

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN : STROKE INFARK
DI RUANG RUBI BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusu Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

**MIKYAL MAR'ATUS SOLEHAH
KHGA20027**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROKE INFARK
DI RUANG RUBI BAWAH dr. SLAMET GARUT**

NAMA : MIKYAL MAR'ATUS SOLEHAH

NIM : KHGA20027

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Siap Untuk Diujikan
Dihadapan Penelaah Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023
Menyetujui
Pembimbing

Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN: STROKE INFARK
DI RUANG RUBI BAWAH dr. SLAMET GARUT**
NAMA : MIKYAL MAR'ATUS SOLEHAH
NIM : KHGA20027

Garut, Juli 2023
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

H. Zahara Farhan, M.Kep.

Eldessa Vavarilla, M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan
Pembimbing

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

Elang M. Atoilah, S.Sos., M.Kes.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN : STROKE INFARK DI RUANG RUBI BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT

Oleh : Mikyal Mar'atus Solehah. NIM. KHGA20027

IV Bab, 88 Halaman, 21 Tabel, 2 Lampiran.

Stroke merupakan masalah keperawatan yang sudah tidak asing lagi bagi masyarakat Indonesia. Penyakit stroke dapat di derita masyarakat dari golongan usia produktif maupun usia lanjut. Jumlah penderita di Jawa Barat diperkirakan 131.846 penduduk yang mengalami stroke dimana stroke menjadi sebagian besar penyebab kematian di Rumah Sakit. Tujuan dari penulisan Karya tulis ini agar penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial-spiritual yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan khususnya pada pasien dengan stroke infark. Metode yang digunakan yaitu metode deskriptif analitik dengan bentuk studi kasus. Adapun masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. T seperti Gangguan mobilitas fisik, Nyeri akut dan Gangguan pola tidur. Ada beberapa masalah yang secara teoritis kemungkinan ada, tetapi tidak ditemukan pada kasus ini disebabkan oleh adanya penanganan secara cepat sehingga masalah tersebut tidak terjadi. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini fokus ditunjukkan pada masalah setiap orang dengan mengacu pada pasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut difokuskan dalam mengatasi penyebab dari gangguan persyarafan yang dialami. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. T didapatkan semua masalah keperawatan teratasi. Simpulan dalam karya tulis ini adalah teratasinya masalah keperawatan yang muncul pada Ny. T dikarenakan adanya partisipasi aktif keluarga dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, tersedianya alat-alat serta peran perawat dan tim kesehatan lain yang saling berkoordinasi dan berkolaborasi dalam mengelola kasus Ny. T.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Sistem Persyarafan, Stroke Infark.

Daftar pustaka : 20 buah (2013-2021)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, solawat serta salam terlimpah curahkan kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. T Dengan Gangguan Sistem Persyarafan : Stroke Infark Di Ruang Ruby Bawah RSUD dr. Slamet Garut”. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada :

1. Dr. H. Hadiat MA selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani.
2. H. Suryadi, S.E., M.Si., selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Dewi Budiarti, S.Kep., M.Kep., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

5. Elang M. Atoillah, S.Sos.,M.Kes. selaku pembimbing saya yang telah banyak memberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran, kasih sayang, perhatian, penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
6. H. Zahara Farhan, M.Kep. selaku penguji I yang telah memberikan saran serta arahan kepada penulis.
7. Eldessa Vava Rilla, M.Kep. selaku penguji II yang telah memberikan saran serta arahan kepada penulis.
8. Kepada seluruh staf dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun di STIKes Karsa Husada Garut.
9. Kepada pembimbing dari RSUD dr. Slamet Garut yang telah membantu dan memberikan fasilitas selama melakukan praktek KMB ini.
10. Kepada Orang Tua dan keluarga tercinta yang selalu menjadi sumber inspirasi bagi penulis, serta selalu memberikan doa dukungan materi, perhatian, kasih sayang dan motivasi yang tiada henti, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, jasa kalian takkan pernah terbalaskan, semoga Mamah dan kakak-kakak selalu diberikan kesehatan Aamiin.
11. Untuk sahabat saya juga Bestie yang selalu ada saat susah, senang dikampus maupun di luar kampus terima kasih banyak ya selalu support

saya, sedih sih kita bentar lagi lulus, tapi gapapa ya semoga kita nanti lulus bareng dan sukses bareng ya, aamiin.

12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian karya tulis ini.

Dengan demikian penulis menyadari bahwa dalam menyusun karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu Penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan pada masa yang akan datang.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaikan, bimbingan, dan motivasi yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan.....	4
C. Metode Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	8
A. Konsep Dasar Stroke Infark.....	8
1. Definisi Stroke Infark.....	8
2. Etiologi.....	9
3. Patofisiologi dan pathway.....	10
4. Tanda dan Gejala.....	14
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	14
6. Komplikasi.....	16
7. Penatalaksanaan.....	17
8. Dampak masalah terhadap perubahan struktur / pola fungsi system tubuh tertentu terhadap kebutuhan klien sebagai makhluk kholistik.....	19
B. Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan : Stroke Infark.....	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul.....	30
3. Perencanaan.....	31
4. Implementasi.....	36
5. Evaluasi keperawatan.....	36
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	37
A. Laporan Kasus.....	37
1. Pengkajian.....	37
2. Diagnosa Keperawatan.....	46
3. Perencanaan.....	49

4. Implementasi dan Evaluasi.....	52
5. Catatan Perkembangan.....	54
B. Pembahasan.....	57
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	65
A. KESIMPULAN.....	65
B. Rekomendasi.....	66
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1; Pemeriksaan saraf kranial	24
Tabel 2.2; Analisa data	26
Tabel 2.3; Rencana Keperawatan	31
Tabel 2.4; Rencana Keperawatan	32
Tabel 2.5; Rencana Keperawatan	32
Tabel 2.6; Rencana Keperawatan	33
Tabel 2.7; Rencana Keperawatan.....	34
Tabel 2.8; Rencana Keperawatan.....	34
Tabel 2.9; Rencana Keperawatan.....	35
Tabel 2.10; Rencana Keperawatan.....	35
Tabel 2.11; Rencana Keperawatan.....	36
Tabel 3.1; 12 syaraf intrakranial	39
Tabel 3.2 ; Pola Aktivitas	42
Tabel 3.3; Pemeriksaan penunjang	43
Tabel 3.4; Pemeriksaan penunjnag	43
Tabel 3.5; Therapy	44
Tabel 3.6; Analisa data	44
Tabel 3.7; Perencanaan	49
Tabel 3.8; Implementasi dan Evaluasi	52
Tabel 3.9; Catatan Perkembangan Hari ke-1	54
Tabel 3.10; Catatan Perkembangan Hari ke -2	56

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan masalah keperawatan yang sudah tidak asing lagi bagi masyarakat Indonesia. Penyakit stroke dapat di derita masyarakat dari golongan usia produktif maupun usia lanjut. Ada dua faktor risiko yang dapat menyebabkan stroke yaitu faktor yang tidak dapat di modifikasi seperti usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga sedangkan faktor risiko yang dapat di modifikasi seperti hipertensi, merokok, diabetes melitus, obesitas dan atrial fibrillation (Mutiarasari, 2019).

Stroke Infark adalah suatu sindrom klinis yang terjadi karena penyempitan atau sumbatan pada jaringan nekrotik otak, sehingga pasokan oksigen dan darah ke otak berkurang yang dapat menyebabkan infark jika aliran darah tidak segera dipulihkan dalam waktu yang cepat maka akan mengalami kematian. Stroke termasuk dalam penyakit peradaban yang paling merusak dengan dampak tinggi pada kesehatan dan kualitas hidup dengan prevalensi lebih dari 15 juta kasus baru setiap tahun di seluruh dunia. Tingginya angka stroke tersebut berpotensi meningkat prevalensi di semua kelompok usia, terdapat

sejumlah besar orang yang menderita stroke di bawah usia 50 tahun, yang di sebut stroke ”muda” (Adi et al, 2021).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO, 2018) menyatakan bahwa stroke merupakan penyebab kedua kematian setelah penyakit jantung iskemik serta penyebab ketiga kecacatan setelah penyakit menular dan kanker. Sekitar 15 juta orang menderita stroke yang pertama kali setiap tahun, dengan sepertiga dari kasus ini atau sekitar 6,6 juta mengakibatkan kematian (3,5 juta perempuan dan 3,1 juta laki-laki). Stroke merupakan masalah besar di negara berpendapatan rendah dari pada di negara berpendapatan tinggi. Lebih dari 81% kematian akibat stroke terjadi di negara berpendapatan rendah.

Berdasarkan data hasil Rikesdas tahun 2018 Di negara Indonesia sendiri prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Berdasarkan data prevelensi di Jawa Barat sendiri pada tahun 2018 prevalensi terjadinya penyakit stroke yaitu sebesar (11,4 %) (Kemenkes RI, 2018). Stroke tidak termasuk dalam 10 besar penyakit terbanyak di RSUD dr. Slamet Garut. Berdasarkan data dari RSUD dr. Slamet Garut, satu tahun terakhir dari Bulan Januari – Desember 2022 ditemukan data yang mengalami stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Slamet Garut sebanyak 41 jiwa dengan kelompok usia 18-50 tahun (3 orang) > 50 tahun (38 orang) dan jenis

kelamin laki-laki (18 orang) perempuan (23 orang) (Register RSUD dr. Slamet Garut).

Secara umum, stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori besar, yaitu stroke infark dan stroke hemoragik. Stroke infark disebabkan oleh gangguan suplai darah ke bagian otak yang mengakibatkan hilangnya fungsi secara tiba-tiba, sedangkan stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah atau struktur pembuluh darah yang abnormal. Umumnya, stroke infark mencapai sekitar 80% dari kasus stroke sementara untuk stroke hemoragik 20% tetapi proporsi yang sebenarnya dari jenis stroke tergantung pada populasi. (Zafar & Al, 2018)

Perawat merupakan fasilitator dalam mewujudkan masyarakat hidup sehat sesuai dengan perannya. Sebagai *care giver* yaitu memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke dan sebagai edukator dalam bentuk pendidikan kesehatan yang meliputi kebutuhan nutrisi, perawat pasca stroke, serta anjuran-anjuran pada keluarga sebagai upaya membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan pencegahan agar tidak terjadi serangan stroke berulang (Praditya, 2017).

Salah satu masalah keperawatan yang memerlukan penanganan lebih lanjut pada pasien Stroke infark yaitu gangguan mobilitas fisik, dikarenakan penderita stroke akan mengalami penurunan kekuatan pada salah satu bagian anggota gerak akibat dari kelemahan otot

(Wicaksono, 2017). Dampak yang ditimbulkan oleh stroke, berupa hemiparese (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan) merupakan salah satu bentuk defisit motorik. Hal ini disebabkan oleh gangguan motorik neuron dengan karakteristik kehilangan kontrol gerakan volunteer (gerakan sadar), gangguan gerakan, keterbatasan tonus otot, dan keterbatasan reflek (Susanti & Bistara, 2019)

Salah satu tindakan untuk bergerak atau tubuh klien di gerak-gerakan yang biasa disebut rentang gerak atau *Range Of Motion* (ROM) dimana ROM adalah tindakan latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitasnya terbatas karena penyakit, disabilitas dan trauma baik secara aktif maupun pasif. ROM pasif yaitu latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat setiap melakukan pergerakan latihan (Praditya, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melihat untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. T Dengan Gangguan Sistem Persyarafan : Stroke Infark Di Ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada Ny. T dengan gangguan sistem persyarafan .

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya tulis ini yaitu penulis mampu :

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. T dengan Stroke Infark.
- b. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. T dengan Stroke Infark.
- c. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan yang paling mendasar pada Ny. T dengan Stroke Infark.
- d. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny. T dengan Stroke Infark.
- e. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sesuai dengan perencanaan dan pelaksanaan yang diberikan pada Ny. T dengan Stroke Infark.

C. Metode Penulisan

Pada karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah analisi deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode pengumpulan data dan teknik asuhan keperawatan.

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan percakapan langsung dengan klien, keluarga, perawat ruangan untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas klien, riwayat kesehatan,

pemeriksaan fisik data psikologis dan data penunjang lainnya, yang berhubungan dengan stroke infark.

2. Observasi

Teknik observasi yaitu dengan pengumpulan data secara langsung pada pasien stroke infark dengan pengamatan secara subjektif untuk mendapatkan data secara akurat.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan menyeluruh secara head to toe atau persistem untuk mendapat data objektif pasien.

4. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan adalah data yang didapatkan dari sumber-sumber yang didapatkan dari sumber-sumber yang menunjang terhadap kasus Stroke Infark.

5. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah data yang didapatkan dari pemeriksaan penunjang yang bertujuan untuk mendukung data yang didapat dari hasil wawancara dan pengukuran.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan yang digunakan dalam penyusunan pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

BAB I merupakan pendahuluan, yang meliputi latar belakang, tujuan metode telaahan dan sistematika penelitian.

BAB II merupakan tinjauan teoritis, yang meliputi konsep dasar penyakit yang berisi definisi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medis, serta proses keperawatan mulai dari pengkajian, kemungkinan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB III berisi tentang tinjauan kasus dan pembahasan, merupakan laporan asuhan keperawatan pada klien, yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan serta pembahasan yang berisikan ulasan naratif dari setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan.

BAB IV yaitu penutup, yang terdiri dari kesimpulan dan rekomendasi yang berisikan kesimpulan asuhan keperawatan serta rekomendasi atau saran bagi mahasiswa, bagi institut, dan tempat layanan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Stroke Infark

1. Definisi Stroke Infark

Stroke Infark adalah kematian jaringan otak karena gangguan aliran darah ke daerah otak, yang disebabkan oleh sumbatan (Mutiarasari, 2019).

Stroke Infark ialah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nurarif & Kusuma, 2015). Stroke Infark dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013).

Stroke infark adalah keadaan dimana otak mengalami iskemia dan nekrosis akibat aliran darah kesuatu area otak menurun atau terhenti akibat suatu sumbatan baik karena trombus atau emboli (Bahrudin, 2013).

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke infark merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya gangguan peredaran darah yang mengakibatkan pasokan

darah dan oksigen menurun atau terhenti karena adanya penyumbatan baik karena trombus atau emboli.

2. Etiologi

Menurut (Doenges, dkk, 2019) Gangguan pasokan aliran darah ke otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri pada semua percabangan. Secara umum, apabila aliran darah ke otak terputus selama 15-20 menit maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Beberapa patologi yang mendasari gangguan peredaran darah otak, diantaranya :

a. Stroke infark

- 1) Stroke trombotik dan emboli pembuluh darah besar yang terjadi akibat hipoperfusi, hipertensi dan emboli yang terlepas dari arteri besar ke cabang distal.
- 2) Stroke trombotik pembuluh kecil biasanya berasal dari plak, diabetes melitus, atau hipertensi.
- 3) Stroke kardioembolik terjadi akibat fibrilasi atrial, penyakit katup, atau thrombus ventrikel.
- 4) Tipe stroke infark lainnya disebabkan oleh hiperglikemik dan hiperinsulinemia, diseksi arterial, arteritis, dan penyalahgunaan obat.

b. Stroke Hemoragik

- 1) Disebabkan oleh hemoragik sub arakhoid atau intraserebral dari beberapa kondisi, seperti ruptur

aneurisma, malpormasi, arteriovena (AVM), trauma, infeksi, tumor, atau defisiensi pembekuan darah.

2) Faktor risiko utama : 60% hipertensi

3. Patofisiologi

Menurut Haryono (2019) patofisiologi stroke infark adalah sebagai berikut :

Stroke infark adalah stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoreksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang bisa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak.

Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10 cc/100 g jaringan otak tiap menit. Daerah ini berisiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Sedangkan daerah penumbra adalah daerah otak yang aliran

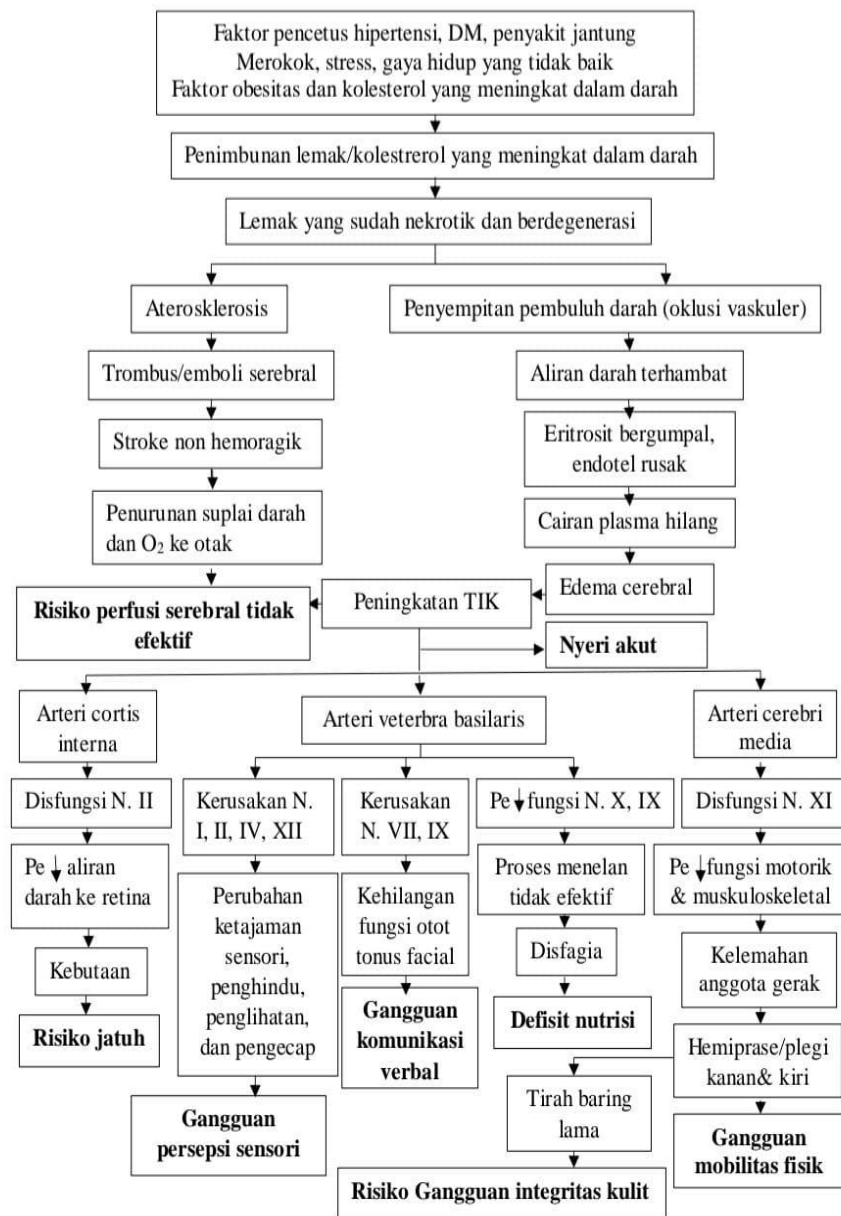
darahnya terganggu tetapi masih lebih baik daripada daerah inti karena daerah ini masih mendapat suplai perfusi dari pembuluh darah lainnya. Daerah penumbra memiliki aliran darah 10-25 cc / 100 g jaringan otak tiap menit. Daerah penumbra memiliki prognosis lebih baik dibandingkan dengan daerah inti. Defisit neurologis dari stroke iskemik tidak hanya bergantung pada luas daerah inti dan penumbra, tetapi juga pada kemampuan sumbatan menyebabkan kekakuan pembuluh darah atau vasopasme.

Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah adalah suatu proses biomolekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia (ischemic cascade). Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamat. Glutamat bekerja pada reseptor di sel-sel saraf (terutama reseptor NMDA dan methyl-D-aspartate), menghasilkan influks natrium dan kalsium. Influks natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influks kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak dan

struktur sel. Influx kalsium juga dapat menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organel membran yang berfungsi mengatur metabolisme sel. Kegagalan- kegagalan tersebut yang membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Haryono, 2019; Maria, 2021; PPNI, 2016).

Bagan 2.1. Dampak Stroke Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber : (PPNI, 2016; Haryono, 2019; Maria, 2021)

4. Tanda dan Gejala

Menurut (Kemenkes RI, 2019), tanda dan gejala stroke, yaitu :

- a. Senyum tidak simetris, atau moncong ke satu sisi, tersedak dan sulit menelan air minum secara tiba-tiba.
- b. Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba.
- c. Tiba-tiba tidak dapat berbicara, kata-katanya tidak mengerti dan bicara tidak nyambung.
- d. Kebas atau baal dan kesemutan separuh badan.
- e. Rabun, pandangan satu mata kabur secara tiba-tiba.
- f. Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya. Gangguan fungsi keseimbangan seperti terasa berputar dan gerakan sulit dikontrol.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien Stroke infark menurut Haryono, (2019) yaitu sebagai berikut:

- a. Computer Tomografi Scan (CT Scan)

Pemeriksaan CT Scan menggunakan serangkaian sinar-X untuk membuat gambar detail dari otak. CT Scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke dan kondisi lainnya. Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Pada stroke infark terlihat adanya infark.

b. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak. MRI dapat mendeteksi jaringan otak yang rusak oleh stroke iskemik dan perdarahan otak. Pemeriksaan ini lebih canggih dibanding CT Scan.

c. Ultrasonografi Dopler (USG Dopler)

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

d. Angiografi serebral

Prosedur ini memberikan gambaran secara rinci tentang arteri di otak dan leher. Serta membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

e. Elektro encephalo Graphy (EEG)

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

f. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan

perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

g. Pungsi lumbal

Pungsi lumbal dilakukan dengan memasukkan jarum ke dalam ruang subaraknoid untuk mengeluarkan CSS yang bertujuan untuk diagnostik atau pengobatan. Pemeriksaan pungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan.

6. Komplikasi

Menurut (Mutiarasari, 2019) stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan dini, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan

neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi sangat umum pada pasien stroke.

Pasien dengan stroke akut berisiko tinggi untuk terjadi infeksi. Infeksi yang sering terjadi pada pasien stroke pada umumnya adalah pneumonia dan infeksi saluran kemih. Kajian sistematis yang melibatkan 137.817 pasien stroke pada Academic Medical Center di Netherland menunjukkan bahwa angka kejadian infeksi secara keseluruhan pada pasien stroke sebesar 30%, angka kejadian pneumonia 10% dan angka kejadian infeksi saluran kemih sebesar 10%. Pneumonia secara bermakna dapat menyebabkan kematian di rumah sakit dengan OR 3,62; 95% CI, 2,80-4,68 sedangkan infeksi saluran kemih tidak menyebabkan kematian di rumah sakit

7. Penatalaksanaan

Menurut Wijaya dan Putri (2013) penatalaksanaan stroke dibagi menjadi penatalaksanaan umum, medis dan khusus/komplikasi meliputi :

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral decubitus bila disertai muntah dan dilakukan mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.

- 2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat, bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/menit.
 - 3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
 - 4) Kontrol tekanan darah dan pertahankan tetap normal.
 - 5) Suhu tubuh harus dipertahankan.
 - 6) Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau terjadi penurunan tingkat kesadaran dianjurkan pemasangan NGT.
 - 7) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
- b. Penatalaksanaan Medis
- 1) Trombolitik (streptokinase)
 - 2) Anti platelet/anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiradamol)
 - 3) Antikoagulan (heparon)
 - 4) Antagonis serotonin (nifedipine)
 - 5) Antagonis calcium (nifedipine, piracetam)
- c. Penatalaksanaan Khusus/Komplikasi
- 1) Penatalaksanaan faktor risiko seperti anti hipertensi, anti hiperglikemia dan anti hiperurisemia.
 - 2) Atasi kejang (antikonvulsan)

- 3) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi (manitol, gliserol, furosemide, intubasi, steroid, dll)
- 4) Atasi dekompresi (kraniotomi)

8. Dampak masalah terhadap perubahan struktur / pola fungsi system tubuh tertentu terhadap kebutuhan klien sebagai makhluk kholistik

a. Gangguan fungsi jaringan otak

Akibat adanya sumbatan pembuluh darah otak, perdarahan otak, vasopasme serebral.

b. Gangguan mobilitas fisik

Terjadi adanya kelemahan, kelumpuhan dan menurunnya persepsi kognitif.

c. Gangguan komunikasi verbal

Akibat menurunnya / terhambatnya sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskular, kelemahan otot wajah.

d. Gangguan nutrisi

Akibat adanya kesulitan menelan, kehilangan sensasi pada lidah nafsu makan yang menurun.

e. Gangguan eliminasi urine

Dapat terjadi karena klien tidak sadar, dehidrasi, imobilisasi dan hilangnya kontrol miksi.

f. Ketidakmampuan perawatan diri

Akibat adanya kelemahan pada satu sisi, kehilangan koordinasi atau kontrol otot, menurunnya persepsi kognitif.

g. Gangguan psikologis

Dapat berupa emosi labil, mudah marah, kehilangan kontrol diri, ketakutan, perasaan tidak berdaya dan putus asa.

h. Gangguan penglihatan

Dapat terjadi karena penurunan ketajaman penglihatan dan lapang pandang.

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan : Stroke Infark

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses melakukan pemeriksaan/penyelidikan yang dilakukan perawat untuk mempelajari keadaan pasien sebagai langkah awal yang akan dijadikan data pengambilan keputusan klinik keperawatan (Rohman dan Walid, 2019).

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data menurut Padila (2012) dan Aspiani (2015) yaitu mengumpulkan informasi yang sistematis tentang klien, dikumpulkan dari klien, keluarga, orang terdekat, masyarakat, grafik, rekam medis, hasil pemeriksaan diagnostic, perawatan lain dan keputusan.

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register dan diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala dan gangguan kesadaran.

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif dan koma.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat

anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5) Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit menurun atau menular. Riwayat keluarga yang menderita hipertensi, gagal jantung, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi sebelumnya.

6) Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis, dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan sistem persyarafan yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan dari pasien.

a) Keadaan umum

Umumnya klien mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yang sulit dimengerti sampai dengan tidak bisa sama sekali,

kelemahan salah satu anggota gerak, dan tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat.

b) Sistem penglihatan

Pada sistem penglihatan ini biasanya terjadi penglihatan kabur, oerdarahan retina, kontungtiva anemis, reflek pupil baik atau tidak.

c) Sistem pernafasan

Biasanya pada pasien dengan kesadaran composmentis tidak ada masalah pada sistem pernafasan. Akan tetapi pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran biasanya ditemukan adanya sumbatan jalan nafas atau sesak napas.

d) Sistem persyarafan

Pengkajian pada sistem persyarafan merupakan fokus pengkajian pada pasien stroke dan lebih lengkap dibandingkanb pengkajian pada sistem lainnya. Pada klien dengan peningkatan TIK, biasanya pasien akan mengeluh nyeri kepala hebat.

(1) Pengkajian tingkat kesadaran

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor sampai dengan koma.

(2) Pengkajian sistem motorik

Inspeksi umum didapatkan hemiplegia / hemiparasis baik itu secara keseluruhan maupun salah satu, serta terdapat fasikulasi pada otot-otot ekstremitas biasanya didapatkan kekuatan otot 0 pada ekstremitas yang sakit.

(3) Pengkajian refleks

Biasanya pada saat dilakukan pengkajian refleks babinski hasilnya akan positif (+) pada ekstremitas yang sakit.

(4) Pengkajian saraf kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII

Tabel 2.1; Pemeriksaan saraf kranial

Nervus I (olfaktorius)	Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
Nervus II (optikus)	Pada kasus lanjut, biasanya pada klien dengan hemiplegia kiri terjadi disfungsi persepsi visual, dimana klien tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.
Nervus III,IV,VI (okulomotorius,trokhlearis, dan abduken)	Klien dengan peningkatan TIK dapat mengalami perbedaan ukuran pupil, serta adanya gerakan konjungat unilateral pada sisi yang sakit
Nervus V (trigeminus)	Pada kasus pasien dengan penurunan kesadaran dapat terjadi penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
Nervus VII (fasialis)	Persepsi pengecap dalam batas normal, wajah ansimetris dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
Nervus VIII (vestibulacochlearis)	Biasanya tidak ditemukan adanya penurunan fungsi pendengaran

Nervus IX dan X (glossofaringeus dan vagus)	Kemampuan menelan kurang baik, dan adanya kesulitan membuka mulut
Nervus XI (accessorius)	Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius
Nervus XII (hipoglossus)	Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indera pengecapan normal

e) Sistem kardiovaskuler

Pada saat pengkajian sistem kardiovaskuler lihat apakah ada pulsasi iktus kordis, CRT, apakah ada sianosis, apakah akral dingin atau hangat, apakah ada bunyi jantung tambahan atau tidak.

f) Sistem perkemihan

Umumnya mengalami inkontinensia urine, mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidampungan untuk mengendalikan kandung kemih.

g) Sistem pencernaan

Biasanya didapatkan keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, serta mual dan muntah.

h) Sistem muskuloskeletal

Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia / hemiparesis salah satu atau seluruh anggota gerak, serta kesulitan beraktivitas karena adanya kelemahan.

i) Sistem integumen

Pengkajian disini biasanya warna kulit, apakah ada luka atau tidak, apakah ada edema atau tidak.

j) Sistem endokrin

Pada saat pengkajian lihat apakah ada pembesaran kelenjar tyroid atau tidak.

7) Pola aktivitas sehari-hari

Klien dengan penyakit stroke biasanya terdapat kelemahan ekstremitas, nyeri kepala dan kelelahan

8) Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

b. Analisa Data

Tabel 2.2; Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds :	Faktor Risiko	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
1.	Kemungkinan klien yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik biasanya mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	↓ Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ aliran darah terhambat ↓ Peningkatan TIK ↓ Arteri cerebri media ↓ Disfungsi N.XI ↓ Penurunan fungsi motorik & muskuloskeletal ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Hemiprase/plegi kanan&kiri ↓ Gangguan Mobnilitas Fisik	
2.	Nyeri saat bergerak		
3.	Enggan melakukan penggerakan		
4.	Merasa cemas saat bergerak		
	Do :		
1.	Kekuatan otot menurun		
2.	Rentang gerak (ROM) menurun		
3.	Sendi kaku		
4.	Gerakan tidak terkoordinasi		
5.	Gerakan terbatas		
6.	Fisik lemah		
2.	Ds :	Faktor Risiko	Gangguan pola tidur (D.0055)
1.	Kemungkinan klien yang mengalami gangguan pola tidur mengeluh sulit tidur	↓ Aliran darah terhambat ↓ Asidosis metabolik ↓ Vasodilatasi pembuluh darah ↓ Peningkatan TIK ↓ Jaringan mengalami reaksi dan pergeseran sensasi nyeri ↓ Nyeri kepala ↓ Gangguan Pola Tidur	
2.	Mengeluh sering terjaga		
3.	Mengeluh tidak puas tidur		
4.	Mengeluh pola tidur berubah		
5.	Mengeluh istirahat tidak cukup		
6.	Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun		
	Do : -		

3.	Ds : 1. Kemungkinan klien yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut biasanya mengeluh nyeri Do : 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Posisi menghindari nyeri 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Tekanan darah meningkat 6. Pola napas berubah 7. Nafsu makan berubah 8. Proses berfikir terganggu 9. Sulit tidur	Faktor Risiko ↓ Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ aliran darah terhambat ↓ Peningkatan TIK ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut (D.0077)
4.	Ds : - Do : 1. Tidak mampu berbicara 2. Menunjukkan respon tidak sesuai 3. Pelo 4. Gagap 5. Tidak ada kontak mata 6. Sulit memahami kontak mata 7. Sulit mempertahankan komunikasi 8. Sulit untuk menggunakan ekspresi wajah atau tubuh	Faktor Risiko ↓ Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ aliran darah terhambat ↓ Peningkatan TIK ↓ Arteri vetebra basilaris ↓ Kerusakan N. VII, IX ↓ Kehilangan fungsi otot tonus facial ↓ Gangguan Komunikasi Verbal	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
5.	Ds : - Do : 1. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit 2. Nyeri 3. Perdarahan 4. Kemerahan 5. Hematoma	Faktor Risiko ↓ Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ aliran darah terhambat ↓ Peningkatan TIK	Risiko gangguan integritas kulit (D.0139)

↓			
Arteri cerebri media			
↓			
Disfungsi N.XI			
↓			
Penurunan fungsi motorik & muskuloskeletal			
↓			
Kelemahan anggota gerak			
↓			
Hemiprase/plegi kanan&kiri			
↓			
Tirah baring lama			
↓			
Risiko Gangguan Integritas Kulit			
6.	Ds :	Faktor Risiko	Resiko jatuh (D.0143)
	1. Biasanya klien yang mengalami masalah risiko jatuh mengeluh sulit berjan	↓	
	Do :	Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah	
	1. Terdapat edema	↓	
	2. Luka	Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler)	
		↓	
		aliran darah terhambat	
		↓	
		Peningkatan TIK	
		↓	
		arteri cortis interna	
		↓	
		Disfungsi N. II	
		↓	
		Penurunan aliran darah keretina	
		↓	
		Kebutaan	
		↓	
		Risiko Jatuh	
7.	Ds :	Faktor Risiko	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)
	1. Kemungkinan klien yang mengalami masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif mengeluh lemas	↓	
	Do :	Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah	
	1. Hematuria	↓	
	2. Warna kulit pucat	Aterosklerosis	
	3. Pulsasi arterial tidak teraba	↓	
		Trombus/emboli serebral	
		↓	
		Stroke infark	
		↓	
		Penurunan suplai darah dan o2 ke otak	

↓			
Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif			
8.	Ds :	Faktor Risiko	Defisit nutrisi (D.0019)
	1. Kemungkinan klien yang mengalami masalah keperawatan defisit nutrisi mengeluh cepat kenyang setelah makan	↓ Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ aliran darah terhambat ↓ Peningkatan TIK ↓ Arteri vetebra basilaris ↓ Penurunan fungsi N. X, IX ↓ Proses menelan tidak efektif ↓ Disfagia ↓	
	Do :		
	1. Berat badan menurun 10 %		
	2. Bising usus hiperaktif		
	3. Otot pengunyah lemah		
	4. Otot menelan lemah		
	5. Sariawan		
	6. Diare		
	7. Rambut rontok		
	8. Membran mukosa pucat		
Defisit Nutrisi			

b. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (PPNI, 2018).

- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot (D.0054)
- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)
- Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

- e. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring (D.0139)
- f. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)
- g. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme (D.0017)
- h. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

c. Perencanaan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah segala bentuk treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan luaran yang diharapkan (Tim Pokja, SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.3; Rencana Keperawatan

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan massa otot

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria Hasil :	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi :
1. Pergerakan ekstremitas meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Kekuatan otot meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Rentang gerak (ROM) meningkat	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
4. Nyeri menurun	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
5. Kaku sendi menurun	
6. Gerakan tidak terkoordinasi menurun	Terapeutik
7. Gerakan terbatas menurun	5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
8. Kelemahan fisik menurun	6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
	7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

meningkatkan pergerakan

Edukasi

8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
-

Tabel 2.4; Rencana keperawatan
b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan Kriteria Hasil :	Dukungan tidur (I.05174)
1. Keluhan sulit tidur menurun	Observasi :
2. Keluhan tidak puas tidur menurun	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
3. Keluhan pola tidur berubah menurun	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur
4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
5. Kemampuan beraktivitas meningkat	4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
	Terapeutik
	5. Modifikasi lingkungan
	6. Batasi waktu tidur siang, <i>jika perlu</i>
	7. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
	8. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga
	Edukasi
	9. Jelaskan pentingnya tidur saat sakit
	10. Anjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur
	11. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

Tabel 2.5; Rencana keperawatan

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Gelisah menurun 5. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri Terapeutik 3. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 4. fasilitasi istirahat dan tidur 5. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 6. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. jelaskan strategi meredakan nyeri 8. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 9. kolaborasi pemberian analgetik.

Tabel 2.6; Rencana keperawatan

d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Kontak mata meningkat 4. Afasia menurun 5. Pelo menurun 6. Gagap menurun 7. Respons perilaku membaik	Promosi Komunikasi Defisit Bicara (I.13492) Observasi : 1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2. Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis 3. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik 4. Gunakan metode komunikasi alternatif 5. Modifikasi lingkungan untuk meminimalisir bantuan 6. Ulangi apa yang disampaikan pasien 7. Berikan dukungan psikologis

Edukasi

8. Anjurkan berbicara perlahan
9. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis

Kolaborasi

10. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

Tabel 2.7; Rencana Keperawatan**e. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan Kriteria Hasil :	Perawatan Integritas Kulit (I.11353)
1. Hidrasi meningkat	Observasi :
2. Perfusi jaringan meningkat	1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
3. Nyeri menurun	Terapeutik
4. Perdarahan menurun	2. Ubah posisi tiap 2 jam tirah baring
5. Kemerahan menurun	3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang
6. Nekrosis menurun	4. Bersihkan perineal dengan air hangat
	5. Gunakan produk perbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
	6. Hindari produk perbahan dasar alkohol pada kulit kering
	Edukasi
	7. Anjurkan menggunakan pelembab
	8. Anjurkan minum air yang cukup
	9. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

Tabel 2.8; Rencana Keperawatan**f. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun**

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat jatuh meurun dengan Kriteria Hasil :	Pencegahan Jatuh (I. 14539)
1. Jatuh dari tempat tidur menurun	Observasi :
2. Jatuh saat berdiri menurun	1. Identifikasi faktor risiko jatuh
3. Jatuh saat duduk menurun	2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
4. Jatuh saat dipindahkan menurun	3. Identifikasi faktor lingkungan
5. Jatuh saat naik tangga menurun	4. Hitung risiko jatuh
6. Jatuh saat dikamar mandi menurun	

	Terapeutik 5. orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 6. pastikan roda tempat tidur dan kursi roda dan sebaliknya 7. pasang handrall tempat tidur 8. atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah Edukasi 9. anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 10. anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 11. anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
--	---

Tabel 2.9; Rencana Keperawatan
g. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Kecemasan menurun 5. Demam menurun	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I. 09325) Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP (<i>mean arterial pressure</i>) 4. Monitor CPV (<i>central venous pressure</i>) 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 7. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 8. Berikan posisi semi fowler 9. Pertahankan suhu tubuh normal Edukasi 10. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulсан, <i>jika perlu</i> 11. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i>

Tabel 2.10; Rencana Keperawatan

h. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan Kriteria Hasil :	Manajemen nutrisi (I. 03119)
1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat	Observasi :
2. Perasaan cepat kenyang menurun	1. Identifikasi status nutrisi
3. Nyeri abdomen menurun	2. Identifikasi makanan yang disukai
4. Berat badan membaik	3. Monitor asupan makanan
5. Nafsu makan membaik	4. Monitor berat badan
6. Bising usus membaik	5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
7. Membran mukosa membaik	Terapeutik
	6. Lakukan oral hygiene, <i>jika perlu</i>
	7. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
	Edukasi
	8. Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i>
	9. Ajarkan diet yang di programkan
	Kolaborasi
	10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Aspiani, 2015).

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan

dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Aspiani,2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Nama	: Ny. T
Umur	: 40 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat	: Cigedug Tonggoh
Diagnosa Medis	: Stroke Infark
No. Rekam Medis	: 01355354

2) Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny. A
Umur	: 51 tahun
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Buruh
Alamat	: Cigedug Tonggoh
Hubungan dengan klien	: Kakak Klien

3) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengeluh tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kirinya.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada tanggal 01 April 2023 klien masuk RS dengan keluhan tidak bisa menggerakkan anggota tubuh sebelah kiri. Pada saat dikaji tanggal 04 April 2023 pukul 10.15 WIB. Klien mengeluh tangan dan kakinya tidak bisa digerakan. Klien juga mengeluh nyeri kepala dan tidurnya terganggu.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan klien sudah pernah dirawat di RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2018. Klien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi tetapi tidak memiliki riwayat penyakit menular, klien tidak ada riwayat kontrol, klien juga sebelumnya tidak pernah operasi, klien tidak ada riwayat alergi, klien juga sedang melakukan diet rendah garam dan diet tinggi serat, dan klien ada riwayat obat-obatan yaitu catopril dan amlodipine.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang menderita suatu penyakit.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 170/100mmHg

Suhu : 36,5°C

Respirasi : 26 x/menit

Nadi : 95 x/menit

Spo2 : 90%

b) Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis

Gcs : 15 E4M5V6

c) Pemeriksaan Fisik Persistem

(1) Sistem persyarafan

Pada ekstremitas sebelah kiri tonus otot 3/3, ekstremitas sebelah kanan 5/5 dan pada ekstremitas sebelah kiri juga refleks babinski positif

Tabel 3.1; 12 syaraf intrakranial

Nervus I (olfaktorius)	Normal, klien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan parfum).
Nervus II (optikus)	Normal, klien mampu melihat dengan jelas.
Nervus III (oculomotorius)	Normal, klien mampu mengangkat kelopak mata
Nervus IV (troklearis)	Normal, klien mampu menggerakkan bola mata
Nervus V (trigeminus)	Normal, klien mampu mengunyah

Nervus VI (abducent)	Normal, klien bisa menggerakkan mata ke samping
Nervus VII (facialis)	Normal, klien mampu tersenyum dan mengangkat alis dan bisa merasakan rasa manis
Nervus VIII (vestibulocochlearis)	Normal, klien bisa mendengar
Nervus IX (glossopharyngeal)	Normal, klien bisa merasakan rasa pahit.
Nervus X (vagus)	Normal, klien bisa menelan dan bicara.
Nervus XI (accessorius)	Tidak normal, klien tidak bisa menggerakkan bahu dan ekstremitas sebelah kiri.
Nervus XII (hypoglossus)	Normal, klien menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah.

(2) Sistem pernapasan

Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 x/menit, irama nafas teratur, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pengembangan sama di paru kiri dan kanan, ekspansi paru simetris, tidak ada kelainan, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan dan terpasang O2 nasal kanul 3 liter.

(3) Sistem kardiovaskuler

Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT $\leq$ 2 detik, tidak ada sianosis, akral teraba hangat, tidak ada bunyi jantung tambahan dan tidak ada kelainan.

(4) Sistem perkemihan

Klien terpasang DC, produksi urine selama 6 jam 400 cc, warna kuning pekat, tidak ada distensi

kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

(5) Sistem pencernaan

Tidak terlihat adanya benjolan, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain, bising usus 15 x/menit, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada pembesaran hepar.

(6) Sistem muskuloskeletal

Tidak ada fraktur, tidak ada kelainan ekstremitas, Tidak ada kelainan tulang belakang, kulit tidak ikterik atau sianosis, pergerakan sendi terbatas, ROM terbatas pada bagian anggota tubuh sebelah kiri, ekstremitas kiri tampak kaku, kekuatan otot

5	3
5	3

(7) Sistem integumen

Warna kulit sawo matang, kulit tidak ikterik atau sianosis dan tidak ada luka dan tidak ada edema.

(8) Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada riwayat luka sebelumnya.

5) Aspek sosial dan spiritual

a) Aspek sosial

Pada saat pengkajian klien dapat berinteraksi dengan baik dan dapat berkomunikasi baik dengan keluarga dan petugas kesehatan.

b) Aspek spriritual

Klien beragama islam, meski dalam keadaan saki, klien selalu berdoa dan berdzikir untuk kesembuhannya.

6) Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 3.2; Pola Aktivitas

No	Aktivitas	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a. makan		
	frekuensi	3x/hari	3x/hari
	porsi	1 porsi	1 porsi (tidak habis)
	jenis	Nasi, sayur, lauk pauk	Bubur, sayur
	cara	Mandiri	Dibantu
	b. minum		
	jenis	Air putih	Air putih
	jumlah	7-8 gelas/hari	5-6 gelas/hari
	cara	Mandiri	Dibantu
2.	Pola Eliminasi		
	a. BAK		
	frekuensi	4-5x/hari	-
	warna	Kuning khas urine	Kuning pekat
	bau	Khas urine	Khas urine
	cara	Mandiri	Dibantu (terpasang DC)
	b. BAB		
	frekuensi	2 x/hari	1 x/hari
	warna	Khas feses	Khas feses
	bau	Khas feses	Khas feses
	cara	Mandiri	Dibantu

3.	Istirahat Tidur Tidur malam Tidur siang Kualitas	$\pm 6-7$ jam ± 1 jam Nyenyak	$\pm 4-5$ jam ± 3 jam Tidak nyenyak
4.	Personal hygiene Mandi Gosok gigi Keramas Gunting kuku	2x/hari 2x/hari 2x/minggu 1x/minggu	1x/hari 1x/hari Selama di RS belum -
5.	Aktivitas	Klien dapat melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan orang lain.	Di rumah sakit aktivitas klien di bantu keluarga/ orang lain.

7) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 01 April 2023

Tabel 3.3; Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Flag satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI			
Hematologi tanpa driff			
Hemoglobin	13.4	g/dl	13-16
Hematokrit	38	%	35-47
Jumlah Leukosit	6.600	/mm ³	3.800-10.600
Jumlah Trombosit	353.000	/mm ³	150.000-440.000
Jumlah Eritrosit	3.96	Juta/mm ³	3.6-5.8
KIMIA KLINIK			
Glukosa Darah Sewaktu	119	Mg/dL	<140
Ureum	20	Mg/dL	20-40
Kreatinin	0.80	Mg/dL	0.5-1.3
SGOT	18	u/L	0-31
SGPT	15	u/L	<35
Paket Elektrolit			
Natrium	140	MEg/L	135-145
Kalium	3.4	MEg/L	3.6-5.5
Glorida	109	MEg/L	98-108
Calsium	4.33	MEg/dL	4.7-5.3

Tabel 3.4; Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Flag Satuan	Nilai Normal
URINOLOGI			
Urine Rutin			
Makroekople			
Warna	Kuning		
Kejernihan	Agak Keruh		
Kimia Urine			
Berat Jenis	1.025		1.002-1.030
PH	6.5		4.8-7.4
Lekosit	Negatif	Leu/UL	Negatif
Nitrit	Negatif		Negatif
Protein	Negatif	g/L	Negatif
Glukosa	Negatif	mmal/L	Negatif
Keton	Negatif	mmal/L	Negatif
Uroblinogen	Negatif	umol/L	Negatif
Bilirubin	Negatif	Ery/uL	Negatif
Blood Urine	+ 2		Negatif
Mikroskopis Urine			
Lekosit	4.6	/lpb	0-5
Eritrosit	8.12	/lpb	0-1
Sel Epithel	2.4	/lpk	5-15
Silinder	Negatif	/lpk	Negatif
Kristal	Negatif	/lpb	
Bakteri	Negatif	/lpk	Negatif
Jamur	Positif		Negatif

b) CT-scan

Tanggal : 01 April 2023

Stroke infark lama a.r capsula eksterna kiri.

8) Therapy

Tabel 3.5; Therapy

No	Nama obat	Dosis	Cara pemberian
1.	Infus Asering	20 tpm	IV
2.	Citicoline	2x1gr	IV
3.	Manitol	4x100cc	IV
4.	Mecobalamine	2x1	IV
5.	Ketorolac	2x30mg	IV
6.	Captopril	2x6.26	Tablet
7.	Omeprazol	1x40mg	IV

b. Analisa Data

Tabel 3.6; Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : Klien mengeluh tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya. Do : 1. Tonus otot 5 3 3 3 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Gerakan terbatas 4. Sendi kaku	Faktor Risiko ↓ Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ aliran darah terhambat ↓ Peningkatan TIK ↓ Arteri cerebri media ↓ Disfungsi N.XI ↓ Penurunan fungsi motorik & muskuloskeletal ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Hemiprase/plegi kanan&kiri ↓ Gangguan Mobnilitas Fisik	Gangguan mobilitas fisik
2.	Ds : 1. Klien mengeluh nyeri kepala 2. klien mengatakan nyeri kepala sering terjadi pada malam hari Do : 1. TD : 170/100 mmHg 2. Nadi : 95 x/menit 3. Tampak lemah 4. Sulit tidur 5. Skala nyeri 6(0-10)	Faktor Risiko ↓ Penimbunan lemak yang meningkat dalam darah ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ aliran darah terhambat ↓ Peningkatan TIK ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

3.	Ds :	Faktor Risiko	Gangguan pola tidur
1.	Klien mengatakan tidur tidak nyenyak	↓	
2.	Klien mengatakan jika sudah terbangun di malam hari sulit untuk tidur kembali	Aliran darah terhambat	
3.	Klien juga mengatakan jika darah tinnginya sedang naik kepalanya terasa sakit dan pusing	↓	
		Asidosis metabolik	
		↓	
		Vasodilatasi pembuluh darah	
		↓	
		Peningkatan TIK	
		↓	
Do :		Jaringan mengalami reaksi dan pergeseran sensasi nyeri	
1.	Wajah klien tampak layu	↓	
2.	Klien tampak menguap berulang-ulang	Nyeri kepala	
3.	Insomnia	↓	
4.	Tidur siang		
	Sebelum sakit : ±1 jam		
	Saat sakit : ±3 jam		
	Tidur malam		
	Sebelum sakit : ±6-8 jam		
	Saat sakit : ±4-5 jam		
		Gangguan Pola Tidur	

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot ditandai dengan :

Ds :

Klien mengeluh tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kirinya.

Do :

1. Tonus otot

5	3
5	3

2. Rentang gerak (ROM) menurun

3. Gerakan terbatas

4. Sendi kaku

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

Ds :

1. klien mengeluh nyeri kepala
2. klien mengatakan nyeri kepala sering terjadi pada malam hari

Do :

1. TD : 170/100 mmHg
2. Nadi : 95 x/menit
3. Tampak lemah
4. Sulit tidur
5. Skala nyeri 6(0-10)

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur ditandai dengan :

Ds :

1. Klien mengatakan tidur tidak nyenyak
2. Klien mengatakan jika sudah terbangun di malam hari sulit untuk tidur kembali
3. Klien juga mengatakan jika darah tinnginya sedang naik kepalanya terasa sakit dan pusing

Do :

1. Wajah klien tampak layu
2. Klien tampak menguap berulang-ulang
3. Bangun tengah malam
4. Tidur siang

Sebelum sakit : ± 1 jam

Saat sakit : ± 3 jam

5. Tidur malam

Sebelum sakit : $\pm 6-8$ jam

Saat sakit : $\pm 4-5$ jam

3. Perencanaan Keperawatan

Nama : Ny. T Ruang : Rubi Bawah
 Umur : 40 tahun Diagnosa Keperawatan : Stroke Infark
 Jenis kelamin : perempuan No. RM : 01355354

Tabel 3.7; Perencanaan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan : Ds : Klien mengeluh tidak bisa menggerakkan ekstremitas sebelah kiri Do : 1. Tonus otot 5 3 5 3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun 6. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 7. Gerakan terbatas menurun 8. Kelemahan fisik menurun	1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	1. Agar frekuensi jantung dan tekanan darah pada pasien teratasi 2. Untuk memfasilitasi fisik pasien 3. Agar keluarga mengetahui tentang peningkatan pergerakan 4. Untuk mengetahui tujuan mobilisasi 5. Untuk mencegah masalah pada pasien
2.	Rentang gerak (ROM) menurun			
3.	Gerakan terbatas			
4.	Sendi kaku			

2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : Ds : klien mengeluh nyeri kepala klien mengatakan nyeri kepala sering terjadi pada malam hari Do : 1. TD : 170/100 mmHg 2. Nadi : 95 x/menit 3. Tampak lemah 4. Sulit tidur 5. Skala nyeri 6(0-10)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Gelisah menurun 5. Tekanan darah membaik	1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 4. fasilitasi istirahat dan tidur 5. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. kolaborasi pemberian analgetik.	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri 3. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien. 4. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk 5. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 6. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk 7. Agar nyeri yang dirasakan tidak terasa
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan : Ds : Klien mengatakan tidur tidak nyenyak Do : 1. Wajah klien tampak layu 2. Bangun tengah malam 3. Klien tampak menguap berulang-ulang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Kemampuan beraktivitas meningkat	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga	1. Untuk mendata masalah yang dialami pasien 2. Untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien 3. Untuk mengetahui pengaruhnya terhadap pola tidur 4. Untuk memberikan rasa

4. Tidur siang Sebelum sakit : ± 1 jam Saat sakit : ± 3 jam	6. Jelaskan pentingnya tidur saat sakit	nyaman terhadap pasien.
5. Tidur malam Sebelum sakit : $\pm 6-8$ jam Saat sakit : $\pm 4-5$ jam		5. Agar pasien merasa rileks dan tenang.
		6. Untuk memberikan kualitas tidur yang baik.

4. Implementasi dan Evaluasi

Nama : Ny. T Ruang : Rubi Bawah
 Umur : 40 tahun Diagnosa Keperawatan : Stroke Infark
 Jenis kelamin : perempuan No. RM : 01355354

Tabel 3.8; Implementasi dan Evaluasi

No.	Tanggal dan waktu	Dx	Implementasi	Evaluasi
1.	05 April 2023 08.00-14.00 WIB	I	1. Memonitor TD sebelum melakukan mobilisasi R : 150/90 mmHg 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R : Keluarga membantu klien untuk duduk 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R : Klien dan keluarga mengerti maksud dan tujuan mobilisasi yang digunakan. 4. Memfasilitasi melakukan pergerakan R : klien tampak tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan sebelah kiri tetapi masih bisa menggerakkan kaki dan tangan sebelah kanan. 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan R : klien tampak tidak dapat duduk sendiri dan harus dibantu dan dipegangi saat duduk, klien juga mengatakan tidak bisa miring kiri dan kanan sendiri.	S : Klien masih tidak bisa menggerakkan ekstremitas sebelah kiri O : 1. Tonus otot 5 3 5 3 2. rentang gerak (ROM) menurun 3. gerakan masih terbatas 4. sendi masih kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi
2.	05 April 2023 08.00-14.00 WIB	II	1. Mengidentifikasi lokasi nyeri R : klien mengatakan nyeri dibelakang kepala 2. Mengidentifikasi skala nyeri R : klien mengatakan skala nyeri 6(0-10) 3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	S : Klien mengatakan masih nyeri kepala O : 1. TD : 150/90mmHg 2. N : 85 x/menit

			R : membatasi jumlah pengunjung dan mematikan lampu apabila mau tidur. 4. Memfasilitasi istirahat dan tidur R : mematikan lampu saat tidur 5. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri R : setelah dijelaskan penyebab dan pemicu nyeri klien mengatakan mengerti setelah dijelaskan 6. Mengajukan memonitor nyeri secara mandiri R : mengajarkan apabila nyeri kepala muncul, istirahatkan saja 7. Berkolaborasi dalam pemberian obat R : captopril	3. Skala nyeri 5(0-10) A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi
3.	05 April 2023 08.00-14.00 WIB	III	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : klien mengatakan tidur masih tidak nyenyak 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : 3. Memodifikasi lingkungan R : lampu dimatikan saat mau tidur. Klien mengatakan masih belum nyenyak tidur. 4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan R : Membatasi jumlah pengunjung. Klien mengatakan nyaman dengan dibatasinya jumlah pengunjung. 5. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga 6. Menjelaskan pentingnya tidur saat sakit R : Klien mengatakan mengerti setelah dijelaskan pentingnya tidur saat sakit.	S : Klien mengatakan tidur tidak nyenyak O : 1. Wajah klien tampak layu 2. Klien tampak menguap berulang-ulang 3. Insomnia 4. Tidur siang Sebelum sakit : ± 1 jam Saat sakit : tidak tidur siang 5. Tidur malam Sebelum sakit : $\pm 6-8$ jam Saat sakit : $\pm 4-5$ jam A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi

4. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. T

Umur : 40 tahun

Tanggal : 06 April 2023

Tabel 3.9; Catatan Perkembangan Hari ke-1

No.	Hari, Tanggal, waktu	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf				
1.	Kamis, 06 April 2023 Pukul 09.00	I	S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah bisa digerakkan tetapi masih terasa lemas O : 1. Tonus otot <table><tr><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>4</td></tr></table> 2. Rentang gerak (ROM) sedikit meningkat 3. Gerakan masih terbatas 4. Sendi masih sedikit kaku A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : 10.15 memonitor TD 10.20 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 10.25 menganjurkan mobilisasi dini 10.35 mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan R : klien sudah bisa berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi E : Ekstremitas kiri masih lemah	5	4	5	4	
5	4							
5	4							
2.	Kamis, 06 April 2023 Pukul 10.15 WIB	II	S : Klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang O : 1. TD : 150/90 mmHg 2. N : 88 x/menit 3. Tampak lemah 4. Skala nyeri 4 (0-10) A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : 09.00 mengidentifikasi skla nyeri 09.15 Memonitor MAP 09.45 1. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan tenang dengan membatasi jumlah					

			pengunju 2. Memberikan posisi semi fowler 10.05 Berkolaborasi dalam pemberian obat 1. captopril E : Masih sedikit nyeri kepala
3.	Kamis, 06 April 2023 Pukul 11.05 WIB	III	S : Klien mengatakan tidur sudah cukup nyenyak O : Wajah klien masih tampak layu A : masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : 11.05 Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 11.10 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 11.10 Memodifikasi lingkungan 11.15 Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan E : klien mengatakan tidur sudah cukup nyenyak

Tabel 3.10; Catatan Perkembangan Hari ke -2

No.	Hari, Tanggal dan Waktu	D x	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Jumat, 07 April 2023 Pukul 14.15 WIB	I	S : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah bisa digerakan seperti biasa O : 1. Tonus otot 5 4 5 4 2. Rentang gerak (ROM) meningkat 3. Sudah bisa bergerak 4. Sendi masih sedikit kaku A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi I : - E : -	
2.	Jumat, 07 April 2023 Pukul 14.15 WIB	II	S : Klien mengatakan sudah tidak nyeri kepala O : 1. TD : 135/90 mmHg 2. N : 88 x/menit 3. Skala nyeri 4(0-10) A : Masalah teratasi	

			P : Hentikan Intervensi
			I : -
			E : -
3.	Jumat, 07 April 2023 Pukul 14.15 WIB	III	S : Klien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak O : Wajah klien sudah terlihat segar A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi I : - E : -

B. Pembahasan

Pada bab ini akan dibahas mengenai kesenjangan penulis dapatkan antara konsep dasar teori dengan kasus stroke infark pada Ny. T di RSUD dr. Slamet Garut yang dilakukan mulai tanggal 04-07 April 2023.

1. Pengkajian

Dalam pengumpulan data penulis menggunakan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi literature dan studi dokumentasi (Setiawan, 2016). Dalam tahap pengkajian ini, penulis mampu mengumpulkan data, merumuskan masalah, memprioritaskan masalah, dan menegakan diagnosa keperawatan pada Ny. T merespon dengan baik, bersikap kooperatif dan Ny. T mengungkapkan masalah kesehatan yang terjadi sehingga dapat membantu kelancaran pada tahap pengkajian. Maka dari itu penulis dapat mengumpulkan data yang berupa data umum dan data khusus. Pada tahap pengkajian, Ny. T terlihat cukup kooperatif dan mau mengungkapkan masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi Ny. T disini telah terjadi kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan yang ditemukan oleh penulis.

Pada saat pengkajian ditemukan keluhan utama pada Ny. T kelemahan pada tangan dan kaki kirinya. Yang terjadi pada Ny. T sangat sesuai dengan teori yang ada pada kasus stroke, dimana

keluhan tersebut merupakan manifestasi klinis yang terjadi pada klien stroke (Nurarif, Huda, 2016)

Pada Ny. T dengan riwayat penyakit dahulu pernah dirawat di RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2018 dengan penyakit yang sama. Dari anamnesa tersebut penulis berasumsi bahwa Ny. T mengalami serangan stroke disebabkan karena stroke sebelumnya atau yang biasanya disebut dengan serangan stroke berulang. Menurut peneliti hal ini sesuai dengan teori hasil pengkajian riwayat penyakit dahulu oleh Tarwoto(2013).

Data yang terdapat pada (2018) dan Gefani (2019), sedangkan tidak di temukan pada Ny. T adalah tidak dapat berkomunikasi, penurunan tingkat kesadaran, kejang, inkontinesia urine, nafsu makan menurun, mual muntah, inkontinensia alvi, disfungsi nervus II, III, IV, VI (adanya gangguan konjugat unilateral)disfungsi nervus V, XI (sedikit kesulitan saat membuka mulut, mengunyah makanan), disfungsi nervus VII (wajah ansimetris), serta disfungsi nervus X (kemampuan menelan). Data pada pengkajian tersebut tidak muncul selama ± 3 hari, sehingga data tersebut tidak muncul pada saat dilakukan pengkajian.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan (PPNI, 2017).

Berikut diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke infark dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam PPNI (2017) yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
- e. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring.
- f. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun.
- g. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.
- h. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Dari ke delapan diagnosa yang muncul pada kasus Ny. T penulis menemukan 3 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori diantaranya :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

Masalah yang muncul pada teori, akan tetapi tidak muncul pada kasus Ny. T yaitu :

- a. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
- b. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring.
- c. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun
- d. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Masalah keperawatan di atas tidak ditemukan pada klien karena pada saat pengkajian klien tidak menunjukkan keluhan yang mengarah pada diagnosa keperawatan di atas. Pada diagnosa pertama klien tidak ada gangguan bicara, pada diagnosa kedua klien tidak mengalami adanya keluhan kelecetan pada klien, pada diagnosa ketiga klien tidak menunjukan adanya risiko jatuh, diagnosa keempat tidak terdapat peningkatan tekanan tinggi intrakranial dan diagnosa kelima tidak ditemukan penurunan berat badan yang drastis.

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah kumpulan tindakan yang ditentukan oleh perawat bersama-sama sasaran (keluarga) untuk dilaksanakan sehingga masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang telah diidentifikasi dapat diselesaikan (Nadirawati, 2018).

a. Gangguan mobilitas fisik

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. T dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan Kriteria Hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat, Nyeri menurun, Kaku sendi menurun, Gerakan tidak terkoordinasi menurun, Gerakan terbatas menurun dan Kelemahan fisik menurun.

Dengan Intervensi : Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

b. Nyeri akut

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. T dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun. Kesulitan tidur menurun. Gelisah menurun. Tekanan darah membaik.

Dengan intervensi : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik.

c. Gangguan pola tidur

Perencanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. T dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur dengan tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan tidak puas tidur menurun, Keluhan pola tidur berubah menurun, Keluhan istirahat tidak cukup menurun, Kemampuan beraktivitas meningkat.

Dengan intervensi : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi faktor pengganggu tidur, Modifikasi lingkungan, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, Jelaskan pentingnya tidur saat sakit.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan keluarga merupakan pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan bersama keluarga. Implementasi keperawatan keluarga merupakan pelaksanaan dari rencana pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan keluarga (Nadirawati, 2018).

Adapun tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny. T dengan gangguan sistem persyarafan : stroke infark diruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut sesuai yang telah direncanakan pada proses keperawatan sebelumnya. Dalam tahap pelaksanaan secara garis besar tindakan yang dilakukan dapat berjalan dengan baik sesuai dengan rencana yang telah dibuat karena adanya kerjasama yang baik antara perawat, klien, keluarga serta tenaga kesehatan yang lainnya. Sebagai implementasi pada Ny. T pada tanggal 05 April 2023, serta selama 2 hari observasi terhadap catatan perkembangan klien.

a. Diagnosa 1 : Gangguan mobilitas fisik

Memonitor TD sebelum melakukan mobilisasi. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Memfasilitasi melakukan pergerakan. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

b. Diagnosa 2 : Nyeri Akut

Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Memodifikasi lingkungan. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. Menjelaskan pentingnya tidur saat sakit.

c. Diagnosa 3 : Gangguan pola tidur

Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Memodifikasi lingkungan. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Menyesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga. Menjelaskan pentingnya tidur saat sakit. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.

5. Evaluasi

Pada tahap ini penyusun melakukan penilaian terhadap asuhan keperawatan yang diberikan selama 3 hari pada Ny. T dengan gangguan sistem persyarafan : stroke infark di ruang Rubi Bawah RSUD dr. Slamet Garut yang dimulai pada tanggal 04-07 April 2023. Untuk memantau setiap perkembangan serta melaksanakan tindakan keperawatan yang Ny. T butuhkan penyusun bekerjasama dengan perawat ruangan hal tersebut dikarenakan penyusun tidak bisa berada di ruangan selama 24 jam baik itu untuk memantau perkembangan ataupun melakukan tindakan yang harus di selenggarakan.

Dari ketiga diagnosa yang telah penulis susun tersebut 3 diagnosa keperawatan teratasi, yaitu : gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan massa otot, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan Stroke Infark di Rsud dr. Slamet Garut dari tanggal 04 April 2023 sampai 07 April 2023, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian komprehensif pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan : Stroke Infark menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data dan didapatkan hasil pengkajian klien mengeluh tangan dan kaki kirinya tidak bisa digerakan, nyeri kepala dan tidurnya terganggu.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.
3. Penulis mampu menyusun rencana tindakan keperawatan yang sesuai penyelesaian masalah yang sesuai dengan diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah disusun dengan melibatkan perawat ruangan, pembimbing dan peran serta klien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan melalui metode asuhan keperawatan secara langsung. Diagnosa gangguan mobilitas fisik penulis mengajarkan mobilisasi dini, nyeri akut penulis , dan gangguan pola tidur penulis mengidentifikasi faktor pengganggu tidur.
5. Pada saat penulis melakukan evaluasi untuk masalah Gangguan mobilitas fisik evaluasi pada hari ke 1,2 dan 3 didapatkan hasil masalah teratasi. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial evaluasi pada hari ke 1,2 dan 3 didapatkan hasil masalah teratasi. Gangguan pola tidur evaluasi hari ke 1,2 dan 3 didapatkan hasil masalah teratasi.

B. Rekomendasi

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny. T secara sistematis dan komprehensif Penulis akan mengemukakan beberapa rekomendasi yang tentunya bersifat membangun ke arah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait.

Saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada :

1. Bagi Pembaca

Hasil keperawatan medikal bedah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi pembaca dalam pembuatan asuhan keperawatan medikal bedah dengan penyakit stroke infark.

2. Bagi Pasien

Pasien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan sekitar secara teratur minimal 1 bulan sekali, Ny. T dapat memanfaatkan waktu luang dengan melakukan kontrol tekanan darah, serta mempertahankan segala sesuatu yang telah dicapai oleh Ny. T dan jika perlu ditingkatkan lagi, agar tujuan diperoleh tidak hanya sesaat, melainkan tetap bisa mempertahankannya untuk mendapat kondisi yang lebih baik dalam meningkatkan status kesehatan Ny. T.

3. Bagi Institusi Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan dapat meningkatkan peran sertanya di masyarakat dalam memberikan informasi kesehatan khususnya tentang Stroke infark umumnya penyakit lain, sehingga masyarakat dapat memahami secara jelas tentang penyakit yang dideritanya dan cara pengobatan yang dapat dilakukan oleh masyarakat secara mandiri.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan buku perpustakaan dilengkapi sebagai bahan perbandingan di lapangan dan sebagai literature.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, M. A., Arafat, R., & Irwan, M. (2021). *Faktor Risiko Stroke Pada Usia Muda : Literatur Review Risk Factors for Stroke at Young Age : Literature Review Much .Asdi Adi , Rosyidah Arafat , Masyita Irwan.*
- Amin huda nurarif, & Hardhi kusuma, (2015). *aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan nanda nic noc* (jilid 3). penerbit mediaction jogja.
- Aspiani, R. Y. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Kliien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC.* (EGC, Ed.). Jakarta.
- Bahrudin, Moch. 2013. *Neurologi Klinis.* Malang: Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang.
- Haryono, R, dkk. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 2.* Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- KEMENKES RI . *Infodation Stroke : Dont Be The One .* Jakarta: Pusat Data dan Informasi KEMENKES RI;2019.
- Mahulae, J. X., & Ilyas, J. (2017). Determinan Variasi Klaim Penyakit Stroke Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Rumah Sakit X Sumatera Utara. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(2). <https://doi.org/10.7454/eki.v2i2.2147>
- Mutiarasari, D. (2019). *Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention.* *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73.
<http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/MedikaTadulako/%20article/viewFile/12337/9621>
- PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Praditiya, Winda Ns. Arief Wahyudi Jadmiko, S. Kep., M. K. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Hemoragik.* Diploma thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Padila. (2012) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta: Nusha Medika
- Riskesdas. 2013. Laporan Riset Kesehatan Dasar.(Diakses pada 01 juli 2023)
<https://kesmas.kemkes.go.id>
- Riskesdas. 2018. Laporan Riset Kesehatan Dasar.(Diakses pada 01 juli 2023)
<https://kesmas.kemkes.go.id>
- Rohman, N., & Walid, S., (2019). *Proses keperawatan teori dan aplikasi*. jakarta: ISBN.
- Susanti, & Bistara, D. N. (2019). *Pengaruh Range of Motion (ROM) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke*. Jurnal Kesehatan Vokasional, 4(2), 112. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.44497>. (Diakses pada 05 juli 2023)
- Taufan Nugroho, B. T. (2018). *Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wicaksono, P. (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien stroke*.
- Wijaya, A.S., & Putri, Y.M. (2013). *KMB I Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
RANGE OF MOTION (ROM)**



Disusun Oleh:

Nama : Mikyal Mar'atus S
NIM : KHGA 20027
Kelas : 3A (D3 Keperawatan)

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
Tahun 2023**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**RANGE OF MOTION (ROM)**

Topik	: ROM AKTIF DAN PASIF
Hari/Tanggal	: Senin, 05 April 2023
Waktu	: 10.30-11.00 WIB
Tempat	: Ruang Ruby Bawah RSUD dr. Slamet Garut
Sasaran	: Pasien
Penyuluh	: Mikyal Mar'atus Solehah

A. Tujuan**1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan, Klien dan keluarganya diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang Gerakan ROM, tujuan dari Gerakan ROM, prinsip Gerakan ROM, klasifikasi Gerakan ROM. dan cara Gerakan ROM baik aktif maupun pasif

2. Tujuan Khusus

- 1) Klien dan keluarga mampu menyebutkan kembali pengertian dari ROM
- 2) Klien mampu menyebutkan tujuan dari Gerakan ROM
- 3) Klien mampu menyebutkan prinsip dari gerakan ROM.
- 4) Klien dan Keluarga mampu menyebutkan klasifikasi dari ROM Klien dan keluarga mampu mempraktekkan mendemonstrasikan cara gerakan ROM pada ekstremitas bawah

B. Karakteristik Peserta

Pasien stroke dengan kelemahan anggota gerak.

C. Materi

1. Menjelaskan Definisi ROM
2. Menjelaskan Tujuan ROM
3. Menjelaskan manfaat ROM
4. Hal – hal yang harus diperhatikan dan pergerakan ROM
5. Prosedur ROM
6. Menjelaskan Gerakan ROM

D. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi
3. Diskusi Tanya jawab

E. Media

Leaflet

F. Proses Pelaksanaan

NO	Kegiatan	Kegiatan Mahasiswa	Kegiatan Klien
1.	Pembukaan (5 Menit)	1. Memberikan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan pokok bahasan 4. Menyampaikan tujuan	1. Menjawab Salam 2. Menyimak 3. Menyimak 4. Menyimak
2.	Isi (15 Menit)	Penyampaian materi 1. Menjelaskan Definisi ROM 2. Menjelaskan Tujuan ROM 3. Menjelaskan Indikasi ROM 4. Menjelaskan kontraindikasi 5. Peserta ikut	

		mempraktikan Prosedur ROM 6. Menjelaskan Prinsip Gerakan ROM	
3.	Penutup (5 Menit)	1. Diskusi 2. Evaluasi 3. Kesimpulan 4. Memberikan salam Penutup	

G. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- 1) Rencana kegiatan dan penyaji materi penyuluhan dipersiapkan dari sebelum kegiatan
- 2) Kesiapan SAP
- 3) Kesiapan media: Leaflet.

2. Evaluasi Proses

- 1) Klien dan keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar
- 2) Waktu sesuai dengan rencana (15 menit)

3. Evaluasi Hasil

- 1) Mampu menjawab pertanyaan dan mengulang kembali pengertian gerakan ROM
- 2) Keluarga dan pasien mengetahui tentang tujuan dilakukan ROM
- 3) Keluarga dan pasien mengetahui prinsip dari gerakan ROM

MATERI

A. Pengertian

Latihan Gerak Aktif dan Pasif atau Range Of Motion (ROM) adalah tindakan atau latihan otot atau persendian yang di berikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit,diabilitas atau trauma Pergerakan (ROM) meliputi:

1. Aktif

Yaitu latihan pada tulang dan sendi yang dapat dilakukan sendiri tanpa bantuan perawat atau keluarga

2. Pasif

Mobilisasi pasif adalah latihan yang diberikan pada klien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang dan sendi dimana klien tidak dapat melakukannya sendiri, sehingga klien memerlukan bantuan perawat atau keluarga. Mobilisasi Pasif ini sebaiknya dilakukan sejak hari pertama klien tidak diperkenankan meninggalkan tempat tidur atau klien yang jarang bergerak sehingga terjadi kekakuan pada otot, maka dalam hal ini dilakukan mobilisasi pasif

B. Tujuan

Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan aktif maupun pasif tergantung keadaan pasien.

C. Manfaat Pergerakan Range Of Motion (ROM)

1. Memelihara kelenturan dari tulang dan sendi
2. Menjaga agar tidak terjadi kerapuhan tulang
3. Meningkatkan kekuatan otot
4. Menjaga agar peredaran darah lancar

D. Manfaat Pergerakan (Range Of Motion (ROM)

1. Perhatikan keadaan umum pasien, apakah merasa kelelahan, pusing atau kecemasan
2. Pastikan pakaian dalam keadaan longgar
3. Jangan lakukan pada penderita patah tulang
4. Jangan lakukan latihan fisik segera setelah pasien makan
5. Gunakan gerakan badan yang benar untuk menghindari ketegangan/luka pada klien
6. Gunakan kekuatan dengan pegangan yang nyaman ketika melakukan latihan
7. Gerakan bagian tubuh dengan lancar, pelan dan berirama
8. Hindari gerakan yang terlalu sulit
9. Jika kejang pada saat latihan, hentikan

10. Jika terjadi kekakuan tekan pada daerah yang kaku, teruskan latihan dengan perlahan

E. Teknik gerakan ROM

1. LATIHAN AKTIF

- a. Anggota gerak atas (latihan ini di bantu oleh perawat, terapis atau keluarga)

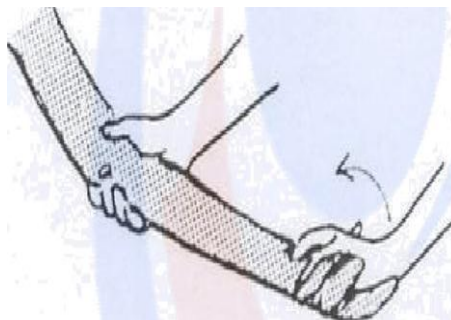
- 1) Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu



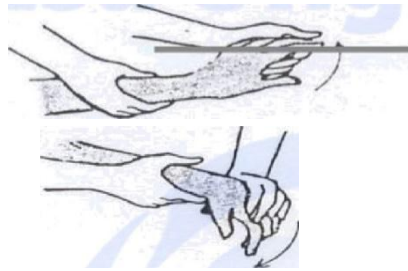
- 2) Gerakan memutar pergelangan tangan



- 3) Gerakan memutar pergelangan tangan



- 4) Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan



- 5) Gerakan memutar ibu jari



- 6) Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan



- b. Latihan Pasif Anggota Gerak Bawah

- 2) Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha.



- 3) Gerakan menekuk dan meluruskan lutut.



- 4) Gerakan untuk pangkal paha.



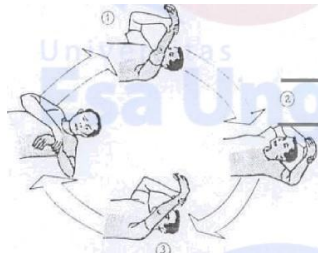
- 5) Gerakan memutar pergelangan kaki



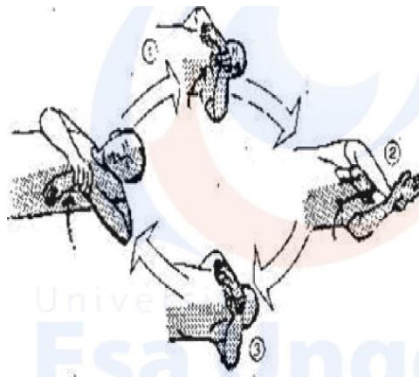
2. LATIHAN PASIF

a. Latihan Aktif Anggota Gerak Atas dan Bawah (mandiri)

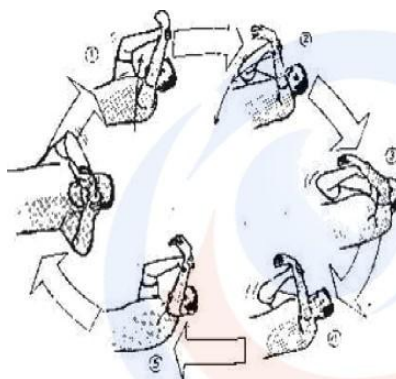
1) Latihan I



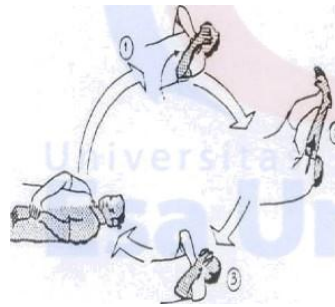
2) Latihan 2



3) Latihan 3



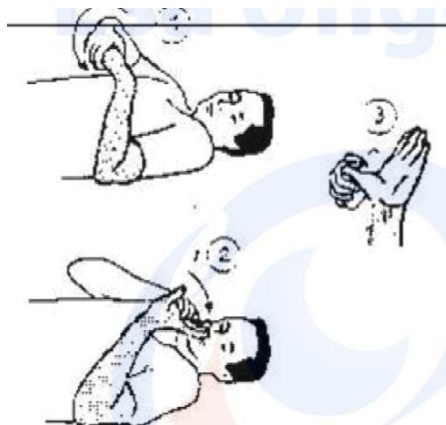
4) Latihan 4



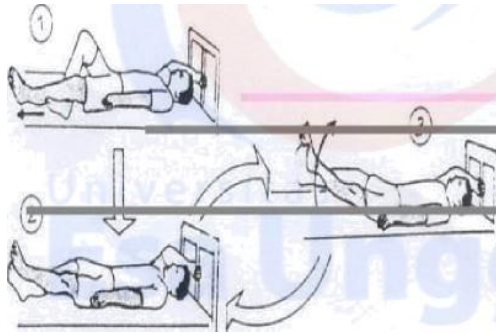
5) Latihan 5



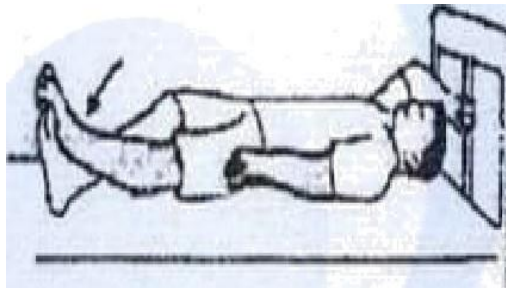
6) Latihan 6



7) Latihan 7



8) Latihan 8



9) Latihan 9



RANGE OF MOTION (ROM)

Mikyal mar'atus solehah
KHGA20027



STIKes KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2023

1 APA ITU ROM ?

Range of motion (ROM) adalah latihan menggerakkan bagian tubuh untuk memancing kelenturan dan kemampuan gerak sendi. Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot

2 APA TUJUAN ROM ?

Rom memiliki banyak tujuan diantaranya yaitu memelihara kelenturan dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah.

3 APA SAJA JENIS ROM ?

- Rom Aktif
- Rom Pasif

4 KAPAN WAKTU DILAKSANAKAN ROM ?

1. Idealnya sekali dalam sehari.
2. Latihan masing-masing dilakukan +-10 hitungan.
3. Mulai latihan pelan dan bertahap.
4. Usahakan sampai gerakan penuh, tapi jangan paksakan gerakan klien, tetap sesuaikan dengan batas toleransi gerakan pasien.
5. Perhatikan respon pasien, hentikan bila terasa respon nyeri dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.

5 BAGAIMANA CARA MELAKUKAN GERAKAN ROM ?

ROM PADA BAGIAN JARI-JARI (FLEKSI DAN EKSTENSI)

1. Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang perawatan.
2. Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jari-jari ke bawah.
3. Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan).
4. Gerakkan ke samping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
5. Kembalikan ke posisi awal.

ROM PADA PELINDUNG KAKI (FLEKSI DAN EKSTENSI)

1. Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas
2. Pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.
3. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien.
4. Kembalikan ke posisi awal.
5. Tekuk kenyamanan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah.

ROM PADA BAGIAN PAHA (ROTASI)

1. Letakkan satu tangan perawat pada perawatan kaki pasien dan satu tangan lain di atas lutut pasien.
2. Putar kaki ke arah pasien.
3. Putar kaki ke arah pelaksana.
4. Kembalikan ke posisi semula.

ROM PADA PAHA (ABDUKSI DAN ADDUKSI)

1. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan di tumit.
2. Angkat kaki pasien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau ke samping ke arah perawat.
3. Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

ROM PADA BAGIAN LUTUT (FLEKSI DAN EKSTENSI)

1. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
2. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
3. Perbaiki pembengkokan lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.
4. Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. Data Pribadi

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Nama | : Mikyal Mar'atus Solehah |
| 2. Umur | : 21 Tahun |
| 3. Tempat Tanggal Lahir | : Garut, 14 Juni 2002 |
| 4. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Status | : Mahasiswa |
| 7. Kewarganegaraan | : Indonesia |
| 8. Golongan Darah | : O |
| 9. Alamat Rumah | : Kp. Sanding Lebak RT.004/ RW.
002 Des. Muarasanding, Kec.
Garut Kota |
| 10. Nomor Tlp | : - |

II. Pendidikan Formal

1. SDN REGOL 08 GARUT (2008 – 2014)
2. MTSN 1 GARUT(2014 – 2017)
3. SMAN 6 GARUT (2017 – 2020)
4. STIKes Karsa Husada Garut Prodi D III Keperawatan (2020 – 2023)