PNS
Tanggal Masuk	: 21 April 2025
Tanggal pengkajian	: 22 April 2025
No. RM	: 241262
Diagnosa	: Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Jenis kelamin	: Laki-laki
Umur	: 70 tahun
Alamat	: Kp. Sidang Palay
Agama	: Islam
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Hubungan dengan Klien	: Suami

b. Riwayat Kesehatan**1) Keluhan Utama**

Klien mengeluh tangan dan kaki kanan tidak bisa digerakan.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 22 April 2025 pukul 08.15 WIB klien mengatakan tangan dan kaki kanannya sama sekali tidak bisa digerakan ketika ingin melakukan pergerakan dan bisa digerakan ketika latihan pergerakan dibantu oleh keluarga atau perawat. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa kaku, lumpuh, serta sangat berat untuk digerakan seperti tertimpa beban (plegia). Klien mengatakan kesulitan menggerakan alat gerak nya di tangan dan kaki kanannya. Kekuatan otot tangan dan kaki kanan klien 0 (0-5). Klien mengatakan tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakan saat akan melakukan pergerakan.

Berdasarkan hasil pengkajian juga didapatkan data bahwa klien mengeluhkan pusing saat beraktifitas dan berkurang saat beristirahat, pusing dirasakan seperti berputar-putar, pusing dirasakan di area kepala, pusing dirasakan hilang timbul saat di siang hari ketika ingin beraktifitas. Klien juga mengatakan takut terjatuh saat ditempat tidur atau saat beraktifitas karena tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakan sehingga sulit untuk menjaga keseimbangannya. Selain itu, klien juga mengeluhkan sulit dalam melakukan perawatan diri karena tangan dan kaki kanannya sulit untuk digerakan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit dengan penyakit yang sama yaitu kesulitan menggerakkan tangan dan kaki kanan. Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu namun satu bulan terakhir klien putus obat karena takut ginjalnya rusak. Klien mengatakan memiliki kebiasaan mengonsumsi gorengan setiap pagi dan ikan asin di siang hari. Klien mengatakan jarang berolahraga. Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan begadang dan mengonsumsi alkohol.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien menuturkan bahwa ibu klien memiliki riwayat penyakit stroke seperti klien. Keluarga klien menuturkan bahwa dikeluarganya memiliki kebiasaan mengonsumsi gorengan setiap pagi dan mengonsumsi ikan asin setiap siang hari. Keluarga klien mengatakan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan lainnya.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum

- a) Kesadaran : Compos Mentis
- b) GCS : 15 (E 4, M 6, V 5)
- c) Penampilan : Lemah

2) Tanda – Tanda Vital

- a) Tekanan Darah : 170/90 mmhg
- b) Nadi : 84 x/menit
- c) Respirasi : 22 x/menit

- d)Suhu : 36,7°C
- e)SPO2 : 98%
- f) BB Saat Dirawat : 65 kg
- g)TB Saat Dirawat : 157 cm

3) Pemeriksaan Per Sistem

a) Sistem Neurologis

(1) Nervous Olfactorius

Fungsi penciuman baik terbukti klien bisa membedakan bau kayu putih, kopi, dan alkohol.

(2) Nervous Optikus

Fungsi penglihatan klien baik saat membaca papan nama mahasiswa dengan jarak lebih 50 cm papan nama mahasiswa terbaca.

(3) Nervous Okulomotorius

Pupil isokor dibuktikan saat diberi rangsangan cahaya pupil miosis dengan diameter pupil 3 mm.

(4) Nervous Trochlearis

Pergerakan bola mata ke bawah ke atas dan refleks pupil baik dibuktikan ketika diberikan rangsangan cahaya pupil mengecil.

(5) Nervous Abduzen

Klien dapat menggerakan bola matanya ke samping kiri dan kanan.

(6) Nervous Trigeminus

Klien dapat merasakan sensasi halus dengan kapas dan kasar

dengan menggunakan ujung pulpen, mampu mengunyah dan menelan dengan baik. Tidak terdapat gangguan nervus trigeminus.

(7) Nervous Facialis

Otot wajah klien simetris, dapat menggerakkan alis serta mengerutkan dahi. Klien bisa merasakan sensasi rasa asin, manis dan pahit 2/3 anterior lidah. Tidak terdapat gangguan nervus facialis.

(8) Nervous Vestibulococlear

Fungsi pendengaran klien baik dibuktikan dengan klien dapat menjawab semua pertanyaan mahasiswa.

(9) Nervous Glosfaringeus

Refleks menelan klien baik dibuktikan dengan klien mampu makan dan minum dengan baik. Tidak terdapat gangguan nervus glosfaringeus.

(10) Nervous Vagus

Refleks muntah (gag refleks) klien baik, klien dapat merasakan sensasi pahit pada 1/3 pangkal lidah.

(11) Nervous Accesorius

Klien dapat menggerakkan kepala dengan mengangguk, menoleh ke kanan dan kiri, bahu kiri bisa digerakan namun untuk bahu kanan tidak mampu digerakan.

(12) Nervous Hipoglossus

Klien mampu menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

Tidak terdapat gangguan nervus hipoglossus.

b) Sistem Muskuloskeletal

Ekstremitas atas dan ekstremitas bawah tampak simetris, tulang vertebrata tampak lurus, tangan sebelah kiri terpasang infus dengan memakai cariran asering 20 tetes/menit hari kedua, tidak ada pembengkakan pada tangan yang di infus, tidak terdapat lesi, tidak terdapat pembengkakan di ekstremitas atas kanan dan kiri, tidak terdapat pembengkakan di ekstremitas bawah kanan dan kiri, jumlah jari tangan dan kaki lengkap. Tangan dan kaki kiri dapat di gerakan ke segala arah, tonus otot baik tidak ada kontraktur. Tangan dan kaki kanan tidak dapat digerakan, terdapat kontraktur. Tidak ada deformitas, tidak ada kretipitas, tidak terdapat atrofi/pengecilan otot, tidak terdapat nyeri tekan maupun edema pada kedua ekstremitas atas dan ekstremitas bawah. Skala kekuatan otot:

0	5
0	5

c) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak tampak anemis, bibir berwarna merah muda sedikit kecoklatan tidak tampak sianosis, JVP tidak meningkat, tidak terdapat edema di ekstremitas. Akral teraba hangat, $CRT \leq 2$ detik tidak teraba adanya edema, iccus cordis tidak teraba pada ics 5

midklavikula sinistra, nadi karotis dan radialis teraba dan teratur kuat, tidak terdapat nyeri tekan. Saat diperkusi terdapat bunyi dullnes. Bunyi jantung murni regular tidak terdapat bunyi jantung tambahan.

d) Sistem Pernapasan

Lubang hidung tampak simetris, dada tampak simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak tampak lesi, tidak tampak adanya alat bantu napas, bibir tidak tampak sianosis, tidak terdapat retraksi otot bantu napas. Pergerakan dada kanan dan kiri sama. Tidak terdapat nyeri tekan pada hidung dan dada. Getaran dinding dada dengan menyebut “77” getaran nya teraba pada semua area paru, akral teraba hangat. Suara perkusi paru-paru terdengar sonor pada semua lapang paru-paru. Suara nafas terdengar vesikuler tidak ada suara tambahan seperti wheezing, mengi, ataupun ronkhi.

e) Sistem Pencernaan

Bibir tampak simetris, mukosa bibir kering, tidak ada sulit menelan, tidak ada lesi di rongga mulut, mulut dan lidah cukup bersih, warna gigi kekuningan, jumlah gigi 27 dari normal 32 buah, bentuk abdomen datar. Bising usus 15x/menit (5-30x/menit). Suara perkusi pada abdomen timpani. tidak teraba masa atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

f) Sistem Endokrin

Pergerakan leher baik saat menengok ke kanan dan kiri. Tidak

ada nyeri tekan pada area leher, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

g) Sistem Integumen

Warna kulit sawo matang, kulit kepala bersih, warna rambut hitam disertai adanya sedikit uban berwarna putih, rambut sedikit rontok, tidak tampak ada lesi, tidak tampak ada bekas luka penyakit kulit. Tidak ada nyeri tekan pada kepala, turgor kulit kembali dalam ≤ 2 detik.

h) Sistem Perkemihan

Tidak terpasang kateter, warna urine kuning, bau khas urine. Tidak teraba adanya masa lunak, Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak terdapat nyeri ketuk pada area costae vertebrae angel (CVA).

d. Data Psikologis

1) Status Emosi

Saat dikaji status emosi Ny. M stabil dan kooperatif ketika di ajak komunikasi dengan mahasiswa.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri / *Body Image*

Klien menyukai seluruh anggota tubuhnya bersyukur semua itu pemberian dari Allah SWT, meskipun anggota gerak bagian kanan nya susah untuk digerakan akibat penyakit yang sedang dialami nya.

b) Ideal dan Peran Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya sekarang supaya cepat pulang untuk menjalani kegiatan sehari-hari seperti merawat cucu dan pengajian rutinan di pagi hari.

c) Identitas Diri

Saat di kaji klien mengatakan dirinya bernama Ny. M, berjenis kelamin perempuan yang berumur 72 tahun, klien memiliki seorang suami bernama Tn. A dan memiliki tiga orang anak dan empat orang cucu. Dalam keluarganya Ny. M berperan sebagai nenek dengan empat orang cucu.

d) Harga Diri

Klien tidak merasa rendah diri ataupun malu terhadap penyakit yang dideritanya sekarang. Karena ada support dari ketiga anaknya dan menganggap kondisinya sebagai ujian dari Allah SWT.

3) Mekanisme Koping

Klien terbuka ketika memiliki masalah dan bisa menceritakan masalahnya kepada suami dan anaknya. Suami dan anak klien selalu memberikan dukungan emosional untuk kesembuhannya.

e. Data Sosial

1) Pola interaksi

Klien berinteraksi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat, mahasiswa dan klien yang lain. Selama pengkajian klien kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik.

2) Gaya Komunikasi

Klien berasal dari suku Sunda dan berkomunikasi menggunakan bahasa sunda. Klien dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat, mahasiswa, dan klien lain.

f. Data Spiritual

1) Konsep ketuhanan

Klien mengatakan dirinya beragama islam dan meyakini adanya Tuhan yaitu Allah SWT. Klien mengatakan bahwa kondisinya sekarang ujian dari Allah dan selalu berserah dan meminta kesembuhan kepada allah. Klien yakin bahwa setiap ujian pasti akan berakhir.

2) *Sense of Trasendence*

Klien mengatakan melalui penyakitnya sekarang, Ny. M semakin sadar bahwa Allah maha kuasa. Klien mengatakan berdo'a kepada Allah untuk memohon kesembuhan atas penyakitnya sekarang. Klien sedang berikhtiar dan berdo'a untuk kesembuhannya dan selebihnya menyerahkan segalanya kepada Allah SWT.

3) Falfasah Hidup

Klien mengatakan selama sehat selalu taat dalam melaksanakan shalat 5 waktu. Selama di rawat di rumah sakit aktivitas ibadah klien terganggu, klien selalu berdo'a agar di beri kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya sekarang, selain itu selama di rawat klien selalu berdzikir dan mendengarkan lantunan ayat suci Al- Qur'an.

g. Penilaian Resiko Jatuh

Nama : Ny. M Diagnosa : Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis
 Umur : 72 tahun No RM : 241262
 Tanggal Masuk : 21 April 2025 Ruangan: Flamboyan
 Tanggal Pengkajian : 22 April 2025

Tabel 3.1 Skala Morse/ *Morse Falls Scale*

No	Pengkajian	Skala		Skoring
				Saat Masuk
1.	Riwayat jatuh: apakah pasien pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak	0	0
		Ya	25	
2.	Diagnosa sekunder: apakah pasien memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak	0	15
		Ya	15	
3.	Alat Bantu jalan:			0
	- Bed rest/ dibantu perawat		0	
	- Kruk/ tongkat/ walker		15	
	- Berpegangan pada benda-benda di sekitar		30	
4.	Terapi Intravena: apakah saat ini pasien terpasang infus?	Tidak	0	20
		Ya	20	
5.	Gaya berjalan/ cara berpindah:			20
	- Normal/ bed rest/ immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0	
	- Lemah (tidak bertenaga)		10	
	- Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)		20	
6.	Status Mental			0
	- Pasien menyadari kondisi dirinya		0	
	- Pasien mengalami keterbatasan daya ingat		15	
Total Nilai				55

Keterangan:

Tingkatan Risiko	Nilai MFS	Tindakan
Tidak berisiko	0 - 24	Perawatan dasar
Risiko rendah	25 - 50	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar
Risiko tinggi	≥ 51	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

h. Pola Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3.2 Pola Aktivitas Sehari-Hari

No	Pola Aktivitas	Saat Sehat	Saat Sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a. Makan		
	Jenis	Nasi, lauk pauk, sayuran	Bubur nasi lauk pauk, sayur
	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	Porsi	1 porsi	1 Porsi
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
	b. Minum		
	Jenis	Air mineral dan teh manis	Air mineral
	Frekuensi	6-8 gelas/hari	5 gelas/hari
	Jumlah	±1500 cc	±1000 cc
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
2.	Pola Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x sehari	1x selama di rs
	Warna	Khas feses	Khas Feses
	Bau	Khas feses	Khas Feses
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
	b. BAK		
	Frekuensi	3-5x sehari	4-6x sehari
	Warna	Kuning	Kuning
	Bau	Khas urine	Khas urine
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
3.	Pola Istirahat Tidur		
	a. Siang		
	Waktu	2 jam/hari	1 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
	b. Malam		
	Waktu	8-9 jam/hari	7-8 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
4.	Personal Hygiene		
	a. Mandi	2x sehari	Diwaslap
	b. Gosok Gigi	2x sehari	1x sehari
	c. Keramas	2x seminggu	Belum keramas
	d. Gunting kuku	1x seminggu	Kuku sudah pendek
	e. Ganti Pakaian	2x sehari	1x sehari
	f. cara	Mandiri	Dibantu sebagian
5.	Aktivitas sehari-hari	Beraktivitas secara mandiri Sebagai seorang nenek yang senang merawat cucunya	Terbaring ditempat tidur Aktivitas dibantu keluarga atau perawat

i. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 21 April 2025
Jam : 10.00

Pemeriksaan	Hasil	Flag Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hematologi Tanpa Diit			
Hemoglobin	13.8	g/dL	13-16
Hematokrit	43	%	35-47
Jumlah Lekosit	4,130	/mm ³	3,800-10,600
Jumlah Trombosit	174,000	/mm ³	150,000-440,000
Jumlah Eritrosit	4.55	Juta/mm ³	3.6-5.8
KIMIA DARAH			
Gula darah sewaktu	118	Mg/dL	100-140
Ureum	34	Mg/dL	11-55
Kreatinin	0.94	Mg/dL	0.6-1.1
SGOT	35	U/dL	10-35
SGPT	36	U/dL	36
ELEKTROLIT			
Natrium	141	mEq/L	135-145
Kalium	3.1	mEq/L	3.6-5.5
Clorida	91	mEq/L	98-100
Calsium	4.6	mEq/L	4.7-5.2

Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan CT-Scan

Tanggal Pemeriksaan : 21 April 2024
Jam : 11.00

Pemeriksaan	Hasil
CT SCAN	Akut infark di capsula eksterna sistem karotis kiri di subskortikal temporal kiri, kronik lacunar infark di pons, dan mulai tampak sedikit brain athrophy

j. Terapi Medis

Tabel 3.5 Program Terapi

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Kegunaan
Infus Asering	20 tpm	I.V	Membantu mencukupi gizi dan nutrisi serta mengatasi dehidrasi.
Manitol	4x100cc	I.V	Menghambat reabsopsi natrium
Citicolin	2 x 1000 mg	I.V	Untuk mengatasi gangguan memori akibat stroke.
Omeprazole	1 x 40 mg	I.V	Menurunkan kadar asam lambung.
Candesartan	1 x 16 mg	P.O	Menurunkan tekanan darah.
Amplodiphine	1 x 10 mg	P.O	Menurunkan tekanan darah.
Asamfolat	1x1000mg	P.O	Menjaga kesehatan pembuluh darah dan mengurangi resiko stroke berulang.

k. Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS :	Faktor resiko stroke non hemoragik (hipertensi)	Risiko perfusi serebral tidak efektif
	1. Klien mengeluhkan pusing saat beraktifitas dan berkurang saat beristirahat.	↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara	
	2. Klien mengatakan pusing dirasakan seperti berputar-putar, pusing dirasakan di area kepala.	↓ Suplai darah dan oksigen ke otak menurun	
	3. Klien mengatakan pusing dirasakan hilang timbul saat di siang hari ketika ingin beraktifitas.	↓ Hipoksia sel otak	
	4. Klien mengatakan memiliki Riwayat penyakit hipertensi sudah 10 tahun serta putus obat sudah 1 bulan dan kepalanya pusing hilang timbul.	↓ Proses metabolisme dalam otak terganggu	
	DO :	↓ Perubahan suplai darah dan oksigen ke otak	
	1. Klien tampak gelisah	↓ Risiko perfusi serebral tidak efektif	
	2. GCS 15		
	3. Kesadaran composmentis		
	4. TTV:		
	TD: 170/90 mmhg		
	Nadi : 84x/menit		
	Respirasi : 21x/menit		
	Suhu : 36,7°C		
	SPO2 : 98%		
	MAP: 116,6 mmhg		
	CPP: 101,6 mmhg		
	5. Hasil CT Scan: Akut infark di capsula eksterna sistem karotis kiri di subskortikal temporal kiri, kronik lacunar infark di pons, dan mulai tampak sedikit brain atrophy		

2	DS : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya sama sekali tidak bisa digerakan ketika ingin melakukan pergerakan dan bisa digerakan ketika latihan pergerakan dibantu oleh keluarga atau perawat. 2. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa kaku, lumpuh, serta sangat berat untuk digerakan seperti tertimpa beban (plegia). 3. Klien mengatakan kesulitan menggerakan alat gerak nya di tangan dan kaki kanan nya. 4. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakan saat akan melakukan pergerakan. DO : 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu 3. Tampak ekstremitas kanan tidak bisa digerakan 4. Sendi ekstremitas kanan kaku 5. Kekuatan otot <table><tr><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table>	0	5	0	5	Faktor resiko stroke non hemoragik (hipertensi) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Penurunan suplai darah dan O2 ke otak ↓ Infark Lakuner pons ↓ UMN dan LMN terganggu ↓ Gangguan neuromuskular ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
0	5						
0	5						
3	DS : 1. Klien mengatakan takut terjatuh saat ditempat tidur atau saat beraktifitas. 2. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakan sehingga sulit untuk menjaga keseimbangan nya. DO : 1. Kekuatan otot <table><tr><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table> 2. Usia klien 72 tahun 3. Tampak tidak bisa menggerakan ekstremitas kanan	0	5	0	5	Faktor resiko stroke non hemoragik (hipertensi) ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara ↓ Penurunan suplai darah dan O2 ke otak ↓ Infark Lakuner pons ↓ UMN dan LMN terganggu ↓ Gangguan Neuromuskular ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Hilangnya kontrol ekstremitas ↓ Risiko iatuh	Risiko jatuh
0	5						
0	5						

4	DS :	Faktor resiko stroke non hemoragik (hipertensi)	Defisit perawatan diri
	1. Klien mengeluhkan sulit dalam melakukan perawatan diri karena tangan dan kaki kanan nya sulit untuk digerakan.	↓ Penyumbatan pembuluh darah otak berupa bekuan darah atau udara	
	DO :	↓ Penurunan suplai darah dan O2 ke otak	
	1. Tampak tidak bisa menggerakan ekstremitas kanan.	↓ Infark Lakuner pons	
	2. Klien tampak terbaring ditempat tidur dan aktivitas dibantu keluarga atau perawat.	↓ UMN dan LMN terganggu	
	3. Tampak personal hygiene klien dibantu sebagian.	↓ Gangguan neuromuskular	
		↓ Kelemahan anggota gerak	
		↓ Defisit Perawatan Diri	

2. Diagnosa Keperawatan yang Muncul Berdasarkan Prioritas Masalah

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang ditandai dengan:

1) DS :

- a) Klien mengeluhkan pusing saat beraktifitas dan berkurang saat beristirahat.
- b) Klien mengatakan pusing dirasakan seperti berputar-putar, pusing dirasakan di area kepala.
- c) Klien mengatakan pusing dirasakan hilang timbul saat di siang hari ketika ingin beraktifitas.
- d) Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sudah 10 tahun serta putus obat sudah 1 bulan dan kepalanya pusing hilang timbul.

2) DO :

- a) Klien tampak gelisah.
- b) GCS: 15.
- c) Kesadaran composmentis.
- d) TTV:

TD : 170/90 mmhg

Nadi : 84x/menit

Respirasi : 21x/menit

Suhu : 36,7°C

SPO2 : 98%

MAP: 116,6 mmhg

CPP: 101,1 mmhg

- e) Hasil CT-Scan: Akut infark di capsula eksterna sistem karotis kiri di subskortikal temporal kiri, kronik lacunar infark di pons, dan mulai tampak sedikit brain atrophy.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan:

1) DS :

- a) Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya sama sekali tidak bisa digerakan ketika ingin melakukan pergerakan dan bisa digerakan ketika latihan pergerakan dibantu oleh keluarga atau perawat.
- b) Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa kaku, lumpuh, serta sangat berat untuk digerakan seperti tertimpa beban (plegia).
- c) Klien mengatakan kesulitan menggerakan alat gerak nya di tangan dan kaki kanan nya.
- d) Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakan saat akan melakukan pergerakan.

2) DO :

- a) Klien tampak lemah.
- b) Klien tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu.
- c) Tampak ekstremitas kanan tidak bisa digerakan.
- d) Sendi ekstremitas kanan kaku.
- e) Kekuatan otot.

0	5
0	5

c. Risiko jatuh berhubungan dengan hilangnya kontrol ekstremitas kanan ditandai dengan:

1) DS :

- a) Klien mengatakan takut terjatuh saat ditempat tidur atau saat beraktifitas.
- b) Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakan sehingga sulit untuk menjaga keseimbangan nya.

2) DO :

- a) Tampak tidak bisa menggerakan ekstremitas kanan.
- b) Kekuatan otot.

0	5
0	5

- c) Klien tampak tidak bisa menjaga keseimbangan
- d) Usia klien 72 tahun.
- e) Nilai morse scale 55 risiko berat.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan perawatan diri.

1) DS :

- a) Klien mengeluhkan sulit dalam melakukan perawatan diri karena tangan dan kaki kanan nya sulit untuk digerakan.

2) DO :

- a) Tampak tidak bisa menggerakan ekstremitas kanan.
- b) Klien tampak terbaring ditempat tidur dan aktivitas dibantu keluarga atau perawat.
- c) Tampak personal hygiene klien dibantu sebagian.

3. Perencanaan Keperawatan

Nama : Ny. M
 Umur : 72 tahun
 Tanggal Masuk : 21 April 2025
 Tanggal Pengkajian : 22 April 2025

Diagnosa : Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis
 No RM : 241262
 Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.7 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak yang ditandai dengan: DS: 1. Klien mengeluhkan pusing saat beraktifitas dan berkurang saat beristirahat. 2. Klien mengatakan pusing dirasakan seperti berputar-putar, pusing dirasakan di area kepala. 3. Klien mengatakan pusing dirasakan hilang timbul saat di siang hari ketika ingin beraktifitas. 4. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sudah 10 tahun serta putus obat sudah 1 bulan dan kepalanya pusing hilang timbul.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam diharapkan Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pusing menurun. 2. Refleks neurologis (+/++). 3. Tekanan darah 130/80 mmhg. 4. MAP 60-80 mmhg. 5. CPP 75-95 mmhg.	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi 1. Monitor penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure). 4. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure). Terapeutik 5. Berikan terapi kompres hangat di arteri karotis.	Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral). 2. Untuk mengetahui tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun). 3. Untuk mengetahui MAP (Mean Arterial Pressure). 4. Untuk mengetahui proses transfer darah ke otak untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Terapeutik 5. Untuk vasodilatasi arteri karotis sehingga dapat meningkatkan vaskularisasi ke jaringan serebral.

DO: 1. Klien tampak gelisah. 2. GCS 15. 3. Kesadaran composmentis. 4. TTV: TD : 170/90 mmhg Nadi : 84x/menit Respirasi : 21x/menit Suhu : 36,7°C SPO2 : 98% MAP: 116,6 mmhg CPP: 101,1 mmhg 5. Hasil CT-Scan: Akut infark di capsula eksterna sistem karotis kiri di subkortikal temporal kiri, kronik lacunar infark di pons, dan mulai tampak sedikit brain atrophy.			6. Berikan posisi semi fowler. 7. Hindari maneuver Valsava. 8. Hindari pemberian cairan IV hipotonik. 9. Berikan obat penurun amplitudipine serta candesartan dan manitol sesuai dengan program yang dijadwalkan.	6. Untuk membantu penurunan tekanan intra kranial dan memperbaiki aliran balik jantung. 7. Untuk menghindari aliran darah ke otak secara tiba-tiba dan menghindari pecahnya pembuluh darah di serebral. 8. Untuk menghindari edema serebral. 9. Agar membantu menurunkan tekanan darah dan sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium.
			Edukasi 10. Ajarkan diet makanan rendah garam dan lemak. 11. Berikan penjelasan tentang kepatuhan minum obat.	Edukasi 10. Agar klien dan keluarga mengetahui makanan yang baik untuk menjaga kesehatan klien. 11. Agar klien dan keluarga mengetahui obat hipertensi harus diminum seumur hidup dan tidak berefek pada Kesehatan ginjal.
			Kolaborasi 12. Kolaborasi dengan dokter radiologi untuk CT-Scan ulang.	Kolaborasi 12. Untuk mengevaluasi perubahan kondisi otak setelah dirawat dan memantau efektivitas terapi yang telah diberikan.
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan: DS : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki kanannya sama sekali tidak bisa digerakan ketika ingin melakukan pergerakan dan bisa digerakan ketika latihan pergerakan dibantu oleh keluarga atau perawat.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan Mobiltas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat dari 0 menjadi 5. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat bagi ekstremitas kanan. 4. Fleksibilitas otot meningkat. 5. Kelemahan fisik menurun. 6. Kontraktur dan kaku sendi menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan gerak. 4. Monitor kekuatan otot.	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Untuk mengetahui toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah. sebelum memulai mobilisasi. 4. Untuk mengetahui kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

2. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa kaku, lumpuh, serta sangat berat untuk digerakan seperti tertimpa beban (plegia). 3. Klien mengatakan kesulitan menggerakan alat gerak nya di tangan dan kaki kanannya. 4. Klien mengatakan tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakan saat akan melakukan pergerakan. DO : 1. Klien tampak lemah. 2. Klien tampak hambatan dalam melakukan ADL sehingga perlu dibantu. 3. Tampak ekstremitas kanan tidak bisa digerakan. 4. Sendi ekstremitas kanan kaku. 5. Kekuatan otot. 0 5 0 5	Terapeutik 5. Fasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM pasif dan aktif). 6. Fasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik). 7. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. Edukasi 8. Ajarkan latihan ROM pasif dan aktif. 9. Ajarkan latihan isometrik. Kolaborasi 10. Kolaborasi dengan fisioterapi	Terapeutik 5. Untuk mencegah kekakuan otot dan sendi. 6. Untuk meningkatkan kekuatan serta daya tahan otot dan meningkatkan rentang gerak sendi. 7. Untuk membantu proses penyembuhan klien. Edukasi 8. Menambah pemahaman klien dan keluarga. 9. Agar otot dan sendi klien tidak kaku. Kolaborasi 10. Untuk membantu proses penyembuhan klien agar terjadwal	
3. Risiko jatuh berhubungan dengan hilangnya kontrol ekstremitas kanan ditandai dengan: DS : 1. Klien mengatakan takut terjatuh saat ditempat tidur atau saat beraktifitas.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam Resiko Jatuh Menurun dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan otot meningkat. 2. Fleksibilitas otot meningkat. 3. Kekuatan otot meningkat dari 0 ke 5 4. Kemampuan menjaga keseimbangan meningkat.	Pencegahan Jatuh Observasi 1. Monitor faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan	Observasi 1. Untuk mengetahui faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).

2. Klien mengatakan tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakan sehingga sulit untuk menjaga keseimbangannya.

DO :

1. Tampak tidak bisa menggerakan ekstremitas kanan.
2. Kekuatan otot.

0	5
0	5

3. Klien tampak tidak bisa menjaga keseimbangan.
4. Usia klien 72 tahun.
5. Nilai morse scale 55 risiko berat

5. Kemampuan mengontrol ekstremitas meningkat.
6. Nilai morse scale 0-24 risiko ringan.

penglihatan, neuropati).

2. Monitor kemampuan keseimbangan klien.
3. Monitor kekuatan otot.
4. Monitor kemampuan pergerakan.
5. Monitor faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Alat yang dibutuhkan klien jauh harus didekatkan).
6. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala menggunakan *Fall Morse Scale*.
7. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

Terapeutik

8. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci.
9. Pasang handrall tempat tidur
10. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.
11. Fasilitasi melakukan latihan keseimbangan.
12. Berikan obat neuroprotektan sesuai dengan program yang dijadwalkan.

Edukasi

13. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.

2. Untuk mengetahui kemampuan keseimbangan klien
3. Untuk mengetahui kekuatan otot klien.
4. Untuk mengetahui kemampuan pergerakan klien.
5. Untuk mengetahui faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Alat yang dibutuhkan klien jauh harus didekatkan).
6. Untuk mengetahui nilai resiko jatuh.
7. Untuk mengetahui kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

Terapeutik

8. Untuk mencegah klien jatuh.
9. Menjaga klien agar tidak jatuh.
10. Untuk menghindari jatuh yang beresiko.
11. Agar klien bisa menjaga keseimbangannya.
12. Untuk menjaga memori serebral klien.

Edukasi

13. Agar menghindari cedera.

			14. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 15. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.	14. Agar klien dan keluarga mengetahui cara menjaga keseimbangan saat nanti sembuh. 15. Agar klien dan keluarga mengetahui cara memanggil perawat.
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan dengan ketidakmampuan melakukan perawatan diri. DS : 1. Klien mengeluhkan sulit dalam melakukan perawatan diri karena tangan dan kaki kanan nya sulit untuk digerakan. DO : 1. Tampak tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanan. 2. Klien tampak terbaring ditempat tidur dan aktivitas dibantu keluarga atau perawat. 3. Tampak personal hygiene klien dibantu sebagian.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan Perawatan Diri Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan mandi Meningkat 2. Kemampuan mengenakan Pakaian Meningkat 3. Kemampuan personal hygiene Meningkat 4. Verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri Meningkat	Dukungan Perawatan Diri (1.11348) Observasi 1. Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Monitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Terapeutik 4. Siapkan keperluan pribadi. 5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 6. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri.	Observasi 1. Dengan mengidentifikasi kebiasaan ini, perawat dapat menyusun rencana asuhan yang individualistik dan menghargai preferensi klien, sehingga meningkatkan kepatuhan dan kenyamanan. 2. Membantu perawat untuk menentukan sejauh mana bantuan yang dibutuhkan klien. 3. Mengetahui kebutuhan ini memungkinkan perawat untuk menyediakan alat yang tepat, yang pada gilirannya akan meningkatkan kemandirian dan keamanan klien dalam melakukan aktivitas perawatan diri. Terapeutik 4. Menunjukkan perhatian perawat terhadap detail dan kebutuhan klien. 5. Pendekatan ini mendorong kemandirian, membangun kepercayaan diri, dan memungkinkan klien untuk berlatih keterampilan yang baru atau yang hilang. 6. Tindakan ini menekankan keseimbangan antara mendorong kemandirian dan memberikan bantuan yang diperlukan. 7. Rutinitas membantu tubuh dan pikiran untuk beradaptasi, mengurangi kebingungan, dan mendorong kebiasaan

		yang sehat.
	Edukasi	Edukasi
	8. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	8. Dorongan ini penting untuk mempertahankan tingkat kemandirian yang telah dicapai dan terus melatih keterampilan perawatan diri.

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Nama : Ny. M
 Umur : 72 tahun
 Tanggal Masuk : 21 April 2025
 Tanggal Pengkajian : 22 April 2025

Diagnosa : Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri
 No RM : 241262
 Ruangan : Flamboyan

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No DX	Tanggal/Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
1	22 April 2025 09.00 WIB	Observasi 1. Melakukan anamnesa klien. R: Klien tampak gelisah didapatkan data GCS 15 Composmentis, klien berusia 72 tahun, BB: 65kg, TB: 157cm, TD: 170/90 mmhg, CPP: 101,06 mmhg, Nadi: 84x/menit, Rr:21x/menit, Suhu: 36,7 °C, SpO2: 98%. 2. Memonitor penyebab peningkatan TIK. R: Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sudah 10 tahun serta putus obat sudah 1 bulan dan kepalanya pusing hilang timbul. Hasil CT-Scan akut infark di capsula eksterna sistem karotis kiri disubskortikal temporal kiri, kronik lacunar infark, dan mulai tampak sedikit brain atrophy. 3. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK. R: Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan serta mengalami pusing yang hilang timbul, TD: 170/90 mmhg. 4. Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure). R: 116,6 mmhg. 5. Memonitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure). R: 101,06 mmhg.	23 April 2025 08.15 WIB S : 1. Klien mengatakan pusing nya sudah berkurang. 2. Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kanan. O : 1. Klien tampak tenang. 2. TTV: Kesadaran: GCS 15 Composmentis Usia 72 tahun, BB: 65kg, TB: 157cm, TD: 150/90 mmhg, MAP: 110 mmhg, CPP: 95 mmhg, Suhu: 36,7 °C, Nadi: 80x/menit, Rr:21x/menit, SpO2: 98%. Hasil CT-Scan: Akut infark di capsula eksterna sistem karotis kiri disubskortikal temporal kiri, kronik lacunar infark di pons, dan mulai tampak sedikit brain atrophy. A : Masalah risiko perfusi serebral teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi. 1. Observasi TTV dan KU klien. 2. Monitor MAP dan CPP.	

		Terapeutik 6. Memberikan posisi semi fowler. R: Klien mengatakan lebih nyaman. Kolaborasi 7. Menghindari pemberian cairan hipotonik. R: Klien tampak terpasang cairan asering 20 tpm IV.	3. Berikan terapi kompres hangat di arteri karotis. 4. Berikan obat penurun tekanan darah dan diuretic osmosis sesuai dengan program yang dijadwalkan. 5. Berikan posisi semi fowler. 6. Hindari manuver valsava.				
2	09.20 WIB	Observasi 1. Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. R: Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakan dan terasa kaku. 2. Memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan. R: Klien mengatakan tidak ada intoleransi fisik dalam tubuh nya (riwayat patah tulang). 3. Memonitor kekuatan otot klien. R: Klien tampak kooperatif. Terapeutik 4. Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan (Latihan ROM Pasif dan aktif). R: Klien tampak kooperatif. 5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik). R: Klien tampak kooperatif. 6. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. R: Keluarga klien mengatakan siap untuk membantu. Edukasi 7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini R: Klien mengatakan siap untuk melakukannya. 8. Mengajarkan latihan ROM pasif dan aktif. R: Klien dan keluarga tampak menyimak 9. Mengajarkan latihan isometrik. R: Klien dan keluarga tampak menyimak.	08.20 WIB S : 1. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan tidak bisa digerakan dan terasa kaku. 2. Klien mengatakan tidak ada intoleransi fisik dalam tubuh nya (riwayat patah tulang). O : 1. Klien dan keluarga tampak kooperatif. 2. Tidak ditemukan bekas patah tulang. 3. Nilai ROM <table><tr><td>0</td><td>5</td></tr><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table> A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi. 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. 3. Monitor toleransi fisik saat melakukan pergerakan. 4. Fasilitasi dalam melakukan pergerakan (melatih ROM pasif dan aktif). 5. Fasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik).	0	5	0	5
0	5						
0	5						

		Kolaborasi 10. Kolaborasi dengan fisioterapi. R: Klien dan keluarga kooperatif	6. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. 7. Ajarkan latihan ROM pasif dan aktif. 8. Ajarkan latihan isometrik. 9. Kolaborasi dengan fisioterapi. 10. Berikan kejelasan tentang kepatuhan minum obat.
3	09.40 WIB	Observasi 1. Memonitor faktor risiko jatuh. R: Klien mengatakan usia nya 72 tahun, mengalami gangguan keseimbangan karena kesulitan menggerakkan tangan dan kaki kanan. 2. Memonitor kekuatan otot. R: Klien tampak tampak kooperatif. 3. Memonitor kemampuan keseimbangan klien. R: Klien tampak tidak mampu menjaga keseimbangan. 4. Memonitor kemampuan pergerakan klien. R: Klien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan nya. 5. Meghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala dengan Fall Morse Scale. R: 55 Risiko jatuh tinggi. 6. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. R: Klien tidak bisa melakukan nya.	08.25 WIB S : 1. Klien mengatakan masih takut terjatuh dari tempat tidur. 2. Klien mengatakan sulit menjaga keseimbangan karena tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakan serta kaku sehingga sulit untuk menjaga keseimbangan nya. O : 1. Klien tampak tenang. 2. Fall Morse Scale 55 Risiko jatuh tinggi. 3. Tampak tidak bisa menggerakkan ekstemitas kanan. 4. Tampak tidak bisa berpindah. 5. Nilai ROM $\begin{array}{r} 0 \mid 5 \\ 0 \mid 5 \end{array}$ A : Masalah risiko jatuh belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi. 1. Monitor kemampuan pergerakan. 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci. 3. Pasang handrall tempat tidur. 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah. 5. Fasilitasi melakukan latihan keseimbangan.
		Terapeutik 5. Memasangkan handrall tempat tidur. R: Klien tampak kooperatif. 7. Memonitor faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Alat yang dibutuhkan klien jauh harus didekatkan).	

		R: Klien mengatakan terbantu.	6. Berikan obat neuroprotektan sesuai dengan program yang dijadwalkan.
		Edukasi	
		8. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.	
		R: Klien dan keluarga tampak kooperatif.	
4	10.00	Observasi	08.35 WIB
		1. Memonitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.	S :
		R: Klien mengeluhkan sulit dalam melakukan perawatan diri karena tangan dan kaki kanan nya sulit untuk digerakan	1. Klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga.
		2. Memonitor tingkat kemandirian.	O :
		R: Tampak kemandirian klien dibantu oleh keluarganya dan perawat.	1. Klien dan keluarga tampak kooperatif.
		3. Memonitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.	2. Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitasnya.
		R: Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitasnya.	3. Klien tampak tidak bisa menggerakan ekstremitas kanan.
		Terapeutik	A : Masalah defisit perawatan diri belum teratasi.
		4. Menyiapkan keperluan pribadi klien.	P : Lanjutkan intervensi.
		R: Tampak keperluan klien sudah tercukupi	1. Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
		5. Memdampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.	2. Monitor tingkat kemandirian.
		R: Klien tampak kooperatif.	3. Monitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.
		6. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.	4. Siapkan keperluan pribadi.
		R: Klien tampak kooperatif	5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
		7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri.	6. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.
		R: Klien dan keluarga tampak kooperatif.	7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri.
		Edukasi	8. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
		8. Mengajukan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.	
		R: Klien tampak kooperatif.	

1	23 April 2025 09.00 WIB	Observasi - Mengobservasi TTV dan KU klien. R: Klien mengatakan pusing berkurang, tangan dan kaki kanan belum bisa digerakan, klien tampak tenang didapatkan data GCS 15 Composmentis, TD: 150/90 mmhg, Suhu: 36,7 °C, Nadi: 80x/menit, Rr:21x/menit, SpO2: 98%. - Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK R: Klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan kanan dan kaki kanan serta mengalami pusing yang hilang timbul, TD: 150/90 mmhg. - Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) R: 110 mmhg - Memonitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure). R: 101,06 mmhg. Terapeutik - Memberikan posisi semi fowler. R: Klien mengatakan lebih nyaman. - Memberikan terapi kompres hangat di arteri karotis. R: Klien mengatakan lebih rileks. - Menghindari manuver valsava R: Klien mengatakan siap untuk melaksanakan nya. Edukasi - Meberikan penjelasan tentang kepatuhan minum obat penurun tekanan darah tinggi. R: Klien dan keluarga tampak kooperatif. Kolaborasi - Memberikan obat penurun tekanan darah dan diuretic R: Klien tampak kooperatif dalam pemberian amplodipine 10mg oral dan manitol 100cc IV.	24 April 2025 14.15 WIB S : - Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya sudah mulai bisa diangkat namun tidak bisa bertahan lama. - Klien mengatakan sudah tidak pusing. O : - Klien tampak tenang. - TTV: Kesadaran: GCS 15 Composmentis, TD: 140/90 mmhg, MAP: 106,6 mmhg, CPP: 91,6 mmhg, Suhu: 36,6 °C, Nadi: 80x/menit, Rr:21x/menit, SpO2: 98%. A : Masalah risiko perfusi serebral teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi. - Observasi TTV dan KU klien. - Observasi tanda dan gejala peningkatan TIK. - Monitor MAP dan CPP. - Berikan posisi semi fowler. - Berikan terapi kompres hangat di arteri karotis - Hindari manuver valsava. - Berikan obat penurun tekanan darah tinggi dan diuretic.
---	----------------------------	---	--

2	09.20 WIB	Observasi 1. Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. R: Klien mengatakan tangan dan kaki kanan belum bisa digerakan serta terasa kaku. 2. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. R: N: 80x/menit TD: 150/90 mmhg. Terapeutik 3. Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan (Latihan ROM Pasif dan aktif). R: Klien tampak kooperatif. 4. Memfasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik). R: Klien tampak kooperatif. 5. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. R: Kelurga klien mengatakan siap untuk membantu. Edukasi 6. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini R: Klien mengatakan siap untuk melakukan nya. 7. Mengajarkan latihan ROM pasif dan aktif. R: Klien dan keluarga tampak menyimak 8. Mengajarkan latihan isometrik. R: Klien dan keluarga tampak menyimak. Kolaborasi 9. Kolaborasi dengan fisioterapi. R: Klien dan keluarga kooperatif	14.20 WIB
		S : 1. Klien mengtakan tangan kanan dan kaki kanan sudah mulai bisa bergeser. O : 1. Klien tampak kooperatif. 2. Klien dan keluarga tampak menyimak. 3. N: 80x/menit dan TD: 140/90 mmhg. 4. Nilai ROM. 2 5 2 5 A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian. P : Lanjutkan intervensi. 1. Monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. 3. Monitor toleransi fisik melakukan pergerakan. 4. Fasilitasi dalam melakukan pergerakan (melatih ROM pasif dan aktif). 5. Fasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik). 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. 7. Ajarkan latihan ROM pasif dan aktif. 8. Ajarkan latihan isometrik. 9. Kolaborasi dengan fisioterapi.	

3	09.50 WIB	Observasi 1. Memonitor kemampuan pergerakan klien. R: Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakan. 2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci R: Roda tempat tidur tampak terkunci. Terapeutik 3. Memasangkan handrall tempat tidur R: Handrall tempat tidur tampak terpasang 4. Memfasilitasi melakukan latihan keseimbangan. R: Klien tampak kooperatif. 5. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah R: Posisi tempat tidur tampak sudah rendah. Kolaborasi 6. Memberikan obat neuroprotektan sesuai dengan program yang dijadwalkan. R: Klien tampak kooperatif saat diberikan obat citicoline 1x1000mg IV.	14.25 WIB
---	-----------	---	-----------

S :

1. Klien mengatakan tidak terlalu takut jatuh saat ditempat tidur.

O :

1. Klien tampak tenang.
2. Roda tempat tidur tampak terkunci.
3. Handrall tempat tidur tampak terpasang.
4. Posisi tempat tidur tampak sudah rendah.

A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi.

1. Monitor kemampuan pergerakan.
2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci.
3. Pasang handrall tempat tidur.
4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah.
5. Fasilitasi melakukan latihan keseimbangan.
6. Berikan obat neuroprotektan sesuai dengan program yang dijadwalkan.

4	10.00	Observasi 1. Memonitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. R: Klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. 2. Memonitor tingkat kemandirian. R: Tampak aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga. 3. Memonitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. R: Klien tampak mulai bisa berhias menggunakan tangan kirinya.. Terapeutik 4. Menyiapkan keperluan pribadi klien. R: Tampak keperluan klien sudah tercukupi 5. Memdampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. R: Klien tampak kooperatif. 6. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. R: Klien tampak kooperatif 7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. R: Klien dan keluarga tampak kooperatif. Edukasi 8. Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. R: Klien tampak kooperatif.	14.35 WIB S : 1. Klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. O : 1. Klien dan keluarga tampak kooperatif. 2. Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitasnya. 3. Klien tampak bisa menggerakkan ekstremitas kanannya sedikit. A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi. 1. Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. 2. Monitor tingkat kemandirian. 3. Monitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. 4. Siapkan keperluan pribadi. 5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 6. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. 7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. 8. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
---	-------	--	--

1	24 April 2025 14.50 WIB	Observasi - Mengobservasi TTV dan KU klien. R: Klien mengatakan sudah tidak pusing, tangan kanan dan kaki kanan belum bisa digerakan tampak tenang didapatkan data GCS 15 Composmentis, TD: 140/90 mmhg, Suhu: 36,6 °C, Nadi: 80x/menit, Rr:21x/menit, SpO2: 98%. - Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK R: Klien mengatakan mengalami pusing yang hilang timbul, TD: 140/90 mmhg - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R: 106,6 mmhg - Memonitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) R: 91,6 mmhg Terapeutik - Memberikan posisi semi fowler R: Klien mengatakan lebih nyaman. - Memberikan terapi kompres hangat di area karotis R: Klien mengatakan menjadi lebih rileks. - Menghindari manuver valsava. R: Klien mengatakan bab nya lancar tidak perlu mencedan. Kolaborasi - Memberikan obat penurun tekanan darah tinggi dan diuretic. R: Klien tampak kooperatif dalam pemberian candartan 1x16mg dan manitol 100cc IV	25 April 2025 14.15 WIB S : - Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan nya sudah mulai bisa diangkat. - Klien mengatakan sudah tidak pusing. O : - Klien tampak tenang. - TTV: Kesadaran: GCS 15 Composmentis, TD: 140/80 mmhg, MAP: 100 mmhg, CPP: 85 mmhg, Suhu: 36,6 °C, Nadi: 84x/menit, Rr:21x/menit, SpO2: 98%. A : Masalah risiko perfusi serebral teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi. - Observasi tanda dan gejala peningkatan TIK. - Monitor MAP dan CPP. - Berikan posisi semi fowler. - Berikan obat penurun tekanan darah tinggi dan diuretic. - Ajarkan diet rendah garam dan LDL - Kolaborasi CT Scan ulang
2	15.10 WIB	Observasi - Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R: Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sudah bisa bergeser dan sudah tidak pusing. - Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. R: N: 80x/menit TD: 140/90 mmhg	14.20 WIB S : - Klien mengtakan tangan kanan dan kaki kanan sudah mulai bisa diangkat - Klien mengatakan sudah tidak pusing

Terapeutik

3. Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan (Latihan ROM pasif dan aktif).
R: Klien tampak kooperatif.
4. Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan (Latihan isometrik).
R: Klien tampak kooperatif.
5. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan
R: Keluarga klien mengatakan siap untuk membantu

Edukasi

6. Mengajarkan latihan ROM pasif dan aktif.
R: Klien mengatakan siap untuk melakukan nya
7. Mengajarkan latihan isometric
R: Klien dan keluarga tampak menyimak

Kolaborasi

8. Kolaborasi dengan fisioterapi.
R: Klien dan keluarga tampak kooperatif

O :

1. Klien tampak kooperatif
2. Tampak tangan klien sudah bisa diangkat namun belum bisa menahan tahanan
3. Klien dan keluarga tampak menyimak
4. N:84x/menit dan TD: 140/80 mmhg
5. Nilai ROM

3	5
3	5

A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian.

P : Lanjutkan intervensi.

1. Monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi.
 3. Monitor toleransi fisik melakukan pergerakan.
 4. Fasilitasi dalam melakukan pergerakan (latihan ROM pasif dan aktif).
 5. Fasilitasi dalam melakukan pergerakan (Latihan isometrik).
 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan.
 7. Ajarkan latihan rom pasif dan aktif
 8. Ajarkan latihan isometrik
 9. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.
 10. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.
 11. Kolaborasi dengan fisioterapi.
-

3	15.45 WIB	Observasi 1. Memonitor kemampuan pergerakan. R: Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sudah mulai bisa diangkat. 2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci. R: Roda tempat tidur tampak terkunci. Terapeutik 3. Memasangkan handrall tempat tidur. R: Handrall tempat tidur tampak terpasang. 4. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah. R: Posisi tempat tidur tampak sudah rendah. 5. Memfasilitasi melakukan latihan keseimbangan. R: Posisi tempat tidur tampak sudah rendah. Kolaborasi 6. Memberikan obat neuroprotektan sesuai dengan program yang dijadwalkan. R: Klien kooperatif saat diberikan obat citicoline 1x1000mg IV.	14.25 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah tidak takut jatuh karena sudah bisa mengangkat tangan kanan dan kaki kanan. O : 1. Klien tampak tenang. 2. Roda tempat tidur tampak terkunci. 3. Handrall tempat tidur tampak terpasang. 4. Posisi tempat tidur tampak sudah rendah. A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi. 1. Monitor kemampuan pergerakan. 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci. 3. Pasang handrall tempat tidur. 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah. 5. Fasilitasi melakukan latihan keseimbangan. 6. Berikan obat neuroprotektan sesuai dengan program yang dijadwalkan.
4	16.00	Observasi 1. Memonitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. R: Klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. 2. Memonitor tingkat kemandirian. R: Klien mengatakan ingin mencoba melakukan perawatan diri sesuai kemampuan. 3. Memonitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. R: Klien tampak sudah mampu membersihkan wajah menggunakan waslap, menggosok gigi, dan berhias dengan tangan kirinya.	14.36 WIB S : 1. Klien mengatakan ingin mencoba melakukan perawatan diri sesuai kemampuan O : 1. Klien dan keluarga tampak kooperatif. 2. Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitasnya. 3. Klien tampak sudah mampu membersihkan wajah menggunakan waslap, menggosok gigi, dan berhias dengan tangan kirinya. 4. Klien tampak bisa menggerakkan ekstremitas kanannya sedikit. A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian.

		Terapeutik - Menyiapkan keperluan pribadi klien. R: Tampak keperluan klien sudah tercukupi. - Memdampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. R: Klien tampak kooperatif. - Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. R: Klien tampak kooperatif - Jadwalkan rutinitas perawatan diri. R: Klien dan keluarga tampak kooperatif. Edukasi - Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. R: Klien tampak kooperatif.	P : Lanjutkan intervensi. - Monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. - Monitor tingkat kemandirian. - Monitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. - Siapkan keperluan pribadi. - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. - Jadwalkan rutinitas perawatan diri. - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
1	25 April 2025 14.50 WIB	Observasi - Mengobservasi TTV dan KU klien. R: Klien mengatakan sudah tidak pusing, tangan kanan dan kaki kanan belum bisa digerakan tampak tenang didapatkan data GCS 15 Composmentis, TD: 140/80 mmhg, Suhu: 36,6 °C, Nadi: 80x/menit, Rr:21x/menit, SpO2: 98%. - Mengobservasi tanda dan gejala peningkatan TIK R: Klien mengatakan sudah bisa mengangkat tangan kanan dan kaki kanan serta sudah tidak pusing, TD: 140/80 mmhg - Memonitor MAP (Mean Arterial Pressure) R: 100 mmhg - Memonitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) R: 85 mmhg. Terapeutik - Memberikan posisi semi fowler R: Klien mengatakan lebih nyaman. Edukasi - Mengajarkan diet rendah garam dan LDL	26 April 2025 14.15 WIB S : - Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan nya sudah mulai bisa diangkat sudah bisa melawan tahanan sedang namun belum bisa untuk menahan tahanan yang kuat. - Klien mengatakan sudah tidak pusing. O : - Klien tampak tenang dan kooperatif. - Klien dan keluarga tampak kooperatif dan memahami bahwa efek obat penurun tekanan darah tinggi tidak akan merusak ginjal serta aturan mengkonsumsi obat penurun tekanan darah tinggi. - TTV: Kesadaran: GCS 15 Composmentis, TD: 140/80 mmhg, MAP: 100 mmhg, CPP: 85 mmhg, Suhu: 36,6 °C, Nadi: 84x/menit, Rr:21x/menit,

		R: Klien dan keluarga tampak kooperatif 7. Memberikan kejelasan tentang kepatuhan meminum obat penurun tekanan darah tinggi R: Klien dan keluarga tampak kooperatif dan memahami bahwa efek obat penurun tekanan darah tinggi tidak akan merusak ginjal serta aturan mengkonsumsi obat penurun tekanan darah tinggi. Kolaborasi 8. Kolaborasi CT Scan ulang. R: Klien dan keluarga tampak kooperatif 9. Memberikan obat penurun tekanan darah tinggi dan diuretic. R: Klien tampak kooperatif dalam pemberian candartan 1x16mg dan manitol 100cc IV.	SpO2: 98%. 4. Hasil perbandingan CT-Scan pertama dan hasil CT-Scan ulang: lesi infark akut di kapsula eksterna kiri dan subkortikal karotis temporal kiri kini berada dalam fase subakut, ditandai dengan penurunan ukuran atau densitas edema. Tidak ada tanda-tanda perdarahan baru atau transformasi hemoragik. Sementara itu, lesi infark lakuner kronis ada penurunan dengan sedikit perubahan. A : Masalah risiko perfusi serebral teratasi. P : Intervensi dihentikan klien pulang.				
2	15.10 WIB	Observasi 1. Memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R: Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sudah bisa diangkat dan tidak ada pusing. 2. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi. R: N: 84x/menit TD: 140/80 mmhg 3. Memonitor toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan. R: klien mengatakan tidak ada toleransi fisik lain. Terapeutik 4. Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan (Latihan ROM pasif dan aktif). R: Klien tampak kooperatif. 5. Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan (Latihan isometrik). R: Klien dan keluarga tampak menyimak 6. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan	14.20 WIB S : 1. Klien mengtakan tangan kanan dan kaki kanan sudah mulai bisa diangkat. 2. Klien mengatakan tidak ada pusing. O : 1. Klien tampak kooperatif 2. Tampak tangan klien sudah bisa diangkat namun belum bisa menahan tahanan pemeriksa. 3. Tampak mulai berusaha untuk belajar berdiri dan menjaga keseimbangan. 4. Klien dan keluarga tampak menyimak 5. N:84x/menit dan TD: 140/80 mmhg 6. Nilai ROM <table><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5
3	5						
3	5						

		R: Kelurga klien mengatakan siap untuk membantu. Edukasi - Mengajarkan latihan ROM pasif dan aktif. - R: Klien mengatakan siap untuk melakukan nya - Mengajarkan latihan isometrik. - R: Klien dan keluarga tampak menyimak. - Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. - R: Klien mengatakan akan berusaha untuk menjaga keseimbangan tubuh nya. - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri. - R: Klien mengatakan akan berusaha untuk meningkatkan keseimbangan tubuh nya. Kolaborasi - Kolaborasi dengan fisioterapi - R: Klien dan keluarga tampak kooperatif	A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan klien pulang.
3	15.40 WIB	Observasi - Memonitor risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi. - R: Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sudah mulai bisa diangkat. - Meghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala dengan Fall Morse Scale. - R: 40 Risiko jatuh rendah - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. - R: Klien tampak bisa melakukan nya diawasi oleh perawat dan hanya berpegangan ke keluarganya. Terapeutik - Memfasilitasi melakukan latihan keseimbangan.	14.25 WIB S : - Klien mengatakan tidak takut jatuh karena sudah bisa mengangkat tangan kanan dan kaki kanan. - Klien mengatakan ingin mencoba pindah ke kursi roda dengan mandiri O : - Klien tampak tenang. - Fall Morse Scale: 40 Risiko jatuh rendah. - Klien dan keluarga kooperatif saat melakukan latihan keseimbangan A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan klien pulang.

		R: Klien tampak mulai bisa menjaga keseimbangan	
		Kolaborasi	
		8. Berikan obat neuroprotektan sesuai dengan program yang dijadwalkan.	
		R: Klien kooperatif saat diberikan obat citicoline 1x1000mg.	
4	16.05	Observasi 1. Memonitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. R: Klien mengatakan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. 2. Memonitor tingkat kemandirian. R: Klien mengatakan ingin mencoba melakukan perawatan diri sesuai kemampuan. 3. Memonitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. R: Klien tampak sudah mampu membersihkan wajah menggunakan waslap, menggosok gigi, dan berhias dengan tangan kirinya. Terapeutik 4. Menyiapkan keperluan pribadi klien. R: Tampak keperluan klien sudah tercukupi. 5. Memdampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. R: Klien tampak kooperatif. 6. Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. R: Klien tampak kooperatif 7. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. R: Klien dan keluarga tampak kooperatif. Edukasi 8. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. R: Klien tampak kooperatif.	14.37 WIB S : 1. Klien mengatakan ingin mencoba melakukan perawatan diri sesuai kemampuan O : 1. Klien dan keluarga tampak kooperatif. 2. Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitasnya. 3. Klien tampak sudah mampu membersihkan wajah menggunakan waslap, menggosok gigi, dan berhias dengan tangan kirinya. 4. Klien tampak bisa menggerakkan ekstremitas kanannya sedikit. A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan klien pulang.

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.9 Catatan Perkembangan

No. DX	Hari/Tanggal	Catatan Perkembangan	TTD
1	Sabtu 26 April 2025 14.15 WIB	S : 1. Klien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan nya sudah mulai bisa diangkat sudah bisa melawan tahanan sedang namun belum bisa untuk menahan tahanan yang kuat. 2. Klien mengatakan sudah tidak pusing. O : 1. Klien tampak tenang dan kooperatif. 2. Klien dan keluarga tampak kooperatif dan memahami bahwa efek obat penurun tekanan darah tinggi tidak akan merusak ginjal serta aturan mengkonsumsi obat penurun tekanan darah tinggi. 3. TTV: Kesadaran: GCS 15 Composmentis, TD: 140/80 mmhg (membaik), MAP: 100 mmhg (membaik), CPP: 85 mmhg (membaik), Suhu: 36,6 °C, Nadi: 84x/menit, Rr:21x/menit, SpO2: 98%. 4. Hasil CT-Scan ulang lesi infark akut di kapsula eksterna kiri dan subkortikal karotis temporal kiri kini berada dalam fase subakut, ditandai dengan penurunan ukuran atau densitas edema. Tidak ada tanda-tanda perdarahan baru atau transformasi hemoragik. Sementara itu, lesi infark lakuner kronis ada penurunan dengan sedikit perubahan. Atrofi otak yang teramati mengalami penurunan dari hasil awal. A : Masalah risiko perfusi serebral teratasi. P : Intervensi dihentikan klien pulang.	
2	14.20 WIB	S : 1. Klien mengtakan tangan kanan dan kaki kanan sudah mulai bisa diangkat. 2. Klien mengatakan tidak ada pusing. O : 1. Klien tampak kooperatif 2. Tampak tangan klien sudah bisa diangkat namun belum bisa menahan tahanan pemeriksa. 3. Tampak mulai berdiri dan menjaga keseimbangan. 4. Sendi sudah tidak kaku. 5. Ekstremitas sudah tidak kontraktur. 6. Klien dan keluarga tampak menyimak. 7. N:84x/menit dan TD: 140/80 mmhg 8. Nilai ROM (meningkat dari 0 ke 3) 3 5 3 5 A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan klien pulang.	

3	14.25 WIB	S : 1. Klien mengatakan tidak takut jatuh karena sudah bisa mengangkat tangan kanan dan kaki kanan. 2. Klien mengatakan ingin mencoba pindah ke kursi roda dengan mandiri O : 1. Klien tampak tenang. 2. Klien dan keluarga tampak kooperatif saat latihan keseimbangan 3. Klien tampak mampu menggerakkan ekstremitas kanan. 4. Sendi klien mulai fleksibel 5. Kekuatan otot klien tampak meningkat dari 0 ke 3 6. Klien tampak mampu mengontrol ekstremitasnya. 7. Risiko jatuh klien menurun dihitung dengan Morse Scale dari 55 risiko berat ke 40 risiko sedang. A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan klien pulang.
4	14.35 WIB	S : 1. Klien mengatakan ingin mencoba melakukan perawatan diri sesuai kemampuan O : 1. Klien dan keluarga tampak kooperatif. 2. Klien tampak dibantu dalam melakukan aktivitasnya. 3. Klien tampak sudah mampu membersihkan wajah menggunakan waslap, menggosok gigi, dan berhias dengan tangan kirinya. 4. Klien tampak bisa menggerakkan ekstemitas kanannya sedikit. A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan klien pulang.

B. Pembahasan

Pembahasan Pembahasan ini dalam melaksanakan menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan pada klien NY. M dengan *Gangguan Sistem Persyafan: Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri* di ruang rawat inap Flamboyan RS TK. IV Guntur Garut, dengan membandingkan antara teori dengan praktik lapangan. Asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan dimulai dengan pengkajian, perumusan masalah diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal dan fundamental dalam proses keperawatan yang komprehensif, bertujuan untuk mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis. (Potter et al., 2023). Pada tahap pengkajian berhubungan dengan keluhan utama klien mengatakan satu hari sebelum dibawa ke rumah sakit klien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan kanan dan kaki kanannya lalu di bawa ke RS TK.IV Guntur Garut dengan hasil diagnosa medis Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri dibuktikan dengan hasil CT Scan terdapat akut infark di capsula eksterna sistem karotis kiri di subskortikal temporal kiri, kronik lacunar infark di pons, dan mulai tampak sedikit brain atrophy dan penurunan ROM menjadi 0 (0-5) untuk tangan dan kaki kanan. Berdasarkan hasil pengkajian pada saat dilakukan

pengkajian pada tanggal 22 april 2025 pukul 08.15 WIB klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya sama sekali tidak bisa digerakan ketika ingin melakukan pergerakan dan bisa digerakan ketika latihan pergerakan dibantu oleh keluarga atau perawat. Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa kaku, lumpuh, serta sangat berat untuk digerakan seperti tertimpa beban (plegia). Klien mengatakan kesulitan menggerakan alat gerak nya di tangan dan kaki kanannya. Kekuatan otot tangan dan kaki kanan klien 0 (0-5). Klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya tidak bisa digerakan saat akan melakukan pergerakan. Berdasarkan hasil pengkajian juga didapatkan data bahwa klien mengeluhkan pusing saat beraktifitas dan berkurang saat beristirahat, pusing dirasakan seperti berputar-putar, pusing dirasakan di area kepala, pusing dirasakan hilang timbul saat di siang hari ketika ingin beraktifitas. Klien juga mengatakan takut terjatuh saat ditempat tidur atau saat beraktifitas karena tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakan sehingga sulit untuk menjaga keseimbangannya. Selain itu, klien juga mengeluhkan sulit dalam melakukan perawatan diri karena tangan dan kaki kanan nya sulit untuk digerakan. Adapun selain hasil CT-Scan ada hasil pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 170/90 mmhg, nadi 84 x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu 36,7°C, SPO2 98%. Pada pemeriksaan fisik terdapat faktor masalah yaitu pertama tekanan darah 170/90 mmhg serta klien mengatakan pusing, yang kedua otot ekstremitas kanan klien tidak bisa digerakan dengan nilai ROM 0 (0-5),

ketiga hilangnya kontrol ekstremitas kanan sehingga beresiko jatuh, dan yang keempat ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri.

Hipertensi kronis bisa menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah (disfungsi endotel) di seluruh tubuh, termasuk di otak. Kerusakan ini membuat pembuluh darah menjadi kaku, menebal, dan rentan terhadap pembentukan plak aterosklerotik (penumpukan lemak dan kolesterol). Plak ini kemudian dapat pecah dan membentuk bekuan darah (trombus) yang menyumbat arteri di otak, mengakibatkan perfusi serebral terganggu. (Lee, 2020; Darma Perbasya, 2022).

Saat pengakajian penurunan kekuatan otot bagian kanan pada Ny. M diakibatkan oleh pembentukan trombus di dalam pembuluh darah otak yang sudah menyempit akibat aterosklerosis penumpukan plak lemak. sehingga suplai darah dan oksigen ke otak menurun. Penurunan suplai darah bisa menyebabkan iskemia, yaitu kekurangan oksigen serta nutrisi pada sel-sel otak. (Hariyono & Utami., 2019).

Penurunan suplai darah bisa menyebabkan iskemia, yaitu kekurangan oksigen serta nutrisi pada sel-sel otak. Sel-sel otak sangat sensitif terhadap kekurangan oksigen, dan iskemia yang berkepanjangan dapat menyebabkan kerusakan dan kematian sel-sel otak terutama pada upper motor neuron dan lower motor neuroan pada lobus frontal hemisfer kiri sehingga anggota gerak bagian kanan klien tidak dapat berfungsi (Hariyono & Utami., 2019). Pasien stroke seringkali mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan diri secara

mandiri karena berbagai dampak fisik dan kognitif akibat kerusakan otak. Kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis/hemiplegia), gangguan keseimbangan, dan koordinasi membuat aktivitas dasar seperti mandi, berpakaian, makan, atau berpindah tempat menjadi sangat sulit atau bahkan tidak mungkin dilakukan tanpa bantuan (Nurshiyam, 2023; Jayanti, 2024). Pada tahap pengkajian data yang ditemukan penulis dilapangan pada saat pengkajian ditemukan masalah risiko gangguan perfusi serebral, gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh, dan defisit perawatan diri.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian (Tenny, S., & Thorell, W., 2025) Stroke infark merupakan jenis stroke yang paling umum terjadi. Kondisi ini muncul ketika suplai darah ke sebagian area otak terhenti atau sangat berkurang. Tanpa pasokan darah yang membawa oksigen serta nutrisi, sel-sel otak di area tersebut mulai rusak dan mati dalam hitungan menit. Kondisi inilah yang menyebabkan munculnya gejala-gejala stroke seperti tekanan darah meningkat dan penurunan kekuatan otot.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis yang menjadi dasar untuk perawat agar bisa merencanakan asuhan yang berpusat pada klien, Memonitor prioritas, dan memberikan intervensi yang tepat untuk mencapai luaran kesehatan yang diinginkan. (Potter et al., 2023).

Berdasarkan masalah keperawatan menurut (Hidayat, R. T., 2022) ada 10 diagnosa yang mungkin muncul pada penyakit Stroke infark yaitu: (SDKI, DPP, PPNI, 2017).

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak (primer akibat sumbatan arteri serebral).
- b. Penurunan kapasitas adaptif intra kranial berhubungan dengan penurunan kesadaran.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (kelemahan/kelumpuhan unilateral lesi di otak).
- e. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan perubahan ketajaman sensori, penciuman, penglihatan, dan pengecap.
- f. Risiko jatuh berhubungan dengan hilangnya kontrol keseimbangan.
- g. Gangguan komunikasi verbal penurunan sirkulasi serebral.
- h. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular (kelemahan/kelumpuhan).
- i. Gangguan Menelan berhubungan dengan penurunan refleks menelan.
- j. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Adapun masalah keperawatan yang penulis temukan tidak semuanya sesuai dengan teori. Penulis tidak menetapkan seluruh diagnosa pada kasus yang diangkat karena dalam merumuskan

masalah keperawatan penulis menyesuaikan dengan keluhan serta data yang didapatkan dari klien, hasil dari pemeriksaan fisik dan observasi yang muncul pada Ny. M yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak ditandai dengan tekanan darah 170/90mmhg.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan nilai ROM ekstremitas kanan 0 (0-5).
- c. Risiko jatuh berhubungan dengan hilangnya kontrol keseimbangan.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan perawatan diri.

Masalah keperawatan yang penulis temukan pada Ny. M yang muncul ada tiga dari sepuluh diagnosa keperawatan menurut (Hidayat, R. T., 2022) sesuai dengan teori. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. M sesuai dengan teori dan ketentuan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan terpenuhinya data mayor pada setiap diagnosa. Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya keluhan pusing yang hilang timbul yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, ketidakmampuan menggerakkan tangan dan kaki kanan yaitu gangguan mobilitas fisik, hilangnya kontrol keseimbangan yaitu risiko jatuh, dan ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri yaitu defisit perawatan diri.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah tahap di mana perawat menetapkan prioritas, merumuskan tujuan dan luaran yang dapat diukur, serta memilih intervensi keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai tujuan tersebut. (Potter et al., 2023).

Perencanaan keperawatan yang dilakukan oleh penulis sesuai dengan menetapkan prioritas, penulis dapat menyusun perencanaan karena adanya partisipasi dari klien dan keluarga dalam perencanaan yang dilakukan pada klien. Penulis tidak ada hambatan yang berarti perencanaan disusun berdasarkan teoritis dengan menentukan masalah keperawatan.

Intervensi asuhan keperawatan menurut teori (SIKI DPP PPNI, 2018) pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak ditandai dengan tekanan darah 170/90 mmhg dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriterisil hasil pusing menurun, refleks neurologis membaik, tekanan darah membaik, MAP membaik, dan CPP membaik. Rencana tindakan keperawatan meliputi monitor penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), monitor MAP (Mean Arterial Pressure), monitor CPP (Cerebral Perfusion

Pressure), berikan terapi kompres hangat di arteri karotis, berikan posisi semi fowler, hindari maneuver valsava, hindari pemberian cairan IV hipotonik, berikan obat penurun tekanan darah amlodipin 1x10 mg oral dan candesartan 1x16 mg dan diuretic osmosis mannitol 4x100 ml sesuai dengan program yang dijadwalkan, ajarkan diet makanan rendah garam dan lemak, berikan penjelasan tentang kepatuhan minum obat, dan kolaborasi dengan dokter radiologi untuk CT-Scan ulang. Dalam menangani masalah gangguan mobilitas fisik dirumuskan perencanaan yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan nilai ROM ekstremitas kanan 0 (0-5) dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan maka di harapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteia hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat dari 0 menjadi 5, rentang gerak (ROM) meningkat bagi ekstremitas kanan, fleksibilitas otot meningkat, kelemahan fisik menurun, kontraktur dan kaku sendi menurun. Rencana yang akan dilakukan yaitu monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan gerak, monitor kekuatan otot, fasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM pasif dan aktif), fasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik), libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan latihan ROM pasif dan aktif, ajarkan latihan isometrik, kolaborasi dengan fisioterapi. (SIKI PPNI, 2018).

Intervensi ini dapat dilakukan menurut (SIKI DPP PPNI, 2018) untuk masalah perencanaan yang akan dilakukan pada diagnosa risiko jatuh berhubungan dengan kehilangan kontrol keseimbangan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan risiko jatuh menurun dengan kriteria hasil pergerakan otot meningkat, fleksibilitas otot meningkat. kekuatan otot meningkat dari 0 ke 5, kemampuan menjaga keseimbangan meningkat, kemampuan mengontrol ekstremitas meningkat. Tindakan rencana yang akan dilakukan yaitu monitor faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), monitor kemampuan keseimbangan klien, monitor kekuatan otot, monitor kemampuan pergerakan, monitor faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Alat yang dibutuhkan klien jauh harus didekatkan). hitung risiko jatuh dengan menggunakan *Fall Morse Scale*, jika perlu, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci, pasang handrall tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, fasilitasi melakukan latihan keseimbangan, berikan obat neuroprotektan citicolin 1x1000 mg sesuai dengan program yang dijadwalkan, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, dan anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

Intervensi yang dilakukan pada diagnosa defisit perawatan diri yang berhubungan dengan ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan personal hygiene meningkat, verbalisasi Keinginan melakukan perawatan diri meningkat. Tindakan rencana yang akan dilakukan yaitu monitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, monitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, siapkan keperluan pribadi, dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan jadwalkan rutinitas perawatan diri. (SIKI PPNI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap di mana perawat secara langsung melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan untuk mencapai tujuan dan luaran yang telah ditetapkan. (Potter et al., 2023). Tahap implementasi keperawatan pada NY. M dilaksanakan pada tanggal 22 April 2025 penulis melaksanakan rencana keperawatan sesuai teori dari buku keperawatan SLKI dan SIKI, hal ini untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan dasar terpenuhi. Penulis tidak mendapat hambatan karena klien dan keluarga kooperatif.

Implementasi pada diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif penulis melakukan pelaksanaan pada Ny. M dengan tindakan perencanaan dengan memonitor penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), memonitor MAP (Mean Arterial Pressure), memonitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure), memberikan terapi kompres hangat di arteri karotis, memberikan posisi semi fowler, menghindari maneuver valsava, menghindari pemberian cairan IV hipotonik, memberikan obat penurun tekanan darah amlodipin 1x10 mg oral dan candesartan 1x16 mg dan diuretic osmosis mannitol 4x100 ml sesuai dengan program yang dijadwalkan, mengajarkan diet makanan rendah garam dan lemak, memberikan penjelasan tentang kepatuhan minum obat, dan kolaborasi dengan dokter radiologi untuk CT-Scan ulang.

Setelah dilakukan implementasi selama 4 hari dengan posisi semi fowler dan kompres hangat di arteri karotis, dan diberikan obat amplodipine 10 mg, candesartan 1x16 mg, dan maninol 400 cc rasa pusing klien berkurang, tekanan darah 140/80 mmhg klien juga sudah bisa mengangkat tangan dan kaki kanan namun belum bisa menahan tahanan yang kuat, klien mampu memahami tentang obat yang harus dikonsumsi nya, dan hasil dari CT Scan nya membaik.

Berdasarkan implementasi pada diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu memonitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memonitor toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan gerak, memonitor kekuatan otot, fasilitasi melakukan pergerakan (latihan ROM pasif dan aktif), memfasilitasi melakukan pergerakan (latihan isometrik), melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, mengajarkan latihan ROM pasif dan aktif, mengajarkan latihan isometrik, kolaborasi dengan fisioterapi. Setelah dilakukan implementasi klien mengatakan sudah bisa mengangkat tangan dan kaki kanan nya dan klien mengatakan merasa nyaman setelah diajarkan teknik ROM pasif dan aktif serta latihan isometrik, dan nilai rom ekstremitas klien meningkat dari 0 menjadi 3 (0-5).

Implementasi pada diagnosa risiko jatuh yaitu memonitor faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati), memonitor kemampuan keseimbangan klien, memonitor kekuatan otot, memonitor kemampuan pergerakan, memonitor faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Alat yang dibutuhkan klien jauh harus didekatkan), menghitung risiko jatuh dengan menggunakan *Fall Morse Scale* jika perlu, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci, memasang

handrall tempat tidur, mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, memfasilitasi melakukan latihan keseimbangan, memberikan obat neuroprotektan citicolin 1x1000 mg.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mengatakan tidak takut jatuh dari tempat tidur karena sudah mampu menjaga keseimbangan nya tangan dan kaki kanan nya sudah bisa diangkat walaupun belum bisa menahan tahanan yang kuat, sendi klien juga sudah mulai fleksibel dan tidak kaku saat melakukan pergerakan. Risiko jatuh klien menurun dihitung dengan *Fall Morse Scale* dari 55 risiko berat ke 40 risiko sedang.

Implementasi pada diagnosa defisit perawatan diri yaitu memonitor kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, memonitor tingkat kemandirian, memonitor kebutuhan alat bantuan kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, menyiapkan keperluan pribadi, mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan menjadwalkan rutinitas perawatan diri.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien mengatakan ingin mencoba melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, klien tampak sudah mampu membersihkan wajah menggunakan waslap, menggosok gigi, dan berhias dengan tangan kirinya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap di mana perawat menentukan apakah, serta sejauh mana, tujuan dan luaran yang telah ditetapkan untuk klien telah tercapai. Ini merupakan fase kritis di mana perawat menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan dan memodifikasi rencana asuhan jika diperlukan. Evaluasi memiliki tujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang dilakukan sudah teratasi atau tidak teratasi untuk suatu masalah. (Potter et al., 2023).

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap tiga masalah keperawatan yang muncul pada Ny. M dengan hasil:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak ditandai dengan tekanan darah 170/90 mmhg. Hari kelima karena keluhan pusing pada Ny.M sudah tidak dirasakan dengan hasil pengecekan tekanan darah 140/80 mmhg membaik, MAP 100 mmhg membaik, CPP 85 mmhg membaik dan hasil CT-Scan ulang dibandingkan dengan CT-Scan awal didapatkan ulang lesi infark akut di kapsula eksterna kiri dan subkortikal karotis temporal kiri kini berada dalam fase subakut, ditandai dengan penurunan ukuran atau densitas edema. Tidak ada tanda-tanda perdarahan baru atau transformasi hemoragik. Sementara itu, lesi infark lakuner kronis ada penurunan dengan sedikit perubahan. Atrofi otak yang teramati mengalami penurunan dari hasil awal. Klien tampak terlihat tenang, klien bersemangat untuk sehat dan selalu kooperatif selama proses

perawatan sehingga penulis dapat mudah melakukan pelaksanaan keperawatan dengan hasil yang teratasi.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan nilai ROM ekstremitas kanan 0 (0-5). Sesuai dengan kriteria hasil perencanaan, klien mengatakan sudah mulai bisa mengangkat tangan dan kaki kanan nya walaupun belum bisa menahan tahanan kuat sehingga nilai rom nya berkurang menjadi 3 (0-5) yang awal nya 0 (0-5), klien tampak mulai berdiri serta bisa menjaga keseimbangan, sendi sudah tidak kaku, dan ekstremitas kanan sudah tidak kontraktur. Klien dan keluarga tampak kooperatif sehingga bisa melanjutkan intervensi dirumah.
- c. Risiko jatuh berhubungan kehilangan keseimbangan. Sesuai dengan hasil perencanaan klien tampak mampu mengangkat ekstremitas kanan nya, sendi klien mulai fleksibel, risiko jatuh klien menurun dihitung dengan Morse Scale dari 55 risiko berat ke 40 risiko sedang, klien tampak tenang dan keluarga tampak kooperatif sehingga intervensi bisa dilakukan oleh keluarga nya nanti dirumah.
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan perawatan diri. Sesuai dengan hasil perencanaan klien mengatakan ingin mencoba melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, klien tampak sudah mampu membersihkan wajah menggunakan waslap, menggosok gigi, dan berhias dengan tangan kirinya.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di ruang Flamboyan RS TK. IV Kabupaten Garut mulai tanggal 22 april sampai 25 April 2025 dengan menggunakan 5 tahap proses keperawatan terdiri dari: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk Karya Tulis. Berikut penulis menarik simpulannya yaitu:

1. Pengkajian

Pada tahap Tahap pengkajian penulis mampu melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Ny. M dengan Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri. Penulis menemukan data-data: klien mengatakan tangan dan kaki kanan nya sama sekali tidak bisa digerakan ketika ingin melakukan pergerakan dan bisa digerakan ketika latihan pergerakan dibantu oleh keluarga atau perawat. Kekuatan otot tangan dan kaki kanan klien 0 (0-5). Berdasarkan hasil pengkajian juga didapatkan data bahwa klien mengeluhkan pusing saat beraktifitas dan berkurang saat beristirahat, pusing dirasakan seperti berputar-putar, pusing dirasakan di area kepala, pusing dirasakan hilang timbul saat di siang hari ketika ingin beraktifitas. Selain itu klien juga mengatakan takut terjatuh saat ditempat tidur atau saat beraktifitas karena tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakan sehingga sulit untuk menjaga keseimbangannya. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 170/90 mmhg, nadi 84

x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu 36,7°C, SPO2 98%. Pada pemeriksaan fisik didapatkan otot ekstremitas kanan klien tidak bisa digerakan dengan nilai ROM 0 (0-5) dan hilangnya kontrol ekstremitas kanan sehingga beresiko jatuh. Klien juga mengeluhkan sulit dalam melakukan perawatan diri karena tangan dan kaki kanannya sulit untuk digerakan.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada Tahap ini penulis mampu menegakan 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan respon klien terhadap adanya gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada Ny. M dengan Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis berikut:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak ditandai dengan tekanan darah 170/90mmhg.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan nilai ROM ekstremitas kanan 0 (0-5).
- c. Risiko jatuh berhubungan dengan hilangnya kontrol keseimbangan.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan melakukan perawatan diri.

3. Perencanaan Keperawatan

Tahap ini penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakan pada Ny. M sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada klien. Penulis Menyusun intervensi keperawatan pada klien yang mengacu pada teori yang bersumber dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu manajemen penigkatan tekanan intracranial, dukungan mobilisasi, pencegahan jatuh, dan dukungan perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. M sesuai rencana tindakan yang telah ditetapkan dengan Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri sesuai dengan buku panduan keperawatan yaitu Standar Intervensi Keperawatan (SIKI) yaitu manajemen peningkatan tekanan intracranial untuk mengatasi masalah keperawatan risiko gangguan perfusi serebral, dukungan mobilisasi untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, pencegahan jatuh untuk mengatasi masalah keperawatan risiko jatuh, dan dukungan perawatan diri untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Ny. M dengan Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri. Dalam tahap evaluasi melihat perkembangan Pasien dengan kriteria yang ditetapkan dalam 3 masalah keperawatan satu dapat teratasi dan dua teratasi sebagian, yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, risiko jatuh teratasi sebagian, dan defisit perawatan diri teratasi sebagian.

B. Rekomendasi

Setelah dilakukan Asuhan keperawatan pada Ny. M dengan stroke infark lakuner sistem karotis kiri, penulis memberikan rekomendasi yang diantaranya:

1. Untuk perawat dan institusi Rumah Sakit
 - a. Memberikan pelayanan yang berkualitas dan optimal sangat esensial bagi kesembuhan pasien.
 - b. Dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan, interaksi terapeutik perlu

ditingkatkan guna memastikan pelayanan yang optimal.

- c. Saat mengimplementasikan tindakan keperawatan, aspek prosedural harus ditingkatkan agar sesuai dengan standar prosedur operasional, baik dari segi tindakan maupun penggunaan peralatan.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Penulisan karya tulis ilmiah ini menghadapi tantangan utama karena keterbatasan akses terhadap referensi jurnal dan pustaka terbaru. Oleh karena itu, perpustakaan institusi diharapkan dapat memperbarui dan memperkaya koleksi ilmiahnya, serta menyediakan aplikasi digital yang dapat diakses melalui *smartphone*. Ketersediaan literatur terkini dan aplikasi digital ini akan memudahkan mahasiswa mencari rujukan, serta menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik di lapangan.

3. Untuk Pasien dan keluarga

Setelah mendapatkan Asuhan Keperawatan, pasien dan keluarga diharapkan sudah memahami penyakit Stroke Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri. Dengan pemahaman ini, klien dan keluarga diharapkan mampu melakukan pencegahan, seperti menjaga gaya hidup dan pola makan diet rendah garam dan lemak, penanganan pasca stroke untuk proses penyembuhan dengan terapi ROM pasif dan aktif serta latihan isometrik yang bisa dilakukan di rumah, dan pemahaman tentang kepatuhan minum obat penurun tekanan darah tinggi meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, F. N., & Siddiqui, S. A. (2025). Cerebral Edema. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537272/>
- Boulouis, G., Lauer, A., Siddiqui, A. K., Charbonnier, G., Fahed, R., Ben Maacha, M., Zuber, K., Kyheng, M., Labreuche, J., Mazighi, M., Consoli, A., Piotin, M., Blanc, R., Obadia, M., Lapergue, B., Gory, B., Duhamel, A., & Dargazanli, C. (2023). Poor Neurologic Prognosis Despite Successful Reperfusion After Thrombectomy: Prevalence, Predictors, and Outcomes in the ASTER2 Trial. 101(10), e1016–e1029. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207560>
- Dewi, L., & Fitraneti, E. (2023). Stroke Iskemik. Scientific Journal, 379–388. <https://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/22>.
- Ernawati, Baidah. (2022). Tatalaksana Non Farmakologi Stroke. Kalimantan Selatan: LPPM STIKES Cahaya Bangsa.
- Farhan, Zahara, Ratnasari, D. (2018). Patofisiologi Keperawatan. Bandung, Manggu Makmur Tanjung Lestari.
- Farina, E. J., Kelly, G., Sturgill, M., & Dixit, D. (2023). Safety and Efficacy Outcomes of Off-Label Tenecteplase versus Alteplase for Acute Ischemic Stroke: Real-World Experience. International Journal of Cerebrovascular Disease and Stroke, 6(1). <https://doi.org/10.29011/2688-8734.100150>
- Ginting, R. (2023). Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta, CV. Trans Info Media.
- Goyal, M., Menon, B. K., van Zwam, W. H., Dippel, D. W., Mitchell, P. J., Demchuk, A. M., ... & Donnan, G. A. (2023). Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. The Lancet, 387(10029), 1723–1731.
- Goyal, N., Tsivgoulis, G., Malhotra, K., Ishfaq, M. F., Pandhi, A., Singh, J., Krishnaiah, B., Gunda, S. P., Mamlook, R., Jetronics, S. S., Kumar, A., Sharma, A., & Alexandrov, A. V. (2023). Advances in Stroke Diagnosis. Journal of Stroke, 25(1), 28–40. <https://doi.org/10.5853/jos.2022.02840>
- Kesehatan Kementrian Republik. (2024). Mengenal Penyakit Stroke: Gejala, Penyebab, Pengobatan, dan Pencegahan. diakses pada 16 juni 2024. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2873/mengenal-penyakit-stroke-gejala-penyebab-pengobatan-dan-pencegahan
- Kleindorfer, D. O., Towfighi, A., Chaturvedi, S., Cockroft, K. M., Gutierrez, J., Hsia, A. W., ... & Williams, L. S. (2021). Guideline for the Prevention of

- Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(7), e364–e467.
- Lim Eva, Susyanti Deni, Pratama Muchi Yudha. (2022). Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik pada Pasien Stroke dengan Range Of Motion (ROM). *LPPM STIKes Flora*. 15 (2). 22-23. <https://jurnal.stikesfloramedan.ac.id/index.php/jkpf>
- Martin-Schild, S., Lilyquist, G., & Winners, S. (2024). Prehospital Stroke Care and the Future of Mobile Stroke Units. *Continuum (Minneapolis, Minn)*, 30(2, Stro, 421–437. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001367>
- McKinney, J. S., Yao, X., Rist, P. M., Feske, S. K., Howard, V. J., Jordan, K., & Yaffe, K. (2024). Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 55(5), e142–e172.
- Menon, B. K., Buck, B., Singh, N., Demchuk, A., Mazer, C. D., Hopyan, J., & Hill, M. D. (2023). Intravenous tenecteplase for treatment of acute ischaemic stroke: a canadian stroke best practice recommendations update. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 50(5), 645–654.
- Phan, K., Dmytriw, A. A., Maingard, J., Asadi, H., Barras, C. D., Chandra, R. V., & Mocco, J. (2023). Large-Core Ischemic Stroke: A User's Guide to Core Concepts for Neurointerventionalists. *American Journal of Neuroradiology*, 44(2), 124–133.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2023). *Fundamentals of Nursing* (11th ed.). Elsevier.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI
- Rahman. (2024). Comprehensive Nursing Care for Ischemic Stroke Patients: Challenges and Innovations in Indonesia. *Journal of Nursing Practice*, 15(2), 45–60.
- Tenny, S., & Thorell, W. (2025). Ischemic Stroke. In *StatPearls*. StatPearls Publishing, Diakses pada 27 Mei 2025.
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S.

- S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., Lackland, D. T., ... Tsao, C. W. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 update a report from the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 141, Issue 9). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>
- Wang, Y., Chen, S., & Zhang, L. (2023). Regulated cell death in ischemic stroke: From mechanisms to therapeutic implications. *Cell Death & Disease*, 14(5), 345. <https://doi.org/10.1038/s41419-023-05868-0>
- WHO. (2024). *Global Health Estimates: Leading Causes of Death and Disability*. Geneva: WHO.

LAMPIRAN

Lampiran I SAP Pulih Bersama Keluarga: Panduan Latihan & Obat Pasca-Stroke di Rumah

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pulih Bersama Keluarga: Panduan Latihan & Obat Pasca-

Stroke di Rumah

Pokok Pembahasan	: Latihan ROM Pasif dan Aktif, Terapi Isometrik, dan Kepatuhan Minum Obat Penurun Tekanan Darah Tinggi.
Sub Pokok Pembahasan	: a. Pengertian stroke dan dampaknya pada fungsi gerak b. Tujuan dan manfaat latihan ROM (Range of Motion) pasif dan aktif. c. Cara latihan ROM (Range of Motion) pasif dan aktif. d. Pengertian dan tujuan terapi isometrik. e. Teknik terapi isometrik yang aman untuk pasien pasca-stroke. f. Pentingnya kepatuhan minum obat penurun tekanan darah tinggi. g. Cara-cara untuk meningkatkan kepatuhan minum obat. h. Potensi komplikasi jika tidak patuh minum obat.
Sasaran	: Ny. M dan Keluarga
Hari/Tanggal	: Sabtu, 26 April 2025
Waktu	: 14.00 WIB
Tempat	: Ruang Flamboyan Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut
Penyuluh	: Azis Gandri Mabarti (KHGA.22062)

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan, Ny. M dan Keluarga diharapkan mampu memahami dan mempraktikkan terapi pelatihan di rumah untuk mendukung pemulihan pasien, serta memahami pentingnya kepatuhan minum obat penurun tekanan darah tinggi.

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 45 menit diharapkan Ny. M dan Keluarga mampu:

- a. Menjelaskan pengertian stroke dan dampaknya pada fungsi gerak.
- b. Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM (Range of Motion) pasif dan aktif.
- c. Mendemonstrasikan latihan ROM pasif dan aktif pada anggota gerak atas dan bawah.
- d. Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi isometrik.
- e. Mendemonstrasikan teknik terapi isometrik yang aman untuk pasien pasca-stroke.
- f. Menjelaskan pentingnya kepatuhan minum obat penurun tekanan darah tinggi.
- g. Menyebutkan cara-cara untuk meningkatkan kepatuhan minum obat.

B. Materi

Terlampir

C. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi
3. Tanya Jawab

D. Media

1. Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

Kegiatan				
No.	Waktu	Materi	Penyuluh	Sasaran
1,	5 menit pertama	Pendahuluan	Pembukaan : 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan Kontrak Waktu 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menyambut salam dan mendengarkan
.2.	30 menit kedua	Pelaksanaan	Menjelaskan : 1. Menjelaskan pengertian stroke dan dampaknya pada fungsi gerak. 2. Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan ROM (Range of Motion) pasif dan aktif. 3. Mendemonstrasikan latihan ROM pasif dan aktif pada anggota gerak atas dan bawah. 4. Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi isometrik. 5. Mendemonstrasikan teknik terapi isometrik yang aman untuk pasien pasca-stroke. 6. Menjelaskan pentingnya kepatuhan minum obat penurun tekanan darah tinggi. 7. Menyebutkan cara-cara untuk meningkatkan kepatuhan minum obat.	Mendengarkan dan Mendemonstrasikan
3.	10 menit terakhir	Penutup	Evaluasi : 1. Menanyakan kepada sasaran tentang materi yang telah di berikan 2. Meberi pujian kepada sasaran bila dapat menjawab mengucapkan terimakasih kepada sasaran dan mengucapkan salam	1. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh penyaji 2. Merasa senang jika diberi pujian 3. Menjawab salam

F. Evaluasi

Pada tahap evaluasi ini diberikan tanya jawab secara lisan kepada klien dan keluarga :

1. Pengertian stroke dan dampaknya pada fungsi gerak
2. Tujuan dan manfaat latihan ROM (Range of Motion) pasif dan aktif.
3. Cara latihan ROM (Range of Motion) pasif dan aktif.
4. Pengertian dan tujuan terapi isometrik.
5. Teknik terapi isometrik yang aman untuk pasien pasca-stroke.
6. Pentingnya kepatuhan minum obat penurun tekanan darah tinggi.
7. Cara-cara untuk meningkatkan kepatuhan minum obat.
8. Potensi komplikasi jika tidak patuh minum obat

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian Stroke

Stroke adalah kondisi di mana pasokan darah ke otak terganggu, menyebabkan kerusakan sel otak dan hilangnya fungsi tubuh. Pemulihan pasca-stroke membutuhkan kesabaran dan dukungan penuh dari keluarga.

B. Latihan ROM (Range of Motion) Pasif dan Aktif:

1. Pengertian:

- a) ROM Pasif: Gerakan sendi yang dilakukan oleh orang lain (keluarga) tanpa bantuan pasien.
- b) ROM Aktif: Gerakan sendi yang dilakukan sendiri oleh pasien.

2. Tujuan dan Manfaat:

- a) Mencegah kekakuan sendi (kontraktur).
- b) Mempertahankan fleksibilitas dan rentang gerak sendi.
- c) Meningkatkan sirkulasi darah.
- d) Mengurangi nyeri.
- e) Memelihara kekuatan otot (untuk ROM aktif).

3. Teknik Demonstrasi (sesuai anggota gerak yang terdampak):

- a) Leher (fleksi, ekstensi, rotasi).
- b) Bahu (fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi).
- c) Siku (fleksi, ekstensi).
- d) Pergelangan tangan (fleksi, ekstensi, deviasi radial/ulnar).
- e) Jari-jari tangan (fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi).
- f) Panggul (fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi).

g) Lutut (fleksi, ekstensi).

h) Pergelangan kaki (dorsofleksi, plantarfleksi, inversi, eversi).

i) Jari-jari kaki.

Prinsip Pelaksanaan: Lakukan perlahan, jangan memaksakan gerakan hingga nyeri, dukung sendi di atas dan di bawah yang digerakkan.

C. Terapi Isometrik:

1. Pengertian:

Latihan kontraksi otot tanpa adanya perubahan panjang otot atau pergerakan sendi.

2. Tujuan dan Manfaat:

- a) Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot.
- b) Mempertahankan massa otot.
- c) Mengurangi atrofi otot akibat imobilisasi.
- d) Dapat dilakukan pada tahap awal rehabilitasi saat gerakan penuh sulit dilakukan.

3. Teknik Demonstrasi:

- a) Menekan telapak tangan satu sama lain.
- b) Menekan telapak tangan ke dinding.
- c) Menekan telapak kaki ke lantai.
- d) Mengencangkan otot paha atau betis tanpa menggerakkan sendi.

Prinsip Pelaksanaan: Tahan kontraksi selama 5-10 detik, ulangi 8-10 kali, bernapas normal saat menahan. Hindari menahan napas (manuver Valsalva) karena dapat meningkatkan tekanan darah.

D. Kepatuhan Minum Obat Penurun Tekanan Darah Tinggi:

1. Pentingnya:

- a) Mencegah stroke berulang.
- b) Mengendalikan tekanan darah.
- c) Mencegah komplikasi lain (penyakit jantung, ginjal).

2. Strategi Meningkatkan Kepatuhan:

- a) Membuat jadwal minum obat yang teratur.
- b) Menggunakan pengingat (alarm, kotak obat harian/mingguan).
- c) Menempatkan obat di tempat yang mudah terlihat.
- d) Memahami tujuan setiap obat.
- e) Berkonsultasi dengan dokter atau apoteker jika ada efek samping atau kesulitan minum obat.

3. Peran aktif keluarga dalam mengingatkan dan mengawasi.

Komplikasi Jika Tidak Patuh:

- a) Stroke berulang.
- b) Serangan jantung.
- c) Kerusakan ginjal.
- d) Komplikasi lain terkait hipertensi yang tidak terkontrol.

DAFTAR PUSTAKA

- American Stroke Association. (2024). Rehabilitation After Stroke. Diakses dari <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-recovery/rehabilitation-after-stroke>.
- Azyenela, L., Fera, O., Nofiandi, D., & Fauziah, N. (2024). Kajian Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Stroke Di RSUD Dr. Rasidin Padang Periode April-Desember 2021. *Jurnal Medical Sains*, 10(1). (Perkiraan tahun penerbitan berdasarkan tren terkini dan relevansi topik).
- Indriastuti, M., Davit, N., Yusuf, A., Jafar, M., & Wahianto, P. (2021). Pengaruh Edukasi Menggunakan Booklet Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Hipertensi Di Salah Satu Klinik Daerah Sidareja. *Jurnal Wiyata*, 8, 1–7.
- Hamilton Health Sciences. (2019). Stroke; Passive range of motion for a hemiplegic arm. Diakses dari <https://www.hamiltonhealthsciences.ca/wp-content/uploads/2019/08/StrokePassiveRangeMotionHemiplegicArm-trh.pdf>
- Michigan Medicine. (2023). Exercise Instructions: Stroke. Diakses dari <https://www.med.umich.edu/1libr/CVC/Dominos/324-StrokeExercise.pdf>
- Tumundo, E., Salawati, L., & Indrawati, A. (2021). Pentingnya Patuh Minum Obat Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(2), 99-106.

Lampiran II Leaflet

Pulih Bersama Keluarga: Panduan Latihan & Obat Pasca-Stroke di Rumah



Nama: Azis Gandri Mabarti
NIM: KHGA22062
STIKes Karsa Husada Garut



Stroke adalah kondisi di mana pasokan darah ke otak terganggu, menyebabkan kerusakan sel otak dan hilangnya fungsi tubuh. Pemulihan pasca-stroke membutuhkan kesabaran dan dukungan penuh dari keluarga.

1. LATIHAN ROM (RANGE OF MOTION): GERAKAN UNTUK SENDI LUWES

Gerakan sendi yang dilakukan oleh orang lain (keluarga) tanpa bantuan pasien.

Tujuan: Mencegah sendi kaku, menjaga kelenturan, dan melancarkan aliran darah. Lakukan 2-3 kali sehari, setiap gerakan 8-10 kali.

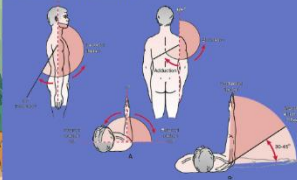
a. Kepala

Tundukkan kepala ke bawah menuju dada lalu kembalikan ke posisi semula, naikkan kepala ke atas dan kembali ke bawah



b. Tangan

Bahu: Naikkan lengan ke atas dan kembalikan ke bawah
Abduksi adduksi : Gerakan lengan menjauhi dan mendekati tubuh



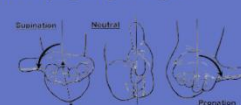
Siku: bengkokkan siku hingga jari-jari tangan menyentuh dagu kemudian kembalikan posisi semula.



Pergelangan tangan: dibengkokkan ke bawah dan keatas



Memutar pergelangan tangan.



Gerakan jari jari tangan : Memutar jari jari tangan

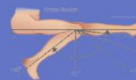


Oposisi : Sentuhkan masing-masing jari tangan dengan ibu jari tangan



c. Kaki

Gerakkan atau tekuk lutut kearah paha
Kembalikan lutut atau kaki ke posisi semula.



Memutar telapak kaki ke samping dalam dan luar. Menekuk jari jari kaki ke bawah dan kembalikan ke posisi semula. Regangkan jari-jari kaki yang satu dengan yang lainnya, rapatkan kembali bersama-sama.



B. ROM AKTIF: Pasien mencoba menggerakkan sendiri anggota tubuhnya.

Dorong pasien untuk mencoba melakukan gerakan yang sama seperti ROM pasif, sesuai kemampuannya.

Berikan dukungan dan semangat

2. TERAPI ISOMETRIK: KONTRAKSI OTOT TANPA GERAK

Tujuan: Meningkatkan atau menjaga kekuatan dan massa otot tanpa menggerakkan sendi. Aman untuk otot yang masih lemah.

Cara Melakukan: Minta pasien untuk mengencangkan otot tanpa menggerakkan sendi. Tahan selama 5-10 detik, ulangi 8-10 kali.

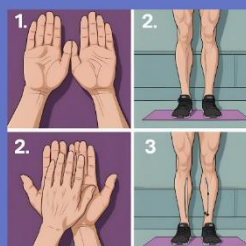
Penting: Pastikan pasien bernafas normal saat menahan kontraksi. Hindari menahan napas

a. Gerakan jari jari tangan : Tangan mengenggam mengepal dan kembalikan ke posisi semula.



b. Tangan: Pasien menekan telapak tangan satu sama lain, atau menekan telapak tangan ke dinding.

c. Kaki: Pasien menekan telapak kaki ke lantai atau dinding, atau mengencangkan otot paha tanpa menggerakkan lutut.



3. PATUH MINUM OBAT PENURUN TEKANAN DARAH TINGGI: PENCEGAHAN UTAMA!

Tekanan darah tinggi adalah faktor risiko utama stroke. Kepatuhan minum obat sangat penting untuk:

Mencegah stroke berulang.

Mengendalikan tekanan darah agar stabil.

Obat penurun tekanan darah tinggi bisa mencegah komplikasi serius lainnya (penyakit jantung, ginjal).

Tips Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat:

Buat Jadwal: Tentukan waktu minum obat yang sama setiap hari.

Gunakan Pengingat: Pasang alarm di HP, tempel catatan di kulkas, atau gunakan kotak obat harian/mingguan.

Letakkan di Tempat Mudah Dilihat: Simpan obat di tempat yang selalu terlihat, namun aman dari jangkauan anak-anak.

Pahami Obat: Ketahui nama, dosis, dan tujuan setiap obat. Jangan ragu bertanya pada dokter atau apoteker.

Dukungan Keluarga: Ingatkan pasien jika lupa minum obat. Ajak pasien kontrol rutin ke dokter.

Jangan Berhenti Sendiri: Jangan pernah menghentikan atau mengubah dosis obat tanpa berkonsultasi dengan dokter.

Lampiran III Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

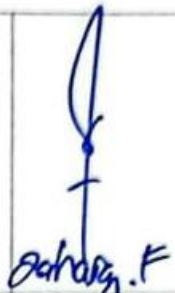
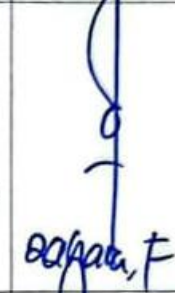
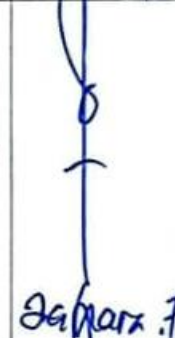
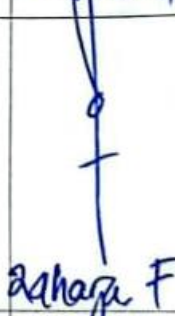
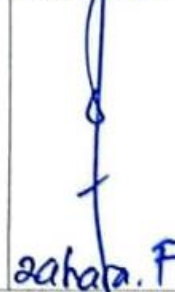
Nama : Azis Gandri Mabarti

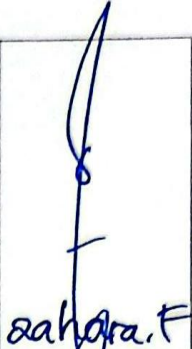
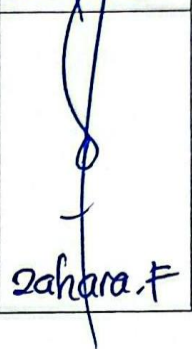
NIM : KHGA.22062

Pembimbing : H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Ny. M dengan Gangguan Sistem Persyarafan: Stroke
Infark Lakuner Sistem Karotis Kiri di Ruang Flamboyan RS TK. IV Guntur
Kabupaten Garut

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	10/06/2025	BAB III	1) Perbaiki Teknik penulisan BAB III 2) Lengkapi data focus hasil pengkajian berdasarkan kasus pasien 3) Perbaiki penulisan hasil pemeriksaan fisik 4) Perbaiki analisa data 5) Perbaiki rumusan diagnose keperawatan 6) Intervensi fokuskan kepada apa yang dibutuhkan oleh pasien 7) Perbaiki redaksi intervensi 8) Sesuai implementasi dengan intervensi yang sudah ada 9) Evaluasi dan catatan perkembangan harus berdasarkan kriteria hasil 10) Perbaiki pola pembahasan dengan Teknik FTO (Fakta, Teori, Opini)	

2.	13/06/2025	BAB III	1) BAB III ACC 2) Mulai susun BAB I dan BAB II	
3.	17/06/2025	BAB I	1) Perbaiki Teknik penulisan BAB I 2) Tambahkan data pasien data prevelensi pasien stroke tahun 2024 dan 2025 3) Jelaskan justifikasi pemilihan kasus 4) Mulai susun BAB II	
4.	19/06/2025	BAB I BAB II	1) BAB I ACC 2) Perbaiki penulisan BAB II 3) Data yang dikasuskan fokuskan kepada data-data yang lazim terjadi pada pasien stroke infark 4) Perbaiki Analisa data sesuai teori 5) Perbaiki cara penulisan cara penulisan sumber atau referensi	
5.	20/06/2025	BAB II	1) BAB II ACC 2) Susun BAB IV 3) Susun draf KTI lengkap	
6	30/06/2025	BAB IV	1) Simpulan fokuskan kepada tujuan penulisan 2) Persingkat simpulan 3) Abstrak harus mengandung komonen IMRAD	

7.	01/07/2025	Abstrak	1) Abstrak ACC 2) Susun draf KTI lengkap	
8.	02/07/2025	Draf KTI Lengkap	1) ACC Ujian sidang 2) Persiapkan untuk sidang KTI	

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

1. Nama : Azis Gandri Mabarti
2. NIM : KHGA.22062
3. Jenis kelamin : Laki-Laki
4. Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 18 September 1999
5. Agama : Islam
6. Pekerjaan : Mahasiswa
7. Alamat : Kp. Cidatar RT/RW 05/07, Desa
Cidatar, Kecamatan Cisurupan,
Kabupaten Garut
8. Email : azisgandrimipa3@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 02 Cisero Tahun 2006-2012
2. SMPN 1 Cisurupan Tahun 2012-2015
3. SMAN 16 Garut Tahun 2015-2018
4. Mahasiswa D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022
sampai 2025.

