

**LAPORAN ELEKTIF
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN GANGGUAN
SISTEM NEUROLOGI : STROKE DENGAN INTERVENSI
*MASSAGE PUNGGUNG***



**DI SUSUN OLEH :
LISPIA NOVERA
NIM. 22040084**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2023**

**LAPORAN ELEKTIF
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N DENGAN GANGGUAN
SISTEM NEUROLOGI : STROKE DENGAN INTERVENSI
MASSAGE PUNGGUNG**

**Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Profesi Ners**



**DI SUSUN OLEH :
LISPIA NOVERA
NIM. 22040084**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN LAPORAN ELEKTIF

Komisi Pembimbing laporan elektif dengan ini menerangkan bahwa :

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N Dengan Gangguan Sistem Neurologi : Stroke Dengan Intervensi Massage Punggung
 Nama mahasiswa : LISPIA NOVERA
 NIM : 22040084
 Program Studi : Profesi Ners

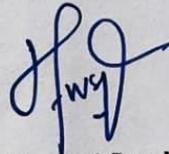
Laporan elektif ini telah diperiksa dan disetujui sesuai dengan ketentuan dan aturan penulisan yang berlaku agar dapat dilanjutkan kepada tahap Seminar laporan elektif.

Padangsidempuan, November 2023

Menyetujui untuk dipertahankan di hadapan Komisi Penguji
 Program Studi Pendidikan Profesi Ners
 Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan

Komisi Pembimbing/Penguji

Dosen Pembimbing



Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM
NIDN. 0104108902

Dosen Penguji

Mastiur Napitupulu, SKM, M.Kes
NIDN. 0110117103

Kaprodi Pendidikan Profesi Ners
 Fakultas Kesehatan
 Universitas Aufa Royhan



Ns. Mei Adeline Harahap, M. Kes
NIDN. 0118058502

Dekan
 Fakultas Kesehatan
 Universitas Aufa Royhan



Arinil Hidayah, SKM.M.Kes
NIDN. 0118108703

IDENTITAS PENULIS

1. Data Pribadi

Nama : LISPia Novera
Nim : 22040084
Tempat/Tanggal Lahir : Tanjung Air, 12 Desember 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Desa Tanjung Air, Kec.Rao Selatan,
Kab.Pasaman, Prov.Sumatra Barat

2. Riwayat Pendidikan :

1. SDN 30 Lubuk-Layang : Lulus tahun 2012
2. SMPN 2 RAO SELATAN : Lulus tahun 2015
3. SMA N 1 RAO : Lulus tahun 2018
4. S1 Keperawatan Univ. Aafa Royhan : Lulus tahun 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya peneliti dapat menyusun laporan elektif dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada NY.N Dengan Gangguan Sistem Neurologi: Stroke Intervensi *Masaage* Punggung di ruangan Haruaya di Rsu TNI-AD di kota Padangsidimpuan”**. Laporan Elektif ini sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Profesi Ners di Program Studi pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidimpuan.

Dalam proses penyusunan laporan elektif ini, Penulis banyak mendapat bantuan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidimpuan.
2. Ns. Nanda Suryani Sagala, M.KM, sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Aufa Royhan Padangsidimpuan.
3. Ns.Fahrizal Alwi, M.Kep, selaku pembimbing, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan laporan elektif ini.
4. Direktur RS.TNI-AD Kota Padangsidimpuan, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian diwilayah RS TNI-AD Kota Padangsidimpuan.
5. Kepala Ruang Haruaya Kota Padangsidimpuan, yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian diwilayah kerja RSU TNI-AD Kota padangsidimpuan

6. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Profesi Ners Universitas Afa Royhan Padangsidempuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini
7. Kepada Orang Tua tercinta beserta Abang tersayang yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan tugas dan pendidikan.
8. Buat teman dan rekan seperjuangan dalam menjalani proses pendidikan di Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
9. Pada Ny. N sebagai klien dan juga keluarganya yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Kritik dan saran yang bersifat membangun peneliti harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudah – mudahan penulisan ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Amin.

Padangsidempuan, Agustus 2023

Peneliti

Lispia Novera

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDIMPUAN**

**Laporan Penelitian, Agustus 2023
Lispianovera**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Gangguan Sistem Neurologi :
Stroke Intervensi Massage Punggung di ruangan Haruaya Di RSUD TNI-AD
Di Kota PadangsidimpuanRehabilitasi**

Abstrak

Stroke adalah salah satu penyakit kardiovaskuler yang berpengaruh terhadap arteri utama menuju dan berada di otak, stroke terjadi ketika pembuluh darah yang mengangkut oksigen dan nutrisi menuju otak pecah atau terblokir oleh bekuan sehingga otak tidak mendapat darah yang dibutuhkan, jika kejadian berlangsung lebih 10 menit akan menimbulkan kerusakan permanen otak. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Gangguan Sistem Neurologi Stroke dengan Intervensi *Massage* Punggung. Hasil penelitian 3 hari dilakukan program *massage* punggung. Data yang diperoleh dari hasil observasi wawancara, pemeriksaan fisik, dan study dokumentasi. Respondennya adalah 1 orang pasien menderita stroke. setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan pemberian *massage* punggung, nyeri kepala pasien dapat menurun.

Kata kunci : stroke iskemik, *massage* punggung, nyeri kepala
Daftar Pustaka : 13 (2013-2021)

***NERS PROVESI UNIVERSITY AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN
CITY***

*The resecearch Report, August
Lispianovera*

*Nursing care for Mrs. N with Disorders of the Neurologi Syistem : Stroke
Intervention Back Massage in the Haruaya room at the TNI-AD Hospital in
Padangsidimpuan City Rehabilitation*

Abstrack

Stroke is a cardiovascular disease that affects the aeteries main to and are the brain, a stroke occurs when a bood vassed transporting oxygen and nutrients to the brain rup tured or blocked by a clot resulting the brain does not get the blood it needs, if the incident last more than 10 minutes it will cause permanent brain demege. The porpuse of this writing in to find out nursing care for mrs.N with stroke Neurological System Dusorders with Back massage Intervention. The results of the 3 day study carried out a back massage program. The data obtained from the result of interview observations, physical examination, and documentation studies. The Respondent was 1 patient who suffered a stroke after nursing care was carried out in stroke patients by giving back massage, the patient headache could decrease.

*Keywords : ischemic stroke, Back massage, Headache
Bibliography : 13 (2013-2021)*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
IDENTITAS PENULIS	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB 1 PENDAHULUAN	
○ Latar Belakang	1
○ Rumusan Masalah	4
○ Tujuan Penelitian	4
▪ Tujuan Umum	4
▪ Tujuan Khusus.....	4
○ Manfaat Penelitian.....	5
▪ Bagi Penulis	5
▪ Bagi Institusi Pendidikan.....	5
▪ Bagi Klien/Keluarga.	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar	6
2.1.1 Pengertian Stroke	6
2.1.2 Etiologi	7
2.1.3 Patofisiologi	8
2.1.4 Manifestasi Klinis	9
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang.....	10
2.1.6 Penatalaksanaan	11
2.2 <i>Massage</i> punggung	11
2.2.2 Defenisi <i>Massage</i> Punggung	11
2.2.3 Manfaat <i>Massage</i> Punggung.....	12
2.2.4 Teknik pelaksanaan <i>massage</i> punggung	13
2.2.5 Konsep keperawatan	14
2.3 Pengkajian	15
BAB III LAPORAN KASUS	
1. Pengkajian	18
2. Analisa Data	23
3. Diagnosa	24
4. Intervensi Keperawatan.	24
5. Implementasi Keperawatan	26
6. Catatan perkembangan..	28
7. Hasil Evaluasi... ..	30
BAB IV PEMBAHASAN	
BAB 5 PENUTUP	
5.1 kesimpulan	36
5.2 Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit kronis yang memberikan dampak berbahaya yang diakibatkan oleh gangguan peredaran darah ke otak mengalami penyumbatan pembuluh darah arteri akibat endapan darah pada pembuluh darah menyebabkan kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak yang menimbulkan kerusakan di jaringan otak (Sulaiman & Anggraini, 2017).

Di dunia serangan stroke diperkirakan 7,5% juta sekitar 12,8% dari total seluruh kematian (WHO, 2014). Di Eropa angka kematian stroke adalah antara 63,5 orang sampai 237,4 orang per 100.000 penduduk per tahun (Bangun, 2017). Di Indonesia diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang dari seluruh penderita stroke dan sebanyak 80% terkena stroke iskemik (Wicaksana *et al*, 2017). Riset Kesehatan dasar(RISKESDAS) pada tahun 2013 menunjukkan peningkatan jumlah penderita stroke menjadi 12,1 per 1000 penduduk. Berdasarkan data dari survey KEMENKES 2014, 2,1% penyebab kematian di Indonesia disebabkan oleh stroke, jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2014 mencapai 250 juta penduduk dan terdapat 3.049.200 diantaranya yang menderita penyakit stroke.

Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga Kesehatan, yang memiliki data tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti Yogyakarta untuk prevalensi stroke per 1000 penduduk di Sumatra Utara pada tahun 2017 sebesar 7% pada tahun 2013 sebesar 10% (KEMENKES, 2015). Prevalensi Sumatra Utara

berjumlah 92,078 orang, lebih jauh lagi dikota Padangsidimpuan prevelensi stroke berjumlah 930 orang. Berdasarkan kunjungan pasien di RSUD, jumlah stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2014, terdapat sebanyak 193 pasien stroke atau 11,7% dari total pasien. Jumlah pasien ini meningkat pada tahun 2015 dan 2016 yaitu masing-masing 205 dan 289 pasien (Aulia, Ayu & Nefonafratilova, 2017).

Berdasarkan penyebab terjadinya stroke dapat dibedakan menjadi dua yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah ke otak yang disebabkan oleh tumpukan trombos pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak berhenti sedangkan stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah ke otak sehingga menimbulkan pendarahan di otak dan merusaknya (Ida & Nila, 2018)

Stroke dapat dicegah dengan cara pengobatan dan pengendalian factor resiko melalui modifikasi gaya hidup (Amila *et al*, 2018). Gaya hidup yang dimaksud yaitu makanan tidak sehat, obesitas, alcohol, dan kurang aktivitas fisik (Setiawan, 2020). Pencegahan stroke dapat dilakukan dengan cara menjalani aktivitas sehat seperti olahraga secara teratur, hindari minum alcohol, tidak mengkonsumsi makanan berkolesterol tinggi, serta tidak merokok (Srinayanti, 2021). Selain itu secara non farmakologi yaitu melalui massage punggung yang dapat melancarkan peredaran darah dan mencegah terjadi decubitus pada pasien stroke.

Masaage punggung adalah Tindakan manipulasi yang sistematis pada jaringan lunak tubuh dengan memberikan sentuhan dan tekanan yang berirama

untuk memberikan efek kesehatan (Sritoomma *et al*, 2013). *Massage* punggung adalah Teknik pijat yang ditandai dengan pijatan yang memanjang, perlahan selama 20 menit. dengan Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien, memulai *massage* dengan gerakan *effleurage* yaitu *massage* dengan Gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan ke atas menuju bahu dan Kembali ke bawah hingga ke bokong. Menjaga tangan tetap menyentuh kulit dilakukan selama 4-5menit yang diberikan dengan frekuensi 2 kali sehari (pagi dan malam) selama 7 hari berturut-turut (Sumah, 2020). Selanjutnya meremas kulit dengan mengangkat jaringan di antara ibu jari dan jari tangan (*petrissage*). Meremas ke atas sepanjang ke dua sisi tulang belakang dari bokong ke bahu dan sekitar leher bagian bawah dan usap ke bawah ke arah sekum (*Potter & Perry*, 2013).

Oleh karna itu saya tertarik ingin mengetahui Asuhan Keperawatan pada pasien neurologi : stroke dengan intervensi *massage* punggung untuk mengurangi resiko decubitus Di Ruang Haruaya RSUD TNI-AD Di Kota Padangsidimpuan Tahun 2023.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah disusun maka rumusan masalah yang ditarik yaitu : Bagaimana Asuhan Keperawatan pada NY. N dengan gangguan system neurologi: stroke dengan intervensi terapi *massage* punggung.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan system neurologi: Stroke dengan intervensi terapi *massage* punggung.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien dengan stroke
2. Penulis mampu melakukan dianosa keperawatan pada klien dengan stroke
3. Penulis mampu melakukan rencana asuhan keperawatan pada klien stroke dengan intervensi *massage* punggung
4. Penulis mampu melakukan implementasi pada klien dengan stroke
5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien dengan stroke

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai pengembangan ilmu tentang Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan neurologi : Stroke dengan intervensi *massage* punggung.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi bagi mahasiswa/i dan pengajar dalam meningkatkan ilmu pengetahuan tentang proses keperawatan pada kasus stroke, juga dapat meningkatkan mutu pelayanan pada kasus stroke dan dapat memperhatikan kondisi serta kebutuhan klien dan dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya dengan masalah keperawatan yang sama dari tema yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.3 Konsep Dasar

2.3.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah penyakit yang destruktif dengan konsekuensi berat, termasuk beban psikologis, fisik, keuangan yang besar pada pasien, keluarga dan masyarakat. Stroke adalah hilangnya fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Yaslina, Maidaliza & Hayati, 2019). Stroke merupakan penyakit kronis yang memberikan dampak berbahaya yang diakibatkan oleh gangguan peredaran darah ke otak mengalami penyumbatan pembuluh darah arteri akibat endapan darah pada pembuluh darah menyebabkan kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak yang menimbulkan kerusakan di jaringan otak (Sulaiman & Anggraini, 2017).

2.3.2 Etiologi

Etiologi ataupun penyebab stroke adalah:

1. Thrombosis (bekuan cairan didalam pembuluh darah otak)
2. Embolis cerebral (bekuan darah atau material lainnya) Emboli dapat terbentuk dari gumpalan darah, kolestrol, lemak, vibrir trombosit, udara, tumor, bakteri, dan benda asing.
3. Iskemia (penurunan aliran darah ke otak) Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya bisa menyebabkan seseorang pingsan. Hal ini terjadi jika tekanan darah rendahnya sangat berat dan menahan. Hal ini terjadi jika seseorang

mengalami kehilangan darah yang banyak, karena cedera atau pembedahan, serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

4. Hemoragik serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan pendarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak akibatnya adalah penghentian suplai ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi (Smeltzer & Suzanne, & Bare, 2020).

Menurut Wayunah dan Saefulloh,(2017), Faktor resiko stroke :

a. Faktor Kesehatan :

- 1) Hipertensi
- 2) Diabetes
- 3) Kolestrol tinggi
- 4) Obesitas
- 5) Penyakit jantung, seperti gagal jantung, penyakit jantung bawaan, infeksi jantung atau aritmia.
- 6) Pernah mengalami tia atau serangan jantung sebelumnya

b. Faktor Gaya Hidup

Menurut Nurhidayat dan Rosjidi, (2014) factor gaya hidup yaitu :

- 1) Perokok (Setiawan *et al*, 2016)
- 2) Kurang olah raga atau aktifitas fisik
- 3) Konsumsi obat-obatan terlarang
- 4) Kecanduan alcohol

c. Faktor Lainnya

- 1) Faktor keturunan orang yang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami stroke, beresiko tinggi mengalami penyakit yang sama juga.
- 2) Dengan bertambahnya usia seseorang memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan orang yang lebih muda (Afrinaldi, 2014).

2.3.3 Patofisiologi

Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan vokal (thrombus, emboli, pendarahan, dan spasma vasuler) atau oleh gangguan umum (hipoksia) karena gangguan paru dan jantung. Aterosklerosis sering atau cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari aterosklerosis atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti trombosis dan hipertensi pembuluh darah. Pendarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan oleh keseluruhan penyakit penyakit serebrovaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang serebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest (Kuriakose & Xiami, 2020).

2.3.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis secara umum dari stroke yaitu munculnya sakit kepala yang hebat, afasia (gangguan Bahasa), hemiparesis (kelemahan otot pada salah

satu sisi tubuh) dan facial palsy(kelemahan pada otot wajah). Manifestasi klinis yang timbul pada pasien stroke iskemik adalah muntah, disfagia,kebutuhan monokuler,gangguan Bahasa, gangguan motoric dan sensorik, hilang kesadaran (Chandra *et al*, 2017). Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah yang tersumbat), ukuran area yang ferpusnya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kobteral (sekunder atau aksesori). Fungsi obat yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya(Unnithan & Mehta, 2021).

Manifestasi klinis stroke menurut Lusiana (2019) yaitu :

1. Defisit Lapang Pandang:
 - a. Tidak menyadari orang atau objek ditempat kehilangan penglihatan
 - b. Kesulitan menilai jarak
 - c. Diplopia
2. Defisit Motorik
 - a. Hemiparesis (kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama
 - b. Hemiplegic (paralisi wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama)
 - c. Ataksial (berjalan tidak mantap, dan tidak pada sisi yang sama
 - d. Disartia (kesulitan berbicara) ditunjukan dengan berbicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan berbicara.
 - e. Disfagia (kesulitan dalam menelan)
3. Defisit Sensori : kebas dan kesemutan pada bagian tubuh
4. Defisit Verbal

- a. Afasia ekspresif (tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami)
- b. Afasia reseptif (tidak mampu memahami kata yang dibicarakan)
- c. Afasia global (kombinal baik afasia ekspresif dan reseptif)

5. Definisi Kognitif

- a. Kehilangan memori jangka pendek dan panjang
- b. Penurunan lapang perhatian
- c. Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi
- d. Perubahan penilaian

6. Defisit Emosional

- a. Kehilangan kontrol diri
- b. Labilitas Emosional
- c. Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress
- d. Depresi
- e. Menarik diri

2.3.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Hakimi dan Garg (2016), Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah :

1. Laboratorium yaitu mengarah pada pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, kolesterol, dan bila perlu analisa gas darah dan gula darah.
2. Komputer tomography (CT) scan kepala untuk mengetahui lokasi dan luasnya infark. Menunjukkan adanya stroke hemoragik dengan segera tetapi bisa jadi tidak menunjukkan adanya infarksi trombolik

3. Magnetik Resonance Imaging (MRI) untuk mengetahui adanya edema, infarksi dan pembengkakan serebral. MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark hemoragik.

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut Arifputra (2014) penatalaksanaan ada 2 :

1. Farmakologis

a. Terapi akut

American Stroke Association telah membuat dan menerbitkan panduan yang membahas pengelolaan stroke iskemik akut. Secara umum, hanya dua agen farmakologis yang direkomendasikan dengan rekomendasi kelas A adalah jaringan intravena plasminogen activator (t PA) dalam waktu 3 jam sejak onset dan aspirin dalam 48 jam sejak onset. Yang paling penting dari protokol perawatan dapat diringkas yaitu :

1. Timbulnya gejala dalam waktu 3 jam
2. CT scan untuk mengetahui perdarahan (Price & Wilson, 2013)
3. Sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi
4. Mengolah t PA 0,9 mg / kg lebih dari 1 jam, dengan 10% diberikan sebagai bolus awal lebih dari 1 menit (Price & Wilson, 2013)
5. Menghindari antitrombotik (koagulan atau antiplatelet) untuk 24 jam
6. Monitor pasien ketat untuk respon hemoragik dan kecacatan

b. Terapi Pemeliharaan Stroke

Terapi Farmakologi mengacu kepada strategi untuk mencegah kekambuhan stroke. pendekatan utama adalah pengendalian hipertensi,

CEA (Endarterektomi Karotis), dan memakai obat antiagregat antitrombosit.

2. Teori Non Farmakologis

a. Terapi akut

Intervensi untuk pasien stroke iskemik akut yaitu dilakukan bedah. Dalam beberapa kasus edema iskemik serebral karena infark yang besar dilakukan krantoktomo untuk mengurangi beberapa tekanan yang meningkat telah dicoba. Dalam kasus pembengkakan signifikan yang terkait dengan infark serebral, dekompresi bedah bisa menyelamatkan nyawa pasien. Namun menggunakan pendekatan terorganisme multidisiplin untuk perawatan stroke yang mencakup rehabilitas awal telah terbukti sangat efektif dalam mengurangi cacat utama karena stroke iskemik.

b. Terapi pemeliharaan stroke

Terapi non Farmakologis juga diperlukan pada pasien paska stroke. pendekatan interdisipliner untuk menangani stroke yang mencakup rehabilitas awal sangat efektif dalam penanganan kejadian stroke berulang pada pasien tertentu. Modifikasi gaya hidup juga beresiko terjadinya stroke dan faktor resiko juga Penting untuk menghindari adanya kekambuhan stroke. Misalnya pada pasien perokok, harus dihentikan karena rokok dapat menyebabkan terjadinya kekambuhan.

c. Terapi *Range of Motion*

Terapi Range of motion dapat digunakan sebagai alternatif non farmakologis dapat menggunakan metode yang lebih mudah. Range of motion sangat mudah dilakukan oleh semua orang dan tidak membutuhkan

biaya serta tidak memiliki efek samping yang berbahaya. Selain itu, terapi range of motion ini juga dapat digunakan untuk menghindari komplikasi dari terapi farmakologis. Secara ilmiah terapi range of motion mempunyai dampak fisiologis bagi tubuh, pertama, menjadikan sirkulasi darah menjadi lancar, yang kedua range of motion menguntungkan saraf serta otot-otot ligament yang mempengaruhi sendi tubuh. Range of motion memiliki dampak pada tubuh berupa peningkatan sirkulasi darah dan meningkatkan fungsi ekstremitas sehingga banyak oksigen yang dipasok ke jaringan serta menguatkan otot-otot ligamen. Penatalaksanaan range of motion dilakukan dengan gerakan tertentu hingga batas 10-15 menit.

d. Terapi *massage* punggung

Masaage punggung adalah Tindakan manipulasi yang sistematis pada jaringan lunak tubuh dengan memberikan sentuhan dan tekanan yang berirama untuk memberikan efek kesehatan (Sritoomma *et al*, 2013).

2.2 Massage punggung

2.2.1 Defenisi Massage Punggung

Pijat adalah terapi sentuh yang paling tua dan paling populer yang dikenal manusia. Pijat merupakan seni perawatan dan pengobatan yang dipraktikkan sejak berabad-abad silam dari awal kehidupan manusia di dunia. Pijatan secara umum akan membantu menyeimbangkan energi dan mencegah penyakit. Secara fisiologis, pijatan merangsang dan mengatur tubuh, memperbaiki aliran darah dan kelenjer getah bening sehingga oksigen, zat makanan, dan sisa makanan dibawa secara elektif dari jaringan tubuh dan plasenta. Bila kita merasa tidak sehat , pijatan dapat meningkatkan kemampuan diri kita untuk menyembuhkan diri

sendiri dan cara ini dapat digunakan untuk mengalami terapi alami (Balaskes, 2015).

Masaage punggung adalah Tindakan manipulasi yang sistematis pada jaringan lunak tubuh dengan memberikan sentuhan dan tekanan yang berirama untuk memberikan efek kesehatan (Sritoomma *et al*, 2013).

2.3.2 Manfaat *Massage* Punggung

Menurut Andrea (2016), pijat punggung memiliki macam manfaat bagi Kesehatan, diantaranya :

1. Membantu memperbaiki sirkulasi dan menurunkan tekanan darah . jika sirkulasi membaik maka organ tubuh berfungsi dan bekerja dengan baik.
2. Memperbaiki jaringan tubuh cadangan kapiler dan memperluas kapiler, sehingga akan meningkatkan aliran darah ke jaringan dan organ ,meningkatkan proses reduksi oksidasi, memfasilitasi jantung dan berkontribusi terhadap redistribusi darah dalam tubuh.
3. Mempengaruhi system syaraf perifer, meningkatkan rangsangan dan konduksi impuls saraf, melemahkan dan menghentikan rasa sakit dengan mempercepat proses pemulihan saraf yang cidera.
4. Memiliki efek psikologis yang beragam terhadap kulit dan fungsinya , seperti membersihkan saluran keringat , kelenjer sebaceous, meningkatkan fungsi sekresi, ekresi, dan pernafasan kulit
5. Membuat otot menjadi fleksibel, meningkatkan fungsi kontraktil yang mempercepat keluarnya metabolit yang merupakan hasil dari metabolisme. Sementara pada lansia, terapi pijit secara berkala dapat menekan laju tekanan

darah, meningkatkan sirkulasi darah, mengendorkan otot, sekaligus merangsang otot yang lemah untuk bekerja (Trisnowijayanto, 2012).

6. Meningkatkan relaksasi dan menurunkan stres (Carolina & margareth, 2013)
7. Menjaga kondisi kulit menjadi lembab stabil (Carolina & margareth, 2013)
8. Mengurangi rasa nyeri yang tidak berlebihan dan kelelahan (Carolina & margareth, 2013)

2.2.3 Teknik pelaksanaan *massage* punggung

1. Persiapan alat

Alat yang dibutuhkan adalah selimut untuk menjaga privasi klien dan aplikasikan pada kulit (lotion/ minyak oil/ minyak zaitun) untuk mencegah terjadinya friksi saat dilakukan *massage* (Potter & perry, 2013 ; Lyy 2013).

2. Persiapan lingkungan

Persiapan yang dilakukan adalah mengatur posisi yang nyaman bagi klien. Selain itu mengatur cahaya, suhu dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi klien (Potter & Perry, 2013).

3. Persiapan klien

Persiapan klien yang dilakukan adalah mengatur posisi yang nyaman bagi klien dan membuka pakaian klien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi klien (Potter & Perry, 2013). Posisi tengkurap atau berbaring miring adalah posisi yang baik untuk mendapatkan *massage* pada daerah punggung (Lyy, 2013). Sebelum melakukan *massage* punggung, perawat perlu mengidentifikasi terkait kondisi klien (Potter & Perry, 2013).

- a. Mengkaji kondisi kulit, apakah ada kemerahan pada kulit, luka bakar, luka terbuka dan fraktur tulang rusuk (Lyy, 2013)

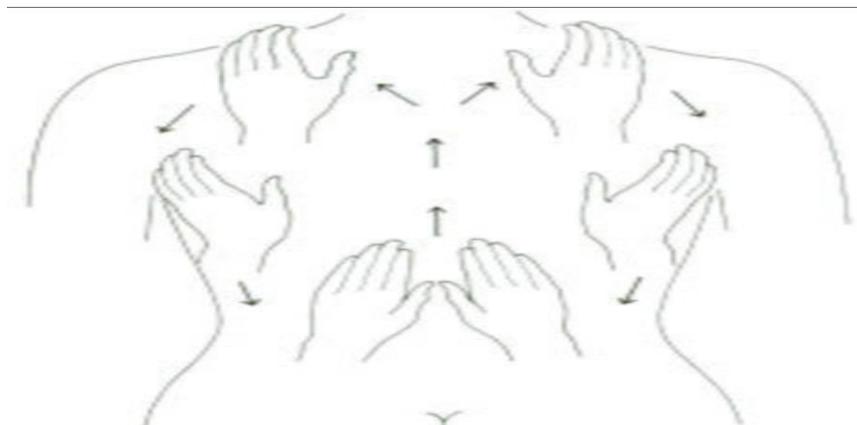
- b. Mengkaji tekanan darah pada klien yang memiliki hipertensi (Potter & Perry, 2013).

4. Persiapan perawat

Perawat dapat menjelaskan tujuan terapi kepada klien, mengkaji kondisi klien dan mencuci tangan sebelum melakukan Tindakan untuk mempertahankan kebersihan dan menghindari perpindahan mikroorganisme (Potter & Perry, 2013, Lynn, 2013).

5. Langkah-langkah pelaksanaan *massage* punggung

- a. Aplikasikan lotion/ minyak zaitun pada bagian bahu dan punggung pasien (Lynn, 2013)
- b. Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien, memulai *massage* dengan gerakan *effleurage* yaitu *massage* dengan Gerakan sirkuler dan lembut secara berlahan ke atas menuju bahu dan Kembali ke bawah hingga ke bokong. Menjaga tangan tetap menyentuh kulit. *Effleurage* diberikan diawal, disela pergantian antara Gerakan dan diakhir sesi *massage* punggung dilakukan selama 4-5menit yang diberikan dengan frekuensi 2 kali sehari (pagi dan malam) selama 7 hari berturut-turut (Sumah, 2020)



- c. Selanjutnya meremas kulit dengan mengangkat jaringan di antara ibu jari dan jari tangan (*petrissage*). Meremas ke atas sepanjang ke dua sisi tulang belakang dari bokong ke bahu dan sekitar leher bagian bawah dan usap ke bawah ke arah sekum (Weerapong *at al* , 2013, *Potter & Perry*, 2013, *Lynn*, 2013).



- d. Akhiri Gerakan dengan massage memanjang ke bawah (*Lynn*, 2013).

2.2.4 Konsep keperawatan

1. Pengkajian

- a. Keluhan utama

kelemahan anggota gerak sebelah kanan, bicara pelo , kepala pusing berputar/oyong.

- b. Riwayat penyakit dahulu

adanya Riwayat hipertensi sebelumnya, pengkajian pemakaian obat yang sering digunakan klien yaitu pemakaian obat antihipertensi.

- c. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada Riwayat keluarga yang menderita hipertensi, Riwayat stroke dari generasi terdahulu.

d. pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien. Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis.

e. Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling yang membutuhkan pengkajian. Respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantuan pemberian asuhan.

f. Kemampuan bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung bagian terganggu tertentu mempengaruhi fungsi dari serebral. Bagian yang terganggu pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area wernicke) didapatkan disfasia reseptif, yaitu klien tidak memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis, sedangkan bagian posterior dari girus frontalis inferior (area broca) didapatkan

disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar.

Disartria (kesulitan berbicara) ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

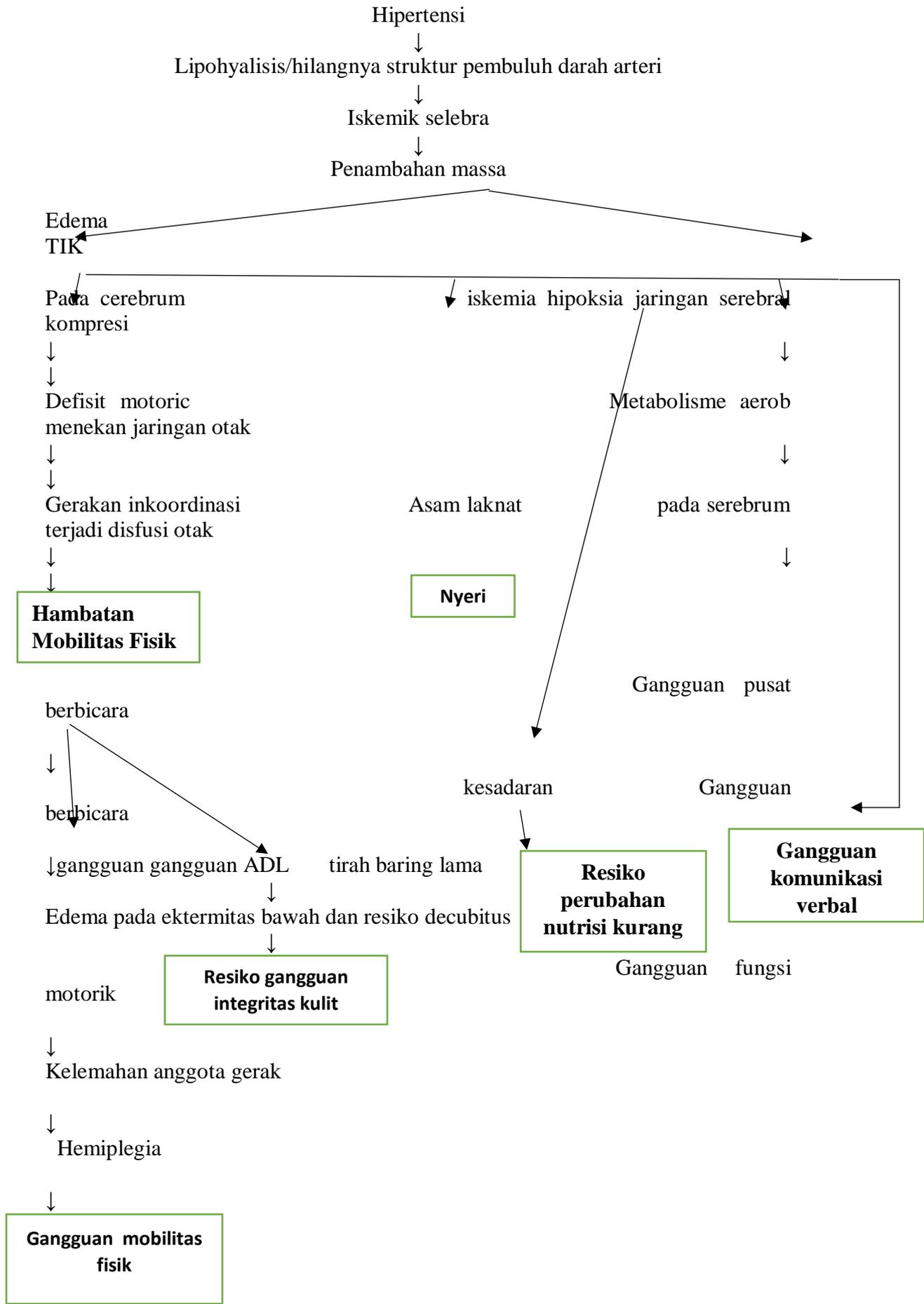
g. Pengkajian saraf kranial

Muttaqin (2008) dalam Nusantirin (2018) menyatakan bahwa pemeriksaan saraf kranial I – IX meliputi :

1. Saraf I (olfaktorius) : biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf II (optikus) : disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensoriprimer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidak mampuan untuk mencocokkan pakian ke bagian tubuh.
3. Saraf III, IV, dan VI (okulomotor, trokhlear, abduksen) : Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapka penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

4. Saraf V (trigeminus) : pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi pisilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot terigoideus internus dan eksternus.
 5. Saraf VII (fasialis) : Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
 6. Saraf VIII (akustikus) : Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli Persepsi.
 7. Saraf IX dan X (glosofaringeal , vagus) : kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
 8. Saraf XI (asesorius) : tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
 9. Saraf XII (hipoglosus) : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.
- h. Pengkajian sistem motoric

Stroke adalah penyakit saraf motorik ata (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguann kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pad UMN di sisi berlawanan dari otak (Nusantirin, 2018)



3.Nursing Care Plan (Rencana Asuhan Keperawatan)

No	Diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Mobilitas fisik (L.05042) Kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri	Dukungan ambulasi (1.06171) Observasi <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi toleransi fisik melalui ambulasi ○ Monitori frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi ○ Monitori kondisi umum sebelum melakukan ambulas Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> ○ Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu (misalkan : tongkat, kruk) ○ Fasilitasi mobilitas fisik jika perlu ○ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ○ Anjurkan melakukan mobilisasi dini ○ Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya melakukan ROM, duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi kalaborasi <ul style="list-style-type: none"> ○ Kalaborasikan pemberian ROM
2.	Nyeri akut	Tingkat nyeri	Manajemen nyeri

	(D.0077)	<p>(L. 08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien melaporkan nyeri berkurang ○ Klien dapat mengenal lamanya nyeri ○ Klien menggambarkan factor penyebab ○ Klien dapat menggunakan Teknik non farmakologis ○ Klien menggunakan analgesik sesuai instruksi <p>Pain level</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien melaporkan nyeri berkurang ○ Klien tidak tampak mengeluh ○ Ekspresi wajah klien tidak menunjukkan nyeri ○ Klien tidak gelisah 	<p>(1.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri ○ Identifikasi skala nyeri ○ Identifikasi respon nyeri non verbal ○ Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) ○ Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri ○ Jelaskan strategi meredakan nyeri ○ Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri ○ Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat <p>Kalaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kalaborasikan pemberian Injeksi ketorolac 1amp/8 jam
3.	Resiko kerusakan integritas kulit (D. 0129)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L. 14125)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integritas kulit bisa dipertahankan - Tidak ada luka (lesi) - Perfusi jaringan baik 	<p>Perawatan integritas kulit (1.11353)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi penyebab gangguan interitas kulit misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu, lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas <p>Teraupetik</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Ubah posisi tiap 2 jam ,tirah baring ○ Lakukan pemijitan pada tulang jika perlu ○ Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anjurkan menggunakan pelembab misalkan lotion, serum, minyak zaitun ○ Anjurkan minum air cukup ○ Anjurkan menggunakan terapi non farmakologi yaitu massage punggung untuk mencegah terjadi decubitus dan melancarkan peredaran darah
4.	Gangguan komunikasi verbal (D. 0119)	Komunikasi verbal (L. 13118) - Mampu berbicara dengan lancar - Kata-kata yang keluar jelas	<p>Promosi komunikasi : Deficit bicara (1.13491)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi gangguan komunikasi verbal misalkan ketidakmampuan bicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gunakan metode komunikasi alternatif misalnya menulis, mata berkedip, isyarat tangan ○ Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan ○ Berikan dukungan psikologis ○ Ulangi apa yang disampaikan pasien ○ Ciptakan lingkungan yang tenang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan

			<p>berbica</p> <ul style="list-style-type: none">○ Anjurkan berbicara perlahan○ Informasikan ke keluarga dan PPa lain teknik berkomunikasi , dan gunakan secara konsisten○ Anjurkan kelurga mengajak berbicara meskipun tidak mampu berkomunikasi <p><i>Kalaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none">○ Kalaborasikan dengan dokter
--	--	--	---

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

Pengkajian ini dilakukan hari senin, 24 juli 2023 pukul 10.00 WIB, Di ruangan Haruaya, Rumah sakit TNI-AD.

A. BIODATA

1. IDENTITAS PASIEN

Nama : NY. N

Umur : 45 Tahun

Jenis Kelamin : PEREMPUAN

Status Kawin : Kawin

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Alamat : Sadabuan

Tanggal Pengkajian : 24 juni 2023

Diagnosa Medis : Stroke Iskemik + Hipertensi

2. PENANGGUNG JAWAB

Nama : TN. A

Umur : 26 Tahun

Hub.dgn Klien : Anak

Pekerjaan : Petani

Alamat : Sadabuan

Agama : Islam

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama

Klien mengeluh kaki dan tangannya sebelah kiri sulit untuk digerakkan, bicara pelo semenjak 1 hari sebelum dibawa ke rumah sakit , kepala pusing berputar/oyong ,punggung terasa panas dan bagian bokong terasa sakit jika tidur dalam posisi terlentang.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang ke IGD pada tanggal 24 juni 2023 pukul 08.15 WIB dengan diantar keluarganya, pasien mengeluh tangan dan kaki tidak dapat digerakkan secara normal, klien mengeluh merasa lemah seperti tidak bertenaga dan terasa berat jika digerakkan dan tidak berkurang jika diistirahatkan. Aktivitas dibantu oleh

keluarga, klien bisa mengangkat tangan dan kakinya bila dibantu oleh orang lain.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga mengatakan klien mempunyai riwayat hipertensi namun keluarga tidak mengetahui berapa lama klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Saat keluarga dan klien mengetahui bahwa klien mempunyai penyakit tersebut maka klien suka pergi ke puskesmas untuk memeriksakan kesehatannya

C. PROVOKATIVE/PALLIATIVE

Hal – hal yang memperberat : Aktivitas

Hal – hal yang memperbaiki keadaan : Istirahat

D. QUALITY/QUANTITY

1. Bagaimana dirasakan : -
2. Bagaimana terlihat : Gelisah

E. SEVERITY

Menunggu aktivitas : Ya

F. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Riwayat keluarga yang menderita hipertensi : Ada
2. Riwayat merokok : tidak ada
3. Riwayat hipertensi : Ada
4. Riwayat DM : Tidak ada
5. Riwayat kelainan jantung katub : Tidak ada
6. Riwayat kelainan jantung bawaan : Tidak ada

G. PSIKOLOGIS

1. Persepsi tentang penyakitnya : Yakin bisa sembuh
2. Konsep diri : Dapat menerima kondisi tubuhnya
3. Keadaan emosi : Stabil

H. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum
Kesadran: Composmentis
Nilai GCS : E 4 , M 3, V 4 jumlah = 11
2. Tanda – tanda vital
 - a. TD : 170 / 100 mmhg
 - b. HD : 80x / i
 - c. RR : 20x / i 32
 - d. T : 36 C

- e. SPO2 :98
 - f. BB : 60 kg
 - g. TB : 160 cm
 - h. nyeri :
 - P : kepala pusing dan leher kaku
 - Q : klien mengatakan seperti tertimpa beban berat
 - R : nyeri dikepala
 - S : skala nyeri 6
 - T : 5 menit
3. Pemeriksaan kepala dan leher
 - a. Kepala dan rambut
 - Bentuk kepala : Bulat
 - Kebersihan kulit kepala : Bersih
 - b. Mata : reflek terhadap cahaya baik
 - c. Hidung : bersih ,tidak ada polip
 - d. Telinga : Bersih ,simetris, tidak ada serumen
 - e. Mulut / Bibir : Normal
 - f. Leher / Tekanan vena jugularis : tidak ada pembesaran tyroid
 4. Pemeriksaan kulit Lembab
 5. Pemeriksaan thorax / Dada
 - a. Inspeksi
 - Bentuk thorax : simetris
 - Irama pernapasan : regular
 - Tanda kesulitan bernafas : tidak ada
 - Luka operasi : tidak ada
 - b. Palpasi : Normal
 - c. Perkusi : tidak ada
 - d. Auskultasi : Vesikuler
 2. Pemeriksaan jantung
 - Infeksi : ictus cordis tidak ada
 - Palpasi : ictus cordis tidak teraba
 - Perkusi : normal
 - Auskultasi : normal
 3. Pemeriksaan abdomen
 - Inspeksi : simetris
 - Auskultasi : Pemeriksaan bising usus : ada, Frekuensi : 8x /i
 - Perkusi : bunyi timpani
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan, heper teraba, ascites tidak ada
 4. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya
 - Edema : tidak ada
 5. Pemeriksaan ekstremitas

- Ekstremitas atas kanan : kekuatan otot 3 (kekuatan otot sangat lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi)
 - Ekstermitas atas kiri : kekuatan otot 5 (tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan)
 - Ekstremitas bawah kanan: kekuatan otot 3 (kekuatan otot sangat lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi)
 - Ekstermitas bawah sebelah kiri : kekuatan otot 5 (tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan)
 - Edema ekstremitas : adanya edema pada ekstermitas bawah
6. Luka bekas tusukan angiografi : tidak ada Luka bekas tusukan
7. Pemeriksaan punggung
punggung klien terasa panas dan bagian bokong terasa sakit jika tidur dalam posisi terlentang.

I. POLA KEBIASAAN SEHARI – HARI

1. Pola tidur dan kebiasaan
Masalah tidur : ada
Data subjektif : klien mengeluh sakit kepala
2. Pola eliminasi
Perdarahan : tidak ada
BAB Frekuensi : 1 - 2 kali sehari
BAK Tidak ada : tidak ada Nyeri BAK : - Frekuensi : 5 – 7 kali sehari
3. Pola makan dan minum
Penurunan selera makan : tidak ada
Data subjektif : klien tidak dapat mengkonsumsi garam dan lemak karna riwayat hipertensi
4. Kebersihan diri / personal hygiene Badan : tidak ada
Gigi dan mulut : bersih
Kuku : bersih
5. Aktivitas Gangguan aktivitas : ada
Data subjektif : hambatan mobilitas fisik ekstremitas atas bawah sinistra

J. PENGKAJIAN SARAF KRENIAL

1. Saraf I (Olfaktorius) : tidak ada kelainan pada penciuman klien
2. Saraf II (Optikus) :
 - Visus : kanan dan kiri 6/6
 - Anopsia : tidak ada
 - Hemianopsis : tidak ada

3. Saraf III, IV, VI (Okulomotor, Trokhlear, Abdusen) :
 - Celah mata
 - Gerakan bola mata : kiri dan kanan baik ke segala arah
 - Pupil : bentuk bulat, besar 2 mm, isokor
 - Reflek cahaya : langsung, konsensiul
4. Saraf V (Trigemius) :
 - Motorik
 - Menggigit : tidak ada kelainan
 - Trismus : tidak ada kelainan
 - Reflek kornea : tidak ada kelainan
 - Sensorik
 - Dahi : tidak ada kelainan
 - Pipi : tidak ada kelainan
 - Daggu : tidak ada kelainan
5. Saraf VII (Fasialis) :
 - Motorik
 - Mengerutkan dahi : tidak ada kelainan
 - Menutup mata : tidak ada kelainan
 - Menunjukkan gigi ; tidak ada kelainan pada kiri, kanan sudut mulut tertinggal
 - Berbicara : pelo
 - Istirahat : tidak ada kelainan
 - Sensorik
 - Salivasi : tidak ada kelainan
 - Lakrimasi : tidak ada kelainan
 - Chvistes sign : tidak ada
6. Saraf VIII (Verstibulo cochlearis) :
 - suara bisikan ; tidak ada
 - Detik arloji : tidak ada
 - Tes weber : tidak ada
 - Tes Rinne :tidak ada
 - Vertigo : tidak ada
7. Saraf IX dan X (Glosopharingeus & Vegus)
 - Arcus pharingeus : tidak ada kelainan
 - Uvula : tidak ada kelainan
 - Gangguan menelan : tidak ada kelainan
 - Suara serak/sengau : tidak ada kelainan
 - Denyut jantung : tidak ada kelainan
 - Reflek muntah : tidak ada kelainan
 - Batuk : tidak ada kelainan

- Okulokardiak : tidak ada kelainan
 - Sinus karotikus : tidak ada kelainan
8. Saraf XI (Accessorius)
- Mengangkat bahu : tidak ada kelainan
 - Memutar kepala : tidak ada kelainan
9. Saraf XII (Hypoglossus) :
- Menjukurkan lidah : deviasi lidah kekanan
 - Fasikulasi ; tidak ada
 - Atropi papil : tidak ada
 - Disartria : ada

K. HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG / DIAGNOSTIK

- a. Diagnosa medis : stroke iskemik + Hipertensi
1. Pemeriksaan darah / LAB Kesan : -
 2. terapi farmakologis :
 - Injeksi ciricolin 500 mg/12 jam
 - Injeksi piracetam 1gr/24 jam
 - Injeksi macobalamia 1 amp/24 jam
 - Injeksi ketorolac 1 amp/8 jam
 - injeksi omeprazole 1 vial/12 jam
 - injeksi ondansentron 1 amp/8 jam
 - paracetamol rab 3x650 g
 - flonalizine tab 1x10g
 - condesanah tab 1x8 mg
 - sucralfate

3.2Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: P : kepala pusing dan leher kaku Q : klien mengatakan seperti tertimpa beban berat R : nyeri dikepala S : skala nyeri 6 T : 5 menit DO: Pasien terlihat menahan nyeri TTV : TD : 170 / 100 mmhg HR : 80x / i	Peningkatan tekanan veskuler serebral ↓ Perubahan struktur pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah vasokonriksi ↓ Gangguan sirkulasi pembuluh darah coroner ↓	Nyeri akut

	RR 20x / i T : 36 C	Iskemi miokard ↓ Nyeri kepala	
2	DS : klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan lemah dan sangat sulit untuk digerakkan DO : Kekuatan otot 3 (kekuatan otot sangat lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi) TTV : TD : 170 / 100 mmhg HR : 80x / i RR 20x / i T : 36C	Iskemia infark cerebra ↓ Kerusakan fungsi jaringan ↓ Gangguan fungsi jaringan (lemah) ↓ Hambatan dalam beraktifitas ↓ Hambatan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS: keluarga klien mengatakan NY.N kesulitan bicara pelo sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit DO: -Bicara pelo -suara terdengar namun kurang jelas mengenai kata yang diucapkan - tampak menggunakan Bahasa non verbal saat berkomunikasi	Inferk cerebellum ↓ Kerusakan pada saraf hipoglosus(XII) ↓ Gangguan fungsi motorik ↓ Gangguan fungsi bicara ↓ Disetria ↓ Gangguan komunikasi verbal	Gangguan komunikasi verbal
4.	DS: -keluarga pasien mengatakan bahwa punggung klien terasa panas dan bagian bokong terasa sakit jika tidur dalam posisi terlentang DO: -Edema ekstermitas bawah	Cerebrum ↓ Deficit motoric jaringan otak ↓ Gerakan inkoordinasi defuse otak ↓ Hambatan mobilitas	Resiko integritas kulit

	- TTV : TD : 170 / 100 mmhg HR : 80x / i RR 20x / i T : 36 C	fisik ↓ Tirah baring lama ↓ Edema pada ekstermitas bawah dan resiko decubitus ↓ Resiko integritas kulit	
--	--	---	--

3.2 Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut berhubungan dengan iskemi miokard
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan tirah baring lama menghambat dalam beraktifitas
- Gangguan komunikasi verbal dengan infark cerebellum ditandai dengan bicara pelo, suara terdengar tapi kurang jelas, tampak menggunakan Bahasa non verbal
- Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan edema pada ekstermitas bawah dan resiko decubitus

3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Nyeri akut (D.0077)	Tingkat nyeri (L. 08066) <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien melaporkan nyeri berkurang ○ Klien dapat mengenal lamanya nyeri ○ Klien menggambarkan factor penyebab ○ Klien dapat menggunakan Teknik non farmakologis ○ Klien menggunakan analgesik sesuai instruksi Pain level <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien melaporkan nyeri berkurang 	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri ○ Identifikasi skala nyeri ○ Identifikasi respon nyeri non verbal ○ Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (missal suhu ruangan, pencahayaan,

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Klien tidak tampak mengeluh ○ Ekspresi wajah klien tidak menunjukkan nyeri ○ Klien tidak gelisah 	<p>dan kebisingan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fasilitas istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri ○ Jelaskan strategi meredakan nyeri ○ Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri ○ Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat <p>Kalaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kalaborasikan pemberian Injeksi ketorolac 1amp/8 jam
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Mobilitas fisik (L.05042) Kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri</p>	<p>Dukungan ambulasi (1.06171) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dentifikasi toleransi fisik Imelalui ambulasi ○ Monitori frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi ○ Monitori kondisi umum sebelum melakukan ambulas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu (misalkan : tongkat, kruk) ○ Fasilitasi mobilitas fisik jika perlu ○ Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ○ Anjurkan melakukan mobilisasi dini ○ Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus

			<p>dilakukan misalnya melakukan ROM, duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi</p> <p>kalaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kalaborasikan pemberian ROM
3.	<p>Gangguan komunikasi verbal (D. 0119)</p>	<p>Integritas kulit dan jaringan (L. 14125)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integritas kulit bisa dipertahankan - Tidak ada luka (lesi) - Perfusi jaringan baik 	<p>Promosi komunikasi : Deficit bicara (1.13491)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi gangguan komunikasi verbal misalkan ketidakmampuan bicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gunakan metode komunikasi alternatif misalnya menulis, mata berkedip, isyarat tangan ○ Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan ○ Berikan dukungan psikologis ○ Ulangi apa yang disampaikan pasien ○ Ciptakan lingkungan yang tenang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara ○ Anjurkan berbicara perlahan ○ Informasikan ke keluarga dan PPa lain teknik berkomunikasi , dan gunakan secara konsisten

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Anjurkan keluarga mengajak berbicara meskipun tidak mampu berkomunikasi <p>Kalaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kalaborasikan dengan dokter
4.	Resiko kerusakan integritas kulit (D. 0129)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L. 14125)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integritas kulit bisa dipertahankan - Tidak ada luka (lesi) - Perfusi jaringan baik 	<p>Perawatan integritas kulit (1.11353)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu, lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ubah posisi tiap 2 jam ,tirah baring ○ Lakukan pemijitan pada tulang jika perlu ○ Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anjurkan menggunakan pelembab misalkan lotion, serum, minyak zaitun ○ Anjurkan minum air cukup ○ Anjurkan menggunakan terapi non farmakologi yaitu massage punggung untuk mencegah decubitus pada pasien dan melancarkan peredaran darah

3.5 Implementasi Keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan Indonesia(SDKI)	Implementasi
1	Nyeri akut	<p>Manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri ○ Mengidentifikasi skala nyeri ○ Mengidentifikasi respon nyeri non verbal ○ Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri ○ Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (missal suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) ○ Memfasilitas istirahat dan tidur ○ Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri ○ MenJelaskan strategi meredakan nyeri ○ Menjurkan memonitori nyeri secara mandiri ○ Menjurkan menggunakan analgesic secara tepat ○ Mengkalaborasikan pemberian Injeksi ketorolac 1amp/8 jam
2	Gangguan mobilitas fisik	<p>Dukungan ambulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mengidentifikasi toleransi fisik Imelalui ambulasi ○ Monitori frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi ○ Monitori kondisi umum sebelum melakukan ambulasi ○ Memfasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu (misalkan : tongkat, kruk) Memfasilitasi mobilitas fisik jika perlu ○ Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi ○ Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi ○ Menganjurkan melakukan mobilisasi dini ○ Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya melakukan ROM, duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi
3	Gangguan komunikasi	Promosi komunikasi : Deficit bicara

	verbal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mengidentifikasi gangguan komunikasi verbal misalkan ketidakmampuan bicara, kesulitan mengekspresikan pikiran secara verbal ○ Menggunakan metode komunikasi alternatif misalnya menulis, mata berkedip, isyarat tangan ○ Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan ○ Memberikan dukungan psikologis ○ Mengulangi apa yang disampaikan pasien ○ Menciptakan lingkungan yang tenang ○ Menganjarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara ○ Menganjurkan berbicara perlahan ○ Menginformasikan ke keluarga dan PPA lain teknik berkomunikasi , dan gunakan secara konsisten ○ Menganjurkan keluarga mengajak berbicara meskipun tidak mampu berkomunikasi mengkalaborasi dengan dokter
4	Resiko kerusakan integritas kulit	<p>Perawatan integritas kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu, lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas ○ Mengubah posisi tiap 2 jam ,tirah baring ○ Melakukan pemijitan pada tulang jika perlu ○ Mengindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering ○ Menganjurkan menggunakan pelembab misalkan lotion, serum, minyak zaitun ○ Menganjurkan minum air cukup ○ Menganjurkan menggunakan terapi non farmakologi yaitu massage punggung untuk mencegah decubitus pada pasien dan melancarkan peredaran darah

3.6 Evaluasi

- Hari pertama

No	Diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)	Hari/Tanggal	Evaluasi
1	Nyeri akut	Senin, 24 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : P : kepala pusing dan leher kaku Q : klien mengatakan seperti tertimpa beban berat R : nyeri dikepala S : skala nyeri 6 T : 5 menit O : TTV : TD : 170 / 100 mmhg HR : 80x / i RR 20x / i T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
2	Gangguan mobilitas fisik	Senin, 24 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : klien mengatakan ekstremitas masih lemah O : ekstremitas klien terlihat lemah A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
3	Gangguan komunikasi verbal	Senin, 24 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : keluarga klien mengatakan klien berbicara pelo O : bicara pelo TTV : TD : 170/ 100 mmhg HR : 80x / I RR 24x / I T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
4	Resiko kerusakan integritas kulit	Senin, 24 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : keluarga klien mengatakan punggung klien terasa panas dan bagian bokong terasa sakit jika tidur dalam posisi terlentang. O : TTV : TD : 170/ 100 mmhg

			HR : 80x / I RR 24x / I T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
--	--	--	--

- Hari kedua

No	Diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)	Hari/Tanggal	Evaluasi
1	Nyeri akut	Selasa, 25 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : klien mengatakan pusing kepala mulai berkurang O : TTV : TD : 160/ 100 mmhg HR : 82x / i RR 24x / i T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
2	Gangguan mobilitas fisik	Selasa , 25 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : klien mengatakan ekstremitas masih lemah O : ekstremitas klien terlihat lemah A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
3	Gangguan komunikasi verbal	Selasa 25 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : keluarga klien mengatakan klien berbicara sudah mulai jelas O : TTV : TD : 160/ 100 mmhg HR : 80x / I RR 24x / I T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
4	Resiko kerusakan integritas kulit	Selasa 25 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : keluarga klien mengatakan punggung klien sedikit panas dan bagian bokong terasa mulai tidak sakit jika tidur dalam

			posisi terlentang. O : TTV : TD : 160/ 100 mmhg HR : 80x / I RR 24x / I T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
--	--	--	--

- Hari ketiga

No	Diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)	Hari/Tanggal	Evaluasi
1	Nyeri akut	Rabu, 26 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : klien mengatakan pusing dikepala mulai berkurang O : TTV : TD : 140/ 100 mmhg HR : 80x / I RR 24x / I T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
2	Gangguan mobilitas fisik	Rabu, 26 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : klien mengatakan setelah dilakukan massage punggung klien mengatakan area punggung enakan O : klien tampak lemah dan aktivitas masih dibantu A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh keluarga klien
3	Gangguan komunikasi verbal	Rabu, 26 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : keluarga klien mengatakan klien berbicara sudah mulai jelas O : TTV : TD : 140/ 100 mmhg HR : 80x / I RR 24x / I T : 36 C

			A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
4	Resiko kerusakan integritas kulit	Rabu, 26 juli 2023 Pukul 10.00 WIB	S : keluarga klien mengatakan punggung klien terasa panas dan bagian bokong terasa sakit jika tidur dalam posisi terlentang. O : TTV : TD : 140/ 100 mmhg HR : 80x / I RR 24x / I T : 36 C A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulisan melakukan pembahasan pada bab ini tentang masalah- masalah yang muncul pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan dimulai tanggal 24 juni 2023 sampai dengan tanggal 26 juni 2023. Kesengajaan tersebut dilihat dengan memperlihatkan aspek – aspek tahapan keperawatan dimulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, sampai tahap evaluasi keperawatan pada NY. N Dengan stroke

4. 1. Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status esehatan klien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 juni 2023 pukul .10 WIB, pengkajian dimulai dari biodata klien, esehat penyakit, pengkajian pola fungsional esehatan, dan pemeriksaan fisik head to toe.

NY.N Mengatakan mengalami stroke pada 24 Juni 2023, dan dari proses perkembangan pemulihan paska stroke sudah banyak terjadi perubahan, seperti dari berbicara sekarang sudah normal. Keadaan sekarang yang terjadi yaitu adanya kelemahan dan klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kirinya eseha bergerak. Kesadaran klien compos mentis dengan nilai GCS 11, nadi : 80x/I, TD : 170/100 mmhg, T : 36C, RR : 20x/i.

Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukimana, Sagiran dan Yuniarti (2018) yang dimana kelemahan kaki terjadi

karena kegagalan aliran balik vena pada saat kaki berada di bawah dan bergantung. Proses kelemahan terjadi pada klien sehingga adanya hambatan mobilitas fisik saat bergerak. Tidak semua pengkajian yang dilakukan sama dengan teori, karena teori dilakukan eseha klien stroke sedangkan pada kasus klien adalah pasien paska stroke yang sudah lebih dari 3 terkena stroke dan sudah banyak terjadi perkembangan dalam tahap rehabilitasi

4.2.Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga, dan komunikasi terhadap sesuatu yang berpotensi sebagai masalah esehatan dalam proses keperawatan (Deswani, 2009). Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus NY N Yaitu hambatan mobilitas fisik b.d keterlibatan neuro esehata karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemah sehingga proses bergerak klien terganggu.

Dalam menegakkan suatu esehata atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian dan esehata diangkat sesuai dengan kondisi klien pada saat dikaji. Hal ini menyebabkan esehata pada teori akan berbeda pada kasus dimana pada teori yang penulis mencantumkan ada 5 (lima)

esehata sedangkan pada kasus hanya satu, tetapi kesehatan yang ada pada kasus masih sejalan dengan teori yaitu gangguan mobilitas fisik

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien, atau esehata yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Dewasni, 2013). Rencana esehata keperawatan untuk masalah hambatan mobilitas fisik b.d keterlibatan neuro esehata dengan intervensi yang ingin dilakukan adalah melakukan terapi non farmakologis berupa massage punggung. Intervensi yang dilakukan mengacu pada penelitian Budiono & Ristani (2019) Menyatakan bahawa pemberian terapi elevasi atau ROM bisa meningkatkan fungsi gerak ekstremitas.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah krsehatan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawatt kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan kriteria hasil yang ingin dicapai (Abd & Imam, 2013).

Pada tanggal 24 Juni 2023 sudah mulai dilakukan intervensi berupa mengobservasi keluhan utama. Memeriksa TTV, penjelasan tentang terapi non farmakologi yang akan dilakukan guna mengurangi lemah pada kaki klien, dan juga mengingatkan untuk meminum obat klien.

Pada tanggal 25 juni 2023 jam 09.30 melakukan massage punggung dan pada sore hari 16.30 klien juga melakukan massage punggung.

Pada 26 juni 2023 dilakukan esehat intervensi berupa massage punggung dan TTV pada pagi hari dan pada sore hari serta meminum obat.

Intervensi yang dilakukan selama 3 hari yaitu tidak semua intervensi dilakukan setiap hari, ini bertujuan agar proses asuhan keperawatan dilakukan secara bertahap. Hasil yang didapat saat intervensi yaitu adanya perubahan walau masih sedikit, akan tetapi klien mengatakan ekstremitas sudah mulai terasa ringan eseha bergerak.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan SOAP (Wahid, 2012).Evaluasi dari hasil esehata keperawatan hambatan mobilitas fisik b.d keterlibtan neuro esehata paralisis mengalami adanya perkembangan yakni berkurangnya lemah pada ekstremitas.

Evaluasi dari hasil hari pertama implementasi yaitu mengobservasi keluhan utama, mengukur TTV klien, menerangkan manfaat dari terapi non farmakologis berupa massage punggung untuk mengurangi lemah pada ekstremitas, TD : 140/100 mmhg dan klien mengatakan paham tentang massage punggung.

Evaluasi dari hari kedua, yaitu klien mengatakan kakinya terasa lebih ringan dari sebelumnya walau pada hari ini kelemahan ekstremitas belum bisa aktif sepenuhnya. Hal ini sejalan dengan penatalaksanaan kelemahan ekstremitas dengan ROM untuk

meningkatkan peredaran darah pada esktremitas sehingga dapat meningkatkan pergerakan ekstremitas. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukmana, Sagiran dan Yuniarti (2018) yaitu perubahan posisi saat kaki ditinggikan bertujuan akan meningkatkan aliran balik vena dan mengurangi tekanan pada vena dan juga meningkatkan mikrosirkulasi dan peningkatan gerak.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil intervensi yang dilakukan pada NY N Memang tidak mengalami perubahan yang begitu esehat namun secara perlahan-lahan meningkat kekuatan pergerakan ekstremitas klien. Intervensi keperawatan berupa terapi non farmakologis massage punggung cukup efektif terhadap peningkatan pergerakan pada ekstremitas meskipun memerlukan proses yang bertahap. Terapi massage punggung lebih kepada pelancaran peredaran darah dan perbaikan saraf gerak sehingga meningkatkan pergerakan pada ekstremitas klien. Setelah klien dilakukan intervensi dihari pertama, klien mengatakan kakinya terasa lebih ringan dan mulai meningkat dibandingkan sebelumnya walau belum eseha aktif. Pada hari kedua dilakukan intervensi , sudah mulai tampak adanya perubahan yaitu peningkatan gerak ekstremitas ditandai dengan kekuatan ekstremitas mulai aktif.

5. 2. Saran

1. Bagi Klien

Kepada pasien paska stroke saran saya untuk tetap bertahan dan akan selalu ada harapan serta lebih menguatkan diri sendiri untuk tekun dalam proses rehabilitasi. Untuk intervensi non farmakologis berupa ROM (Range Of Motion) sebagai peningkatan eksremitas atas dan bawah klien dan massage punggung untuk mencegah decubitus pada pasien stroke

2. Bagi keluarga klien

Kepada keluarga dari klien pasca stroke saya tetap memberikan motivasi dan juga semangat kepada klien dalam melaksanakan proses rehabilitasi, karena bagi klien dukungan keluarga adalah salah satu hal yang paling berharga untuk dijadikan esehat untuk bertaahan dalam proses rehabilitasi.

3. Bagi masyarakat

Bagi masyarakat saya bisa memberikan informasi bagi yang memiliki keluarga yang mengalami stroke sehingga membantu menyebarkan informasi seputar terapi sederhana untuk meningkatkan pergerakan ekstremitas.

4. Bagi Keperawatan

Saran saya untuk keperawatan adalah agar terus mengembangkan terapi terapi yang sederhana namun sangat bermanfaat untuk esehatan guna meningkatkan derajat Kesehatan.

Dokumentasi



DAFTAR PUSTAKA

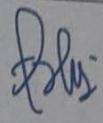
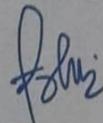
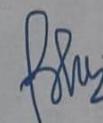
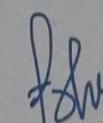
- Amila, A, Siaga, J, & Sembiring, E. (2019). Pencegahan stroke berulang melalui Pemberdayaan Dan Modifikasi Gaya Hidup. *Jurnal Abdimas*, 22(2), 143-150.
- Anggraini , A., Zulkarnain, Z., Sulaiman, S., & Gunawan,R., (2018). Pengaruh ROM (Range Of Motion) terhadap Kekuatan Otot Ekstrimitas Pada Pasien Non Hemoragik. *Jurnal Riset Hesti Medan Akper Kesdam I/BB Medan*, 3(2), 64.
- Aulia, D., Ayu, S. F., & Nefonafratilova, (2017). Analisis Perbandingan Biaya (Direct Cost) dan Biaya Tidak Langsung (Indirect Cost) Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit. *Ekonomi Kesehatan Indonesia*.
- Bangun, H, A. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik di rumah sakit umum kota padangsidempuan tahun 2017. Medan; Universitas Sari Mutiara Indonesia.
- Michelle, Andrea (2016). *Macam-macam manfaat pijat punggung bagi Kesehatan*.
- Muttaqin , 2008, *Asuhan keperawatan Klien dengan Gangguan system kardiovaskular*, Salemba Medika, Jakarta, p.112-119.
- Potter, Patricia, A, Parry,A.G. (2014). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep , Proses, dan Praktik*. Edisi 4.Volume 2. Alih Bahasa : Renata Komalasari, dkk. Jakarta : EGC.
- Potter, Patricia, A.& Anne, G., Perry. (2013). *Fundamental keperawatan Buku 1*. Ed. 7. Jakarta : Selamba Medika.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskasdes). (2013). *Badan peneliti dan pengembangan Kesehatan Kementrian RI tahun (2010)*.
- Smeltzer, Suzanna, C., & Bare, B. G (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed 8, Vol, 1,2)*, Alih Bahasa Oleh Agung Waluyo., (dkk). Jakarta : EGC.
- Srinayanti , Y, Malik, A, A, & Sandi, Y. D.L. (2021). Cold Compress Therapy Against Muscle Stiffness In Patient With Hypokalemia. *Genius Journal* , 2(1), 16-21.
- Setiawan. (2020). *Pendidikan Kesehatan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat di pondok Pasantren*.
- Sulaiman, S, & Anggraini , A. (2017). *Sosialisasi Pencegahan Kasus Stroke Pada Lanjut Usia Di Desa Santa Elisabeth Medan*. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 4(1), 18-25.
- Yaslina, Moidaliza, & Hayati, I. (2019). Pengaruh Pemberian Discharge Planning Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Perawatan Pasca Stroke di Rumah Tahun 2019. *Kesehatan Perintis*, 6.

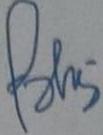
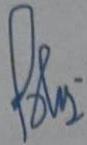
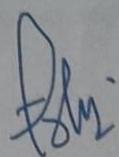
LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : LISPIANOVERA

NIM : 22040084

Dosen Pembimbing : Ns. Fahrizal Alwi, M.Kep

NO	Hari/Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1.	Sabtu, 22 Juli 2023	Pengajuan judul elektif	1. Judul ACC	
2.	Selasa, 1 Agustus 2023	BAB 1 dan BAB 2	1. Bab 1 terlalu banyak	
3.	Rabu, 2 Agustus	BAB 1 dan BAB 2	1. Silahkan lengkapi semuanya dari bab 1 smaapi selesai 2. Jurnalnya 2013 paling rendah referensinya	
4.	Jumat, 4 Agustus 2023		1. Tidak kelihatan Tindakan massage punggung 2. Sesuaikan dengan buku panduan 3. Cover dibuat spasi 1 saja biar rapi, bnaur serapi mungkin	
5.	Selasa, 8 Agustus 2023	BAB 1-5	1. Perbaiki highlingted yang	

			<p>mana yang telah diperbaiki</p> <p>2. Masalah diagnosa keperawatan yang mana intervensinya massage punggung</p>	
6.	Rabu, 9 Agustus 2023	BAB 1-5	<p>3. Perbaiki highligned yang mana yang telah diperbaiki</p> <p>4. Masalah diagnosa keperawatan yang mana intervensinya massage punggung</p>	
7.	Kamis, 10 Agustus 2023	Bab 1-5	<p>1. Prioritas masalah masih tidak ditemukan</p> <p>2. Sesuaikan dengan prioritas, intervensi dan implementasi dalam table</p> <p>3. Lanjut membuat lembar pengajuan dan tambahkan lembar konsul</p>	
8.	Jumat, 11 Agustus 2023	Bab 1-5	<p>1. Tambahi diagnose 1 lagi</p> <p>2. ACC laporan elekrif</p>	