

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA Th. S.R
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANG KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG



DISUSUN OLEH :

NOVRIYANTI MARIAM TELLU
NIM : PO. 530320116367

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019

KARYA TULIS ILMIAH

**“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA Tn. S.R
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANG KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



NOVRIYANTI MARIAM TELLU

NIM : PO. 530320116367

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Novriyanti Mariam Tellu
NIM : PO. 530320116367
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 10 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Novriyanti Mariam Tellu
PO 530320116367

Mengetahui
Pembimbing



Kori Limbong, S. Kep, Ns., M.Kep
NIP. 19780202 200212 2 001

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Novriyanti M.Tellu, Nim : PO 530320116367
dengan judul “Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. S.R Dengan Stroke
Non Hemoragik Di Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang ”

Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Dewan Penguji Prodi D- III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal, 9 Juni 2019s

Disusun Oleh :



Novriyanti Mariam Tellu
NIM. PO 530320116367

Pembimbing



Kori Limbong, S. Kep, Ns., M.Kep
NIP. 19780202 200212 2 001

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA
Tn. S.R DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANGAN KELIMUTU RSUD PROF. DR. W. Z JOHANNES KUPANG ”**

Disusun Oleh :



Novriyanti Mariam Tellu
NIM. PO 530320116367

Telah Diujikan Pada Tanggal, 10 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I



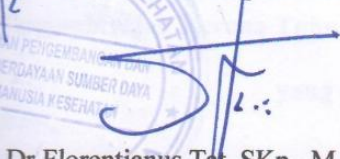
Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes
NIP. 19580901 19850220 2 001

Penguji II




Kori Limbong, S. Kep, Ns., M.Kep
NIP. 19780202 200212 2 001

**Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan**



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 196911281993031005

**Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan**



Margaretha Teli, S. Kep, Ns., MSc-PH
NIP. 19770727 200003 2 002



BIODATA PENULIS

Nama : Novriyanti Mariam Tellu

Tempat / Tanggal Lahir : Kalabahi, 11 November 1990

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. Cermelek, RT 006 / RW 002, Bakunase II

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN Hombul tahun 2003
2. Tamat SMPN 1 Kalabahi tahun 2006
3. Tamat SPK St. Elisabeth Lela tahun 2009
4. Sejak tahun 2016 Kuliah di program Studi D-III
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang

Motto

“Bergembiralah Karena Tuhan, maka Ia akan memberikan kepadamu apa yang diinginkan hatimu”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S.R DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG KELIMUTU RSUD PROF DR. W.Z JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah ini dibuat sebagai syarat menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis memperoleh banyak bimbingan, saran, dan bantuan dari banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pribadi-pribadi berikut :

1. Ibu Kori Limbong, S. Kep, Ns., M.Kep selaku pembimbing dan penguji II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
2. Ibu Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes selaku penguji I yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan terhadap Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Petrus Kale Te, S.Kep, Ns selaku penguji III dan pembimbing yang telah memberikan kesempatan kepada penulis memperoleh semua informasi yang dibutuhkan
4. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dan pelindung dalam kegiatan ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi D-III Keperawatan
5. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah bersedia menjadi penanggung jawab dari kegiatan ujian akhir program.
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang beserta Staf dan Jajaran.

7. Untuk Alm. Ayah dan Mama tercinta yang telah memberikan setiap cinta, doa dan dukungan berupa moril maupun materil
8. Untuk sang pemilik dunia dalam hatiku, Suami terhebat, Bu Arid Magang yang dengan seluruh kekuatan dan doanya mengantar Penulis sampai pada titik ini.
9. Untuk malaikat kecilku Marvicha Magang yang selalu mendukung dengan senyum manisnya yang menjadi penyemangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Untuk Alm. Adik Tersayang Yohanes Rivaldo Tellu dan Adik Anitha bersama Suami yang selalu memberikan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
11. Untuk Mertua, kakak Hend dan istri, kakak Ance dan adik Ritha yang telah memberikan cinta, doa, dan dukungan moral dan moril dalam menyelesaikan Karya tulis Ilmiah ini
12. Keluarga besar Tellu, Lema, Magang dan Dollu yang sudah memberikan dukungan doa, moril dan perhatian untuk menyelesaikan Karya tulis Ilmiah ini.
13. Teman-teman angkatan XXV jurusan keperawatan kelas karyawan, reguler A & B terimakasih atas hari-hari yang selama ini telah kita lewati bersama. Semoga kebersamaan kita dapat menjadi salah satu momen terbaik yang tidak pernah bisa terlupakan.

Akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya tulis Ilmiah ini, kritik dan saran pembaca demi kesempurnaan Karya tulis Ilmiah ini sangat penulis harapkan.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan D-III Keperawatan
Karya Tulis Ilmia, 10 Juni 2019**

**Nama : Novriyanti Mariam Tellu
NIM : PO 530320116367**

Stroke merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologis yang utama. Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

Tujuan umum penulisan ini adalah menerapkan asuhan keperawatan pada Tn. S.R dengan stroke non hemoragik yang meliputi pengkajian, penegakan diagnose, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan di ruang kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johhanes Kupang. Sumber informasi didapatkan dari anamneses dari keluarga, pemeriksaan fisik, serta data penunjang berupa hasil laboratorium.

Pada saat pengkajian, keluarga mengatakan pasien lemah, semua aktivitas dibantu, sulit berbicara dan belum BAB selama 5 hari, maka dari pengkajian penulis mengambil diagnosa keperawatan yaitu hambatan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri dan konstipasi sehingga di tegakan rencana keperawatan yaitu mengajarkan teknik ROM, membantu ambulasi pasien miring kiri dan kanan, mengobservasi pasien secara ketat untuk mengantisipasi kebutuhannya melalui isyarat non verbal dan membantu sepenuhnya kebutuhan perawatan diri.

Hasil dari studi kasus ini adalah pasien belum bisa melakukan mobilisasi secara mandiri, tidak mampu berkomunikasi secara lancar, tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri tetapi pasien sudah bebas dari konstipasi. Kesimpulan masalah keperawatan teratasi sebagian dan masih memerlukan perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat maupun keluarga.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Stroke Non Hemoragik.

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN | ii |
| LEMBAR PERSETUJUAN | iii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iv |
| BIODATA PENULIS | v |
| KATA PENGATAR | vi |
| ABSTRAK | viii |
| DAFTAR ISI | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN | x |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Tujuan Studi Kasus | 3 |
| 1.2.1 Tujuan Umum | 3 |
| 1.2.2 Tujuan Khusus | 4 |
| 1.3 Manfaat Studi Kasus | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 6 |
| 2.1 Konsep Teori Stroke Non Hemoragik | 6 |
| 2.1.1 Pengertian | 6 |
| 2.1.2 Klasifikasi | 6 |
| 2.1.3 Etiologi..... | 8 |
| 2.1.4 Faktor Resiko | 9 |
| 2.1.5 Patofisiologi | 10 |
| 2.1.6 Pathway | 11 |
| 2.1.7 Manifestasi Klinis | 12 |
| 2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik..... | 13 |
| 2.1.9 Komplikasi | 14 |
| 2.1.10 Penatalaksanaan | 15 |
| 2.1.11 Upaya Pencegahan | 16 |
| 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan | 17 |
| 2.2.1 Pengkajian..... | 17 |
| 2.2.2 Pemeriksaan Fisik | 17 |
| 2.2.3 Diagnosa Keperawatan..... | 18 |
| 2.2.4 Rencana Keperawatan..... | 18 |
| BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN | 25 |
| 3.1 Hasil Studi Kasus | 25 |
| 3.2 Pembahasan | 38 |
| 3.3 Keterbatasan Studi Kasus..... | 43 |
| BAB IV PENUTUP | 44 |
| 4.1 Kesimpulan | 44 |
| 4.2 Saran | 45 |
| DAFTAR PUSTAKA | |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Jadwal Kegiatan
- Lampiran II : Lembar Konsultasi
- Lampiran II : Asuhan Keperawatan pada Tn. S.R

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke (cedera serebrovaskuler) merupakan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Penyakit ini adalah kulminasi penyakit serebroveskuler selama beberapa tahun. Stroke dibagi menjadi dua, yaitu: stroke hemoragi, merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subrachoid, dan stroke non hemoragik merupakan iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. (Wijaya & Putri, 2013). Stroke merupakan penyakit tidak menular yang angka kejadiannya semakin meningkat dari tahun ke tahun di setiap negara dan di Indonesia sendiri terjadi di setiap wilayah dan biasanya stroke menyerang usia antara 40-70 tahun. (Smeltzer, 2013). Stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya. Terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan; dari angka ini, 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. (Smeltzer & Bare, 2013).

Menurut WHO (2004) seperti yang dikutip pada laporan *The Global Burden Disease*, di dunia untuk semua kelompok umur stroke iskemik dan penyakit jantung merupakan penyebab kematian utama. Dengan penderita stroke iskemik yang meninggal di dunia adalah 7,2 juta jiwa (12,2 %), dan penyakit jantung 5,7 juta jiwa (9,7%). Insidens rate penyakit stroke iskemik untuk serangan pertama adalah 9 juta jiwa. Menurut peneliti dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), stroke banyak ditemukan di kalangan remaja dan orang muda dewasa. Laporan ini diterbitkan dalam *Annals of*

Neurology, edisi 1 September 2011. Penelitian berskala cukup besar dilakukan oleh survey ASNA (*Asean Neurologic Association*) di 28 rumah sakit di seluruh Indonesia pada penderita stroke akut yang dirawat di rumah sakit, hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dari perempuan dan profil usia dibawah 45 tahun cukup banyak yaitu 11,8%, usia 45-64 tahun 80%. Stroke adalah masalah neurologik primer di dunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden dalam beberapa tahun terakhir. Indonesia merupakan negara berkembang dengan prevalensi stroke yang cukup tinggi, di Indonesia stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan kanker dengan prevalensi stroke mencapai 8,3 per 1000 penduduk, 60,7 persennya disebabkan oleh Stroke Non Hemoragik.

Menurut data Riskesdas tahun 2018, prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 10,9 %. Prevalensi tersebut naik dari 7 % pada tahun 2013. (Rikesdas, 2018). Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Yastroki, 2012). Stroke merupakan penyebab kematian tertinggi dari seluruh penyebab kematian disusul hipertensi, diabetes, kanker, dan penyakit paru obstruksi kronis.

Berdasarkan data Riskesdas 2018 prevalensi stroke di NTT mencapai 6 % di tahun 2018 dari sebelumnya 4,1 % di tahun 2013, dengan jumlah penderita terbanyak adalah laki-laki dengan prevalensi 11,0 % sedangkan perempuan 10,9 %, dan menurut jenis pekerjaan jumlah terbanyaknya yaitu yang tidak bekerja. Dari data rekam medik RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang, Ruang Kelimutu kasus stroke

terhitung bulan Maret – Mei 2019 didapati kasus stroke dengan jumlah pasien 8 orang dan Hipertensi 6 orang. Angka mortalitas pada bulan Maret - Mei didapati pasien stroke yang meninggal tidak ada dan pasien stroke yang pulang paksa 3 orang. Hal ini dikarenakan keterbatasan biaya dan keinginan keluarga pasien yang ingin merawat di rumah karena keluarga merasa tidak ada kemajuan dari kondisi pasien.s

Seseorang menderita stroke karena memiliki perilaku yang dapat meningkatkan faktor risiko stroke. Faktor risiko stroke meliputi hipertensi, diabetes militus, merokok, penyalahgunaan obat & alkohol, dan penyakit jantung koroner. (Rendy & Margareth, 2012). Pada stroke non hemogarik pasien telah mengalami kehilangan motorik, kehilangan komunikasi, dan gangguan persepsi (Wijaya & Putri, 2013). Masalah keperawatan yang muncul dari manifestasi klinik ada beberapa yaitu: perfusi jaringan serebral, kerusakan mobilitas fisik, kerusakan komunikasi verbal, perubahan persepsi sensori dan deficit perawatan diri. Untuk mengatasi masalah keperawatan yang di atas maka intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah- masalah di atas adalah letakkan kepala 15-30 derajat, pertahankan tirah baring, menilai latihan rom pasif minimal 8 jam sekali, atur posisi setiap 2 jam, menilai kekuatan otot, observasi tanda-tanda vital, menggunakan kartu baca saat berkomunikasi dengan pasien dan penuhi ADL pasien. (Wijaya & Putri, 2013)

1.2.Tujuan Studi Kasus

1.2.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien Tn, S.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Kelimutu, melalui pendekatan proses keperawatan

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian pada pasien Tn. S.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Kelimutu melalui pendekatan proses keperawatan
2. Mahasiswa dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. S.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Kelimutu melalui pendekatan proses keperawatan
3. Mahasiswa dapat menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn. S.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Kelimutu melalui pendekatan proses keperawatan
4. Mahasiswa dapat melakukan rencana keperawatan pada pasien Tn. S.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Kelimutu melalui pendekatan proses keperawatan
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. S.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Kelimutu melalui pendekatan proses keperawatan

1.3. Manfaat Studi Kasus

1.3.1. Manfaat Teori

Dapat dijadikan referensi sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dengan masalah Stroke Non Hemoragik.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan serta memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan dengan masalah kesehatan trombositopenia dan sebagai bahan acuan bagi penulis selanjutnya dalam mengembangkan

penulisan lanjutan terhadap pasien dengan masalah kesehatan Stroke Non Hemoragik

2. Bagi Insitusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi institusi RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan terkhususnya untuk pasien dengan masalah kesehatan Stroke Non Hemoragik

4. Bagi Pasien

Agar dapat dijadikan sebagai pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Pengertian

Stroke adalah suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara fokal maupun global, yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vascular (Junaidi, 2011)

Stroke non hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat obstruksi thrombosis atau emboli satu atau lebih di daerah vaskuler pada sirkulasi serebrum (Price, 2006)

Stroke non hemoragik adalah terjadinya penyumbatan arteri akibat thrombus (bekuan darah di arteri serebri) atau embolus (bekuan darah yang berjalan ke otak dari tempat lain di tubuh). (Corwin, 2009)

Jadi Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena sumbatan pada arteri sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak.

2.1.2. Klasifikasi

Menurut Wijaya & Putri (2013) stroke di bagi menjadi dua, yaitu :

1. Stroke hemoragi

Merupakan perdarahan serebral dan perdarahan subrachanoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu.

2. Stroke non hemoragik (CVA 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, kesadaran umumnya

baik.

Penggolongan Stroke non hemoragik atau infark menurut Junaidi (2011) dikelompokkan sebagai berikut :

1. Transient Ischemic Attack (TIA)

Suatu gangguan akut dari fungsi lokal serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam atau serangan sementara dan disebabkan oleh thrombus atau emboli. Satu sampai dua jam biasanya TIA dapat ditangani, namun apabila sampai tiga jam juga belum bisa teratasi sekitar 50 % pasien sudah terkena infark (Grofir, 2009; Brust, 2007; Junaidi, 2011)

2. Reversible Ischemic Neurological Defisit (RIND)

Gejala Neurologis dari RIND akan menghilang kurang lebih 24 jam, biasanya RIND akan membaik dalam waktu 24-48 jam.

3. Stroke In Evolution (SIE)

Pada keadaan ini gejala atau tanda neurologis fokal terus berkembang dimana terlihat semakin berat dan memburuk setelah 48 jam. Defisit neurologis yang timbul berlangsung bertahap dari ringan sampai menjadi berat

4. Complete Stroke Non Hemorrhagic

Kelainan neurologis yang sudah lengkap atau permanen tidak berkembang lagi bergantung daerah bagian otak bagian mana yang mengalami infark.

Klasifikasi stroke non hemoragik menurut Corwin (2009) sebagai berikut :

1. Trombosis Cerebri, terjadi penyempitan lumen pembuluh darah otak perlahan karena proses arterosklerosis cerebral dan perlambatan sirkulasi serebral.

2. Embolisme cerebral, penyempitan pembuluh darah terjadi mendadak akibat abnormalitas patologik pada jantung. Embolus biasanya menyumbat arteri cerebral tengah atau cabang-cabangnya, yang merusak sirkulasi cerebral.

Menurut Pudiastuti (2013) Stroke non hemoragik dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Stroke *trombotik*; proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan
2. Stroke *embolik*; tertutupnya pembuluh darah arteri oleh bekuan darah
3. *Hipoperfusion sistemik*; aliran darah ke seluruh tubuh berkurang karena adanya
4. gangguan denyut jantung.

1.1.3. Etiologi

Penyebab stroke dapat dibagi tiga, yaitu :

1. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer, 2005).

2. Emboli serebri

Emboli serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke (Price, 2006).

3. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter (Hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (Hemoragi subdural), di ruang subarachnoid (Hemoragi subarachnoid atau dalam substansi otak Hemoragi intra serebral) (Price, 2005)

1.1.4. Faktor Resiko

Menurut (Muttaqin, 2008; Wijaya & Putri, 2013)

1. Hipertensi.

Merupakan faktor risiko utama, hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah atau menimbulkan perdarahan.

2. Penyakit kardiovaskuler.

Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya terjadi stroke.

3. Diabetes mellitus.

Pada penyakit Diabetes mellitus mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadi arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

4. Merokok.

Pada perokok akan terjadi plak pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan arterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

5. Alkohol.

Pada alkohol dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardial aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

6. Peningkatan kolesterol.

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat masuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

7. Obesitas.

Pada obesitas kadar kolestrol tinggi, selain itu dapat mengalami hipertensi terjadi gangguan pada pembuluh darah, keadaan ini berkontribusi pada stroke.

8. Lain – lain

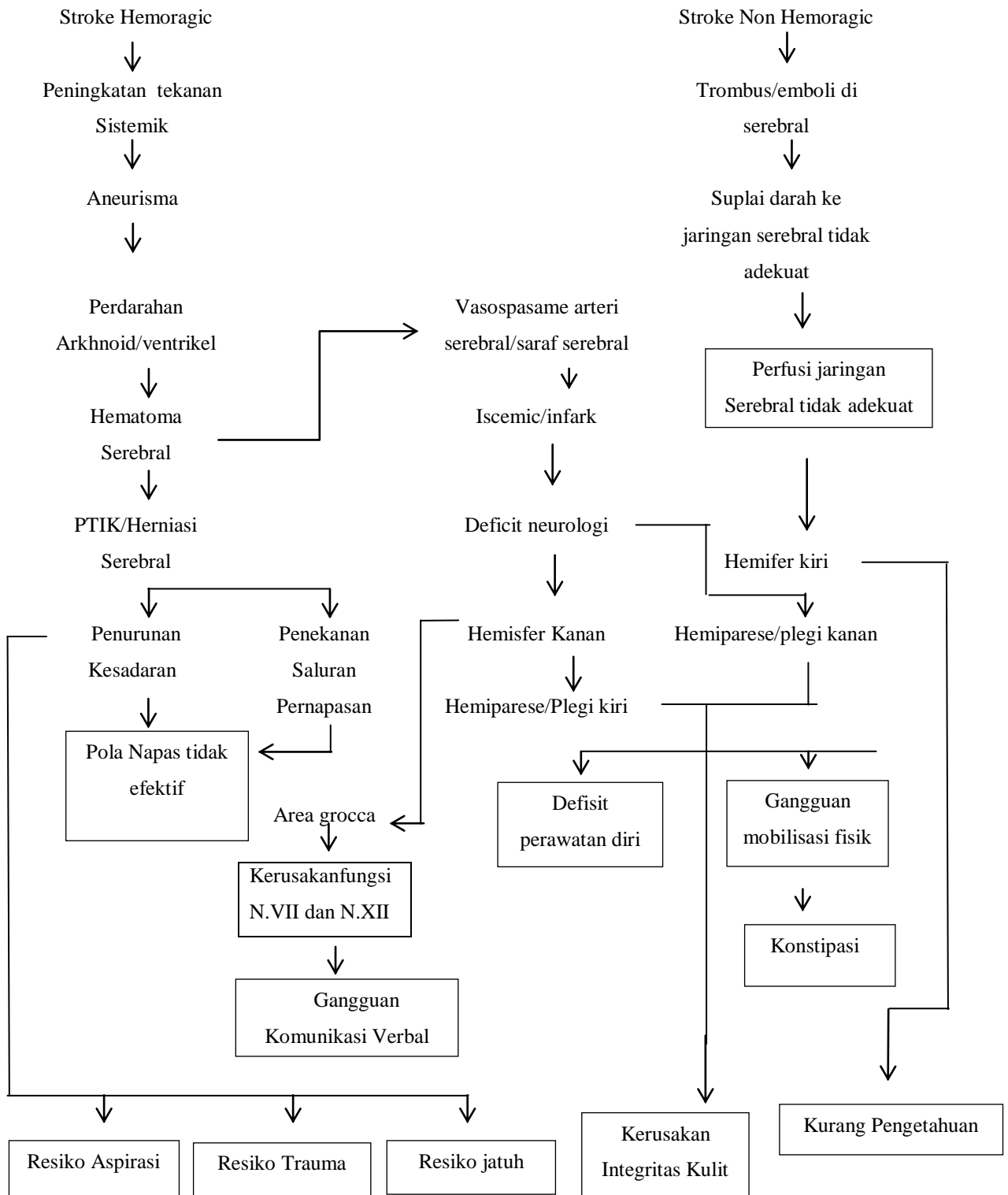
Lanjut usia, paru – paru menahun, penyakit darah, asam urat yang berlebihan, kombinasi berbagai faktor risiko secara teori.

1.1.5. Patofisiologi

Stroke non hemoragik disebabkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis yang memberi vaskularisasi pada otak atau oleh emboli dari pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Saat terbentuknya plak fibrosis (ateroma) di lokasi yang terbatas seperti di tempat percabangan arteri. Trombosit selanjutnya melekat pada permukaan plak bersama dengan fibrin, perlekatan trombosit secara perlahan akan memperbesar ukuran plak sehingga terbentuk trombus (Sudoyo, 2007).

Trombus dan emboli di dalam pembuluh darah akan terlepas dan terbawa hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal, lalu menyebabkan pengurangan aliran darah yang menuju ke otak sehingga sel otak akan mengalami kekurangan nutrisi dan juga oksigen, sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan glukosa akan menyebabkan asidosis lalu asidosis akan mengakibatkan natrium, klorida, dan air masuk ke dalam sel otak dan kalium meninggalkan sel otak sehingga terjadi edema setempat. Kemudian kalsium akan masuk dan memicu serangkaian radikal bebas sehingga terjadi kerusakan membran sel lalu mengkerut dan tubuh mengalami defisit neurologis lalu mati (Esther, 2010)

1.1.6. Pathway



(Nanda, 2013)

1.1.7. Manifestasi Klinis

Pada stroke non hemoragik gejala utamanya adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak atau subakut, didahului gejala prodromal terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun, kecuali bila embolus cukup besar (Mansjoer, 2000; Wijaya & Putri, 2013)

Menurut WHO, dalam *Internasional Statistic Classification Of Diseases And Related Health Problem 10th Revision* stroke dapat dibagi atas :

1. Perdarahan intraserebral (PIS)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan sering terjadi setiap hari, saat aktivitas, atau emosi(marah). Sifat nyeri kepalanya hebat sekali. Mual dan muntah sering terjadi sejak permulaan serangan. Kesadaran biasanya menurun cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara 1,5 s.d 2 jam dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).

2. Perdarahan subaraknoid (PSA)

Pada klien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Edema pupil dapat terjadi bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri anterior atau arteri karotis interna. Gejala neurologis yang muncul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.

Manifestasi stroke dapat berupa :

- a. Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
- c. Perubahan status mental yang mendadak.
- d. Afasia (bicara tidak lancar).
- e. Ataksia anggota badan.
- f. Vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala.

2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Junaidi, 2013)

1. Angiografi serebral

Angiografi serebral adalah alat yang digunakan untuk pemeriksaan terhadap pembuluh darah. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarah, obstruksi arteri, oklusi atau ruptur.

2. Elektro encefalography

Elektro encefalography adalah alat yang digunakan untuk merekam aktifitas elektrik di sepanjang kulit kepala dan mengukur fluktuasi tegangan yang dihasilkan oleh arus ion di dalam neuron otak. Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

3. Sinar X tengkorak

Sinar X tengkorak adalah alat yang digunakan untuk pemeriksaan kelainan pada dasar tengkorak dan cungkup tulang cranial. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid.

4. Ultrasonography Doppler

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

5. CT-Scan

CT-Scan adalah suatu prosedur yang digunakan untuk mendapat berbagai sudut kecil dari tulang tengkorak ke otak. Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark.

6. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

MRI (Magnetic Resonance Imaging) adalah prosedur untuk memeriksa dan mendeteksi kelainan organ di dalam tubuh dengan menggunakan medan magnet dan gelombang frekuensi radio tanpa radiasi sinar X atau bahan radioaktif. Menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada trombosis, emboli, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi subarachnoid atau perdarahan intrakranial.

7. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran vertikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas. (Doengoes, 2000)

8. Pemeriksaan laboratorium

a. Fungsi Lumbal : Tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukan adanya perdarahan subarachnoid atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan proses inflamasi

b. Pemeriksaan darah rutin

c. Pemeriksaan Kimia darah : Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur- angsur turun kembali (Doengoes, 2000)

2.1.9. Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri (2013) :

1. Berhubungan dengan immobilitas

a. Infeksi pernapasan

b. Nyeri yang berhubungan dengan daera yang tertekan

- c. Konstipasi
 - d. Tromboflebitis
2. Berhubungan dengan mobilisasi
 - a. Nyeri pada daerah punggung
 - b. Dislokasi sendi
 3. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - a. Epilepsi
 - b. Sakit kepala
 - c. Kraniotomi
 4. Hidrosefalus

2.1.10. Penatalaksanaan

Menurut Wijaya & Putri, (2013) ada 3 penatalaksanaan, yaitu :

1. Penatalaksanaan umum
 - a. Posisi kepala dan badan 20-30 derajat, posisi lateral decubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi tertahap bila hemodinamik stabil.
 - b. Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/ menit bila ada hasil gas darah.
 - c. Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
 - d. Kontrol tekanan darah, dipertahankan normal.
 - e. Suhu tubuh harus dipertahankan.
 - f. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipa NGT.
 - g. Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
2. Penatalaksanaan medis
 - a. Trombolitik (streptokinase)
 - b. Anti platelet/ antitrombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiridamol)
 - c. Antikoagulan (heparin)

- d. Hemorrhagea (pentoxifylin)
 - e. Antagonis serotonin (noftidofuryl)
 - f. Antagonis calcium (nomodopin, piracetam)
3. Pentalaksanaan khusus/ komplikasi
- a. Atasi kejang (antikonvulsan)
 - b. Atasi tekanan intrakranial yang meninggi (manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid dll)
 - c. Atasi dekompresi (kraniotomi)
 - d. Untuk penatalaksanaan factor resiko
 - Atasi hipertensi (Antihipertensi)
 - Atasi hiperglikemi (Antihiperglikemi)
 - Atasi hiperurisemia (Antihiperurisemia)

2.1.11. Upaya Pencegahan

1. Mengurangi Kegemukan
2. Berhenti merokok
3. Berhenti minum kopi
4. Batasi makan garam/ lemak
5. Tingkatkan masukam kalium
6. Rajin berolahraga
7. Mengubah gaya hidup
8. Menghindari obat-obat yang dapat meningkatkan tekanan darah

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Menurut Muttaqin (2008); Wijaya & Putri (2013)

1. Identitas klien
Umur, jenis kelamin, ras, suku bangsa dll
2. Riwayat kesehatan dahulu
Riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler, riwayat tinggi kolestrol, obesitas, riwayat Diabetes Mellitus, riwayat aterosklerosis, merokok, riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensi, riwayat konsumsi alkohol.
3. Riwayat kesehatan sekarang
Kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan dan kehilangan sensasi atau paralisis.
4. Riwayat kesehatan keluarga
Apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga

2.2.2. Pemeriksaan fisik dan observasi

Menurut Padila (2012)

1. B1 (Bright/ pernafasan), Perlu di kaji adanya :
 - a. Sumbatan jalan nafas karena penumpukan sputum dan kehilangan refleks batuk
 - b. Adanya tanda-tanda lidah jatuh ke belakang
 - c. Auskultasi suara nafas mungkin ada tanda stridor
 - d. Catat jumlah dan irama nafas
2. B2 (Blood/ sirkulasi) Deteksi adanya : tanda-tanda peningkatan TIK yaitu
peningkatan tekanan darah disertai dengan pelebaran nadi dan penurunan jumlah nadi.

3. B3 (Brain / persyarafan, otak)

Kaji adanya keluhan sakit kepala hebat. Periksa adanya pupil unilateral, observasi tingkat kesadaran

4. B4 (Bladder / perkemihan)

Tanda-tanda inkontinensia uri.

5. B5 (Bowel / pencernaan)

Tanda-tanda inkontinensia alfi

6. B6 (Bone / tulang dan integumen)

Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan. Tanda-tanda decubitus karena tirah baring yang terlalu lama, kekuatan otot

2.2.3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nanda (2013)

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d interupsi perdarahan, hemoragic
2. Hambatan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot
3. Defisit perawatan diri b/d Kelemahan fisik
4. Kerusakan integritas kulit b/d imobilisasi fisik
5. Hambatan Komunikasi verbal b/d gangguan Neurologis
6. Resiko Aspirasi b/d Penurunan tingkat kesadaran
7. Resiko Injuri b/d Penurunan tingkat kesadaran
8. Pola Napas tidak efektif b/d penurunan kesadaran
9. Kurang pengetahuan tentang penyakit b/d kurang terpapar informasi
10. Konstipasi b/d Tingkat aktivitas rendah

2.2.4. Intervensi Keperawatan

Menurut Taylor (2010)

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d penurunan pertukaran sel

Goal : Pasien akan mempertahankan keefektifan perfusi jaringan serebral selama dalam perawatan

Objektif : Dalam jangka waktu 3x 24 jam :

- Pasien mempertahankan tingkat kesadaran saat ini
- Tekanan intracranial (TIK) antara 110 mmHg dan 130 mmHg
- Tingkat mobilitas dan kemandirian maksimum
- Pasien mempertahankan keseimbangan asupan dan haluaran
- Faktor resiko dan Komplikasi dapat dikurangi

Intervensi :

- a. Lakukan pengkajian neurologis setiap 1 samapi 2 jam pada awalnya,kemudian setiap 4 jam bila pasien sudah stabil
- b. R/ Untuk mengskrining perubahan tingkat kesadaran dan status neurologis
- c. Ukur tanda-tanda vital setiap 1-2 jam pada awalnya,kemudian 4 jam bila pasien sudah stabil
R/ Untuk mendeteksi secara dini tanda-tanda penurunan tekanan perfusi serebral atau peningkatan TIK
- d. Ukur Suhu pasien minimal setiap 4 jam
R/ Hipertermia mengakibatkan peningkatan TIK ; Hipotermia menyebabkan penurunan tekanan perfusi serebral
- e. Tinggikan bagian kepala tempat tidur pasien 30 derajat
R/ Untuk mencegah peningkatan tekanan intraserebral dan untuk memfasilitas drainase vena sehingga menurunkan edema serebral
- f. Pertahankan kepala pasien dalam posisi netral
R/ Untuk mempertahankan aliran karotis tanpa halangan sehingga dapat memfasilitasi perfusi
- g. Bila skor GCS pasien kurang dari 10, hiperventilasikan pasien dengan ventilator sesuai dengan kebijakan layanan
R/ Untuk meningkatkan oksigenasi dan mencegah pembekakan serebral dan hiperkapnia
- h. Pertahankan lingkungan dan pasien tetap tenang,beri jeda dalam melakukan tindakan keperawatan.

R/ Tindakan tersebut mengurangi peningkatan TIK

- i. Bila pasien kemungkinan mengalami gangguan jalan napas, gunakan natiemetik atau pengisapan nasogastric

R/ Untuk mencegah mual dan muntah yang memungkinkan terjadinya peningkatan TIK dan aspirasi

- j. Pertahankan Nutrisi yang adekuat

R/ Untuk memfasilitasi penyembuhan jaringan, oksigenasi dan metabolisme pasien

- k. Pertahankan rutinitas defekasi dan berkemih dan berikan diuretic seperti manitol, sesuai program

R/ Untuk mencegah peningkatan TIK

- l. Lakukan tindakan untuk melindungi pasien dari infeksi

R/ Untuk mencegah peningkatan kebutuhan metabolic dan oksigen yang dapat mempengaruhi kebutuhan metabolic otak

2. Hambatan mobilitas fisik b/d Penurunan kekuatan otot

Goal : Pasien akan mempertahankan tingkat mobilitas selama dalam perawatan

Objektif : Dalam jangka waktu 3x 24 jam :

- Pasien mempertahankan kekuatan otot dan ROM sendi
- Pasien tidak memperlihatkan adanya komplikasi
- Pasien mencapai tingkat mobilitas tertinggi
- Pasien dan keluarga melakukan program mobilitas

Intervensi :

- a. Lakukan latihan ROM untuk sendi jika tidak merupakan kontraindikasi, minimal 1 kali setiap pergantian tugas jaga. Tingkatkan dari pasif ke aktif sesuai toleransi

R/ Tindakan ini mencegah kontraktur sendi dan atrofi otot

- b. Miringkan dan atur posisi pasien setiap 2 jam pada saat pasien di tempat tidur. Tentukan jadwal memiringkan badan untuk pasien yang kebergantungan; posisikan pada sisi tempat tidur dan pantau frekuensi kemiringan badan

R/ Tindakan ini mencegah kerusakan kulit dengan mengurangi tekanan

- c. Tempatkan sendi pada posisi fungsional, gunakan gulungan trokanter sepanjang paha, letakan bantal kecil dibawa kepala dan sebagainya

R/ Tindakan tersebut mempertahankan sendi pada posisi fungsional dan mencegah deformitas muskuloskeletal.

- d. Identifikasi tingkat fungsional dengan menggunakan skala mobilitas fungsional

R/ Untuk menunjang kontinuitas dan menjaga tingkat kemandirian yang teridentifikasi.

- e. Beri dorongan mobilitas mandiri dengan membantu pasien menggunakan palang/ penghalang sisi tempat tidur dan melakukan aktivitas perawatan mandiri.

R/ Tindakan ini meningkatkan tonus otot dan harga diri pasien.

3. Defisit perawatan diri b/d Kelemahan fisik

Goal : Pasien akan mempertahankan deficit perawatan diri selama dalam perawatan.

Objektif : Dalam jangka waktu 3 x 24 jam :

- Kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi
- Komplikasi dapat dihindari
- Pasien dapat menyampaikan perasaan keterbatasan
- Pasien dan keluarga mendemonstrasikan penggunaan alat bantu dengan benar

Intervensi :

- a. Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi atau kebersihan diri setiap hari untuk mandi, berpakaian, makan, dan toileting

R/ untuk meningkatkan perasaan mandiri

- b. Sediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan kebersihan diri, ajarkan penggunaannya.

R/ alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian

- c. Berikan waktu yang cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dan kebersihan diri setiap hari
R/ ketergesa – gesa menimbulkan stres yang tidak seharusnya terjadi dan meningkatkan kegagalan
- d. Ajarkan keluarga untuk memotivasi kemandirian dan memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu melakukannya
R/ untuk memberikan stimulus dalam meningkatkan kemandirian
4. Hambatan Komunikasi Verbal b/d gangguan Neurologis
- Goal : Pasien akan meningkatkan kemampuan berkomunikasi verbal selama dalam perawatan
- Objektif : Dalam jangka waktu 3x 24 jam :
- Pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginannya
 - Kebutuhan pasien terpenuhi
 - Pasien tidak mengalami cedera atau bahaya
 - Pasien mendapatkan metode untuk berkomunikasi
- Intervensi :
- a. Observasi pasien secara ketat untuk mengantisipasi kebutuhannya
R/ Dengan memberikan perhatian penuh terhadap isyarat nonverbal, akan membantu menginterpretasikan kebutuhan pasien
- b. Berikan metode sederhana kepada pasien untuk mengkomunikasikan kebutuhan yang akan dikenali oleh petugas lainnya
R/ Untuk mempertahankan keamanan dan menjamin bahwa kebutuhan dasarnya terpenuhi
- c. Dukung upaya komunikasi dan berikan waktu kepada pasien untuk berespon secara verbal atau dalam bentuk tulisan
R/ Untuk mengurangi frustrasi pasien

5. Konstipasi b/d Tingkat aktivitas rendah

Goal : Pasien akan bebas dari konstipasi selama dalam perawatan

Objektif : Selama jangka waktu 3x 24 jam

- Asupan cairan dan serat dapat dikaji
- Pasien berpartisipasi dalam penyusunan program defekasi
- Pasien melaporkan keinginan defekasi
- Pasien menjelaskan tindakan yang dapat mengeliminasi konstipasi
- Pengeluaran feses yang mudah dan tuntas
- Pasien meningkatkan aktivitasnya
- Pasien mempertahankan pola eliminasi dalam batas normal

Intervensi :

- a. Pantau dan catat asupan dan haluaran cairan pasien.
R/ Asupan cairan yang tidak adekuat menyebabkan feses keras dan konstipasi
- b. Berikan privasi untuk eliminasi
R/ Untuk meningkatkan fungsi fisiologis
- c. Ajarkan kepada pasien untuk memijat abdomen satu kali setiap hari.
R/ Pemijatan dapat menstimulasi peristaltik dan keinginan untuk defekasi
- d. Rencanakan dan Implementasikan latihan fisik yang rutin seperti berjalan, meninggikan tungkai, mengecangkan otot abdomen dan latihan kaget
R/ Latihan fisik dapat meningkatkan tonus otot abdominal dan pevis yang diperlukan untuk eliminasi normal
- e. Bila tidak dikontraindikasikan, dorong asupan cairan sebanyak 1500 samapi 2000 ml setiap hari
R/ Untuk mempertahankan proses metabolik yang normal dan mencegah reabsorpsi cairan yang berlebihan dari isi saluran pencernaan.

2.2.5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.

2.2.6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hasil asuhan keperawatan setiap diagnosa sesuai kriteria hasil pada masing-masing diagnosa keperawatan.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

Dalam melakukan asuhan keperawatan tahap awal yang penulis lakukan adalah mengumpulkan data tentang status sehat-sakit pasien. Proses pengumpulan data tentang status sehat – sakit pasien dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi, pdan perkusi) , studi dokumentasi (data penunjang), dan pengobatan. Data tentang status sehat- sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara.

Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien), sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga)

3.1.1. Pengkajian Keperawatan

Hal-hal yang akan dikaji dengan cara wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien.

a) Identitas Pasien

Tn. S.R berusia 61 tahun lahir pada tanggal 21 Oktober 1957, berjenis kelamin laki-laki, agama Islam, status perkawinan: sudah kawin, suku Flores. Masuk RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes pada tanggal 24 Mei 2019, Nomor register 513394 dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik.

b) Keluhan utama

Keluarga mengatakan pasien masuk rumah sakit karena pasien mengalami kelemahan fisik, Muntah dan hanya terbaring lemah.

c) Riwayat kesehatan saat ini

Keluarga mengatakan 2 hari yang lalu pasien mengalami kelemahan fisik dan pasien langsung diantar oleh keluarga ke RSUD. Prof. Dr. Wz. Johannes Kupang. Pengkajian dilakukan tanggal 26 Mei 2019, saat di kaji pasien tidak dapat berbicara dan hanya berbaring lemah, saat observasi: tingkat kesadaran pasien apatis

d) Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi, tidak ada riwayat tinggi kolestrol, tidak ada riwayat merokok dan riwayat konsumsi alkohol. Pasien belum pernah dirawat dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik.

e) Riwayat kesehatan saat keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus, dan tidak ada yang menderita stroke.

f) Pola-pola kesehatan, terdiri dari:

1) Pola Nutrisi: Keluarga pasien mengatakan bahwa sehari-hari sebelum masuk rumah sakit, pasien biasanya makan 3x sehari, makanan yang dimakan bervariasi yang terdiri dari nasi, sayur-sayuran, tempe, tahu, ikan, terkadang daging, pasien selalu menghabiskan porsi makan dan makan secara mandiri tanpa bantuan, setelah sakit pasien tidak dapat makan sendiri karena lemah dan tangan kiri kesulitan digerakkan karena terpasang infus oleh karena itu pasien membutuhkan bantuan keluarga dan perawat.

2) Pola Istirahat dan Tidur: Keluarga pasien mengatakan pasien tidur siang selama 2 jam, yaitu dari jam 13.00 sampai jam 15.00 sedangkan tidur malam dari jam 22.00 sampai jam 05.00. Keluarga mengatakan pasien tidur dengan nyenyak dan tidak ada gangguan tidur.

- 3) Pola Eliminasi: Keluarga mengatakan pasien biasa BAK 4 - 5 kali sehari, warna kuning terang, berbau amoniak secara mandiri tanpa bantuan. Keluarga mengatakan pasien BAB 1 hari sekali berwarna kekuningan dengan konsistensi lunak.
- 4) Pola Aktifitas dan Latihan: Keluarga mengatakan bahwa sebelum sakit pasien melakukan aktivitas seperti biasa secara mandiri. Saat ini pasien terbaring, tampak lemah, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.
- 5) Pola kognitif: Keluarga mengatakan pasien belum pernah masuk RS
- 6) Pola persepsi diri/konsep diri: Keluarga mengatakan bahwa pasien menerima sakit yang dialami menurut diagnosa medis, dan tidak menganggap ini penyakit kutukan.
- 7) Pola peran: Keluarga mengatakan bahwa pasien sebelum sakit berperan sebagai seorang suami dan ayah yang bertugas memenuhi kebutuhan dalam rumah tangga, membantu pekerjaan rumah dan membantu mengurus anak. Setelah sakit pasien tidak dapat menjalankan peran sebagai suami dan ayah karena pasien hanya terbaring di tempat tidur.

3.1.2. Pemeriksaan fisik

Hasil yang diperoleh dari pemeriksaan fisik adalah B1 (Breathing) saat inspeksi pasien tidak batuk, tidak sesak napas, irama pernapasan teratur dengan jumlah respirasi 24 x/menit dan tidak ada tanda- tanda lidah jatuh kebelakang, auskultasi bunyi napas vesikuler tidak didapatkan suara napas tambahan, palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri, pada pemeriksaan B2 (Blood), tekanan darah 180 / 110 mmHg dan Jumlah Nadi 92 x/menit, pemeriksaan B3 (Brain) tidak ada keluhan nyeri kepala, pupil isokor dengan tingkat kesadaran apatis, pemeriksaan B4 (Bladder) tidak ada gangguan system perkemihan dan pasien tidak menggunakan kateter,

pemeriksaan B5 (Bowel) pasien tidak mengalami kesulitan menelan, nafsu makan baik, tidak mual muntah tetapi pasien belum BAB selama 5 hari, sedangkan pemeriksaan B6 (Bone) tidak adanya kelumpuhan (Hemiparesis), pasien tidak pucat, turgor kulit baik dan tidak ada tanda-tanda decubitus.

3.1.3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan untuk mendapatkan data mengenai hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Hasil yang didapatkan melalui studi dokumentasi berupa hasil laboratorium pada tanggal 24 Mei 2019, yaitu: Hematokrit: 37,9% (normal: 40.0-54.0), MCV: 77,8 fl (81.0-96.0), RDW-SD 34.0 (normal 37-54), jumlah leukosit: $12,15 \times 10^3/\mu$ (4.0-10.0), Eosinofil : 0.8% (1.0-5.0), Neutrofil: 87,2 % (50-70), limfosit: 8.0 % (20-40), Jumlah Neutrofil : $10.60 \times 10^3/\mu$ (1.50-7.00), Jumlah Limfosit : $0.97 \times 10^3/\mu$ (1.00-3.70), Jumlah Trombosit : $260 \times 10^3/\mu$ (150-400), Glukosa Sewaktu : 158 mg/dL (70-150), Total Calcium : 2.6 mmol/L (2.2-2.55)

3.1.4. Pengobatan

Pengobatan yang didapatkan yaitu Captropil tab 2 x 25 mg dan Amlodipine tab 1 x 5 mg

3.1.5. Analisa Data

| No | Data | Etiologi | Masalah |
|----|--|-------------------------|---------------------------|
| 1 | DS : Keluarga mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur, tidak mau beraktivitas, semua aktivitas dibantu | Penurunan kekuatan otot | Hambatan mobilisasi fisik |

| | | | |
|---|---|--------------------------|----------------------------|
| | <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • KU: Lemah • Kesadaran composmentis • GCS: E: 4/ V: 3/ M: 6 • Pasien tampak kesulitan melakukan ambulasi miring kiri dan kanan • Kekuatan otot : Ektremitas superior ka=ki 5/5, ektremitas superior ka=ki 5/5 | | |
| 2 | <p>DS : Keluarga mengatakan pasien sudah 2 hari tidak dapat berbicara dengan jelas.</p> <p>DO: Pasien tampak sulit berbicara, sulit mengungkapkan kata-kata, pasien hanya mampu menggangguk dan menggeleng kepala jika ditanyai</p> | Gangguan neorologis | Hambatan komunikasi verbal |
| 3 | <p>DS : Keluarga mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur, tidak dapat mengakses kamar mandi karena merasa lemah.</p> <p>DO : Pasien tampak berbaring lemah, dan tidak dapat mengakses kamar mandi dan menyelesaikan aktifitas mandi secara mandiri</p> | Kelemahan fisik | Defisit perawatan diri |
| 4 | <p>DS : Keluarga mengatakan pasien belum BAB selama 5 hari</p> <p>DO : Pasien belum BAB selama 5 hari, Bising usus menurun dengan peristaltic \pm 4x/menit</p> | Tingkat aktivitas rendah | Konstipasi |

3.1.6. Diagnosa Keperawatan

- a. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot
- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Gangguan neurologis
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik
- d. Konstipasi berhubungan dengan Tingkat aktivitas rendah

3.1.7. Intervensi Keperawatan

- a. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot.

Goal : Pasien akan mempertahankan tingkat mobilitas selama dalam perawatan

Objektif : Dalam jangka waktu 3x 24 jam :

- Pasien mempertahankan kekuatan otot dan ROM sendi
- Pasien tidak memperlihatkan adanya komplikasi
- Pasien mencapai tingkat mobilitas tertinggi
- Pasien dan keluarga melakukan program mobilitas

Intervensi :

- 1) Lakukan latihan ROM untuk sendi jika tidak merupakan kontraindikasi, minimal 1 kali setiap pergantian tugas jaga. Tingkatkan dari pasif ke aktif sesuai toleransi

R/ Tindakan ini mencegah kontraktur sendi dan atrofi otot

- 2) Miringkan dan atur posisi pasien setiap 2 jam pada saat pasien di tempat tidur. Tentukan jadwal memiringkan badan untuk pasien yang kebergantungan; posisikan pada sisi tempat tidur dan pantau frekuensi kemiringan badan

R/ Tindakan ini mencegah kerusakan kulit dengan mengurangi tekanan

3) Tempatkan sendi pada posisi fungsional, gunakan gulungan trokanter sepanjang paha, letakan bantal kecil dibawa kepala dan sebagainya

R/ Tindakan tersebut mempertahankan sendi pada posisi fungsional dan mencegah deformitas muskuloskeletal.

4) Identifikasi tingkat fungsional dengan menggunakan skala mobilitas fungsional

R/ Untuk menunjang kontinuitas dan menjaga tingkat kemandirian yang teridentifikasi.

5) Beri dorongan mobilitas mandiri dengan membantu pasien menggunakan palang/ penghalang sisi tempat tidur dan melakukan aktivitas perawatan mandiri.

R/ Tindakan ini meningkatkan tonus otot dan harga diri pasien.

b. Hambatan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan Neurologis

Goal : Pasien akan meningkatkan kemampuan berkomunikasi verbal selama dalam perawatan

Objektif : Dalam jangka waktu 3x 24 jam :

- Pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginannya
- Kebutuhan pasien terpenuhi
- Pasien tidak mengalami cedera atau bahaya
- Pasien mendapatkan metode untuk berkomunikasi

Intervensi :

1) Observasi pasien secara ketat untuk mengantisipasi kebutuhannya

R/ Dengan memberikan perhatian penuh terhadap isyarat nonverbal, akan membantu menginterpretasikan kebutuhan pasien

2) Berikan metode sederhana kepada pasien untuk mengkomunikasikan kebutuhan yang akan dikenali oleh petugas lainnya

R/ Untuk mempertahankan keamanan dan menjamin bahwa kebutuhan dasarnya terpenuhi

3) Dukung upaya komunikasi dan berikan waktu kepada pasien untuk berespon secara verbal atau dalam bentuk tulisan

R/ Untuk mengurangi frustrasi pasien

c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik

Goal : Pasien akan mempertahankan deficit perawatan diri selama dalam perawatan.

Objektif : Dalam jangka waktu 3 x 24 jam :

- Kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi
- Komplikasi dapat dihindari
- Pasien dapat menyampaikan perasaan keterbatasan
- Pasien dan keluarga mendemonstrasikan penggunaan alat bantu dengan benar

Intervensi :

1) Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi atau kebersihan diri setiap hari untuk mandi, berpakaian, makan, dan toileting
R/ untuk meningkatkan perasaan mandiri

2) Sediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan kebersihan diri, ajarkan penggunaannya.
R/ alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian

3) Berikan waktu yang cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dan kebersihan diri setiap hari
R/ ketergesa – gesa menimbulkan stres yang tidak seharusnya terjadi dan meningkatkan kegagalan

4) Ajarkan keluarga untuk memotivasi kemandirian dan memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu melakukannya

R/ untuk memberikan stimulus dalam meningkatkan kemandirian

d. Konstipasi berhubungan dengan Tingkat aktivitas rendah

Goal : Pasien akan bebas dari konstipasi selama dalam perawatan

Objektif : Selama jangka waktu 3x 24 jam

- Asupan cairan dan serat dapat dikaji
- Pasien berpartisipasi dalam penyusunan program defekasi
- Pasien melaporkan keinginan defekasi
- Pasien menjelaskan tindakan yang dapat mengeliminasi konstipasi
- Pengeluaran feses yang mudah dan tuntas
- Pasien meningkatkan aktivitasnya
- Pasien mempertahankan pola eliminasi dalam batas normal

Intervensi :

a. Pantau dan catat asupan dan haluaran cairan pasien.

R/ Asupan cairan yang tidak adekuat menyebabkan feses keras dan konstipasi

b. Berikan privasi untuk eliminasi

R/ Untuk meningkatkan fungsi fisiologis

c. Ajarkan kepada pasien untuk memijat abdomen satu kali setiap hari.

R/ Pemijatan dapat menstimulasi peristaltic dan keinginan untuk defekasi

d. Rencanakan dan Implementasikan latihan fisik yang rutin seperti berjalan, meninggikan tungkai, mengecangkan otot abdomen dan latihan kaget

R/ Latihan fisik dapat meningkatkan tonus otot abdominal dan pevis yang diperlukan untuk eliminasi normal

e. Bila tidak dikontraindikasikan, dorong asupan cairan sebanyak 1500 samapi 2000 ml setiap hari

R/ Untuk mempertahankan proses metabolik yang normal dan mencegah reabsorpsi cairan yang berlebihan dari isi saluran pencernaan.

3.1.8. Implementasi

Hari Pertama, 26 Mei 2019

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Tindakan yang telah dilakukan : mengukur tanda – tanda vital, mengkaji kekuatan otot, melatih rom pasif, kemudian mengajarkan keluarga tentang latihan rom, membantu ambulasi pasien miring kiri dan miring kanan, menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang kuat untuk menyokong yang lemah

Diagnosa keperawatan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis. Tindakan yang telah dilakukan : menggunakan frasa pendek dan sederhana saat berbicara, memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berespon, menganjurkan keluarga untuk secara teratur mengajak pasien berbicara.

Diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik. Tindakan yang telah dilakukan : memandikan pasien, membantu buang air kecil, membantu memakaikan pasien pakaian, menyisir rambut pasien, memberi makan pasien.

Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas rendah. tindakan yang telah dilakukan : memantau asupan dan haluaran pasien, menganjurkan keluarga untuk memberi minum pasien 1500 sampai 2000 ml setiap hari dan melakukan latihan fisik seperti miring kiri dan kanan.

Hari kedua, 27 Mei 2019

Diagnosa keperawatan kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. tindakan yang telah dilakukan :

mengukur tanda – tanda vital melatih rom pasif, membantu ambulasi pasien miring kiri dan miring kanan

Diagnosa keperawatan kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis. tindakan yang telah dilakuka : menggunakan frasa pendek dan sederhana saat berbicara, memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berespon, menganjurkan keluarga untuk secara teratur mengajak pasien berbicara

Diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik. tindakan yang telah dilakukan : memandikan pasien, membantu memakaikan pasien pakaian, menyisir rambut pasien, memberi makan pasien.

Diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas renda. tindakan yang telah dilakukan : memantau asupan dan haluaran pasien dan melakukan latihan fisik seperti miring kiri dan kanan.

Hari ketiga, 28 Mei 2019

Diagnosa keperawatan kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot. tindakan yang telah dilakukan : mengukur tanda – tanda vital, melatih rom pasif, membantu ambulasi pasien miring kiri dan miring kanan, menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang kuat untuk menyokong yang lemah.

Diagnosa keperawatan kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis. tindakan yang telah dilakukan : menggunakan frasa pendek dan sederhana saat berbicara, memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berespon, menganjurkan keluarga untuk secara teratur mengajak pasien berbicara.

Diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik. Tindakan yang telah dilakukan :

memandikan pasien, membantu buang air kecil, membantu memakaikan pasien pakaian, menyisir rambut pasien, memberi makan pasien.

Diagnosa Keperawatan konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas rendah. tindakan yang telah dilakukan : memantau asupan dan haluaran pasien dan melakukan latihan fisik seperti miring kiri dan kanan.

3.1.9. Evaluasi

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan (SOAP). Evaluasi yang di lakukan antara lain pada tanggal 26 mei 2019 dengan diagnose pertama kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yaitu keluarga mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur, tidak mau beraktivitas, semua aktivitas dibantu yang ditandai dengan KU: lemah, kesadaran composmentis, GCS: E: 4/ V: 3/ M: 6 dan pasien tampak kesulitan melakukan ambulasi miring kiri dan kanan untuk itu di dapatkan kesimpulan kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler tidak tertasi, sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua. untuk diagnosa kedua hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis yaitu keluarga mengatakan pasien sudah 2 hari tidak dapat berbicara dengan jelas yang ditandai dengan pasien tampak sulit berbicara, sulit mengungkapkan kata-kata, pasien hanya mampu menggangguk dan menggeleng kepala jika ditanyai untuk itu didapatkan kesimpulan hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis tidak teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua pada diagnose ketiga defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuluskeletal

yaitu keluarga mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur, tidak dapat mengakses kamar mandi karena merasa lemah yang ditandai dengan pasien tampak berbaring lemah, dan tidak dapat mengakses kamar mandi dan menyelesaikan aktifitas mandi secara mandiri untuk itu didapatkan kesimpulan deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal tidak teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua dan diagnose keempat konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas rendah keluarga mengatakan pasien belum BAB selama 5 hari yang ditandai dengan pasien belum BAB selama 5 hari, Bising usus menurun dengan peristaltic $\pm 4x/$ menit didapatkan kesimpulan konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas rendah tidak teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua.

Pada tanggal 27 dan 28 mei 2019 dilakukan evaluasi soapie (catatan perkembangan), pada diagnose pertama yaitu pasien masih nampak lemah, kesadaran apatis, pasien sudah ada kemajuan saat melakukan ambulasi miring kiri dan kanan pada diagnose kedua pasien masih tampak sulit berbicara, sulit mengungkapkan kata-kata, pasien hanya mampu menggangguk dan menggeleng kepala dan sudah menggunakan bahasa isyarat pada diagnose ketiga pasien tampak berbaring lemah, dan belum bisa ke kamar mandi secara mandiri dan pada diagnose keempat pasien sudah buang air besar, Bising usus menurun dengan peristaltic $\pm 6x/$ menit sehingga dari evaluasi tersebut disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan pada hari ke-4.

Pada tanggal 29 mei 2019 dilakukan evaluasi soap pada diagnose pertama yaitu keluarga mengatakan pasien sudah ada kemajuan saat melakukan ambulasi miring kiri dan kanan, pada diagnose kedua keluarga pasien mengatakan pasien sudah menggunakan berkomunikasi nonverbal (isyarat), pada diagnose ketiga keluarga mengatakan pasien masih lemah sehingga belum bisa

kekamar mandi secara mandiri dan pada diagnose keempat keluarga mengatakan pasien sudah buang air besar sehingga dari diagnose I, II, III dan IV disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan implementasi dilanjutkan perawat ruangan.

3.2. Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. S.R dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Kelimutu RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan di bahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga dapat diketahui berbagai permasalahan yang dialami pasien.

Berdasarkan teori menurut Smeltzer & Bare, 2013 stroke sering terjadi pada usia 40-70 tahun dan berdasarkan survey ASNA (*Asean Neurologic Association*) di 28 rumah sakit di seluruh Indonesia pada penderita stroke akut yang dirawat di rumah sakit, hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak dari perempuan. Hal ini sesuai dengan hasil pengkajian yang didapat Tn.S.R sekarang berusia 61 tahun dan mengalami Stroke Non Hemoragi, Tn.S.R juga berjenis kelamin laki-laki.

Berdasarkan teori Wijaya & Putri, 2013 mengatakan bahwa riwayat penyakit sekarang yaitu kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kehilangan motorik, dan merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah dan susah beristirahat (nyeri, kejang otot). Hal ini sesuai dengan hasil pengkajian pada Tn.S.H yang sudah

hari rawat ke-2 didapatkan pasien terbaring lemah, tingkat kesadaran apatis dan tidak dapat berbicara.

Berdasarkan teori menurut Wijaya & Putri, 2013 mengatakan bahwa riwayat kesehatan dahulu meliputi riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler, riwayat tinggi kolesterol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok, riwayat pemakaian kontrsepsi, riwayat konsumsi alkohol. Hal ini sesuai dengan hasil pengkajian pada Tn.S.R yang didapatkan yaitu keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mempunyai riwayat hipertensi, tidak ada riwayat kolestrol, tidak ada riwayat penyakit kardiovaskuler, tidak merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol.

Berdasarkan teori menurut Wijaya & Putri, 2013 mengatakan bahwa riwayat kesehatan keluarga apakah mempunyai penyakit degeneratif, hal ini tidak sesuai dengan hasil pengkajian yaitu keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga.

Berdasarkan teori Wijaya & Putri, 2013 mengatakan bahwa komplikasi dari stroke yang berhubungan dengan immobilitas yaitu Infeksi pernapasan, nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan, Konstipasi dan Tromboflebitis, hal ini sesuai dengan hasil pengkajian pada Tn.S.R yang di dapatkan yaitu keluarga mengatakan pasien belum BAB selama 5 hari.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi diagnosa keperawatan aktual,

resiko, kemungkinan dan kesejahteraan. Syarat untuk menegakan suatu diagnosa keperawatan maka diperlukan adanya *problem, etiology, symptom* (PES). Menurut Nanda, 2013 diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik adalah Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi perdarahan, hemoragic, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik, Hambatan Komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan Neurologis, Resiko Aspirasi berhubungan dengan Penurunan tingkat kesadaran, Resiko Injuri berhubungan dengan Penurunan tingkat kesadaran, Pola Napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran, Konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas rendah dan Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Pada kasus nyata diagnosa yang tegakkan pada Tn. S.R adalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan otot, Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis, deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dan konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas rendah.

Pada kasus nyata dan teori ditemukan beberapa diagnosa yang tidak ditegakkan. Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi perdarahan tidak ditegakkan karena tidak ditemukan data pendukung seperti pasien mengalami perubahan perilaku, perubahan respon, gelisah, disorientasi, halusinasi, dan perubahan ketajaman sensori. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik karena tidak ditemukan tanda-tanda decubitus, pada diagnosa resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran karena tidak ditemukan tanda-tanda penurunan tingkat kesadaran

3.2.3 Intervensi keperawatan

Secara teoritis, perencanaan disusun berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien dan prioritas masalah yang mengancam kehidupan dan membutuhkan penanganan segera. Tujuan yang dibuat di tetapkan lebih umum tetapi pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan ditegakkan. Berdasarkan teori menurut Taylor, 2010, penulis menyusun rencana keperawatan pada diagnosa hambatan mobilitas fisik penulis mengambil 5 rencana yang ada pada teori ini karena intervensi sesuai dengan kondisi Tn. S.R. Pada diagnosa kerusakan komunikasi verbal penulis menggunakan 3 intervensi yang ada pada teori untuk mengatasi masalah karena sesuai dengan kondisi pasien. Pada diagnosa deficit perawatan diri penulis menggunakan ketiga intervensi yang ada pada teori untuk mengatasi masalah karena sesuai dengan kondisi pasien dan pada diagnose konstipasi penulis juga menggunakan satu intervensi yang ada pada teori dalam menyelesaikan masalah keperawatan karena dapat di lakukan dan dicapai

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi disusun berdasarkan diagnosa keperwatan yang ditegakan serta berorientasi pada pasien dan tindakan keperawatan yang direncanakan. Berdasarkan teori perencanaan menurut Taylor, 2010 dan pada saat melakukan implementasi pada Tn.S.R ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Pada diagnosa kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, tindakan yang dilakukan adalah: melatih pasien ROM pasif minimal 8 jam sekali, mengatur posisi pasien setiap 2

jam pada saat pasien di tempat tidur, mengobservasi tanda-tanda vital sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, mengajarkan anggota keluarga tentang latihan ROM, pemindahan, dan inspeksi kulit.

Pada diagnosa kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan Neurologis tindakan yang tidak dapat dilakukan adalah melakukan komunikasi menggunakan tulisan karena pasien kesulitan menggerakkan alat tulis. Tindakan yang dilakukan adalah: menggunakan frasa pendek dan sederhana saat berbicara, memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berespon, mengobservasi pasien secara ketat untuk mengetahui adanya isyarat kebutuhan atau keinginan, seperti menunjuk atau melihat obyek, menganjurkan keluarga untuk secara teratur mengajak pasien berbicara.

Pada diagnosa deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, tindakan yang dilakukan adalah:membantu sepenuhnya saat mandi atau kebersihan diri setiap hari (memandikan pasien, menyikat gigi pasien, menyisir rambut pasien), menyediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan kebersihan diri, ajarkan penggunaannya, memberikan waktu yang cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dan kebersihan diri setiap hari, mengajarkan keluarga untuk memotivasi kemandirian dan memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu melakukannya.

Pada diagnose Konstipasi berhubungan dengan tingkat aktifitas, tindakan yang tidak dilakukan adalah latihan fisik berjalan karena pasien masih lemah, tindakan yang dilakukan adalah memantau asupan dan haluaran pasien melakukan latihan fisik yang rutin yaitu meninggikan tungkai dan mengencangkan otot abdomen.

3.2.5. Evaluasi keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan SOAP. Evaluasi pada Tn.S.R sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler tidak tertasi, kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis tidak teratasi dan deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal tidak teratasi sedangkan konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas teratasi. Dari tahap ini, penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua kriteria hasil dapat di capai selama pasien dirawat di Rumah Sakit, semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

3.3. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam penulisan studi kasus ini, beberapa kendala yang penulis temui sehingga mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan berupa kurangnya ketersediaan fasilitas buku, keterbatasan waktu dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini, waktu yang disediakan hanya selama 4 hari sehingga membutuhkan kemampuan lebih dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini. Selain itu data-data yang didapatkan dari wawancara merupakan data sekunder yang bukan merupakan data primer dari pasien sendiri.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik pada umumnya sama antara teori dan kasus hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan kasus kasus pada Tn.S.R yang menderita stroke non hemoragik. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.S.R selama 4 hari dan melakukan perawatan baik secara teoritis maupun secara tinjauan kasus didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara, observasi dan studi dokumentasi. Hasil pengkajian didapatkan penyebab Stroke Non Hemoragik pada Tn.S.H yaitu riwayat hipertensi, keadaan umum pasien tampak lemah, semua aktivitas dibantu, sulit berbicara dan belum BAB selama 5 hari.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn.S.R yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neurologis, deficit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik dan konstipasi berhubungan dengan tingkat aktivitas rendah

Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan tindakan independen perawat dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu mengajarkan teknik ROM, membantu ambulasi pasien miring kiri dan kanan, mengobservasi pasien secara ketat untuk mengantisipasi kebutuhannya melalui isyarat non verbal dan membantu sepenuhnya kebutuhan perawatan diri.

Evaluasi secara umum didapatkan masalah keperawatan teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

4.2 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat dalam perkembangan status kesehatan pasien, antara lain :

4.2.1. Bagi perawat

Diharapkan mampu memberikan dan meningkatkan kualitas pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien khususnya pada klien dengan masalah keperawatan Stroke Non Hemoragik.

4.2.2. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang seoptimal mungkin serta mampu menyediakan sarana/prasarana yang memadai dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien khususnya dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

4.2.3. Bagi Pasien & Keluarga

Diharapkan klien dapat melakukan pengobatan secara rutin dan dapat mengikuti program terapi serta kepatuhan terhadap pengobatan, diharapkan pula keluarga dapat memberikan motivasi dan semangat kepada pasien agar tetap mematuhi pengobatan dan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, dkk .2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : EGC
- Doenges. Marilyn E. 2008. *Nursing Diagnosis Manual*. F. A. Davis Company. Philadelphia
- Elizabeth, Corwin. 2000. *Patofisiologis*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Ester, Chang. 2010. *Patofisiologi Aplikasi pada praktek keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Herdman & Kamitsuru. (2015). *Nanda Internation Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Ahli bahsa Budi Anna Keliat. Jakarta : EGC
- Hasil Rikesdas 2018
- Junaidi, I. 2011. *Stroke Waspadai Ancamannya*. Pada Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Muttaqin, Arif. 2018. *Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan Persyarafan*. Jakarta : Salemba medika.
- Paddila.2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Taylor, Cynthia M. (2013). *Diagnosa Keperawatan dan asuhan keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Wijaya & Putri.2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika

Lampiran II




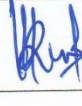




KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Novriyanti Mariam Tellu
 NIM : PO 530320116367
 NAMA PEMBIMBING : Kori Limbong, S.Kep, Ns., M.Kep

| NO | TANGGAL | REKOMENDASI PEMBIMBING | PARAF PEMBIMBING |
|----|--------------------|---|------------------|
| 1 | Sabtu, 25 Mei 2019 | Konsultasi Judul Studi Kasus | |
| 2 | Senin, 27 Mei 2019 | Konsultasi Studi Kasus BAB I, dan II Ujian teori dan Bimbingan Studi Kasus | |
| 3 | Senin, 27 Mei 2019 | Ujian Akhir Program di rumah sakit | |
| 4 | Jumad, 31 Mei 2019 | Konsultasi BAB I, II, III, dan IV | |
| 5 | Sabtu, 1 Juni 2019 | Perbaiki ukuran kertas, spasi, pengaunaan huruf besar, kecil dan penggunaan tanda baca (Titik dan koma) | |

| | | | |
|----|-------------------------|---|---|
| 6 | Senin, 3 Juni 2019 | Revisi perbaikan dari BAB I, II dan III dan IV |  |
| 7 | Selasa, 4 Juni 2019 | Perbaiki cara penulisan Cover, pernyataan persetujuan, lembar pengesahan dan kata pengantar |  |
| 8 | Sabtu, 8 Juni 2019 | Perbaiki pembahasan intervensi dan implementasi |  |
| 9 | Minggu, 9 Juni 2019 | Tanda tangan lembar persetujuan dan lembar pengesahan |  |
| 10 | Senin, 10 Juni 2019 | Ujian sidang Studi Kasus |  |
| 11 | Selasa, 11 Juni 2019 | Revisi bab 1 – bab 4 |  |
| 12 | Selasa, 18 Juni 2019 | Jilid | |



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Novriyanti Mariam Tellu
NIM : PO.530320116367

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. S.R
Ruang/Kamar : Kelimutu
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik
No. Medical Record : 513394
Tanggal Pengkajian :26 Mei 2019 Jam :09.00
Masuk Rumah Sakit :24 Mei 2019 Jam :08.40

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn.S.R Jenis Kelamin :Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 61 th (21-10- 1957) Status :kawin
Perkawinan
Agama : Islam Suku Bangsa :Flores
Pendidikan Terakhir : S-I Pekerjaan :Pensiunan
Alamat : Maulafa

Identitas Penanggung

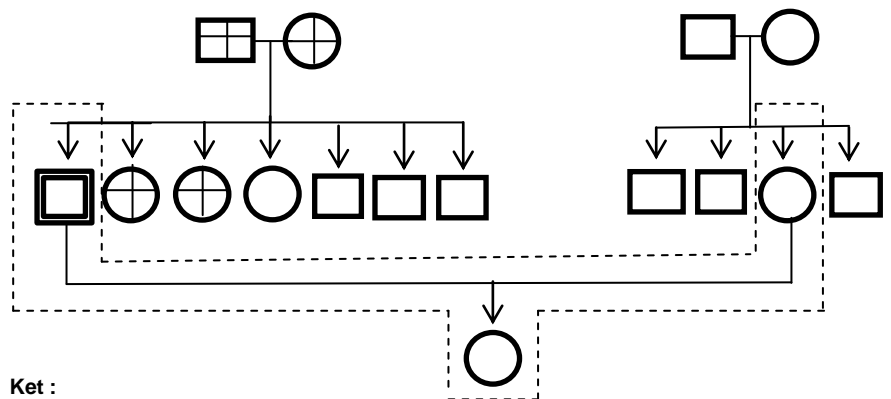
Nama : Ny. R.F Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : Perempuan Hubungan : Istri
dengan klien
Alamat : Maulafa

Riwayat Kesehatan

- Keluhan Utama : keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah dan tidak dapat melakukan aktivitas
 - Kapan : sejak 2 hari yang lalu
 - Lokasi :
1. Riwayat Keluhan Utama : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan fisik serta muntah dirumah dan langsung diantar ke RS
- Mulai timbulnya keluhan: sejak 2 hari yang lalu
 - Sifat keluhan
 - Lokasi
 - Keluhan lain yang menyertai : tidak dapat berbicara dengan jelas
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi
 -

- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) keluarga langsung membawa pasien ke RS untuk mendapatkan penanganan
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : pasien langsung diantar ke RS
2. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - **Ya** , Sebutkan : Hipertensi
- Cara Mengatasi : Pasien tidak pernah melakukan Pengobatan
- Tidak
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis , Waktu
- Cara Mengatasi :
- **Tidak**
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis , Waktu
 - **Tidak**
3. Kebiasaan
- Merokok
 - Ya, Jumlah:, waktu
 - **Tidak**
 - Minum alkohol
 - Ya , Jumlah:, waktu
 - **Tidak**
 - Minum kopi : Lamanya :
 - Ya , Jumlah:, waktu
 - **Tidak**
 - Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis, Jumlah:, waktu
 - **Tidak**

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



- Ket :
- ☒ = Laki-laki Meninggal
 - ⊕ = Perempuan Meninggal
 - = Laki-laki
 - = Perempuan
 - ▣ = Pasien
 - = Tinggal Serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 180/ 110 mmHg - Nadi : 93 x/m
- Pernapasan : 24 x/m - Suhu badan : 36,5⁰ C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : (-) Pusing : (-) ya **tidak**
 - Bentuk , ukuran dan posisi: **normal** abnormal
 - Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**
 - Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**
 - Observasi Wajah : simetris **asimetri**, Wajah tampak tertarik ke kanan
 - Penglihatan : Kabur
 - Konjungtiva: merah muda
 - Sklera: putih
 - Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Penglihatan kabur : **Ya, Penglihatan sudah kabur sebelum pasien sakit**
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak ada
 - Jenis : -
 - Waktu : -
 - Tempat : -
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : **Ya**, Saat berkomunikasi dengan pasien harus menggunakan suara yang keras tidak
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Gigi tampak kotor
 - Caries : **Ya**, Jelaskan : tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Gangguan bicara : **Ya**, Jelaskan : Pasien tampak kesulitan berbicara tidak
 - Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**

- Inspeksi :

Kesadaran/ GCS : Composmentis/ E: 4/ V: 3/ M: 6

Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : normal
 Bibir : sianosis normal
 Kuku : sianosis normal
 Capillary Refill : Abnormal normal
 Tangan : Edema normal
 Kaki : Edema normal
 Sendi : Edema normal

- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung :
- Auskultasi : BJ I : Abnormal normal

BJ II : Abnormal normal
 Murmur :

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :

Jejas : Ya, Jelaskan : tidak
 Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : Normal
 Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak
 Irama Napas : teratur tidak teratur

Retraksi otot pernapasan : Ya tidak
 Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan tidak
 - Perkusi : Cairan : Ya tidak

Udara : Ya tidak
 Massa : Ya tidak

- Auskultasi :

Inspirasi : Normal Abnormal
 Ekspirasi : Normal Abnormal

- Ronchi : Ya tidak
- Wheezing : Ya tidak
- Krepitasi : Ya tidak
- Rales : Ya tidak

Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal
- Keadaan bibir : lembab kering
- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : merah muda
 Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan tidak
 Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan normal
 - Keadaan abdomen

Warna kulit :

Luka : Ya, Jelaskan tidak
 Pembesaran : Abnormal, Jelaskan normal
 - Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan tidak
 Perdarahan : Ya, Jelaskan tidak

Hemmoroid : Ya, Jelaskan **tidak**
 Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... **tidak**

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 4 x/m

d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**

Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**

Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Palpasi :

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan normal

Nyeri : Abnormal, Jelaskan normal

Massa : Abnormal, Jelaskan normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : pasien kesulitan berkomunikasi

b. Tingkat kesadaran: composmentis GCS (E/M/V):E4M6 V3

c. Pupil : Isokor
 anisokor

d. Kejang : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**

f. Parasthesia : Ya, Jelaskan **tidak**

g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan **normal**

h. Cranial Nerves : Abnormal, **normal**

i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan :

b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan : **tidak ada**

c. Nyeri otot : ada **tidak ada**

d. Nyeri Sendi : ada **tidak ada**

e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan normal

f. kekuatan otot :

g. Atropi hipertropi normal

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | 5 |

8. Sistem Integumentari

a. Rash : ada, Jelaskan..... **tidak ada**

b. Lesi : ada, Jelaskan..... **tidak ada**

c. Turgor : elastis Warna :

d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Petechie : ada, Jelaskan..... **Tidak ada**

f. Lain lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri

b. Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**

- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral : 1000 cc/hr parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
sebutkan.....
- g. Uretra : Normal hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... tidak
ada
- c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi :
 - Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan normal
 - Riwayat Persalinan:.....
 - Abortus:.....
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan normal
 - Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain:.....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : tidak ada perubahan pola makan
- Frekuensi makan : 3x/sehari
 - Nafsu makan : baik
 - Makanan pantangan : -
 - Makanan yang disukai : -
 - Banyaknya minuman dalam sehari : 1000 cc / hari
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
 - BB : 80 kg TB : 168 cm
 - Kenaikan/Penurunan BB:kg, dalam waktu:

2. Perubahan selama sakit : tidak ada

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 4-5 x Warna : kuning
Bau : Jumlah/ hari : (-)

b. Perubahan selama sakit : tidak ada

2. Buang air besar (BAB)

- a. Kebiasaan : 1x1 Frekuensi dalam sehari : 2x1
Warna : kuning Bau :
Konsistensi : lembek
- b. Perubahan selama sakit : Pasien belum BAB selama 5 hari

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai :
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : pekerjaan rumah

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 22.00
Bangun jam : 05.00
- Tidur siang jam : 13.00
Bangun jam : 15.00
- Apakah mudah terbangun : tidak ada
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : -
3. Keadaan rumah dan lingkungan : dilingkungan perumahan
Status rumah : milik pribadi
Cukup / tidak : tidak ada
Bising / tidak: tidak ada
Banjir / tidak : tidak ada
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : ya, bersama istri
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : berdiskusi dengan istri
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : setiap hari jumat pasien beribadah ke mesjid
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : -

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : keluarga mengatakan pasien menerima penyakit yang diderita
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : keluarga mengatakan klien tidak mengganggu ini penyakit kutukan
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : tidak dapat berinteraksi karena

.....
.....
.....

c. Cholescystogram :

.....
.....
.....

d. Foto colon :

.....
.....
.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi:

.....
.....
.....

Biopsy :

.....
.....
.....

Colonoscopy :

.....
.....
.....

DII :

.....
.....
.....

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

.....
.....
.....

- Obat
Captropil Tab 2x 25 mg
Amlodipine Tab 0 - 0 – 5 mg

- Lain-lain

.....
.....

1. Analisa Data

| No | Data | Etiologi | Masalah |
|----|--|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | <p>DS : Keluarga mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur, tidak mau beraktivitas, semua aktivitas dibantu</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • KU: Lemah • Kesadaran composmentis • GCS: E: 4/ V: 3/ M: 6 • Pasien tampak kesulitan melakukan ambulasi miring kiri dan kanan • Kekuatan otot : Ektremitas superior ka=ki 5/5, ektremitas superior ka=ki 5/5 | <p>Penurunan kekuatan otot</p> | <p>Hambatan mobilisasi fisik</p> |
| 2 | <p>DS : Keluarga mengatakan pasien sudah 2 hari tidak dapat berbicara dengan jelas.</p> <p>DO: Pasien tampak sulit berbicara, sulit mengungkapkan kata-kata, pasien hanya mampu mengganguk dan menggeleng kepala jika ditanyai</p> | <p>Gangguan neorologis</p> | <p>Hambatan komunikasi verbal</p> |
| 3 | <p>DS : Keluarga mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur, tidak dapat mengakses kamar mandi karena merasa lemah.</p> <p>DO : Pasien tampak berbaring lemah, dan tidak dapat mengakses kamar mandi dan menyelesaikan aktifitas mandi secara mandiri</p> | <p>Kelemahan fisik</p> | <p>Defisit perawatan diri</p> |

| | | | |
|---|---|--------------------------|------------|
| 4 | DS : Keluarga mengatakan pasien belum BAB selama 5 hari DO : Pasien belum BAB selama 5 hari, Bising usus menurun dengan peristaltic \pm 4x/menit | Tingkat aktivitas rendah | Konstipasi |
|---|---|--------------------------|------------|

2. Diagnosa keperawatan

- Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot
- Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan Gangguan neurologis
- Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan fisik
- Konstipasi berhubungan dengan Tingkat aktivitas rendah

3. Intervensi

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria hasil | Intervensi |
|----|--|--|--|
| 1 | Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot. | Goal : Pasien akan mempertahankan tingkat mobilitas selama dalam perawatan Objektif : Dalam jangka waktu 3x 24 jam : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mempertahankan kekuatan otot dan ROM sendi • Pasien tidak memperlihatkan adanya komplikasi • Pasien mencapai tingkat mobilitas tertinggi • Pasien dan keluarga | 1. Lakukan latihan ROM untuk sendi jika tidak merupakan kontraindikasi, minimal 1 kali setiap pergantian tugas jaga. Tingkatkan dari pasif ke aktif sesuai toleransi <i>R/ Tindakan ini mencegah kontraktur sendi dan atrofi otot</i> 2. Miringkan dan atur posisi pasien setiap 2 jam pada saat pasien di tempat tidur. Tentukan jadwal memiringkan badan untuk pasien yang |

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| | | <p>melakukan program mobilitas</p> | <p>kebergantungan; posisikan pada sisi tempat tidur dan pantau frekuensi kemiringan badan <i>R/ Tindakan ini mencegah kerusakan kulit dengan mengurangi tekanan</i></p> <p>3. Tempatkan sendi pada posisi fungsional, gunakan gulungan trokanter sepanjang paha, letakan bantal kecil dibawa kepala dan sebagainya <i>R/ Tindakan tersebut mempertahankan sendi pada posisi fungsional dan mencegah deformitas muskuloskeletal.</i></p> <p>4. Identifikasi tingkat fungsional dengan menggunakan skala mobilitas fungsional <i>R/ Untuk menunjang kontinuitas dan menjaga tingkat kemandirian yang teridentifikasi.</i></p> <p>5. Beri dorongan mobilitas mandiri dengan membantu pasien menggunakan palang/ penghalang sisi tempat tidur dan melakukan aktivitas perawatan mandiri. <i>R/ Tindakan ini meningkatkan tonus otot dan harga diri pasien.</i></p> |
|--|--|------------------------------------|--|

| | | | |
|---|--|---|---|
| 2 | <p>Hambatan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan Neurologis</p> | <p>Goal : Pasien akan meningkatkan kemampuan berkomunikasi verbal selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : Dalam jangka waktu 3x 24 jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mampu mengkomunikasikan kebutuhan dan keinginannya • Kebutuhan pasien terpenuhi • Pasien tidak mengalami cedera atau bahaya • Pasien mendapatkan metode untuk berkomunikasi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi pasien secara ketat untuk mengantisipasi kebutuhannya <i>R/ Dengan memberika perhatian penuh terhadap isyarat nonverbal, akan membantu menginterpretasikan kebutuhan pasien</i> 2. Berikan metode sederhana kepada pasien untuk mengkomunikasikan kebutuhan yang akan dikenali oleh petugas lainnya <i>R/ Untuk mempertahankan keamanan dan menjamin bahwa kebutuhan dasarnya terpenuhi</i> 3. Dukung upaya komunikasi dan berikan waktu kepada pasien untuk berespon secara verbal atau dalam bentuk tulisan <i>R/ Untuk mengurangi frustasi pasien</i> |
| 3 | <p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik</p> | <p>Goal : Pasien akan mempertahankan deficit perawatan diri selama dalam perawatan.</p> <p>Objektif : Dalam jangka waktu 3 x 24 jam :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebutuhan perawatan diri | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi atau kebersihan diri setiap hari untuk mandi, berpakaian, makan, dan toileting <i>R/ untuk meningkatkan perasaan mandiri</i> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | | <p>pasien terpenuhi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komplikasi dapat dihindari • Pasien dapat menyampaikan perasaan keterbatasan • Pasien dan keluarga mendemonstrasikan penggunaan alat bantu dengan benar | <p>2. Sediakan alat bantu seperti sikat gigi bergagang panjang untuk mandi dan perawatan kebersihan diri, ajarkan penggunaannya. <i>R/ alat bantu yang tepat akan meningkatkan kemandirian</i></p> <p>3. Berikan waktu yang cukup untuk pasien melakukan tugas mandi dan kebersihan diri setiap hari. <i>R/ ketergesa – gesa menimbulkan stres yang tidak seharusnya terjadi dan meningkatkan kegagalan</i></p> <p>4. Ajarkan keluarga untuk memotivasi kemandirian dan memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu melakukannya <i>R/ untuk memberikan stimulus dalam meningkatkan kemandirian</i></p> |
| 4 | Konstipasi berhubungan dengan Tingkat aktivitas rendah | <p>Goal : Pasien akan bebas dari konstipasi selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : Selama jangka waktu 3x 24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asupan cairan dan serat dapat dikaji • Pasien berpartisipasi dalam | <p>1. Pantau dan catat asupan dan haluaran cairan pasien. <i>R/ Asupan cairan yang tidak adekuat menyebabkan feses keras dan konstipasi</i></p> <p>2. Berikan privasi untuk eliminasi <i>R/ Untuk meningkatkan fungsi fisiologis</i></p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>penyusunan program defekasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien melaporkan keinginan defekasi • Pasien menjelaskan tindakan yang dapat mengeleminasi konstipasi • Pengeluaran feses yang mudah dan tuntas • Pasien meningkatkan aktivitasnya • Pasien mempertahankan pola eliminasi dalam batas normal | <p>3. Ajarkan kepada pasien untuk memijat abdomen satu kali setiap hari. <i>R/ Pemijatan dapat menstimulasi peristaltic dan keinginan untuk defekasi</i></p> <p>4. Rencanakan dan Implementasikan latihan fisik yang rutin seperti berjalan, meninggikan tungkai, mengecangkan otot abdomen dan latihan kaget <i>R/ Latihan fisik dapat meningkatkan tonus otot abdominal dan pevis yang diperlukan untuk eliminasi normal</i></p> <p>5. Bila tidak dikontraindikasikan, dorong asupan cairan sebanyak 1500 samapi 2000 ml setiap hari <i>R/ Untuk mempertahankan proses metabolik yang normal dan mencegah reabsorpsi cairan yang berlebihan dari isi saluran pencernaan.</i></p> |
|--|--|--|--|

4. Implementasi

| No | Hari/ Tanggal | Jam | Tindakan | Respon | Paraf |
|----|----------------------------|-------|---|--|-------|
| 1 | Minggu, 26 Juni 2019 | 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> Mengkaji Kebutuhan Dasar Pasien Mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan | TD: 180/110 N : 93x/m S: 36,5 ⁰ C RR: 24x/m | |
| | | 09.00 | <ul style="list-style-type: none"> Mengkaji kekuatan otot Mengkaji Kemampuan bicara pasien | Ektremitas superior ka=ki 5/5, ektremitas superior ka=ki 5/5 Pasien tampak Kesulitan saat berbicara | |
| | | 09.30 | <ul style="list-style-type: none"> mengajak pasien berkomunikasi melalui tulisan menganjurkan keluarga untuk secara teratur mengajak pasien berbicara | Pasien tampak kesulitan menggerakkan alat tulis Keluarga paham dan berantusias | |

| | | | | | |
|---|---------------------|-------|---|---|--|
| | | 10.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Melatih rom pasif | Pasien masih belum biasa dengan latihan | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan keluarga tentang latihan ROM | Keluarga tampak antusias | |
| | | 11.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu ambulasi pasien miring kiri | Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi | |
| | | 11.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV | TD: 180/110 N : 93x/m S: 36,5 ⁰ C RR: 24x/m | |
| | | 12.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani Makan | Pasien Makan 1 porsi | |
| | | 12.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani therapy oral | Captopril tab 25 mg | |
| | | 13.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi | |
| 2 | Senin, 27 Juni 2019 | 07.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan • Membantu pasien BAK | TD: 150/100 N : 93x/m S: 36,5 ⁰ C RR: 24x/m | |

| | | | | | |
|--|--|-------|---|---|--|
| | | 07.30 | | Pasien membutuhkan bantuan penuh | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Memandikan pasien | Pasien tidak menolak jika perawat yang membantu | |
| | | 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu memakaikan pasien pakaian • menyisir rambut pasien | Pasien tampak rapi dan bersih | |
| | | 09.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Melatih rom pasif | Pasien masih belum biasa dengan latihan | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi | |
| | | 09.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan frasa pendek dan sederhana saat berbicara • memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berespon | Pasien ada kontak mata | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi | Pasien hanya menggeleng dan mengangguk | |

| | | | | |
|---|----------------------|-------|--|---|
| | | 11.00 | miring kanan | Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV | |
| | | 11.30 | | TD: 150/100 N : 93x/m S: 36,5 ⁰ C RR: 24x/m |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani Makan | |
| | | 12.00 | | Pasien Makan 1 porsi |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani therapy oral | |
| | | 12.30 | | Captopril tab 25 mg |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | |
| | | 13.00 | | Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi |
| 3 | Selasa, 28 Juni 2019 | 07.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan | TD: 150/100 N : 93x/m S: 36,5 ⁰ C RR: 24x/m |
| | | 07.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien BAK • Memandikan pasien | Pasien membutuhkan bantuan penuh |

| | | | | | |
|--|--|-------|---|---|--|
| | | 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu memakaikan pasien pakaian • menyisir rambut pasien | <p>Pasien tidak menolak jika perawat yang membantu</p> <p>Pasien tampak rapi dan bersih</p> | |
| | | 09.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Melatih rom pasif • Membantu pasien ambulasi miring kanan | <p>Pasien masih belum biasa dengan latihan</p> <p>Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi</p> | |
| | | 09.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan frasa pendek dan sederhana saat berbicara • Memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berespon | <p>Pasien ada kontak mata</p> <p>Pasien hanya menggeleng dan mengangguk</p> | |
| | | 11.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | <p>Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi</p> | |
| | | 11.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV | | |

| | | | | | |
|---|--------------------|-------|--|--|--|
| | | 12.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani Makan | <p>TD: 150/100 N : 93x/m S: 36,5⁰ C RR: 24x/m</p> <p>Pasien Makan 1 porsi</p> | |
| | | 12.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani therapy oral | <p>Captopril tab 25 mg</p> | |
| | | 13.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | <p>Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi</p> | |
| 4 | Rabu, 29 Juni 2019 | 07.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan | <p>TD: 150/100 N : 93x/m S: 36,5⁰ C RR: 24x/m</p> | |
| | | 07.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien BAK | <p>Pasien membutuhkan bantuan penuh</p> | |
| | | 08.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Memandikan pasien | <p>Pasien tidak menolak jika perawat yang membantu</p> | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu memakaikan | | |

| | | | | | |
|--|--|-------|--|--|--|
| | | | <p>pasien pakaian</p> <ul style="list-style-type: none"> • menysisir rambut pasien | <p>Pasien tampak rapi dan bersih</p> | |
| | | 09.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Melatih rom pasif | <p>Pasien masih belum biasa dengan latihan</p> | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | <p>Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi</p> | |
| | | 09.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan frasa pendek dan sederhana saat berbicara | <p>Pasien ada kontak mata</p> | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk berespon | <p>Pasien hanya menggeleng dan mengangguk</p> | |
| | | 11.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | <p>Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi</p> | |
| | | 11.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi TTV | <p>TD: 150/100 N : 93x/m S: 36,5⁰ C RR: 24x/m</p> | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani Makan | | |

| | | | | | |
|--|--|-------|---|---|--|
| | | 12.00 | <ul style="list-style-type: none"> • Melayani therapy oral | Pasien Makan 1 porsi | |
| | | 12.30 | <ul style="list-style-type: none"> • Membantu pasien ambulasi miring kanan | Captopil tab 25 mg | |
| | | 13.00 | | Pasien memerlukan bantuan sebagian dalam ambulasi | |