

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA NY Y.M DENGAN  
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG CEMPAKA RSUD. PROF. DR.  
W. Z. JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk  
menyelesaikan studi pada Program Diploma III Keperawatan dan  
mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
Melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**IZAK FREITAS**  
**NIM : PO. 5303201181198**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES  
KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Izak Freitas  
NIM : PO. 5303201181198  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan 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 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, 20 Juli 2019**

**Pembuat Pernyataan**

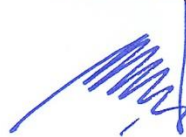


**Izak Freitas**

**PO. 5303201181198**

**Mengetahui**

**Pembimbing**



**Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep.,Sp.Kep. MB**

**NIP. 19771021 199903 2 001**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Laporan Studi Kasus oleh Izak Freitas dengan NIM PO.5303201181198 dengan judul “**Asuhan Keperawatan Komprehensif Stroke Non Hemogarik pada Ny. Y. M diruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

**Pembimbing**



**Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep.,Sp.Kep.MB**

**NIP. 19771021 199903 2 001**

## LEMBAR PENGESAHAN

### KARYA TULIS ILMIAH

Laporan Studi Kasus oleh Izak Freitas dengan judul “ Asuhan Keperawatan Komprehensif Penyakit Stroke Non Hemoragik pada Ny. Y. M diruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Juli 2019.

#### Dewan Penguji

##### Penguji I



Maria Sambriong, SST.,MPH  
NIP. 19680831 198903 2 001

##### Penguji II



Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep.,Sp. Kep.MB  
NIP. 19771021 199903 2 001

##### Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat,SKp,M. Kes  
NIP.19691128 199303 1 005

##### Mengesahkan

Ketua Program studi D-III Keperawatan



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

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

### **KARYA TULIS ILMIAH**

Laporan Studi Kasus oleh Izak Freitas dengan NIM PO.5303201181198 dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Komprehensif Stroke Non Hemogarik pada Ny. Y. M diruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johanes Kupang**” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

### **Pembimbing**

**Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep.,Sp.Kep.MB**

**NIP. 19771021 199903 2 001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Laporan Studi Kasus oleh Izak Freitas dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Komprehensif Penyakit Stroke Non Hemoragik pada Ny. Y. M diruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Juli 2019.

**Dewan Penguji**

**Penguji I**

**Penguji II**

**Maria Sambriang, SST.,MPH**

**NIP. 19680831 198903 2 001**

**Ns. Era Dorihi Kale, M.Kep.,Sp. Kep.MB**

**NIP. 19771021 199903 2 001**

**Mengesahkan**

**Ketua Jurusan Keperawatan**

**Mengesahkan**

**Ketua Program studi D-III Keperawatan**

**Dr. Florentianus Tat,SKp,M. Kes**

**NIP.19691128 199303 1 005**

**Margaretha Teli,S.Kep.,Ns.,MSc-PH**

**NIP.19770727 200003 2 002**

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Izak Freitas

Tempat / Tanggal Lahir : Bazartete – Timor Leste, 04 Juli 1990

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Obenani – Kel. Umanen – Atb Barat - Belu

Riwayat Pendidikan :

1. SDK Sesekoe Tahun 2004
2. SMP Negeri 2 Atambua Tahun 2007
3. SPK PEMDA Sumba Barat Tahun 2010
4. Sejak tahun 2018 Kuliah di program Studi D  
III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Kupang

### **Motto**

**“ TUUS TOTUS : Pada-Mu ku abdikan segalanya”**

## 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 Studi Kasus “**Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y. M Dengan Masalah Kesehatan Stroke Non Hemoragik di RSUD. Prof. W. Z Johannes Kupang** Pada Tanggal 15 - 18 Juli 2019”. Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Ns. Era Dorihi Kale, S.Kep., M.Kep, Sp. Kep.MB selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membimbing penulis sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Maria Sambriang SST,MPH selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Studi Kasus ini.
3. Ibu Ns. Bergita O. Hali Samon S.Kep CI Ruangan yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Ruangan Cempaka
4. Ibu Ns. Kori Limbong, S.Kep.,M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang selalu memberikan support kepada penulis selama mengikuti proses pendidikan.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat SKp,M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini
6. Ibu Margaretha Telli, S.Kep, Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah bersedia menjadi koordinator dari kegiatan ujian akhir program.



7. Seluruh Dosen keperawatan Poltekes Kemenkes Kupang atas bimbingannya selama perkuliahan dan semua karyawan/I yang telah banyak membantu selama kuliah.
8. Ibu R.H.Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
9. Keluarga Ny. Y.M yang telah memberikan waktu dan informasi terkait masalah kesehatan yang dialami secara benar dan tepat.
10. Pemerintah Kabupaten Belu – Kepala Dinas Kesehatan yang telah memberikan ijin kepada Penulis untuk melanjutkan pendidikan.
11. Orang tua tercinta, bapak Alm. Salvador Freitas dan mama Ermelinda Dos Santos Araujo yang telah memberikan cinta dan sayang untuk penulis, serta membesarkan, mendidik dan memberikan dukungan yang baik kepada penulis, serta semua keluarga besar yang telah mendukung penulis.
12. Keluarga tercinta, istri Ny. Velsiani Freitas – Loe Letto, S.Pd dan anak terkasih Nn. Chatalina G. Freitas Daley yang telah memberikan cinta dan mendukung dalam Doa untuk penulis.
13. Teman-teman yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi penyempurnaan Studi Kasus ini.

Kupang, 18 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	I
PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN.....	II
LEMBAR PERSETUJUAN.....	III
LEMBAR PENGESAHAN.....	IV
BIODATA PENULIS.....	V
KATA PENGANTAR.....	VI
DAFTAR ISI.....	VIII
DAFTAR TABEL	
ABSTRAK.....	X
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	2
1.2.1 Tujuan Umum.....	2
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Konsep Teori Stroke Non Hemoragik.....	4
2.1.1 Pengertian.....	4
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	8
2.1.4 Patofisiologi.....	9
2.1.5 Pathway.....	11
2.1.6 Komplikasi.....	12
2.1.7 Penatalaksanaan.....	12
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	14
2.2.1 Pengkajian.....	14
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	20
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	23

BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	24
3.1 Hasil Studi Kasus.....	24
3.2 Pembahasan.....	34
BAB IV PENUTUP.....	40
4.1 Kesimpulan.....	40
4.2 Saran.....	40
DAFTAR PUSTAKA.....	41
DAFTAR LAMPIRAN.....	42

## **DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM**

**DIAGRAM 2.1 Pathway..... Hal. 11**

**TABEL 2.2 Intervensi Keperawatan Pada Pasien SNH ..... Hal. 22**

## ABSTRAK

Izak Freitas. Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johhanes Kupang Tanggal 15-18 Juli Tahun 2019. (Dibimbing oleh Ibu Ns. Era Dorihi Kale, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. MB).

**Latar Belakang :** Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang karena terhentinya suplai darah ke bagian otak yang disebabkan oleh perdarahan / pecahnya pembuluh darah otak dan atau tersumbatnya pembuluh darah ke otak. Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai.

**Tujuan :** Mahasiswa dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Haemoragik.

**Metode :** Penulis menggunakan metode wawancara, studi dokumentasi dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di ruangan cempaka RSUD.Prof. Dr .W. Z. Johanes Kupang. Lama studi kasus yang dilakukan dimulai sejak tanggal 15-18 Juli 2019. Subjek pasien stroke non hemoragik Ny. Y.M dengan teknik wawancara, observasi, studi dokumentasi, pemeriksaan fisik sistem tubuh.

**Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari, masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral dan hambatan mobilitas fisik belum teratasi.

**Kesimpulan :** Masalah keperawatan di atas belum teratasi dan perlu perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat maupun keluarga.

**Kata kunci :** *Stroke, hambatan mobilitas fisik, Range Of Motion (ROM), alih baring.*

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare,2013). Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Wijaya & Putri,2013).

Menurut American Heart Association (AHA), pada tahun 2014 prevalensi stroke mencapai angka 43 juta pasien di dunia. Stroke adalah penyebab kematian ke-3 di Amerika dengan angka penderita sebanyak 972.000 pasien/tahun dan pasien yang meninggal sebanyak 149.000 jiwa. Hampir setengah dari pasien stroke yang selamat mengalami kecacatan dari yang ringan sampai berat.

Menurut (Amir Huda,2015), Stroke Non Hemoragik mengakibatkan beberapa masalah yang muncul, seperti Gangguan menelan, Nyeri akut, Hambatan mobilitas fisik, Hambatan komunikasi verbal, Defisit perawatan diri, ketidakseimbangan nutrisi, dan salah satunya yang menjadi masalah yang menyebabkan kematian adalah gangguan perfusi jaringan cerebral. Gangguan perfusi jaringan adalah suatu penurunan jumlah oksigen yang mengakibatkan kegagalan untuk memelihara jaringan pada tingkat perifer.

WHO menyatakan bahwa didunia penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian terbesar pada populasi usia 65 tahun keatas dengan jumlah kematian lebih banyak di Negara berkembang. Stroke merupakan urutan kedua penyakit mematikan setelah penyakit

jantung. Serangan stroke lebih banyak dipicu karena hipertensi yang disebut silent killer, diabetes mellitus, obesitas dan berbagai gangguan aliran darah ke otak. Angka kejadian stroke didunia kira-kira 200 per 100.000 penduduk dalam setahun.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan terjadi pada usia >75 tahun (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun (0,6%). Prevalensi berdasarkan jenis kelamin yaitu lebih banyak pada laki-laki (11 %) dibandingkan dengan perempuan (10,9%). Berdasarkan diagnosis dokter prevelensi stroke di NTT adalah 4,1 %.

Data pada rumah sakit umum daerah Prof. Dr W.Z Johannes Kupang dalam 2 tahun terakhir, angka kejadian Stroke Non hemoragik pada ruang cempaka pada tahun 2017 yaitu 7 kasus, dan pada tahun 2018 yaitu 10 kasus serta kasus bulan Januari 2019 sampai dengan Juni 2019 sebanyak 9 kasus (Catatan Buku Register Ruang Cempaka).

Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah gangguan peredaran darah otak, disebut juga sebagai serangan otak (*brain attack*) di tandai dengan hilangnya sirkulasi darah ke otak secara tiba-tiba yang dapat mengakibatkan terganggunya fungsi neurologis. Stroke non hemoragik terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu (*iskemik*) yang disebabkan oleh oklusi atau stenosis arteri. Perawat merupakan agen penting dalam merawat pasien penyakit stroke non hemoragik, penanganan yang di berikan kepada pasien stroke non homeragik yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pendidikan, pemberi asuhan keperawatan, pembaharuan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan untuk pemulihan pasien.

## **1.2 Tujuan Penulisan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa dapat mengembangkan pola pikir ilmiah dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Haemoragik

### **1.2.2 Tujuan khusus :**

- a) Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Stroke Non Haemoragik di ruang Cempaka - RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
- b) Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Haemoragik di ruang Cempaka - RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
- c) Mampu menetapkan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Haemoragik di ruang Cempaka - RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
- d) Mampu melaksanakan rencana tindakan keperawatan pasien dengan Stroke Non Haemoragik di ruang Cempaka - RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
- e) Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Haemoragik di ruang Cempaka - RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.

## **1.3 Manfaat Studi Kasus**

### **1.3.1 Penulis**

Dengan menyelesaikan perawatan kasus ini, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam belajar.

### **1.3.2 Institusi Pendidikan**



Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan serta dapat digunakan sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa di Poltekkes Kemenkes Kupang.

### **1.3.3 Institusi Rumah Sakit**

Dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di Rumah Sakit Umum Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang tepat.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Stroke

##### 2.1.1 Pengertian

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Mujahidullah,2012).

Menurut Lumbantobing (2013) stroke merupakan gangguan peredaran darah di otak. Stroke juga dikenal dengan cerebro-vascular accident dan Brain Attack. Stroke berarti pukulan (to strike) yang terjadi secara mendadak dan menyerang otak. Gangguan peredaran darah di otak dapat berupa iskemia yaitu aliran darah berkurang atau terhenti pada sebagian daerah di otak. Sedangkan gangguan peredaran darah lainnya adalah terjadinya perdarahan di otak karena dinding pembuluh darah robek. Stroke secara luas diklasifikasikan menjadi dua yaitu :

##### 1. Stroke Iskemik

Delapan puluh persen kasus stroke berasal dari proses iskemik dan disebabkan oleh sumbatan trombotik atau tromboembolik pada arteri. Lokasi tersering asal bekuan darah yaitu arteri serebral ekstrakranial, jantung (fibrilasi atrial, penyakit katup mitral, thrombus ventricular kiri), arteri kecil yang mempenetrasi pada otak (stroke lakunar), dan plak arkus aorta. Stroke iskemik dibagi menjadi atetotrombosis arteri besar, emboli otak, stroke lakunar, dan hipoperfusi sistemik. Stroke iskemik biasanya berupa defisitneurologis fokal sesuai dengan distribusi pembuluh darah tunggal. Temuan dapat bervariasi, dan mungkin terdapat perburukan progresif atau berkurangnya fungsi neurologis dalam pola seperti tangga. Muntah dan berkurangnya kesadaran jarang terjadi.

## 2. Stroke Hemoragik

Stroke dapat dibedakan secara mudah menjadi perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, dan perdarahan subdural/ekstradural berdasarkan gambaran klinis dan CT scan. Perdarahan subaraknoid adalah perdarahan yang menunjukkan gejala nyeri kepala hebat mendadak, terhentinya aktivitas, dan muntah tanpa tanda-tanda neurologis fokal. CT scan menunjukkan darah dalam rongga subaraknoid dan sisterna serebri, serta cairan spinal selalu mengandung darah. Perdarahan intraserebral menunjukkan gejala neurologis fokal. Nyeri kepala, muntah, dan menurunnya kesadaran sering terjadi pada perdarahan yang lebih luas, CT scan dan MRI menunjukkan hematoma di dalam otak. Sedangkan perdarahan subdural dan ekstradural biasanya disebabkan trauma kepala. Lesi terjadi diluar otak, baik didalam (subdural) maupun di luar (ekstradural) dura mater (Goldszmidt,2011). Faktor risiko stroke dibagi menjadi dua yaitu faktor risiko mayor (kuat) dan faktor resiko minor (lemah). Faktor risiko yang kuat berarti besar pengaruhnya terhadap kemungkinan menderita stroke. Faktor risiko yang kuat adalah sebagai berikut :

### a) Hipertensi

Seseorang yang mengalami hipertensi dan tidak mendapatkan pengobatan dan pengontrolan secara teratur (rutin), maka hal ini dapat membawa penderita kedalam kasus-kasus serius bahkan menyebabkan kematian. Tekanan darah tinggi yang terus-menerus menyebabkan jantung seseorang bekerja ekstra keras yang pada akhirnya kondisi ini berakibat terjadinya kerusakan pada pembuluh darah jantung, ginjal, otak dan mata. Penyakit hipertensi ini merupakan penyebab umum terjadinya stroke dan serangan jantung (heart attack).

### b) Penyakit Jantung

Penyakit jantung merupakan faktor risiko terjadinya stroke. Penyakit jantung yang dimaksud seperti infark miokard, elektrokardiogram abnormal, penyakit katup jantung, dan gagal jantung kongesif.

c) Adanya manifestasi aterosklerosis secara klinis

Stroke dapat terjadi jika sudah ada manifestasi aterosklerosis secara klinis yaitu adanya gangguan pembuluh darah koroner (angina pectoris) dan gangguan pembuluh darah karotis (terdapat bising di karotis), dan lain-lain seperti klaudikasio intermiten, denyut nadi di perifer tidak ada.

d) Diabetes mellitus

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit dimana kadar glukosa didalam darah tinggi. Penyakit ini di Indonesia juga dikenal dengan penyakit kencing manis yang prevalensinya semakin meningkat. Diabetes mellitus ini apabila tidak dikendalikan maka dapat menyebabkan terjadinya perubahan serius pada jantung, syaraf, ginjal dan mata.

e) Pernah mengalami stroke

f) Merokok

Faktor resiko yang lemah (minor) terdiri dari Kadar lemak yang tinggi di dalam darah, Hematokrit tinggi, Kegemukan, Kadar asam urat tinggi, kurang aktivitas fisik/olahraga, Fibrinogen tinggi (Lumbantobing,2013).

### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab stroke dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

a. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer & Bare,2013).

Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Wijaya & Putri,2013).

b. Emboli serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam

jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung.

c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam substansial otak (Wijaya & Putri,2013).

Adapun Penyebab lain terjadinya stroke non hemoragik yaitu:

a. Aterosklerosis

Terbentuknya *aterosklerosis* berawal dari endapan *ateroma* (endapan lemak) yang kadarnya berlebihan dalam pembuluh darah. Selain dari endapan lemak, *aterosklerosis* ini juga mungkin karena *arteriosklerosis*, yaitu penebalan dinding arteri (tunika intima) karena timbunan kalsium yang kemudian mengakibatkan bertambahnya diameter pembuluh darah dengan atau tanpa mengecilnya pembuluh darah.

b. Infeksi

Peradangan juga menyebabkan menyempitnya pembuluh darah, terutama yang menuju ke otak.

c. Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke dari pada wanita.

d. Obat-obatan

Ada beberapa jenis obat-obatan yang justru dapat menyebabkan stroke seperti: amfetamin dan kokain dengan jalan mempersempit lumen pembuluh darah ke otak.

e. Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan.

Stroke bisa terjadi jika hipotensi ini sangat parah dan menahun.

Sedangkan faktor resiko pada stroke (Wijaya & Putri,2013) :

a. Hipertensi merupakan faktor resiko utama.

- b. Penyakit kardiovaskuler (embolisme serebral mungkin berasal dari jantung).
- c. Kontrasepsi oral, peningkatan oleh hipertensi yang menyertai usia di atas 35 tahun dan kadar esterogen yang tinggi.
- d. Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau dalam jangka panjang dapat menyebabkan iskhemia serebral umum.
- e. Penyalahgunaan obat tertentu pada remaja dan dewasa muda.
- f. Konsultan individu yang muda untuk mengontrol lemak darah, tekanan darah, merokok kretek dan obesitas

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Menurut Smeltzer dan Bare, (2013) stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain :

1. Umumnya terjadi mendadak, ada nyeri kepala
2. Parasthesia, paresis, Plegia sebagian badan
3. Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon.
4. Dysphagia
5. Kehilangan komunikasi
6. Gangguan persepsi
7. Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis
8. Disfungsi Kandung Kemih

### **2.1.4 Patofisiologi**

Infark ischemic cerebri sangat erat hubungannyadengan aterosklerosis dan arteriosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinis dengan cara :

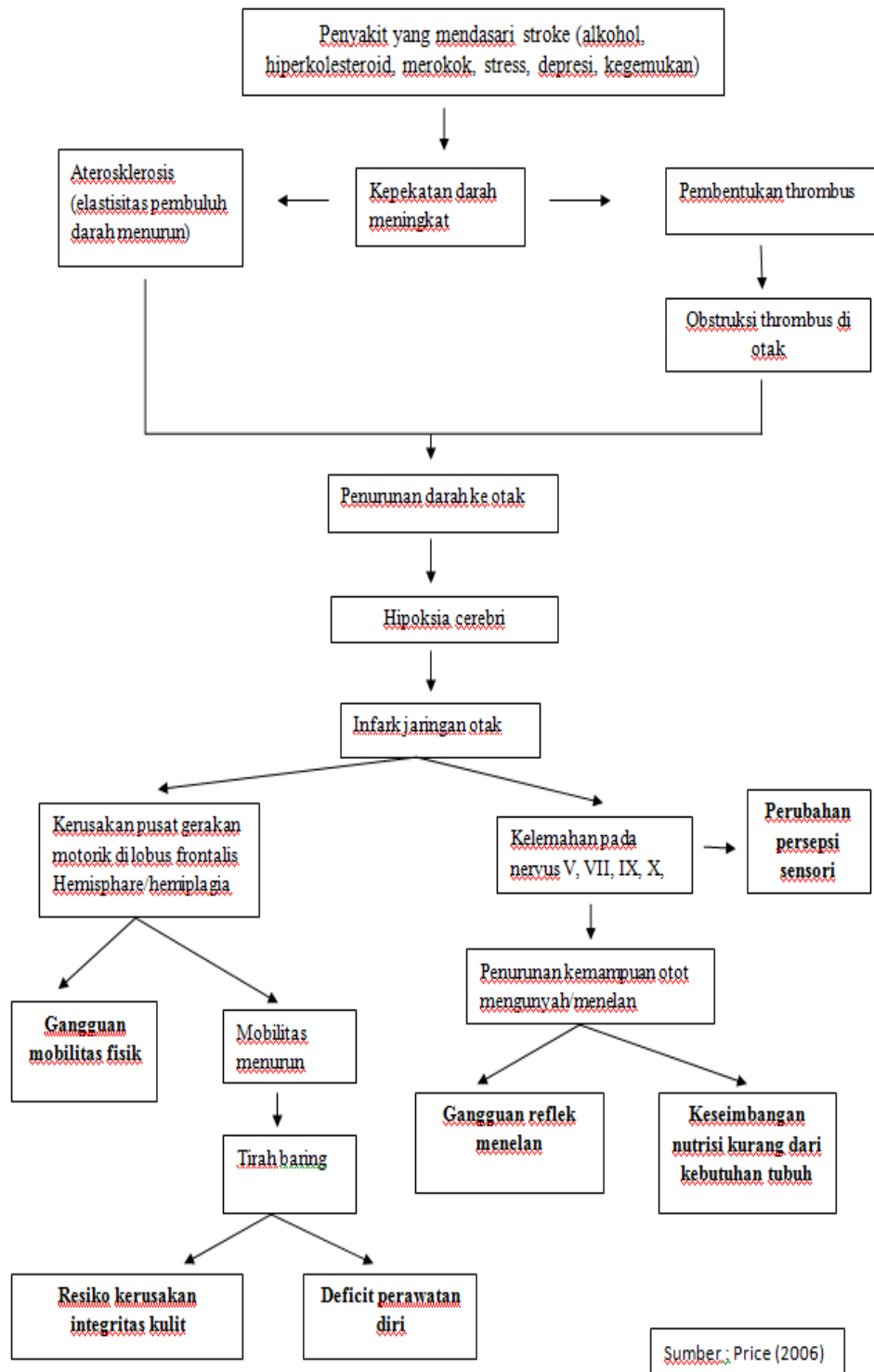
1. Menyempitkan lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi aliran darah.
2. Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus dan perdarahan aterm.
3. Dapat terbentuk thrombus yang kemudian terlepas sebagai emboli.
4. Menyebabkan aneurisma yaitu lemahnya dinding pembuluh darah atau menjadi lebih tipis sehingga dapat dengan mudah robek. Faktor yang mempengaruhi aliran darah ke otak :
  - a. Keadaan pembuluh darah.
  - b. Keadaan darah : viskositas darah meningkat, hematokrit meningkat, aliran darah ke otak menjadi lebih lambat, anemia berat, oksigenasi ke otak menjadi menurun.
  - c. Tekanan darah sistemik memegang peranan perfusi otak. Otoresulasi otak yaitu kemampuan intrinsik pembuluh darah otak untuk mengatur agar pembuluh darah otak tetap konstan walaupun ada perubahan tekanan perfusi otak.
  - d. Kelainan jantung menyebabkan menurunnya curah jantung dan karena lepasnya embolus sehingga menimbulkan iskhemia otak. Suplai darah ke otak dapat berubah pada gangguan fokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (Hypoksia karena gangguan paru dan jantung). Arterosklerosis sering / cenderung sebagai faktor penting terhadap otak. Thrombus dapat berasal dari flak arterosklerotik atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan oedema dan nekrosis diikuti thrombosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler. Anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan

irreversible dapat anoksia lebih dari 10 menit. Anoksiserebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi, salah satunya cardiac arrest (Wijaya & Putri,2013).



## Diagram 2.1 Pathway Stroke Non Haemoragik

### 2.1.5 Pathway



### **2.1.6 Komplikasi**

Menurut (Smeltzer & Bare,2013) komplikasi stroke meliputi hipoksia, penurunan aliran darah serebral, dan embolisme serebral. Hipoksia serebral, penurunan aliran darah, embolisme serebral, dekubitus.

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Fase Akut:

1. Pertahankan fungsi vital seperti: jalan nafas, pernafasan, oksigenisasi dan sirkulasi.
2. Reperfusi dengan trombolitik atau vasodilation: Nimotop. Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik / embolik.
3. Pencegahan peningkatan TIK. Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.
4. Mengurangi edema cerebral dengan diuretik
5. Pasien di tempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang .

Post Fase Akut:

1. Pencegahan spatik paralisis dengan antispasmodik
2. Program fisiotherapi
3. Penanganan masalah psikososial

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Wijaya & Putri (2013), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

2. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada caespiratori ratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan

pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokrom*) sewaktu hari-hari pertama.

### 3. CT scan.

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

### 4. MRI

MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

### 5. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

### 6. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Menurut Wiyaja & Putri (2013), anamnesa pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

#### 1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua 40 -70 tahun (Smeltzer & Bare,2013). Jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

## 2. Keluhan utama

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

## 3. Riwayat penyakit sekarang

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

## 4. Riwayat penyakit dahulu

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

## 5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

## 6. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status

emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

## 7. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

### a. B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada klien dengan tingkat kesadaran kompos metris, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

### b. B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

### c. B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya

tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

d. B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementarakarena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

e. B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

f. B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji

tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise / hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

g. Pengkajian Tingkat Kesadaran

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

h. Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

i. Status Mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

j. Fungsi Intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage* yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

k. Kemampuan Bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan *disfasia reseptif*, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan *disfasia ekspresif*, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. *Disartria* (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

#### 8. Pengkajian Saraf Kranial

Menurut Wijaya & Putri (2013) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I - XII.

- a. Saraf I: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- b. Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada Mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- c. Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada tubuh.
- d. Satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
- e. Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah,



penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.

- f. Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- g. Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- h. Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- i. Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- j. Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

#### 9. Pengkajian Sistem Motorik

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

##### a. Inspeksi Umum.

Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

##### b. Fasikulasi.

Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.

##### c. Tonus Otot.

Didapatkan meningkat.

#### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Wijaya & Putri (2013) dan Nugroho (2011) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, yaitu :

1. Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan suplai O<sub>2</sub> ke Otak menurun

2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi, kelemahan otot menelan.
3. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kerusakan neurovaskular & neuromuskular
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara.
5. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik , psikososial.

**Tabel 2.2 Konsep Intervensi Keperawatan**

**2.2.3 Intervensi**

No	Diagnosa	Noc	Nic
1.	Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan suplai O <sub>2</sub> ke Otak menurun	<p><b>Tujuan (NOC) :</b></p> <p>Gangguan perfusi jaringan dapat tercapai secara optimal</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mempertahankan tingkat kesadaran</li> <li>• Fungsi sensori dan motorik membaik</li> </ul>	<p><b>Intervensi (NIC)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau TTV tiap jam dan catat hasilnya.</li> <li>2. Kaji respon motorik terhadap perintah sederhana</li> <li>3. Pantau status neurologis secara teratur</li> <li>4. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi</li> <li>5. Kolaborasi pemberian O<sub>2</sub> sesuai anjuran</li> </ol>
2.	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh	<p><b>Tujuan (NOC) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status gizi</li> <li>2. Asupan makanan</li> <li>3. Cairan dan zat</li> </ol>	<p><b>Intervensi (NIC) :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengelolaan gangguan makanan</li> <li>2. Pengelolaan nutrisi</li> <li>3. Bantuan menaikkan</li> </ol>

	berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi Nutrisi	gizi <b>Kriteria evaluasi:</b> 1. Menjelaskan komponen kedekatan diet 2. Nilai laboratorium (mis, trnsferin, albumin, dan eletrolit) 3. Melaporkan keadekuatan tingkat giji 4. Nilai laboratorium (mis: trasferin, albomen dan eletrolit) 5. Toleransi terhadap gizi yang dianjurkan.	BB <b>Aktivitas keperawatan :</b> 1. Tentukan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan 2. Ketahui makanan kesukaan klien 3. Rujuk kedokter untuk menentukan penyebab perubahan nutrisi 4. Bantu memilikan makan sesuai dengan kebutuhan klien. 5. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan untuk makan serta utk ketenangan dalam ruangan/kamar 6. Memberikan makan melalui NGT, jika menggunakan NGT.
3.	Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskuler	<b>Tujuan (NOC):</b> Gerak sendi : aktif.  Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien terhindar dari kerusakan mobilitas fisik dengan  <b>Kriteria Evaluasi :</b> 1. Menunjukkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan. 2. Meminta bantuan	<b>Intevensi (NIC) :</b> ▪ Terapi aktivitas, ambulasi ▪ Terapi aktivitas, mobilitas sendi. ▪ Perubahan posisi <b>Aktivitas Keperawatan :</b> 1. melakukan Rom pasif 2. mobilisasi pasien tiap 2 jam 3. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan. 4. kolsultasi dengan alih fisioterapi.

		<p>untuk beraktivitas mobilisasi jika diperlukan.</p> <p>3. Klien meningkat dalam aktivitas fisik</p> <p>4. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</p>	
4.	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara</p>	<p><b>Tujuan (NOC):</b> Komunikasi dapat berjalan dengan baik</p> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengekspresikan perasaan</li> <li>2. Memahami maksud dan pembicaraan orang lain</li> <li>3. Pembicaraan pasien dapat dipahami</li> </ol>	<p><b>Intevensi (NIC)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan komunikasi dengan wajar, bahasa jelas, sederhana dan bila perlu diulang</li> <li>2. Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai berbicara</li> <li>3. Berdiri di dalam lapang pandang pasien pada saat bicara</li> <li>4. Latih otot bicara secara optimal</li> <li>5. Libatkan keluarga dalam melatih komunikasi</li> </ol>

#### 2.2.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.

#### 2.2.5 Evaluasi keperawatan

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

## **BAB III**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil Studi Kasus**

Gambaran tempat atau lokasi penelitian RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi badan layanan umum, tempat penelitian yang saya lakukan di ruang Cempaka sebagai ruang kelas III rawat inap yang mempunyai kapasitas ruangan sebanyak 15 ruangan, mempunyai tempat tidur dan lemari masing-masing sebanyak 26 buah, rata-rata pasien dirawat sebanyak 15-20 pasien dan mempunyai tenaga kesehatan (perawat) sebanyak 24 orang, 1 tenaga administrasi, 1 pegawai dan 2 orang Cleaning Service.

##### **3.1.1. Pengkajian**

#### **1. Pengkajian**

##### **a) Identitas pasien**

Mahasiswa melakukan pengkajian pada pasien bernama Ny. Y.M di ruang cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Pada tanggal 14 Juli 2019. Pasien berusia 72 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Kristen Protestan, pendidikan terakhir SD, pasien tidak bekerja, status perkawinan cerai mati, alamat TDM 4, suku timor, nomor register 515757, masuk rumah sakit pada tanggal 08 Juli 2019 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik, tanggal pengkajian 08 Juli 2019, sumber informasi dari keluarga dalam hal ini sebagai penanggung jawab Ny. I.S yakni selaku anak kandung dari pasien.

#### **2. Riwayat kesehatan**

##### **a) Keluhan utama**

Keluarga pasien mengatakan tangan kanan, kaki kanan pasien susah digerakkan, tidak bisa bicara, (tanggal 14 Juli 2019).

##### **b) Riwayat kesehatan sebelum sakit**

Keluarga mengatakan pasien sebelumnya hanya mengeluh kepala sakit dan leher tegang. Jika pasien beraktifitas terlalu berat.

c) Riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 08 Juli 2019 Jam 18.00, di rawat di IGD, RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang selama 12 jam. Dengan keluhan keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri, keluar air liur dan busah lewat mulut.

2) Keluhan saat dikaji

Keluarga mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan tubuh bagian kanan, bicara pello dan tidak jelas sejak masuk RS 6 hari lalu. GCS 6 (E/4/V/3/M/5), pasien tirta baring, terpasang Infus Nacl 0,9% drip Kcl 20 tetes/menit. Tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 86 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 36,5 °C. Hasil CT Scan menunjukkan positif penyumbatan pembuluh darah ke otak oleh emboli yang terbawah dari pembuluh darah jantung ke otak.

3) Riwayat penyakit sebelumnya

Keluarga mengatakan Pasien hanya mengeluh kepala sakit dan leher tegang. Tidak ada alergi, tidak ada riwayat operasi, tidak merokok, tidak minum alkohol dan tidak minum kopi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan, tidak ada yang menderita penyakit hipertensi dan diabetes militus.

3. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan dapatkan data sebagai berikut, pasien penurunan kesadaran, tingkat kesadaran Apatis GCS 12 (Eye: 4, Verbal: 3 Motorik: 5), hemiparesis positif pada sisi tubuh bagian kanan. Kekuatan otot :

2	5
2	5

#### 4. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan CT Scan pada tanggal 10 Juli 2019 menunjukkan positif penyumbatan pembuluh darah ke otak oleh emboli yang terbawah dari pembuluh darah jantung ke otak dan hasil Echocardiografi :

- Katub-katub : Mitral - MR moderat  
Aorta – Ar severese
- Dimensi nang jantung : LA, LV, Aliatasi
- Fungsi sistol LV : menurun (EF Gyteich 40%)
- Fungsi diastol LV : sulit dicralvat
- Fungsi systolik AU :menuru (edema :1,38 cu)
- Global hipomimater
- Lain-lain : efusi pericarda minimal

#### 5. Terapi

Di ruangan Cempaka, Ny. Y .M mendapatkan terapi infus NaCl 0,9 % drip Kcl 20 tetes/menit, furosemide 1 x 20 mg / iv Pagi, piracetam 3 x 3 gram / iv pagi, siang dan malam, digoxin tablet 1 x 0,25 mg siang, aspilet 1 x 80 mg siang, nifedipine 1 x 10 mg siang.

#### 3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian ditetapkan 2 diagnosa keperawatan yaitu :

Diagnosa pertama : ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Kurangnya suplai oksigen dan darah ke otak yang ditandai dengan : Data Subjek : Keluarga pasien mengatakan pasien sering sakit kepala, dan tiba – tiba tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan, bicara pello dan Data Objek : Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema, kesulitan bicara, Tekanan Darah 150 /90 mmHg, Nadi : 76 x/menit, S : 36,7 °c, pernapasan : 20 x/menit, GCS : E4, V3, M5.

Diagnosa kedua hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Kelumpuhan yang ditandai dengan : Data Subjek : keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan dan Data Objektif : nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan, GCS : E4, V3, M5, kekuatan otot

2	5
2	5

### 3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi, perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada masalah keperawatan dengan kasus : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral sebagai diagnosa utama. NOC : Goal : Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan cerebral yang normal selama masa perawatan, Objektif : Dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan menunjukkan : Outcome : NOC (Hal. 692, kode 0422), perfusi jaringan yang normal, perfusi jaringan cerebral yang normal, kecepatan pompa jantung yang normal, status sirkulasi yang normal, dengan kriteria hasil : aliran darah melalui pembuluh darah jantung (4), aliran darah melalui pembuluh darah cerebral (4), aliran darah melalui pembuluh darah tingkat sel (4). NIC : perawatan sirkulasi efisiensi arteri (4062), perawatan sirkulasi efisiensi vena (4066) : lakukan pemeriksaan fisik kardiovaskular yang komprehensif tekanan darah, nadi, pernapasan, oedema, capillary retiltime time, dan suhu), evaluasi oedema, inspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan, memonitor tingkat ketidaknyamanan / nyeri saat melakukan aktivitas/saat istirahat, berikan obat anti koagulan (pengenceran darah) dengan tepat, ubah posisi pasien setidaknya setiap 2 jam sekali dengan tepat, berikan kehangatan, misalnya menggunakan pakaian tidur yang tebal, meningkatkan suhu kamar dengan tepat, monitor jumlah intake dan output, lakukan mobilisasi (ROM pasif / aktif).

Hambatan mobilitas fisik sebagai diagnosa ke dua : Goal : pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang normal selama masa perawatan, Objektif : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan menunjukkan : Outcome NOC : hal. 641 (mobilitas fisik, hambatan) : toleransi terhadap aktivitas dengan Kriteria hasil :



ambulasi, pergerakan sendi, motivasi keluarga. NIC : (hal. 554, mobilitas fisik, hambatan), intervensi terdiri dari : 1. Peningkatan mekanika tubuh (0140) : dengan fisioterapis dalam mengembangkan / meningkatkan mekanika, sesuai indikasi, mendemonstrasikan kembali teknik / melakukan aktivitas latihan yang benar, edukasi pasien mengenai bagaimana menggunakan postur tubuh dan mekanika tubuh untuk mencegah injuri saat melakukan berbagai aktivitas latihan, kaji kesadaran pasien tentang abnormal muskuloskeletal dan efek yang mungkin timbul, bantu pasien melakukan latihan fisik untuk memfasilitasi mobilisasi punggung, sesuai indikasi, berikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi. 2. Terapi latihan mobilitas sendi (0224) : tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi, kolaborasikan dengan ahli terapi fisik dalam menjelaskan dan menerapkan sebuah latihan, monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas, pakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan pasien, lindungi pasien dari trauma selama latihan, bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif/aktif, dukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana, lakukan latihan ROM pasif/ROM dengan hambatan, sesuai indikasi, instruksikan pasien atau keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan, sediakan petunjuk tertulis untuk melakukan latihan, dukung pasien melihat gerakan tubuh sebelum memulai latihan, bantu untuk melakukan pergerakan sendi yang ritmis dan teratur sesuai kadar nyeri yang bisa ditoleransi, ketahanan dan pergerakan sendi.

#### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 jam 09.00, untuk diagnosa 1. ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan keperawatan yaitu, menginspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan, mengubah posisi pasien miring ke kiri, mengobservasi tanda-tanda vital tiap jam : tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 76 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 36,5 °C, Spo<sub>2</sub> : 99 %, mengevaluasi oedema pada

tangan dan kaki, mengobservasi tingkat kesadaran : GCS 12 (Eye: 4, Verbal: 3, Motorik: 5) Apatis, tinggikan kepala tempat tidur 15<sup>0</sup>, di lanjutkan lagi pada Jam 11.00 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital tiap jam : tekanan darah 150/90 mmHg, nadi: 76x/menit, respiratori rate : 20 x/menit, suhu : 36,5 °C, Spo<sub>2</sub> 100 %, mengubah posisi pasien miring kanan, di lanjutkan lagi pada jam 12.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 37 °C, Spo<sub>2</sub> : 100 %, kolaborasi pemberian terapi oral : aspilet 80 mg, nifedipine 10 mg, digoxin 0,25 mg. Pada jam 13.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 74 x/menit, suhu 36,5 °C, respiratori rate 22 x/menit, mengubah posisi pasien miring kiri, mengobservasi kesadaran pasien (E4, V3, M5), Apatis, kolaborasi pemberian injeksi pirecetam 3gram.

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 Jam 09.00, untuk diagnosa 2. Hambatan mobilitas fisik yaitu melakukan Rom pasif, memobilisasi pasien tiap dua jam, memberikan baby oil pada daerah yang tertekan.

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019 jam 08.00, untuk diagnosa 1. ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan keperawatan yaitu, menginspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan, mengubah posisi pasien miring ke kiri, mengobservasi tanda-tanda vital tiap jam : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 76 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 36,5 °C, Spo<sub>2</sub> : 99 %, mengevaluasi oedema pada tangan dan kaki, mengobservasi tingkat kesadaran : GCS 12 (Eye: 4, Verbal: 3, Motorik: 5) Apatis, tinggikan kepala tempat tidur 15<sup>0</sup>, di lanjutkan lagi pada Jam 10.00 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital tiap jam : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi: 72x/menit, respiratori rate : 20 x/menit, suhu : 36,5 °C, Spo<sub>2</sub> 100 %, mengubah posisi pasien miring kanan, di lanjutkan lagi pada jam 12.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 37 °C, Spo<sub>2</sub> : 100 %,kolaborasi pemberian terapi oral : aspilet 80 mg, nifedipine 10 mg, digoxin 0,25 mg. Pada jam 12.00 yaitu :

mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36,5 °C, respiratori rate 22 x/menit, mengubah posisi pasien miring kiri, dilanjutkan pada jam 13:00 yaitu mengobservasi kesadaran pasien (E4, V3, M5), Apatis, kolaborasi pemberian injeksi pirecetam 3 gram.

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019, jam 08.00 untuk diagnosa 2. Hambatan mobilitas fisik yaitu : melakukan Rom pasif, mengoleskan lotion pada daerah yang tertekan, serta memobilisasikan pasien tiap 2 jam.

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019 jam 08.00, untuk diagnosa 1. ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan keperawatan yaitu, menginspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan, mengubah posisi pasien miring ke kiri, mengobservasi tanda-tanda vital tiap jam : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 36,5 °C, Spo<sub>2</sub> : 99 %, mengevaluasi oedema pada tangan dan kaki, mengobservasi tingkat kesadaran : GCS 12 (Eye: 4, Verbal: 3, Motorik: 5) Apatis, tinggikan kepala tempat tidur 15<sup>0</sup>, di lanjutkan lagi pada Jam 10.00 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital tiap jam : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi: 72x/menit, respiratori rate : 20 x/menit, suhu : 36,5 °C, Spo<sub>2</sub> 100 %, mengubah posisi pasien miring kanan, di lanjutkan lagi pada jam 12.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 37 °C, Spo<sub>2</sub> : 100 %,kolaborasi pemberian terapi oral : aspilet 80 mg, nifedipine 10 mg, digoxin 0,25 mg. Pada jam 12.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36,5 °C, respiratori rate 22 x/menit, mengubah posisi pasien miring kiri, dilanjutkan pada jam 13:00 yaitu mengobservasi kesadaran pasien (E4, V3, M5), Apatis, kolaborasi pemberian injeksi pirecetam 3 gram.

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019, jam 08.00 untuk diagnosa 2. Hambatan mobilitas fisik yaitu : melakukan Rom pasif,

mengoleskan lotion pada daerah yang tertekan, serta memobilisasikan pasien tiap 2 jam.

Implementasi keperawatan hari keempat dilakukan pada tanggal 18 Juli 2019 jam 08.00, untuk diagnosa 1. ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan keperawatan yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 36,5 °C, Spo<sub>2</sub> : 100 %, mengobservasi tingkat kesadaran : GCS 12 (Eye: 4, Verbal: 3, Motorik: 5) Apatis, persiapan pasien pulang : memberikan informasi tentang perawatan lanjutan dirumah dan cara mengatasi serangan stroke berulang.

Implementasi keperawatan hari keempat dilakukan pada tanggal 18 Juli 2019, jam 08.00 untuk diagnosa 2. Hambatan mobilitas fisik yaitu : mengajarkan keluarga untuk melakukan latihan ROM pasif di rumah dan selalu mobilisasi pasien setiap 2 jam.

### 3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien ( Nugroho,2011 ).

Tanggal 15 Juli 2019 Jam 13.30 Evaluasi diagnosa satu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan, tidak bisa bicara. O : nampak apatis , GCS 12 (Eye : 4, Verbal : 3, Motorik : 5), tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 74 x/menit, suhu 36,5 °C, respiratori rate 20 x/menit, Spo<sub>2</sub> : 100%, hemiparesis positif di sisi tubuh bagian kanan. A : masalah perfusi jaringan cerebral belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Evaluasi diagnosa kedua : hambatan mobilitas fisik. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan. O : pasien tira baring, GCS 12 , hemiparesis positif sisi kanan tubuh, kekuatan otot :

2	5
2	5

A : masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.

Tanggal 16 Juli 2019 jam 13.50 Evaluasi diagnosa satu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan, tidak bisa bicara. O : nampak apatis , GCS 12 (Eye : 4, Verbal : 3, Motorik : 5), tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36,5 °C, respiratori rate 20 x/menit, Spo2 : 100%, hemiparesis positif di sisi tubuh bagian kanan. A : masalah perfusi jaringan cerebral belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Evaluasi diagnosa kedua : hambatan mobilitas fisik. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan. O : pasien tirta baring, GCS 12 , hemiparesis positif sisi kanan tubuh, kekuatan otot :

2	5
2	5

A : masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.

Tanggal 17 Juli 2019 jam 13.50 Tanggal jam 13.50 Evaluasi diagnosa satu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan, sudah belajar bicara namun tidak jelas. O : kesadaran Compos Mentis , GCS 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 5), nampak afasia sensori, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36,5 °C, respiratori rate 22 x/menit, Spo2 : 100%, hemiparesis positif di sisi tubuh bagian kanan.

A : masalah perfusi jaringan cerebral belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Evaluasi diagnosa kedua : hambatan mobilitas fisik. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan. O : pasien tirah baring, GCS 15 , hemiparesis positif sisi kanan tubuh, kekuatan otot :

2	5
2	5

A : masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.

Tanggal 18 Juli 2019 jam 11.00 Evaluasi diagnosa satu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan, sudah belajar bicara namun tidak jelas, keluarga mengatakan paham dengan informasi yang disampaikan. O : kesadaran Compos Menthis , GCS 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 5), nampak afasia sensori, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 72 x/menit, suhu 36,5 °C, respiratori rate 22 x/menit, Spo2 : 100%, hemiparesis positif di sisi tubuh bagian kanan. A : masalah perfusi jaringan cerebral belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Evaluasi diagnosa kedua : hambatan mobilitas fisik. S : keluarga mengatakan pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan. O : pasien tiring, GCS 15 , hemiparesis positif sisi kanan tubuh, keluarga nampak mampu mempraktekkan latihan ROM pasif dan aktif, mobilisasi pasien, kekuatan otot :

2	5
2	5

A : masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.

## 3.2 Pembahasan

### 3.2.1 Pengkajian

Sesuai dalam teori disebutkan bahwa gejala dari penyakit Stroke Non Haemorrhagik hilangnya sensibilitas dan kelemahan otot / saraf pada tubuh bagian tertentu, hal ini disebabkan karena suplai oksigen dan darah ke otak tersumbat (Smeltzer & Bare,2013). Pengkajian pada Ny. Y.M dilakukan pada tanggal 14 Juli 2019 pada pukul 11.00 WITA, Keluhan Ny. Y.M awal mulanya hanya mengeluh sakit kepala dan leher tegang, kemudian tiba-tiba tubuh bagian kanan terasa mati

dan susah digerakkan, keluar air liur dan busah lewat mulut serta bicara pello, lalu keluarga mengeluh penyakit pasien menyebabkan pasien mati rasa pada tubuh sebelah kanan, tidak bisa bicara dan lemah. Dalam teori dijelaskan kelemahan atau hemiparese pada salah satu sisi tubuh, gangguan bicara serta kelemahan otot merupakan tanda dari penyakit Stroke Non Haemoragik (Smeltzer & Bare,2013).

Pengkajian riwayat dahulu, pada tinjauan pustaka konsep keperawatan yang disebutkan riwayat penyakit sebelumnya adalah Ny. Y.M pernah menderita hipertensi namun pasien jarang untuk kontrol ke fasilitas kesehatan. Penyakit hipertensi merupakan salah satu penyebab Stroke (Wijaya & Putri,2013).

Hasil pengkajian fungsi perawatan kesehatan didapatkan bahwa keluarga Ny. Y.M dalam mengenal masalah kesehatan masih kurang tentang penyakit Stroke hal ini di sebabkan karena tingkat pendidikan yang rendah hanya sebatas SD, dan pemahaman keluarga terhadap masalah yang di derita oleh Ny. Y.M tidak begitu banyak.

Dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan data keadaan umum klien Apatis, untuk tanda-tanda vital didapatkan TD: 150/90 mmHg, Nadi: 86 x/menit, respirasi: 20 x/menit, suhu: 36,5 °C, BB: 43 kg. Ny. Y.M awal mulanya hanya mengeluh mengeluh sakit kepala dan leher tegang, kemudian tiba-tiba tubuh bagian kanan terasa mati dan susah digerakkan, keluar air liur dan busah lewat mulut serta bicara pello . Sedangkan Stroke memiliki tanda yang sangat khas diantaranya stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain : umumnya terjadi mendadak, ada nyeri kepala, parasthesia, paresis, plegia sebagian badan, stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon, dysphagia, kehilangan

komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, disfungsi kandung kemih (Menurut Smeltzer dan Bare,2013).

Hal ini menunjukkan bahwa antara teori dan kasus nyata tidak ada kesenjangan di karenakan Ny. Y.M berusia 72 tahun dan mengalami stroke non hemoragik pada usia 72 tahun sesuai dengan Smeltzer & Bare (2013) mengatakan stroke sering terjadi pada usia 40-70, mengalami hemiparese dextra, bicara pello juga sesuai dengan teori, kelemahan atau hemiparese pada salah satu sisi tubuh, gangguan bicara serta kelemahan otot merupakan tanda dari penyakit Stroke Non Haemoragik (Smeltzer & Bare,2013)

### **3.2.2 Diagnosis**

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia dalam keadaan sehat atau perubahan pola baik aktual maupun resiko dari individu atau kelompok (Rohmah & Walid,2010) Menurut hasil scoring dalam pengambilan diagnosa keperawatan (Suprajitno,2004). Menurut hasil scoring atau prioritas masalah yang dikelompokkan penulisan diagnosis keperawatan utama dan prioritas yang diangkat penulis yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral dan Hambatan mobilitas fisik.

### **3.2.3 Perencanaan**

Perencanaan adalah penyusunan rencana asuhan keperawatan yang terdiri dari komponen tujuan umum, tujuan khusus, kriteria, rencana tindakan dan standar untuk menyelesaikan masalah keperawatan berdasarkan prioritas dan tujuan yang telah ditetapkan . Tujuan yang dibuat pada diagnosis yaitu untuk diagnosa pertama NOC : Goal : Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan cerebral yang normal selama masa perawatan, Objektif : Dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan menunjukkan : Outcome : NOC (Hal. 692, kode 0422), perfusi jaringan yang normal, perfusi jaringan cerebral yang normal, kecepatan pompa jantung yang normal, status sirkulasi yang normal, dengan kriteria hasil : aliran darah melalui pembuluh darah jantung (4), aliran darah melalui pembuluh darah



cerebral (4), aliran darah melalui pembuluh darah tingkat sel (4). NIC : perawatan sirkulasi efisiensi arteri (4062), perawatan sirkulasi efisiensi vena (4066) : lakukan pemeriksaan fisik kardiovaskular yang komprehensif misalnya : memeriksa denyut nadi, oedema, CRT, dan suhu), evaluasi oedema, inspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan, memonitor tingkat ketidaknyamanan / nyeri saat melakukan aktivitas/saat istirahat, berikan obat anti koagulan (pengenceran darah) dengan tepat, ubah posisi pasien setidaknya setiap 2 jam sekali dengan tepat, berikan kehangatan, misalnya menggunakan pakaian tidur yang tebal, meningkatkan suhu kamar dengan tepat, monitor jumlah intake dan output, lakukan mobilisasi (ROM pasif / aktif)

sementara untuk diagnosa kedua meliputi Goal : pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang normal selama masa perawatan, Objektif : dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan menunjukkan : Outcome NOC : hal. 641 (mobilitas fisik, hambatan) : toleransi terhadap aktivitas dengan Kriteria hasil : ambulasi, pergerakan sendi, motivasi keluarga. **NIC** :(hal. 554, mobilitas fisik, hambatan), intervensi terdiri dari : 1. Peningkatan mekanika tubuh (0140) : dengan fisioterapis dalam mengembangkan/meningkatkan mekanika, sesuai indikasi, mendemonstrasikan kembali teknik / melakukan aktivitas latihan yang benar, edukasi pasien mengenai bagaimana menggunakan postur tubuh dan mekanika tubuh untuk mencegah injuri saat melakukan berbagai aktivitas latihan, kaji kesadaran pasien tentang abnormal muskuluskletal dan efek yang mungkin timbul, bantu pasien melakukan latihan fisik untuk memfasilitasi mobilisasi punggung, sesuai indikasi, berikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi. 2. Terapi latihan mobilitas sendi (0224) : tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi, kolaborasikan dengan ahli terapy fisik dalam menjelaskan dan menerapkan sebuah latihan, monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas, pakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan pasien, lindungi pasien dari trauma selama latihan, bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal

untuk pergerakan sendi pasif/aktif, dukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana, lakukan latihan ROM pasif/ROM dengan hambatan, sesuai indikasi, instruksikan pasien atau keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan, sediakan petunjuk tertulis untuk melakukan latihan, dukung pasien melihat gerakan tubuh sebelum memulai latihan, bantu untuk melakukan pergerakan sendi yang ritmis dan teratur sesuai kadar nyeri yang bisa ditoleransi, ketahanan dan pergerakan sendi.

### **3.2.4 Pelaksanaan**

Implementasi merupakan aktualisasi dari perencanaan yang telah di susun sebelumnya. Pada saat kegiatan implementasi, perawat perlu melakukan kontak sebelumnya (saat mensosialisasikan diagnosa keperawatan), untuk pelaksanaan terdiri dari waktu, kapan, berapa lama, dan materi. Kegiatan ini bertujuan agar keluarga, pasien dan perawat mempunyai kesiapan secara fisik dan psikis pada saat implementasi (Setiadi,2008).

Penulisan melakukan tindakan keperawatan keluarga berdasarkan dari rencana tindakan keperawatan NOC dan NIC edisi kelima yang telah penulis dan semua rencana tindakan keperawatan tersebut yang telah dilakukan oleh penulis yaitu : untuk diagnosa : Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral pelaksanaannya meliputi : Perawatan sirkulasi efisiensi arteri (4062), Perawatan sirkulasi efisiensi vena (4066), melakukan pemeriksaan fisik kardiovaskular yang komprehensif misalnya : memeriksa denyut nadi, oedema, CRT, dan suhu), mengevaluasi oedema, menginspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan, memonitor tingkat ketidaknyamanan / nyeri saat melakukan aktivitas/saat istirahat, memberikan obat anti koagulan (pengenceran darah) dengan tepat, mengubah posisi pasien setidaknya setiap 2 jam sekali dengan tepat. memberitahukan keluarga agar pasien menggunakan pakaian tidur yang tebal, meningkatkan suhu kamar dengan tepat, memonitor jumlah intake dan output, melakukan mobilisasi (ROM pasif / aktif).

Intervensi yang dilaksanakan pada diagnosa : Hambatan mobilitas fisik meliputi : Peningkatan mekanika tubuh (0140), Terapi latihan mobilitas sendi (0224), melakukan kolaborasi dengan fisioterapis dalam mengembangkan mekanika, sesuai indikasi, mendemonstrasikan kembali teknik latihan yang benar, mengedukasi pasien mengenai cara menggunakan postur tubuh untuk mencegah injuri saat melakukan berbagai aktivitas latihan, mengkaji kesadaran pasien Apatis, GCS : E4, V3, M5, membantu pasien melakukan latihan fisik untuk memfasilitasi mobilisasi punggung, memberikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi, memonitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas, membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif/aktif, mendukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana, melakukan latihan ROM pasif/ROM dengan hambatan, sesuai indikasi, instruksikan pasien atau keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan.

### **3.2.5 Evaluasi**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan dan evaluasi dengan metode SOAP untuk mengetahui keefektifan tindakan keperawatan. Pada evaluasi diagnosis keperawatan adalah S: keluarga Ny. Y.M mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tubug bagian kiri, susah bicara, O: pasien nampak masih lemah, keadaan umum : Apatis, GCS : E4, V3, M5, TTV : TD :150/90 mmHg, N : 72 x/menit, S : 36,5 °C, RR : 20 x/menit, A: Masalah ketidaefektifan perfusi jaringan cerebral dan Hambatan mobilitas fisik tidak teratasi, P: Intervensi dihentikan dan pada akhir perawatan kasus tanggal 18 Juli 2019 dengan SOAP masalah tidak teratasi, intervensi dihentikan, pasien boleh pulang.

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Pengkajian yang dilakukan pada Ny. Y.M meliputi identitas, riwayat kesehatan yang meliputi keluhan utama : tangan kanan dan kaki kanan pasien tidak dapat digerakkan, tidak bisa bicara / afasia sensori riwayat kesehatan sebelum yaitu sakit kepala dan leher tegang. Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu pasien mengalami penurunan kesadaran, tingkat kesadaran apatis, GCS : E4, V5, M5, hemiparesis positif pada tubuh bagian kanan, pemeriksaan penunjang yang dilakukan antara lain CT Scan hasil positif penyumbatan pembuluh darah otak dan Echocardiografi hasilnya efusi pericardium minimal. Dari hasil pengkajian dan pemeriksaan yang dilakukan maka diagnosa yang diambil antara lain ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral dan hambatan mobilitas fisik.

Intervensi yang dibuat yaitu perawatan sirkulasi efisiensi arteri (4062), perawatan sirkulasi efisiensi vena (4066), peningkatan mekanika tubuh (0140) dan terapi latihan mobilitas sendi (0224). Implementasi yang dilaksanakan meliputi memantau tanda – tanda vital, mengevaluasi oedema pada tangan dan kaki, mobilisasi dan melayani obat – obat antikoagulan per oral, latihan range of motion (ROM) pasif dan aktif. Dari implementasi dilakukan hasil akhirnya masalah keperawatan yang dialami Ny.Y.M belum teratasi.

#### **4.2 Saran**

Bagi penulis agar dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan pada kasus stroke non haemoragik dalam pelayanan keperawatan di masyarakat, untuk yang membaca laporan studi kasus ini agar dapat memberikan kritik atau saran atas kekurangan dalam penulisan laporan studi kasus dan bagi institusi semoga dengan hasil studi kasus ini dapat dipergunakan sesuai dengan keperluan.

## DAFTAR PUSTAKA

Kemenkes RI. 2018. *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI 2018

Nanda International. 2017. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*. Jakarta: EGC.

Moorhead, dkk. 2017. *Nursing Outcome Classification*. Jakarta : Elsevier.

Herdman & Kamitsuru. (2015). *Nanda Internation Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Ahli bahasa Budi Anna Keliat. Jakarta

Amin Huda dkk. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jakarta : Mediacion.

Lumbantobing, S.M., 2013. *Sroke Bencana Peredaran Darah*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI

Kementrian Kesehatan RI. 2013 . *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI

Bulechek, dkk .2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : EGC

Smeltzer C. Suzanne. (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

Nugroho. 2011. *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam dan Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Mardjono. 2003. *Neurologis Klinis Dasar*. Dian rakyat: Jakarta

Corwin, Elizabeth .2000. *Patofisiologis*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta : EGC

Manjoer .2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius : Jakarta

[http://eprints.undip.ac.id/46789/3/Masayu\\_Prakasita\\_22010111140160\\_Lap.KTI\\_Bab2.pdf](http://eprints.undip.ac.id/46789/3/Masayu_Prakasita_22010111140160_Lap.KTI_Bab2.pdf)

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Pengkajian

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 Lembaran Konsultasi

## Lampiran

### 1. Pengkajian



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG  
JLN. ELTARI II Liliba Kupang Telp. (0380)881045  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo. Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



#### **Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah**

Nama mahasiswa : Izak Freitas  
NIM : PO5303201181198  
Tempat praktek : Ruang Cempaka – RSUD Prof. Dr. Johannes Kupang  
Tanggal dan jam : 14-07-2019 10.00 wita

#### **Identitas Klien**

Nama : Ny. Y.M.  
Umur : 72 Tahun (03 Juni 1947)  
Jenis kelamin : Perempuan  
Suku bangsa : Timor - Indonesia  
Agama : Kristen Protestan  
Status Perkawinan : Cerai Mati  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Pendidikan : SD  
Alamat : TDM 4  
Nomor registrasi : 515757



Diagnosa medik : SNH ( Stroke Non Haemoragik )

Tanggal MRS : 08 Juli 2019 ( Jam : 18 : 00 )

Tanggal pengkajian : 14 Juli 2019 (Jam : 11.00 )

**Penanggung jawab**

Nama : Ny. I.S.

Umur : 37 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : TDM 4

Hubungan dengan Pasien : Anak Kandung

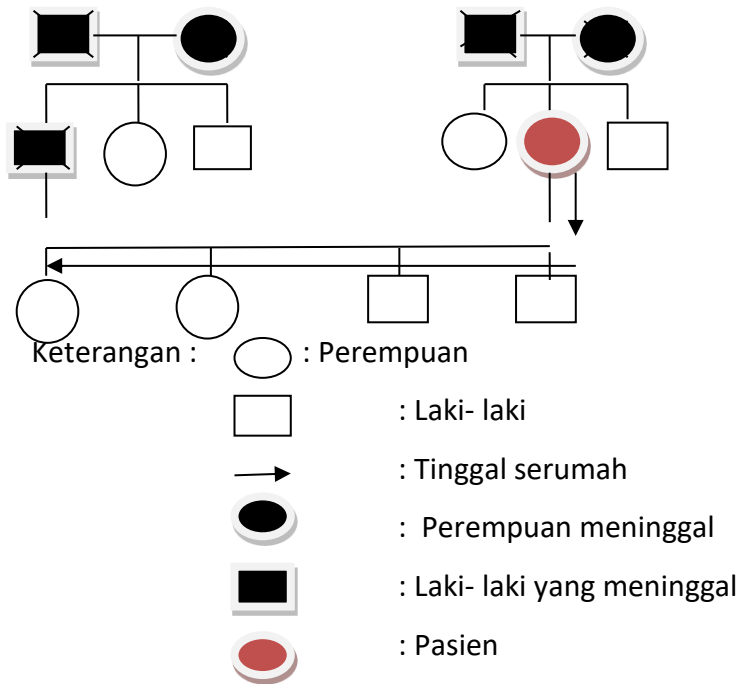
Pekerjaan : IRT

**Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan Utama : Keluarga mengatakan bahwa tangan kanan dan kaki kanan pasien susah digerakkan, keluar air liur dan busah lewat mulut dan bicara parau.
  - Kapan : Pada sore hari sekitar Jam 17.00, saat pasien sedang duduk
  - Lokasi : Tangan kanan, kaki kanan dan mulut.
2. Riwayat Keluhan Utama
  - Mulai timbulnya keluhan : Pada sore hari sekitar jam 17.00 saat pasien sedang duduk.
  - Sifat keluhan : Menetap
  - Lokasi : Tangan dan kaki kanan, mulut.
  - Keluhan lain yang menyertai : Kepala sakit, terasa berat
  - Faktor pencetus yang menyebabkan serangan : Kepala sakit
  - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Keluarga mengantar pasien ke IGD
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
  - Riwayat penyakit yang pernah diderita : Hipertensi, pasien sering sakit kepala dan leher tegang.

3. Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti klien ( Stroke Non Haemoragik )

### GENOGRAM



### Pemeriksaan Fisik

1. Tanda tanda vital :
  - ✚ Tekanan Darah : 150/90 mmHg
  - ✚ Pernapasan : 20 x / menit
  - ✚ Nadi : 86 x / menit
  - ✚ Suhu : 36,5 °c
2. Kepala dan Leher :
  - ✚ Kepala : Normal
  - ✚ Sakit kepala : Kepala terasa berat, pusing
  - ✚ Bentuk, ukuran dan posisi : Normal
  - ✚ Observasi wajah : Simetris

- ✚ Penglihatan : Normal
  - ✚ Konjungtiva : Merah
  - ✚ Peradangan : Tidak ada
  - ✚ Pendengaran : Normal
  - ✚ Hidung : Normal
  - ✚ Tenggorokan dan Mulut :
    - ✓ Keadaan gigi : Kurang bersih
    - ✓ Gangguan bicara : Afasia sensori
3. Sistem Kardiovaskuler :
- ✚ Inspeksi :
    - ✓ Kesadaran / GCS : E4, V3, M5 / Apatis
    - ✓ Bentuk dada : Normal
    - ✓ Tanda – tanda sianosis : Tidak ada
    - ✓ Oedema : Pada kedua tangan dan kaki
    - ✓ Ictus cordis : Teraba
    - ✓ Vena juguralis : Teraba
    - ✓ Auskultasi bunyi jantung : Normal
4. Sistem Respirasi :
- ✚ Keluhan : Pasien nampak sesak
  - ✚ Inspeksi :
    - ✓ Bentuk dada : Normal
    - ✓ Jenis pernapasan : Kusmaul
    - ✓ Irama napas : Tidak teratur
    - ✓ Penggunaan alat bantu pernapasan : Pasien menggunakan Oksigen
    - ✓ Perkusi : Tidak ada Masa, tidak ada cairan
    - ✓ Auskultasi : Inspirasi dan ekspirasi tidak normal, terdengar ronchi pada paru – paru kiri dan kanan.
    - ✓ Clubbing finger : Normal

5. Sistem Pencernaan :
- ✚ Keluhan : Tidak ada
  - ✚ Inspeksi :
    - ✓ Turgor kulit : Normal
    - ✓ Keadaan bibir : Lembab
    - ✓ Keadaan rongga mulut : Warna mukosa putih, tidak ada luka, tidak ada tanda – tanda radang, keadaan gusi normal.
    - ✓ Keadaan abdomen : Normal
    - ✓ Keadaan rektal : Normal
  - ✚ Auskultasi :
    - ✓ Bising usus : 20 x / menit
  - ✚ Perkusi : Tidak ada udara, tidak ada cairan dan massa.
  - ✚ Palpasi :
    - ✓ Tonus otot : Normal.
6. Sistem Persyarafan :
- ✚ Keluhan : Tangan kanan dan kaki kanan tidak dapat bergerak, bicara parau.
  - ✚ Tingkat kesadaran : Apatis, GCS : E4, V3, M5
  - ✚ Pupil : Isokor
  - ✚ Jenis kelumpuhan : Hemiparese dextra
  - ✚ Koordinasi gerak : Tidak normal, gerakan tangan dan kaki tidak sesuai.
  - ✚ Reflexes : Tidak normal, pada tubuh bagian kanan tidak terasa saat direflex dengan cubitan.
7. Sistem Muskuluskletal :
- ✚ Keluhan : Lumpuh pada tangan dan kaki kanan
  - ✚ Kelainan ekstremitas : Lumpuh pada tangan dan kaki kanan
  - ✚ Nyeri otot : Nyeri pada otot tangan dan kaki kanan serta pada bokong.

✚ Nyeri sendi : Nyeri pada persendian tangan dan kaki

✚ Kekuatan otot : 14

2	5
2	5

8. Sistem Integumentari :

✚ Turgor kulit : Kurang elastis, terdapat luka lecet pada pada tungkai kiri karena di garuk.

✚ Kelembaban : Kulit nampak kering.

9. Sistem Perkemihan :

✚ Alat bantu : Pasien menggunakan popok

✚ Intake :

✓ Oral : 200 – 250 cc

✓ Paernteral : 1500 cc

10. Sistem Endokrin :

✚ Keluhan : Tidak ada.

✚ Pembesaran kelenjar : Tidak ada.

11. Sistem Reproduksi :

✚ Keluhan : Tidak ada.

12. Pola Kegiatan Sehari – hari (ADL) :

a. Nutrisi :

1. Kebiasaan :

❖ Pola makan : Keluarga mengatakan pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan (bubur) dari rumah sakit.

❖ Frekuensi makan : 3 x / sehari

❖ Nafsu makan : Baik

❖ Makanan pantangan : Makanan bergaram tinggi.

❖ Makanan yang disukai : Bubur lembek

❖ Banyaknya minuman dalam sehari : 200 – 250 cc

❖ BB : 53 Kg, TB : 155 CM.

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada.
- b. Eliminasi :
1. Buang Air Kecil (BAK) :
    - ❖ Kebiasaan : BAK di toilet
    - Frekuensi : 4 – 5 x / sehari.
    - Warna : Kuning
    - Bau : Pesing.
    - ❖ Perubahan selama sakit : tidak ada.
  2. Buang Air Besar (BAB) :
    - ❖ Kebiasaan : BAB di toilet
    - Frekuensi : 1 – 2 x / sehari.
    - Warna : Kuning
    - Bau : Tinja
    - Konsistensi : Padat, lembek
    - ❖ Perubahan selama sakit : Pasien hanya bisa BAB di tempat (dalam popok) dan di bantu keluarga dengan konsistensi lembek, frekuensi 1 x / hari.
  3. Olahraga dan Aktivitas :
    - ❖ Kegiatan olahraga yang disukai : Pasien suka berjalan – jalan di pagi hari, dan menyapu rumah.
    - ❖ Apakah olahraga di lakukan secara teratur: Selama sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitas olahrag, semua aktivitas pasien dibantu perawat dan keluarga.
  4. Istirahat Tidur :
    - ❖ Tidur malam: Jam 21.00
    - Bangun pagi : Jam 04.00
    - ❖ Tidur siang : Jam 11.00
    - Bangun : Jam 13.00

- ❖ Apakah mudah terbangun : Pasien mudah terbangun karena lingkungan berisik, ramai.
- ❖ Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Pasien tidur dengan kaki kiri di tekuk.

**Pola Interaksi Sosial :**

2. Orang yang penting / terdekat : Anak perempuan (Ny. I.S)
3. Jika mempunyai masalah dibicarakan dengan : Anak dan keluarga.
4. Cara mengatasi masalah : Diskusi bersama.
5. Interaksi dalam keluarga : Saling mengasihi.

**Kegiatan Keagamaan :**

1. Ketaatan menjalankan ibadah : sering beribadah di Gereja dan Rumah keluarga.

**Keadaan Psikologis Selama Sakit :**

1. Presepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Awal serangan keluarga sempat berpikir bahwa klien di guna-guna.
2. Presepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Pasrah dan berharap sembuh
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungan : Ramah

**Data Laboratorium & Diagnostik**

### 1. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			08/07 /2019	16/07 /2019			
1	Natrium	132-147	139	142			
2	Kalium	3,5-4,5	2,9	3,2			
3	Klorida	96-111	108	108			
4	Calcium	1.120-1.320	1.290	1.290			
5	Hb	12,0-16,0	13,2	13,3			
6	Jumlah Eritrosit	4,20-5,40	5,7	5,9			
7	Jumlah Leukosit	4,0-10,0	6,72	6,82			
8	GDS	70-150	110	112			

### 2. Pemeriksaan Faeces :

Tidak ada pemeriksaan sampel faeces

### 3. Pemeriksaan Urine :

Tidak pemeriksaan sampel urine.

### **Diagnostik Test**

#### 1. Foto Rotgen :

Tidak dilakukan foto rotgen dll.

#### 2. Pemeriksaan – pemeriksaan khusus :

Pemeriksaan yang dilakukan adalah EKG, hasil baca normal.

#### 3. Pemeriksaan CT Scan

Hasil pemeriksaan CT Scan pada tanggal 10 Juli 2019 menunjukkan positif penyumbatan pembuluh darah ke otak oleh emboli yang terbawah dari pembuluh darah jantung ke otak



4. Pemeriksaan Echocardiografi :

- Katub-katub : Mitral - MR moderat  
Aorta – Ar severese
- Dimensi nang jantung : LA, LV, Aliatasi
- Fungsi sistol LV : menurun (EF Gyteich 40%)
- Fungsi diastol LV : sulit dicralvat
- Fungsi systolik AU :menuru (edema :1,38 cu)
- Global hipomimater
- Lain-lain : efusi pericarda minimal

**Penatalaksanaan / pengobatan (Pembedahan, Obat-obatan, dan lain-lain) :**

1. Pembedahan :

Tidak dilakukan tindakan pembedahan pada pasien.

2. Obat :

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1	Kcl	1 x drip dlm NaCl 0,9%	- Memperbaiki fungsi jaringan, meningkatkan kalium dalam darah
2	Piracetam	3 x 3 gram	- Meningkatkan kemampuan kognitif tanpa menimbulkan rangsangan pada otak
3	Aspilet	1 x 80 mg	- Mengatasi trombosis/antitrombotik
4	Neurodex	1 x 1 tab	- Menutrisi sel saraf/neurotropik
5	ceftriaxine	2 x 200 mg	- Mengobati infeksi bakteri
6	Inj. furosemide	1 x 20 mg	- Mengatasi oedema

7	Digoxin	1 x 0,25 mg	- Mengobati gagal jantung / denyut jantung tidak teratur
8	Ventolin Nebu	1 x 1 hari	- Membuka saluran napas.

Tanda tangan Mahasiswa

Izak Freitas

NIM : PO5303201181198

## Lampiran

### 2. Analisa Data dan Perioritas Masalah

#### a. Analisa Data

No	Data	Problem	Etiologi
1	DS : Keluarga pasien mengatakan pasien sering sakit kepala, dan tiba – tiba tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan, bicara parau. DO : Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema, kesulitan bicara, TD 150 /90 mmHg, Nadi : 76 x/menit,S : 36,7 °C	Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral (Domain 4, aktivitas/istirahat, kelas 2, aktivitas/olahraga, kode 00201)	Kurangnya suplai oksigen dan darah ke otak
2	DS : keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan DO : Nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan	Hambatan mobilitas fisik (Domain 4 aktivitas/istirahat, Kelas 2 aktivitas/olahraga, 00085)	Kelumpuhan

#### b. Diagnosa / Penentuan Perioritas Masalah

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan Kurangnya suplai oksigen dan darah ke otak yang ditandai dengan :

DS : Keluarga pasien mengatakan pasien sering sakit kepala, dan tiba – tiba tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan, bicara parau.

DO : Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema, kesulitan bicara, TD 150 /90 mmHg, Nadi : 76 x/menit,S : 36,7 °C

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Kelumpuhan yang ditandai dengan :

DS : keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan

DO : Nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan

## Lampiran

### 3. Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral	<p><b>Goal :</b> Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan cerebral yang normal selama masa perawatan</p> <p><b>Objektif :</b> Dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien akan menunjukkan :</p> <p><b>Outcome : NOC (Hal. 692)</b> (0422)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfusi jaringan yang normal</li> <li>- Perfusi jaringan cerebral yang normal</li> <li>- Kecepatan pompa jantung yang normal</li> <li>- Status sirkulasi yang</li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan sirkulasi efisiensi arteri (4062)</li> <li>- Perawatan sirkulasi efisiensi vena (4066)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pemeriksaan fisik kardiovaskular yang komprehensif misalnya : memeriksa denyut nadi, oedema, CRT, dan suhu)</li> <li>2. Evaluasi oedema</li> <li>3. Inspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan.</li> <li>4. Memonitor tingkat ketidaknyamanan / nyeri saat melakukan aktivitas/saat istirahat.</li> <li>5. Berikan obat anti</li> </ol>

		<p>normal</p> <p><b><u>Kriteria hasil :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aliran darah melalui pembuluh darah jantung (4)</li> <li>- Aliran darah melalui pembuluh darah cerebral (4)</li> <li>- Aliran darah melalui pembuluh darah tingkat sel (4)</li> </ul>	<p>koagulan (pengenceran darah) dengan tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ubah posisi pasien setidaknya setiap 2 jam sekali dengan tepat.</li> <li>7. Berikan kehangatan, misalnya menggunakan pakaian tidur yang tebal, meningkatkan suhu kamar dengan tepat.</li> <li>8. Monitor jumlah intake dan output.</li> <li>9. Lakukan mobilisasi (ROM pasif / aktif).</li> </ol>
2	Hambatan mobilitas fisik	<p><b><u>Goal :</u></b></p> <p>Pasien akan mempertahankan mobilitas fisik yang normal selama masa perawatan</p> <p><b><u>Objektif :</u></b></p> <p>Dalam jangka waktu 3 x 24 jam pasien akan menunjukkan :</p> <p><b>Outcome NOC :</b> hal. 641 (mobilitas fisik, hambatan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toleransi terhadap aktivitas</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil :</b></p>	<p><b>NIC :</b>(hal. 554, mobilitas fisik, hambatan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan mekanika tubuh (0140)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan fisioterapis dalam mengembangkan / meningkatkan mekanika, sesuai indikasi.</li> <li>2. Mendemonstrasikan kembali teknik / melakukan aktivitas latihan yang benar.</li> <li>3. Edukasi pasien</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulasi</li> <li>- Pergerakan sendi</li> <li>- Motivasi keluarga</li> </ul>	<p>mengenai bagaimana menggunakan postur tubuh dan mekanika tubuh untuk mencegah injuri saat melakukan berbagai aktivitas latihan.</p> <p>4. Kaji kesadaran pasien tentang abnormal muskuloskeletal dan efek yang mungkin timbul.</p> <p>5. Bantu pasien melakukan latihan fisik untuk memfasilitasi mobilisasi punggung, sesuai indikasi.</p> <p>6. Berikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi latihan mobilitas sendi (0224)       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi.</li> <li>2. Kolaborasikan dengan</li> </ol> </li> </ul>
--	---	---

			<p>ahli terapy fisik dalam menjelaskan dan menerapkan sebuah latihan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas.</li> <li>4. Pakaikan baju yang tidak menghambat pergerakan pasien.</li> <li>5. Lindungi pasien dari trauma selama latihan</li> <li>6. Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif/aktif.</li> <li>7. Dukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana.</li> <li>8. Lakukan latihan ROM pasif/ROM dengan hambatan, sesuai indikasi.</li> </ol>
--	--	--	---

			<p>9. Instruksikan pasien atau keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan.</p> <p>10. Sediakan petunjuk tertulis untuk melakukan latihan.</p> <p>11. Dukung pasien melihat gerakan tubuh sebelum memulai latihan.</p> <p>12. Bantu untuk melakukan pergerakan sendi yang ritmis dan teratur sesuai kadar nyeri yang bisa ditoleransi, ketahanan dan pergerakan sendi.</p>
--	--	--	---



## Lampiran

### 4. Implementasi dan Evaluasi

#### 1. Catatan perkembangan dengan menggunakan SOAP

Hari pertama

No	Hari / Tanggal	Jam	Evaluasi
	Diagnosa	Implementasi	
1	Senin, 15 Juli 2019 Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral	<p><b><u>Jam 09.00</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi oedema pada tangan dan kaki.</li> <li>2. Melakukan inspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan.</li> <li>3. Memonitor tingkat ketidaknyamanan / nyeri saat melakukan aktivitas/saat istirahat.</li> </ol> <p><b><u>Jam 11.00</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali.</li> <li>5. Memberitahu keluarga untuk memakai pakian yang tebal saat pasien tidur.</li> </ol> <p><b><u>Jam 12.00</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Memeriksa TD : 150/90 mmHg, Nadi : 86 x/menit, Oedema : +, CRT ≤3 detik,</li> </ol>	<p><b><u>Jam : 13.50</u></b></p> <p>S : Keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan masih susah digerakkan, pasien tidak bisa bicara.</p> <p>O : Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema, kesulitan bicara, TD 140 /80 mmHg, Nadi : 74 x/menit, S : 36,5 °c</p> <p>A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral, tidak teratsi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

		<p>dan S : 36,5 °C)</p> <p>7. Memberikan obat oral : Aspilet 80 mg/oral, Nifedipine 10 mg/oral, digoxin 0,25 mg.</p> <p><b><u>Jam 13.00</u></b></p> <p>8. Monitor jumlah intake : 1700 cc, dan output : ± 500 cc.</p> <p>9. Melakukan mobilisasi (ROM pasif / aktif) selama 15 menit.</p>	
	<p>Senin, 15 Juli 2019</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p><b><u>Jam 09.00</u></b></p> <p>1. Melakukan kolaborasi dengan fisioterapis dalam mengembangkan mekanika, sesuai indikasi.</p> <p>2. Mendemonstrasikan kembali teknik latihan yang benar.</p> <p>3. Mengedukasi pasien mengenai cara menggunakan postur tubuh untuk mencegah injuri saat melakukan berbagai aktivitas latihan.</p> <p><b><u>Jam 11.00</u></b></p> <p>4. Mengkaji kesadaran pasien Apatis, GCS : E4, V3, M5.</p>	<p><b><u>Jam : 13.50</u></b></p> <p>S : keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan</p> <p>O : Nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan</p> <p>A : Masalah hambatan mobilitas fisik tidak teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>

		<p>5. Membantu pasien melakukan latihan fisik untuk memfasilitasi mobilisasi punggung.</p> <p>6. Memberikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi.</p> <p>7. Memonitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas.</p> <p>8. Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif/aktif.</p> <p><b><u>Jam 13.00</u></b></p> <p>9. Mendukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana.</p> <p>10. Melakukan latihan ROM pasif/ROM dengan hambatan, sesuai indikasi.</p> <p>11. Instruksikan pasien atau keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan.</p>	
--	--	---	--

Lampiran

2. Catatan perkembangan dengan menggunakan SOAPIE

Hari kedua

No. Dx. Kep	Hari/tanggal Jam	Catatan perkembangan (SOAPIE)
1	<p>Selasa, 16 Juli 2019 08.00</p> <p>10.00</p> <p>12.00</p> <p>13.00</p>	<p><b>S</b> : Keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan masih susah digerakkan, pasien tidak bisa bicara.</p> <p><b>O</b> : Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema, kesulitan bicara, TD 140 /80 mmHg, Nadi : 72 x/menit, S : 36,5 °c, RR20</p> <p><b>A</b> : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral, tidak teratsi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi Nomor 1 - 9</p> <p><b>I</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan fisik kardiovaskular yang komprehensif misalnya : memeriksa denyut nadi, oedema, CRT, dan suhu)</li> <li>2. Mengevaluasi oedema</li> <li>3. Menginspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan.</li> <li>4. Mengubah posisi pasien setidaknya setiap 2 jam sekali dengan tepat, miring kiri dan kanan.</li> <li>5. Melakukan mobilisasi (ROM pasif / aktif) selama 15 menit.</li> <li>6. Memberikan obat anti koagulan (pengenceran darah) dengan tepat :Nifedipine 10 mg, Aspilet 80 mg, Digixin 0,25 mg / oral.</li> </ol>

	<b>13.50</b>	<p><b>E :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan masih susah digerakkan,</li> <li>2. Pasien tidak bisa bicara.</li> <li>3. Tampak keadaan umum pasien masih Apatis, GCS : E4, V3, M5.</li> <li>4. Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema,</li> <li>5. TTV : TD 140 /80 mmHg, Nadi : 72 x/menit, S : 36,5 °c.</li> </ol>
<b>2</b>	<p><b>Selasa, 16 Juli 2019 Jam 08.00</b></p> <p><b>08.00</b></p>	<p><b>S :</b> keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan</p> <p><b>O :</b> Nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan</p> <p><b>A :</b> Masalah hambatan mobilitas fisik tidak teratsi.</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan mekanika tubuh (0140) nomor 1 - 6</li> <li>- Terapi latihan mobilitas sendi (0224) nomor 1 -12</li> </ul> <p><b>I :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan kolaborasi dengan fisioterapis dalam mengembangkan mekanika, sesuai indikasi.</li> <li>2. Mendemonstrasikan kembali teknik latihan yang benar.</li> <li>3. Mengedukasi pasien mengenai cara menggunakan postur tubuh untuk mencegah injuri saat melakukan berbagai aktivitas latihan.</li> <li>4. Mengkaji kesadaran pasien Apatis, GCS : E4, V3, M5.</li> <li>5. Membantu pasien melakukan latihan fisik untuk memfasilitasi mobilisasi punggung.</li> <li>6. Memberikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi.</li> <li>7. Memonitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas.</li> </ol>

	<p style="text-align: center;"><b>13.50</b></p>	<p>8. Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif/aktif.</p> <p>9. Mendukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana.</p> <p>10. Melakukan latihan ROM pasif/ROM dengan hambatan, sesuai indikasi.</p> <p>11. Menginstruksikan pasien atau keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan.</p> <p><b>E :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan.</li> <li>2. Nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan, oedema (+).</li> </ol>
--	---	--

### 3. Catatan perkembangan dengan SOAPIE

Hari ketiga

No. Dx. Kep	Hari/tanggal Jam	Catatan perkembangan (SOAPIE)
1	Rabu, 17 Juli 2019 08.00	<p><b>S</b> : Keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan masih susah digerakkan, pasien tidak bisa bicara.</p> <p><b>O</b> : Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema, kesulitan bicara, TD 140 /80 mmHg, Nadi : 72 x/menit, S : 36,5 °c</p> <p><b>A</b> : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral, tidak teratsi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi Nomor 1 - 9</p> <p><b>I</b> :</p>
	10.00	<p>1. Melakukan pemeriksaan fisik kardiovaskular yang komprehensif misalnya : memeriksa denyut nadi, oedema, CRT, dan suhu).</p> <p>2. Mengevaluasi oedema</p>
	12.00	<p>3. Menginspeksi kulit untuk mendeteksi adanya luka pada arteri/kerusakan jaringan.</p> <p>4. Mengubah posisi pasien setidaknya setiap 2 jam sekali dengan tepat, miring kiri dan kanan.</p> <p>5. Melakukan mobilisasi (ROM pasif / aktif) selama 15 menit.</p>
	13.00	<p>6. Memberikan obat anti koagulan (pengenceran darah) dengan tepat :Nifedipine 10 mg, Aspilet 80 mg, Digixin 0,25 mg / oral.</p>
	13.00	<p><b>E</b> :</p> <p>1. Keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan</p>

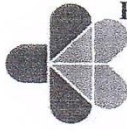
		<p>masih susah digerakkan,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien nampak berusaha bicara namun tidak jelas.</li> <li>3. Tampak keadaan umum pasien masih Apatis, GCS : E4, V3, M5.</li> <li>4. Hemiparese dextra, kedua tungkai oedema,</li> <li>5. TTV : TD 140 /80 mmHg, Nadi : 72 x/menit, S : 36,5 °c.</li> </ol>
2	<p><b>Rabu, 17 Juli</b> <b>2019</b> <b>Jam 08.00</b></p>	<p><b>S</b> : keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan</p> <p><b>O</b> : Nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan</p> <p><b>A</b> : Masalah hambatan mobilitas fisik tidak teratasi.</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan mekanika tubuh (0140) nomor 1 - 6</li> <li>- Terapi latihan mobilitas sendi (0224) nomor 1 -12</li> </ul> <p><b>I</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan kolaborasi dengan fisioterapis dalam mengembangkan mekanika, sesuai indikasi.</li> <li>2. Mendemonstrasikan kembali teknik latihan yang benar.</li> <li>3. Mengedukasi pasien mengenai cara menggunakan postur tubuh untuk mencegah injuri saat melakukan berbagai aktivitas latihan.</li> <li>4. Mengkaji kesadaran pasien Apatis, GCS : E4, V3, M5.</li> <li>5. Membantu pasien melakukan latihan fisik untuk memfasilitasi mobilisasi punggung.</li> <li>6. Memberikan informasi tentang kemungkinan posisi penyebab nyeri otot atau sendi.</li> <li>7. Memonitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas.</li> <li>8. Membantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif/aktif.</li> </ol>



	<b>13.50</b>	<p>9. Mendukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan terencana.</p> <p>10. Melakukan latihan ROM pasif/ROM dengan hambatan, sesuai indikasi.</p> <p>11. Menginstruksikan pasien atau keluarga cara melakukan latihan ROM pasif dengan bantuan.</p> <p><b>E :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga mengatakan tubuh pasien bagian kanan susah digerakkan.</li> <li>2. Nampak tangan dan kaki kanan susah digerakkan, oedema (+).</li> </ol>
--	--------------	--



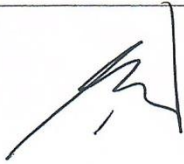


	<b>11.00</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengajarkan keluarga untuk rutin melakukan latihan fisik (ROM aktif/pasif)</li><li>2. Anjurkan untuk rutin fisioterapi.</li></ol> <p><b>E :</b> - Keluarga mengatakan paham</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien boleh pulang.</li></ul>
--	--------------	---



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : IZAL FREITAS  
NIM : 205303201181198  
NAMA PEMBIMBING : ERA DONITI KALE, S.Kep,Ns, Sp.Kep.NB

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	15/07-2019	Bab I - II Perbaiki LB, Tujuan,	
2	18/07-2019	- implementasi disesuaikan dgn intervensi - SOAPIE diperbaiki	
3	19/07-2019	- Revisi BAB II dalam paragraf - lengkapi Daftar pustaka.	
4	20/07-2019	- Revisi Pembahasan. - Penutup	
5	22/07-2019	- Uraian singkat ke 1	

6	24/07-2019	- Ace - print dan jkt.	
7			
8			
9			