

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.Y. E
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI PUSKESMAS BAKUNASE”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Dan Mendapatkan
Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau
(RPL)



ROSALIA MARIA IMELDA NOETNANA

NIM : PO. 5303201181232

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

2019

KARYA TULIS ILMIAH
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.Y. E
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI PUSKESMAS BAKUNASE”

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



ROSALIA MARIA IMELDA NOETNANA

NIM : PO. 5303201181232

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

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

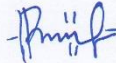
Nama : Rosalia Maria Imelda Noetnana
NIM : PO 5303201181232
Program studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan

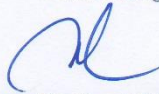


ROSALIA MARIA IMELDA NOETNANA

NIM : PO. 5303201181232

Mengetahui

Pembimbing



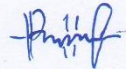
Meiveriance Kapitan, S.Kep.Ns, M.Kep

NIP. 19790430 200012 2 002

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Rosalia Imelda Noetnana
Nim. 5303201232 Dengan Judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEN Tn.Y. EDENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI PUSKESMAS BAKUNASE"
telah diperiksa dan di setujui untuk di ujikan

Disusun Oleh :



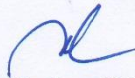
Rosalia Maria Imelda Noetnana

NIM. PO 5303201181232

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Dewan Penguji Prodi D-III
Keperawatan Kupang Politektik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Pembimbing



Meiyeriance Kapitan, S.Kep, Ns, M.Kep

NIP. 19790430 200012 2 002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH
"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. Y. E
DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI PUSKESMAS BAKUNASE"

Disusun Oleh :



Rosalia Maria Imelda Noetnana

NIM. PO 5303201181232

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Yuliana Dafrovati, S. Kep.Ns,MSc

NIP.19710218 199703 2 001

Penguji II

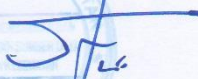


Meiveriance Kapitan, S. Kep.Ns, M. Kep

NIP. 19790430 200012 2 002

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes

NIP.19691128 199303 1 001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teji, S. Kep. NS., MSc-PH

NIP. 19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Rosalia Maria Imelda Noetnana
Tempat Tanggal Lahir : Bitauini, 02 September 1981
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kefamenanu
Riwayat Pendidikan : Tamat SD Negeri Bisain 1995
Tamat SMP Negeri Insana 1998
Tamat SPK Pemkab Belu Tahun 2001

MOTTO

“ KESUKSESAN HANYA DAPAT DIRAIH DENGAN SEGALA UPAYA DAN USAHA YANG DISERTA I DENGAN DOA, KARENA SESUNGGUHNYA NASIB SESEORANG MANUSIA TIDAK AKAN BERUBAH DENGAN SENDIRINYA TANPA BERUSAHA’

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Jurusan Keperawatan

Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019

Nama : Rosalia M.I.Noetnana

NIM : PO.5303201181232

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2000). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Pasien mengatakan bicara pelo atau tidak jelas sejak Januari 2019, cepat lelah, ke dua kaki berat bila berjalan, kaki keram – keram. Hasil ttv: TTV: TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu : 36,5°C, RR: 20x/menit. tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri dada, wajah simetri, pupil isokor, bibir lembab, warna mikosa merah mudah konjungtiva merah mudah, kuku pasien tampak bersih, kekuatan otot normal dimana ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 4, tidak ada luka pada daerah tekan, semua aktivitas di lakukannya sendiri, kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 2 detik, TB: 150 kg, BB: 53 cm. Hasil yang didapatkan berupa hasil laboratorium pada tanggal 12-02-2019 yaitu; kolestrol total 178 normalnya <200, Asam urat normalnya 3,7 hasilnya 5,1, GDS normalnya 70-200 hasilnya 110. Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan 2 diagnosa keperawatan antara lain: 1) Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular. 2) Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral. Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan. Melakukan implementasi sesuaikan dengan intervensi yang dibuat. Melakukan evaluasi kembali hasil pencapaian intervensi yang telah dilaksanakan

Kata kunci: STROKE NON HEMORAGIK, PUSKESMAS BAKUNASE

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. Y. E Dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase”.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi – tingginya kepada yang terhormat

1. Meiyeriance Kapitan, S.Kep, NS, M.Kepselaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketekunan memberikan bimbingan, dorongan, perhatian serta saran dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
2. Yuliana Dafroyati, S. Kep,Ns,MSc selaku penguji yang telah memberikan kesempatan penulis memperoleh semua informasi yang dibutuhkan.
3. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang selaku pelindung dalam kegiatan ujian akhir program mahasiswa atau mahasiswi prodi D III Keperawatan.
4. Dr. Florentianus Tat, SKp.,M.Kes selaku ketua jurusan keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Margeretha Teli, S.Kep,NS.,MSc-PH selaku ketua prodi D-III Keperawatan yang telah memberikan dukungan dan pengarahan secara penuh terhadap penulis.
6. Semua dosen Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, yang telah memberikan bimbingan baik berupa materi dan wawasan serta ilmu yang bermanfaat dengan sabar.
7. Kedua orang tua, suami dan anak - anak yang selalu menjadi sumber inspirasi dan memberikan dukungan semangat untuk menyelesaikan pendidikan.
8. Almarhum Ayah, yang menjadi motivasi penulis untuk mencapai jenjang pendidikan setinggi –tingginya.

9. Sahabat – sahabatku yang selalu memberikan semangat dan dukungan dalam berbagai hal.
10. Teman – teman mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu yang telah memberikan dukungan moral dan spiritual.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, mengingat keterbatasan kemampuan penulis, namun penulis berusaha semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan, maka dengan segala kerendahan hati penulis berharap saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya, mudah – mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.
Amin

Kupang, 22 juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Riwayat Penulis.....	iv
Abstrak.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Daftar Isi.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan	3
1.3 Manfaat	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Penyakit.....	5
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Stroke.....	13
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1. Hasil Studi Kasus.....	24
3.2. Pembahasan.....	30
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan.....	35
4.2 Saran	36
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

1. Format Pengkajian
2. Laporan asuhan keperawatan
3. Lembaran SOP.
4. Jadwal Kegiatan
5. Dokumentasi.
6. Lembaran Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelaianan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2000). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2001).

Stroke termasuk dalam keadaan darurat medis sehingga, pengobatan harus cepat diberikan guna meminimalkan kerusakan pada otak. Jika tidak ditangani dengan baik maka akan menimbulkan kelumpuhan, kesulitan berbicara dan menelan, hilangnya memori ingatan dan sulit berpikir bahkan dapat menyebabkan kematian.

Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2015, kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa dalam tubuh. Tingginya kadar gula darah dalam tubuh secara patologis berperan dalam peningkatan konsentrasi glikoprotein, yang merupakan pencetus beberapa penyakit vaskuler. Kadar glukosa dalam darah yang tinggi pada saat stroke akan memperbesar kemungkinan meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa secara anaerobic yang merusak jaringan otak (Rico dkk, 2013).

Berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2013, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun (0,2%). Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (8,2%) dibandingkan daerah pedesaan (5,7%).

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupastroke, prevelensi stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut kabupaten kota prevelensi stroke berkisar antara 2,5%-21,4% dan kabupaten sumba barat mempunyai prevelensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala.

Penderita stroke memiliki perilaku yang meningkatkan faktor resiko stroke. Gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi kolesterol, kurang aktivitas fisik dan kurang berolahraga, meningkatkan resiko terkena penyakit stroke (Friedman,2013). Solusi yang harus di terapkan adalah pengendalian kadar kolesterol dalam darah, kendalikan gula darah, berhenti merokok, lakukan olahraga secara rutin, kurangi stres dan istirahat yang cukup, memperbanyak konsumsi makanan sehat.

Penyakit stroke dianggap sebagai penyakit monopoli orang tua dulu, stroke hanya terjadi pada usia mulai 60 tahun namun sekarang mulai usia 40 tahun seseorang memiliki risiko stroke, meningkatnya penderita stroke usia mudah lebih disebabkan pola hidup, terutama dari pola makan tinggi kolesterol. Berdasarkan pengamatan justru stroke diusia produktif sering terjadi akibat kesibukan kerja yang mengakibatkan seseorang jarang berolahraga, kurang tidur, dan stres berat yang juga jadi faktor penyebab (Dauman,2013).

Berdasarkan data dan fakta maka penulis sebagai perawat berpendapat bahwa stroke masih memerlukan berbagai penanganan komperhensif dan memerlukan keikutsertaan klien serta keluarga. Untuk itu penulis ingin mengetahui dan memahami lebih lanjut tentang penanganan terhadap pasien dengan Stroke Non Hemoragik yang tersusun dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Puskesmas Bakunase.

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan Asuhan Keperawatan pada Tn.Y.E dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase .

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian Keperawatan pada Tn.Y.E dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.Y.E dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase
3. Mampu Menyusun perencanaan keperawatan pada Tn.Y.E dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase.
4. Mampu Melakukan implementasi pada Tn. Y.E dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn.Y.E dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase.

1.3 Manfaat Studi kasus

1.3.1 Manfaat Teori

Sebagai referensi dalam mengembangkan ilmu keperawatan dimasa yang akan datang khususnya pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Bakunase.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi penulis

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien stroke

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi Institusi Puskesmas Bakunase

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam Pelaksanaan Praktek Keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien stroke

4. Bagi Pasien

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Penyakit

2.1.2 Definisi

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doenges, 2000).

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare,2001).

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Kurangnya aliran darah didalam jaringan otak menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak (Arya, 2011).

Stroke adalah sindroma klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal maupun global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain kelainan vascular (WHO, 2006).

2.1.2 Etiologi

Penyebab stroke dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

1. Trombosis serebri

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

2. 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.

3. 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 (Price, 2005).

2.1.3 Klasifikasi

Sistem klasifikasi stroke, biasanya membagi stroke menjadi dua kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke, yaitu :

1. Stroke iskemik

Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak menjadi terhenti. Stroke iskemik merupakan sebagai kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak kuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan (Arya, 2011).

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi, karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak. Selain itu juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah ini menyebabkan darah menggenangi jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi dari otak juga menurun (Arya, 2011).

2.1.4 Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, maka mulailah terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia serebral (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat dari proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Jika etiologi stroke adalah hemoragik maka faktor pencetus adalah hipertensi.

Pada stroke trombotik atau metabolik maka otak akan mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah yang terkena dan luasnya saat terkena.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis: arteri karotis interna dan system vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya. Proses patologi yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi didalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa :

1. Keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti aterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan.
2. Berkurangnya perfusi akibat gangguan aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah.
3. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranial .
4. Rupture vascular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid. (Price, 2005).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Pada stroke non hemoragik gejala utamanya adalah timbulnya deficit neurologis secara mendadak atau subakut, di dahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun, kecuali bila embolus cukup besar. (Mansjoer, 2000).

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, jumlah darah kolateral (sekunder atau aksesori).

Gejala klinis adalah sebagai berikut:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik)
3. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
4. Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
5. Disartia (bicara pelo atau cadel)
6. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopi
7. Ataksia (trunkal atau anggota badan); Vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala)

2.1.6 Faktor – faktor penyebab

Banyak kondisi yang dapat menyebabkan stroke, tetapi pada awalnya adalah dari pengerasan arteri atau yang disebut juga sebagai arteriosklerosis. Karena arteriosklerosis merupakan gaya hidup yang modern yang penuh stress, pola makan tinggi lemak, dan kurang berolahraga.

Faktor risiko Stroke adalah :

1. Faktor risiko tidak terkendali
 - a. Usia

Semakin bertambah usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun, risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh

tahun. Dua pertiga dari semua serangan stroke terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun, tetapi itu tidak berarti bahwa stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia karena stroke dapat menyerang semua kelompok umur.

b. Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke dari pada wanita, tetapi penelitian menyimpulkan bahwa justru lebih banyak wanita yang meninggal karena stroke. Risiko stroke pada pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan stroke pada pria lebih terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi. Dengan perkataan lain, walau lebih jarang terkena stroke, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar.

c. Keturunan sejarah stroke dalam keluarga

Stroke terkait dengan keturunan. Faktor genetic yang sangat berperan antara lain adalah tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes, dan cacat pada bentuk pembuluh darah gaya hidup dan pola suatu keluarga juga dapat mendukung risiko stroke.

2. Faktor risiko terkendali

a. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki faktor risiko empat hingga enam kali lipat dibandingkan orang yang tanpa hipertensi dan sekitar 40 hingga 90 persen pasien stroke ternyata menderita hipertensi sebelum terkena stroke.

b. Penyakit jantung

Setelah hipertensi, terutama penyakit yang disebut atrial fibrillation, yakni penyakit jantung dengan denyut jantung yang tidak teratur di bilik kiri atas. Denyut jantung di atrium kiri ini mencapai empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian-bagian lain jantung. Ini

menyebabkan aliran darah menjadi tidak teratur dan secara insidental terjadi pembentukan gumpalan darah. Gumpalan-gumpalan inilah yang kemudian dapat mencapai otak dan menyebabkan stroke.

c. Diabetes

Penderita diabetes memiliki risiko tiga kali lipat terkena stroke dan mencapai tingkat tertinggi pada usia 50-60 tahun. Setelah itu, risiko tersebut akan menurun. Namun, ada faktor penyebab lain yang dapat memperbesar risiko stroke karena sekitar 40 persen penderita diabetes pada umumnya juga mengidap hipertensi.

a. Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

b. Kadar kolesterol darah

Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol seperti daging, telur, dan produk susu dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh dan berpengaruh pada risiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh. Kadar kolesterol di bawah 200 mg/dl dianggap aman, sedangkan di atas 240 mg/dl sudah berbahaya dan menempatkan seseorang pada risiko terkena penyakit jantung dan stroke.

c. Cedera kepala dan leher

Cedera pada kepala atau cedera otak traumatic dapat menyebabkan pendarahan di dalam otak dan menyebabkan kerusakan yang sama seperti stroke hemoragik. Cedera pada leher, bila terkait dengan robeknya tulang punggung atau pembuluh karotid akibat peregangan atau pemutaran leher secara berlebihan atau adanya tekanan pada pembuluh merupakan penyebab stroke yang cukup berperan.

2.1.7 Komplikasi

Menurut (Smeltzer & Bare, 2010) komplikasi stroke meliputi hipoksia, penurunan aliran darah serebral, dan embolisme serebral. Hipoksia serebral, Penurunan aliran darah, Embolisme serebral, dekubitus.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pencitraan otak sangat penting untuk mengkonfirmasi diagnosis stroke non hemoragik. Non contrast computed tomography (CT) scanning adalah pemeriksaan yang paling umum digunakan untuk evaluasi pasien dengan stroke akut yang jelas. Selain itu, pemeriksaan ini juga berguna untuk menentukan distribusi anatomi dari stroke dan mengeliminasi kemungkinan adanya kelainan lain yang gejalanya mirip dengan stroke (hematoma, neoplasma, abses).

Teknik-teknik pencitraan berikut ini juga sering digunakan:

1. CT Angiografi
2. CT scan perfusion
3. Magnetic resonance imagin (MRI).

Fungsi lumbal teradang diperlukan untuk menyingkirkan meningitis atau perdarahan subrachnoid ketika CT scan negatif tetapi kecurigaan klinis tetap menjadi acuan.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penderita stroke non hemoragik atau stroke iskemik biasanya diberikan:

1. Anti agregasi platelet : aspirin, dipiridamol, cilostazol.
2. Trombolitik: alteplase recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA).

Pada fase akut :

Pasien yang koma pada saat masuk rumah sakit mempunyai prognosis buruk, sebaliknya pasien yang sadar penuh mempunyai hasil yang lebih baik. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Untuk merawat keadaan akut perlu diperhatikan faktor - faktor kritis sebagai berikut: Menstabilkan tanda - tanda vital; Mempertahankan saluran napas; Kendalikan tekanan darah sesuai dengan keadaan masing-masing individu, termasuk usaha untuk memperbaiki hipotensi maupun hipertensi; Deteksi dan memperbaiki aritmia jantung; Merawat Kandung kemih. Sedapat mungkin jangan memasang kateter tinggal: cara ini telah diganti dengan kateterisasi “cellar masuk” setiap 4 sampai 6 jam; Menempatkan posisi penderita dengan baik secepat mungkin; Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena sereral berkurang; Penderita harus dibalik setiap jam dan latihan gerakan pasif setiap 2 jam; Dalam beberapa hari dianjurkan untuk dilakukan gerakan pasif penuh sebanyak 50 kali perhari : tindakan ini perlu untuk mencegah tekanan pada daerah tertentu dan untuk mencegah kontraktur terutama pada bahu, siku, dan mata kaki).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke

2.1.2 Pengkajian

1. Identitas klien

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

2. Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak badan sebagian, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi.

3. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung sangat mendadak. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

4. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, obat-obat adiktif dan kegemukan.

5. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes militus.

Tabel 2.2 Pemeriksaan GCS atau tingkat kesadaran

	Nilai	Keterangan
Respon Mata		
Spontan	4	Mata terbuka secara spontan
Rangsangan Suara	3	Mata terbuka dengan perintah verbal
Rangsangan Nyeri	2	Mata terbuka dengan rangsangan nyeri
Tidak Ada	1	Tidak membuka mata
Respon Motorik		

Mematuhi Perintah	6	Bereaksi terhadap perintah verbal
Melokalisasi	5	Mengidentifikasi nyeri yang terlokalisasi
Menarik	4	Fleksi dan menarik dari ransangan nyeri
Fleksi	3	Membentuk posisi dekortikasi
Ekstensi Abnormal	2	Membentuk posisi deserebrasi
Tidak Ada	1	Tidak ada respon
Respon Verbal		
Orientasi baik	5	Orientasi baik dan mampu berbicara
Binggung	4	Disorientasi bingung
Kata – kata yang tidak baik	3	Disorientasi dan bingung
Kata – kata yang tidak jelas	2	Meregang atau merintih
Tidak ada	1	Tidak ada respon

(Sumber: Penuntun Pembelajaran Keterampilan Pemeriksaan Kesadaran Berdasarkan GCS, 2015)

6. Aktivitas/ Istirahat

1. Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia),
2. Merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot).
3. Gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum
4. Gangguan penglihatan
5. Gangguan tingkat kesadaran.

7. Sirkulasi

- 1) Adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipotensi postural.
- 2) Hipotensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme/ malformasi
- 3) vaskuler,
- 4) Frekuensi nadi bervariasi, dan disritmia.

8. Integritas Ego

- 1) Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa
- 2) Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, dan gembira,
- 3) Kesulitan untuk mengekspresikan diri.

9. Eliminasi

- 1) Perubahan pola berkemih
- 2) Distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif.

10. Makanan/ Cairan

- 1) Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut,
- 2) Kehilangan sensasi pada lidah, dan tenggorokan,
- 3) Disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.
- 4) Kesulitan menelan, obesitas.

11. Neurosensori

- 1) Sinkope/pusing, sakit kepala,
- 2) Kelemahan/ kesemutan,
- 3) Hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun,
- 4) Gangguan rasa pengecap dan penciuman
- 5) Status mental/ tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragis,
- 6) Gangguan tingkah laku (letargi, apatis, menyerang),
- 7) Gangguan fungsi kognitif (seperti penurunan memori, pemecahan masalah).
- 8) Ekstremitas: kelemahan/paralisis kontralateral, genggaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral.

- 9) Pada wajah terjadi paralisis, afasia, kehilangan kemampuan untuk mengenali masuknya rangsang visual, pendengaran, taktil (agnosia), seperti gangguan kesadaran terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelainan pada bagian tubuh yang terkena, gangguan persepsi.
 - 10) Kehilangan kemampuan menggunakan kemampuan motorik (apraksia). Ukuran/ reaksi pupil tidak sama.
 - 11) Kekakuan.
 - 12) Kejang.
12. Kenyamanan / Nyeri
- 1) Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda
 - 2) Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot
13. Pernapasan
- 1) Merokok
 - 2) Ketidakmampuan menelan/ batuk/ hambatan jalan nafas,
 - 3) Timbulnya pernafasan sulit, suara nafas terdengar ronchi.
14. Keamanan
- 1) Masalah dengan penglihatan,
 - 2) Perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh,
 - 3) Tidak mampu mengenal objek,
 - 4) Gangguan berespons terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan,
 - 5) Gangguan dalam memutuskan.
15. Interaksi Sosial
- 1) Masalah bicara,
 - 2) Ketidakmampuan untuk berkomunikasi

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien dengan penyakit stroke yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penurunan aliran darah ke otak
2. Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular
3. Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan
4. dengan kerusakan neurovaskuler
5. Nyeri b.d gangguan suplay O₂, peningkatan TIK
6. Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral

2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Rasionl
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penurunan aliran darah ke otak	Goal : Pasien akan mempertahankan aliran daraha ke otak yang efektif selama dalam perawatan Objektif : Dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan 1). Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan (120/80 mmHg) 2). Tidak ada tandatanda peningkatan	1) Lakukan pengkajian neurologis setiap 1-2 jam pada awalnya 2) Ukur ttv pasien setiap 1-2 jam pada awalnya. 3) Atur posisi pasien 1530°c. 4) Pertahankan lingkungan dan pasien tetap tenang 5) Pertahankan	1) untuk menskrining penurunan tingkatan kesadaran dan status neurologis 2) untuk mendeteksi secara dini tanda-tanda penurunan tekanan perfusi serebral 3) untuk menurunkan tekananarteri dengan meningkatkan

		tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg) 3). Pasien tidak pusing 4. Tidak mengalami nyeri kepala	tirah baring 6) Anjurkan pasien untuk mengurangi kecemasan 7) Ajarkan terapi relaksasi dan napas dalam 8) Kolaborasi pemberian analgetik 9) Beri kesempatan pasien untuk beristirahat	drainase dan meningkatkan sirkulasi 4) untuk mengurangi peningkatan TIK 5) istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan 6) untuk mengurangi tingkatan stres yang membuat tekanan darah meningkat. 7) untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgetik 8) untuk mengurangi rasa nyeri 9) untuk mengurangi kelelahan
2	Hambatan mobilitas fisik	Goal: Pasien akan mempertahankan	1) Bantu pasien	1) untuk membantu

	b.d kerusakan neuromuskular	ka n mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan Objektive : Dalam jangka waktu 1x24 jam pasien akan : 1) Mengatakan kepuasan 2) Pasien dapat melakukan 3) latihan ROM secara perlahan	untuk merubah posisi setiap 2 jam sekali. 2) Bantu pasien unTuk latihan ROM. 3) Beri dukungan dan dorongan pada pasien. 4) Observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, RR). 5) Beri kesempatan pasien untuk beristirahat.	mencegah kerusakan integritas kulit dengan mengurangi tekanan 2) untuk mencegah konstaksi sendi dan atrofil otot 3) untuk membantu pasien membangun kemandirian 4)untuk mengetahui tingkat kekurangan kandungan Hb, albumin dalam tubuh 5)untuk menghindari keletihan
3	Defisit perawatan diri :makan,mandi,ber p akaian dan toileting	Goal : Pasien akan meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan Objektif : Dalam	1) Jalin hubungan saling percaya. 2) Dorong pasien	1) Untuk mendapatkan kepercayaan 2) Untuk membantu pasien

	b.d kerusakan neurovaskuler	<p>jangka waktu 10-15 menit pasien akan:</p> <p>1) Mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa bantuan.</p> <p>2) Kulit pasien tampak bersih</p> <p>3) Rambut tampak Rapih</p>	<p>untuk mengun- g kapkan perasaan dan keluhan mengenai defisit perawatan diri.</p> <p>3) Berikan privasi.</p> <p>4) Bantu sebagian atau sepenuhnya saat mandi setiap hari</p> <p>5) Beri kesempatan pasien untuk beristirahat.</p>	<p>mencapai tingkatan fungsional; tertinggi kemampuan</p> <p>3) Untuk meningkatkan harga diri</p> <p>4) Untuk meningkatkan perasaan mandiri</p> <p>5) Untuk menghindari kelelahan</p>
4	Nyeri b.d gangguan suplay O2, peningkatan Tik	<p>Goal : pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan</p> <p>Objektif : dalam waktu 1x24 jam pasien akan:</p> <p>1) Keluhan nyeri berkurang/hilang</p> <p>2) Rileks</p>	<p>1) Pantau keluhan nyeri</p> <p>2) Kaji tingkatan nyeri</p> <p>3) Observasi tanda-tanda vital</p> <p>4) Beri kesempatan</p>	<p>1) untuk mengetahui apakah nyeri itu masih muncul atau tidak</p> <p>2) mengetahui lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik</p>

		<p>3) Tekanan darah dalam batas normal</p> <p>4) Tidak meringis kesakitan</p>	<p>untuk beristirahat</p> <p>5) Ajarkan teknik relaksasi</p> <p>6) Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>nyeri dan mengidentifikasi masalah dalam menetapkan intervensi</p> <p>4) untuk mengurangi kelelahan</p> <p>5) untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgetik</p> <p>6) untuk mengurangi nyeri</p>
5	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d kerusaksn serebral</p>	<p>Goal: pasien akan komunikasi yang efektif selama dalam perawatan.</p> <p>Objektif: dalam waktu 3x24 jam, pasien akan :</p> <p>1) Tampak peningkatan kemampuan berkomunikasi</p> <p>2) Tidak frustrasi</p>	<p>1) Kaji kemampuan komunikasi</p> <p>2) Berikan metode alternatif komunikasi: gunakan kertas dan pensil</p> <p>3) Minta pasien untuk</p>	<p>1) Untuk perubahan dalam kognitif dan bicara merupakan indikator dari derajat gangguan verbal</p> <p>2) Untuk membantu isi pesan yang di maksud</p>

			mengikuti perintah yang sama 4) Beri lingkungan yang tenang 5) untuk mengurangi ketergantungan terhadap analgetik 6) untuk mengurangi nyeri	3) Melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensori 4) Agar pasien nyaman
--	--	--	--	---

(Sumber: NIC & NOC edisi 2015-2017)

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

1. Perfusi jaringan cerebral yang efektif dengan kriteria hasil: TTV dalam batas normal TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 kali/menit, suhu: 36,5 – 37,5 , RR: 12-20 kali/menit, mampu pertahankan tingkat kesadaran, fungsi sensorik dan motorik membaik.
2. Mobilitas fisik dengan kriteria hasil: TTV dalam batas normal TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 kali/menit, suhu: 36,5 – 37,5 , RR: 12-20 kali/menit, pasien mengatakan kepuasan dan dapat melakukan latihan ROM.

3. Perawatan diri mandi dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal TD: 120/80 mmHg, nadi: 60-100 kali/menit, suhu: 36,5 – 37,5 , RR: 12-20 kali/menit, pasien tampak bersih dan rapih, kulit tampak bersih dan rambut tampak rapih.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Hasil Pengumpulan data

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

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

a. Pengkajian keperawatan

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

Identitas klien ; Nama ; Tn. Y. E, Umur ; 67 tahun , Agama ; Kristen Protestan, Pekerjaan ; Swasta, Alamat; Jln. Delima, RT/RW=06/02 Kelurahan Bakunase, Diagnosa medik; stroke non hemoragik. Keluhan utama ; klien bicara pelo lebih dari 6 bulan, kedua kaki berat bila berjalan dan rasa keram – keram. Riwayat penyakit dahulu; Keluarga mengatakan klien belum pernah mengalami riwayat Hipertensi dan penyakit stroke. Penyakit yang dialami hanya batuk dan pilek. Riwayat penyakit keluarga; Keluarga mengatakan dalam keluarga belum pernah ada yang mengalami penyakit

yang sama. Tanda – tanda vital : tekanan darah 150/90 mmhg, nadi 80 kali per menit, suhu badan 36,5°C, pernafasan 20 kali per menit

Pengkajian primer Airway (jalan nafas), Sumbatan; tidak ada sumbatan (bebas), ada sputum , Breathing (pernafasan) Tidak Sesak dengan: Keluarga mengatakan klien tidak mengalami sesak hanya batuk pilek dan hidung tersumbat. Frekuensi 20x/mnt, Irama teratur, tidak Kedalaman nafas dalam, Reflek batuk : tidak ada Batuk, tidak produktif, tidak ada Sputum, Warna; putih, Konsistensi; tidak ada, Nadi : 80 kali per menit, Irama: teratur Denyut kuat, TD tangan kanan 120/80 mmhg, Ekstremitas: Hangat, Warna Kulit: Pucat Nyeri Dada: tidak ada nyeri dada.

Fluid (cairan dan elektolit), Cairan Turgor Kulit < 2 detik, Baik, Mukosa Mulut Lembab, Kebutuhan nutrisi: pola makan baik, frekuensi makan 3 kali per hari, porsi yang di sediakan dihabiskan, makanan pantangan tidak ada, makanan yang sukai sayur, telur, ikan, minuman dalam sehari 8 gelas. Eliminasi BAK: frekuensi dalam sehari 5 – 6 kali, warna kuning, bau amoniak, jumlah tidak diukur, perubahan selama sakit tidak ada. BAB: frekuensi dalam sehari 1-2 kali, warna kuning, bau kas feses, konsistensi lembek, Tingkat kesadaran komposmentis, Pupil ; Isokor, Reaksi terhadap cahaya : positif GCS: Jumlah: 15, Pengkajian Sekunder, Kekuatan Otot : tangan kanan kekuatan otot(5). kaki kanan kekuatan otot(4), tangan kiri kekuatan otot (5), Integumen baik. kekuatan otot

4		4
<hr/>		
4		4

Pemeriksaan penunjang 12-07-2019, jenis pemeriksaan jumlah kolestrol total nilai normal <200 hasilnya 178 (normal), Asam urat nilai normal 3 - 7 hasilnya 5,1 (normal), GDS nilai normal 70 – 200 hasilnya 110.

b. Analisa data

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab
1	DS : pasien mengatakan ke dua kaki terasa berat dan kram DO : kedua kaki klien tampak lemah dan berat bila berjalan. Kekuatan otot 4	Hambatan mobilitas fisik	Kerusakan neuromuskular
2	DS : klien mengatakan tidak bisa berbicara dengan jelas. DO : klien berbicara pelo dan tidak jelas	Gangguan komunikasi verbal	Kerusakan serebral

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskular
2. Gangguan komunikasi verbal b/d kerusakan serebral

3.1.3 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Rasionl
1	Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular	Goal: klien akan mempertahankan mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan Objektive : Dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan : 1) Mengatakan	1) Ajarkan klien untuk latihan ROM. 2) Bantu mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri 3) Motivasi untuk menggerakkan kaki terus menerus atau	1) Untuk mencegah kontraksi sendi dan atrofi otot 2) Membantu melatih respon motorik dan jejas saraf 3) Untuk meminimalkan atrofi otot dan mencegah terjadinya

		<p>merasa puas</p> <p>2) Pasien dapat melakukan latihan ROM secara perlahan</p>	<p>lebih sering</p> <p>4) Beri dukungan dan dorongan pada klien</p> <p>5) Anjurkan pada klien untuk istirahat teratur</p> <p>6) Kolaborasi dengan ahli terapi</p>	<p>kontraktur</p> <p>4) Membantu klien dalam membangun kemandirian</p> <p>5) Menghindari kelitihan</p> <p>6) Untuk memenuhi kebutuhan klien dalam proses penyembuhan</p>
2	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral</p>	<p>Goal :</p> <p>Pasien akan mempertahankan komunikasi verbal yang efektif selama dalam perawatan</p> <p>Objekti : dalam jangka waktu 3x24 jam di harapkan komunikasi verbal dapat efektif, dengan kriteria hasil :</p> <p>1)Klien memperlihatkan suatu peningkatan kemampuan berkomunikasi</p> <p>2)Tidak frustrasi</p>	<p>1)Ajarkan pada klien untuk menyebutkan huruf yang sederhana seperti A,I,U,E,O</p> <p>2)Anjurkan pada klien untuk berbicara secara perlahan – lahan dan tenang</p> <p>3) Hargai kemampuan klien dan hindari pembicaraan yang merendahkan</p> <p>4) Konsultasikan ke ahli terapi wicara</p>	<p>1) Untuk melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik.</p> <p>2) Sebagai proses latihan untuk lebih mengembangkan komunikasi yang lebih kompleks.</p> <p>3)Kemampuan klien untuk merasakan harga diri, sebab kemampuan intelektual klien sering kali tetap baik</p> <p>4) Mengkaji kemampuan verbal individual serta fungsi kognitif</p>

				untuk kebutuhan terapi
--	--	--	--	------------------------

3.1.4 Impemantasi Keperawatan

Selasa, 16 Juli 2019

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskural. Tindakan yang dilakukan : 8.00 melatih atau mengajarkan klien untuk latihan ROM, 08.10 mengajarkan keluarga tentang latihan ROM, 08.20 membantu mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri,08.30 menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang kuat untuk menyokong yang lemah,08.40 menganjurkan untuk menghindari kegiatan yang membuat peningkatan tekanan intracranial seperti batuk dan mengejang.

Diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral.Tindakan yang dilakukan : 09.00mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan, 09.10 mengajarkan klien mengikuti perintah untuk mengucapkan huruf yang sederhana A,I,U,E,O, mengobservasi kecepatan dan tekanan bicara klien, 09.20 mengajarkan keluarga untuk memahami respon yang muncul pada klien,09.30 menganjurkan klien untuk kendalikan emosi.

Rabu, 17 Juli 2019

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskural. Tindakan yang dilakukan : 08.00 melatih atau mengajarkan klien untuk latihan ROM, 08.10 mengajarkan keluarga tentang latihan ROM, 08.20 membantu mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri, 08.30 menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang kuat untuk menyokong yang lemah, 08.40 menganjurkan untuk menghindari kegiatan yang membuat peningkatan tekanan intracranial seperti batuk dan mengejang.

Diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Tindakan yang dilakukan : 09.00 mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan, 09.15 mengajarkan klien mengikuti perintah untuk mengucapkan huruf yang sederhana A, I, U, E, O, mengobservasi kecepatan dan tekanan bicara klien, 09.30 mengajarkan keluarga untuk memahami respon yang muncul pada klien, 09.45 menganjurkan klien untuk kendalikan emosi.

Kamis, 18 Juli 2019

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular. Tindakan yang dilakukan : 08.00 melatih atau mengajarkan klien untuk latihan ROM, 08.10 mengajarkan keluarga tentang latihan ROM, 08.20 membantu mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri, 08.30 menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang kuat untuk menyokong yang lemah, 08.40 menganjurkan untuk menghindari kegiatan yang membuat peningkatan tekanan intracranial seperti batuk dan mengejang.

Diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Tindakan yang dilakukan : 09.00 mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan, 09.10 mengajarkan klien mengikuti perintah untuk mengucapkan huruf yang sederhana A, I, U, E, O, mengobservasi kecepatan dan tekanan bicara klien, 09.15 mengajarkan keluarga untuk

memahami respon yang muncul pada klien, 09.20 menganjurkan klien untuk kendalikan emosi.

3.1.3 Evaluasi Keperawatan

Selasa, 16 Juli 2019

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, di dapatkan hasil evaluasi sebagai berikut ; **S:** klien mengatakan kaki masih terasa lemah dan berat bila berjalan dan kram – kram. **O:** Ke dua kaki tampak berat bila berjalan. **A:** Masalah belum teratasi dan **P:** intervensi di lanjutkan. Diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral, didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut; **S:** klien mengatakan bicara pelo atau tidak jelas, **O:** saat membuka mulut kaku, **A:** masalah belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.

Rabu, 17 Juli 2019

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, di dapatkan hasil evaluasi sebagai berikut ; **S** klien mengatakan kaki masih terasa lemah dan **O:** berat bila berjalan dan kram – kram. Ke dua kaki tampak berat bila berjalan. **A:** Masalah belum teratasi dan **P:** intervensi di lanjutkan. Diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral, didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut; **S:** klien mengatakan bicara pelo atau tidak jelas, **O:** saat membuka mulut kaku, **A:** masalah belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.

Kamis, 18 Juli 2019

Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, di dapatkan hasil evaluasi sebagai berikut ; **S:** klien mengatakan kaki masih terasa lemah dan **O:** berat bila berjalan dan kram – kram. Ke dua kaki tampak berat bila berjalan. **A:** Masalah belum teratasi dan **P:** intervensi di lanjutkan. Diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral, didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut; **S:** klien mengatakan bicara pelo atau tidak jelas, **O:** saat membuka mulut kaku, **A:** masalah belum teratasi, **P:** intervensi dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Tn. Y. E dengan Stroke Non Hemoragic (SNH) di Puskesmas Bakunase”.

Pembahasan ini akan dibahas sesuai proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

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

Menurut teori menurut Brunner & Suddarth (2013) bahwa pada pengkajian pasien dengan stroke dapat terjadi gangguan penurunan darah ke otak. Keluhan utama: biasanya pasien mengeluh pusing, kekakuan leher, kemampuan untuk bicara, warna wajah dan ekstremitas: suhu dan kelembaban kulit, perubahan pada tingkatan kesadaran atau responsivitas yang dibuktikan pergerakan. Menurut Uli (2013) dalam jurnal yang dijelaskannya tentang penilaian lengkap terhadap risiko stroke dengan menggunakan alat ABCD pada awal, sehingga lebih mudah untuk menentukan/ memilah antara pasien dengan tingkat kegawat daruratan dengan resiko rendah dan resiko tinggi, sehingga dengan hasil penilaian tersebut bisa diketahui mana penanganan pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan secara cepat dan tepat.

Menurut (NANDA NIC-NOC 2015) stroke ditandai dengan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak sadarkan diri. Hasil studi kasus pada Tn. Y. E ditemukan data pasien mengatakan bicara pelo dan tidak jelas. Hasil pemeriksaan fisik adalah keadaan umum pasien sedang, TTV: TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu : 36,5°C, RR: 20x/menit.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual ataupun potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012).

Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi diagnosa keperawatan aktual, resiko, kemungkinan dan kesejahteraan. Syarat untuk menegakan suatu diagnosa keperawatan maka diperlukan adanya *problem, etiology, symptom* (PES) menurut (Herdman, 2012). Diagnosa keperawatan dalam buku aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan NANDA NIC-NOC (2015) diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien stroke sebagai berikut: 1) ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan aliran darah ke otak, 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, 3) Defisit perawatan diri mandi, berpakaian dan toileting berhubungan dengan kelemahan fisik, 4) Nyeri akut berhubungan dengan gangguan suplai O₂, peningkatan TIK, 5) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Pada kasus nyata Tn. Y. E tidak semua diagnosa keperawatan ditemukan. Diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu: 1) hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular, 2) Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral.

Pada diagnosa Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, dijelaskan bahwa hambatan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah, dengan batasan karakteristik seperti : gerakan lambat, kesulitan membolak-balik posisi, ketidaknyamanan, keterbatasan rentang gerak. Dari hasil studi kasus pada Tn. Y. E tanda dan gejala tersebut dapat ditemukan, sehingga diagnosa keperawatan ini dapat ditegakkan.

Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral, dijelaskan bahwa gangguan komunikasi verbal yaitu penurunan, pelambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol, dengan batasan karakteristik seperti : defisit penglihatan total, disorientasi (orang, waktu, ruang), gagap, kesulitan memahami komunikasi, kesulitan menggunakan ekspresi wajah, kesulitan menyusun kalimat, ketidakmampuan bicara, pelo, tidak ada kontak mata, tidak dapat bicara. Dari hasil studi kasus pada Tn. Y. E bicara tidak jelas atau pelo, disorientasi (orang, waktu, ruang) dapat ditemukan, sehingga diagnosa keperawatan ini dapat ditegakkan.

Adapun beberapa diagnosa yang tidak dapat diangkat antara lain:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b.d penurunan aliran darah ke otak
2. Defisit perawatan diri : makan, mandi, berpakaian, toileting b.d kerusakan neuromuskuler
3. Nyeri b.d gangguan suplai O₂, peningkatan TIK

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Secara teoritis, perencanaan disusun berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien dan prioritas masalah yang mengancam kehidupan dan membutuhkan penanganan segera. Tujuan yang dibuat di tetapkan lebih umum tetapi pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan ditegakkan (Herdman, 2012).

Pada kasus Tn. Y. E tidak ditemukan kesenjangan antara teori dengan kasus nyata dilahan praktek karena secara teori menurut NANDA NIC-NOC yang disusun Herman & kamitsuru (2015). Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular, dan diagnosa gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral pada Tn. Y.E.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Berdasarkan teori, implementasi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakan serta berorientasi pada pasien dan tindakan keperawatan yang direncanakan.

Menurut NANDA NIC-NOC yang disusun oleh Herdman & Kamitsuru (2015). Implementasi pada Tn. Y.E tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan praktek nyata. Dimana pada kasus nyata, implementasi di lakukan sesuai dengan diagnosa dan intervensi yang telah ditetapkan berdasarkan teori seperti: Diagnosa hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular tindakan yang di lakukan: melakukan dapat pengukuran adalah konsultasi dengan ahli fisioterapi, melati pasien ROM, bantu mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri, beri dukungan dan dorongan pada pasien, anjurkan untuk istirahat, mengajarkan pada anggota keluarga tentang latihan ROM, mengobservasi tanda – tanda vital sebelum dan sesudah latihan.

Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral tindakan yang dapat di lakukan adalah ajarkan kepada pasien untuk menyebutkan huruf yang sederhana seperti A,I,U,E,O, monitor kecepatan bicara tekanan, kendalika emosi, konsultasikan ke ahli terapi bicara.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan (SOAP).

Evaluasi pada Tn. Y.E sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria obyektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular dan diagnosa gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral. Dari tahap ini, penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua kriteria evaluasi dapat di

capai selama kunjungan di rumah semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam penulisan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan adalah kurangnya ketersediaan fasilitas buku. Kendala lain yang ditemukan penulis yaitu: keterbatasan waktu dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini, waktu yang disediakan hanya selama 4 hari sehingga membutuhkan kemampuan lebih dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini. Selain itu wawancara yang dilakukan belum sepenuhnya seperti metode deskriptif (*deep interview*) pada penelitian kualitatif murni. Penulis merasa studi kasus ini mempunyai banyak keterbatasan dan masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak yang membangun guna kesempurnaan studi kasus ini.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik pada umumnya sama antara teori dan kasus hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan kasus kasuspada Tn. Y.E yang menderita stroke non hemoragik. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

4.1.1 Pengkajian

Pasien mengatakan bicara pelo atau tidak jelas sejak Januari 2019, cepat lelah, ke dua kaki berat bila berjalan, kaki keram – keram. Hasil ttv: TTV: TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu : 36,5°C, RR: 20x/menit. tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri dada, wajah simetri, pupil isokor, bibir lembab, warna mukosa merah mudah konjungtiva merah mudah, kuku pasien tampak bersih , kekuatan otot normal dimana ekstremitas atas 5 dan ekstremitas bawah 4, tidak ada luka pada daerah tekan, semua aktivitas di lakukannya sendiri, kesadaran pasien composmentis dengan: E: 4, V: 5, M: 6, GCS: 15, CRT < 2 detik, TB: 150 kg, BB: 53 cm. Hasil yang didapatkan berupa hasil laboratorium pada tanggal 12-02-2019 yaitu; kolesterol total 178 normalnya <200, Asam urat normalnya 3,7 hasilnya 5,1, GDS normalnya 70-200 hasilnya 110.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan 2 diagnosa keperawatan antara lain: 1) Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular. 2) Gangguan komunikasi verbal b.d kerusakan serebral.

4.1.3 Intervensi keperawatan

Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan

4.1.4 Implementasi keperawatan

Melakukan implementasi sesuai dengan intervensi yang dibuat

4.1.5 Evaluasi keperawatan

Melakukan evaluasi kembali hasil pencapaian intervensi yang telah dilaksanakan

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat Ruangan

Pengkajian pada pasien secara *head to-toedan* selalu berfokus pada keluhan pasien saat pengkajian (*here and now*). Selain itu tindakan mandiri perawat perlu ditingkatkan dalam perawatan pasien.

4.2.2 Bagi Klien dan Keluarga

Keluarga disarankan untuk tetap mendampingi klien dalam melakukan latihan ROM dan selalu bersama disamping pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Andra&Yessie. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep)*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Bulechek, dkk. 2017. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : Elsevier

KEMENKES RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*.

Mansjoer, A, dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius.

Irianto, K. 2015. *Memahami Berbagai penyakit*. Bandung : Alfabeta

Purwani, R. D. 2017. *Stroke Home Care*. Yogyakarta : Healthy.

Smeltzer & Bare. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta : EGC.

Randy, M, C & Margareth. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika.

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

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

Taylor, C. 2013. *Diagnosis Keperawatan Dengan Rencana Asuhan PKeperawatan*. Jakarta : EGC.

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. Y. E
Ruang/Kamar : Puskesmas Bakunase
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik
Tanggal Pengkajian : 15 – 07 – 2019 Jam : 10:30
Masuk Rumah Sakit : Rawat Jalan Jam : 09:00

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. Y. E Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 67 / Rote 19-07-1952 Status Perkawinan : nikah
Agama : kristen protestan Suku Bangsa : Indonesia / Rote
Pendidikan Terakhir : SD Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jln, Delima, RT 6, RW 02 kel
Bakunase

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : bicara pelo dan ke dua kaki keram dan lemah
 - Kapan : \geq 6 bulan
 - Lokasi : bagian wajah dan mulut
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : bicara pelo sejak Januari 2019, cepat lelah, ke dua kaki Keram dan berat
 - Sifat keluhan : terus menerus
 - Lokasi : mulut dan kaki
 - Keluhan lain yang menyertai : batuk
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : apabila lalai berobat dan pola makan tidak teratur
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Keluhannya bertambah
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan berobat ke puskesmas / rumah sakit
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita

- ✓ Ya , Sebutkan batuk pilek
 Cara Mengatasi : berobat ke puskesmas atau rumah sakit
 Tidak

- Riwayat Alergi
 Ya , Jenis , Waktu
 Cara Mengatasi :

✓ Tidak

- Riwayat Operasi
 Ya , Jenis , Waktu

✓ Tidak

4. Kebiasaan

- Merokok
 Ya , Jumlah: , waktu

✓ Tidak

- Minum alkohol
 Ya , Jumlah: , waktu

✓ Tidak

- Minum kopi : Lamanya :

Ya , Jumlah: , waktu

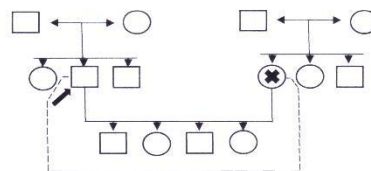
✓ Tidak

- Minum obat-obatan
 Ya , Jenis, Jumlah: , waktu

✓ Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



- Keterangan :
- : Laki-laki
 - : Perempuan
 - ↗ : Pasien
 - : Hubungan Darah
 - ✱ : Meninggal
 - : Tinggal serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 120/90 mmhg - Nadi : 80 kali per menit
- Pernapasan : 20 kali per menit - Suhu badan : 36,5°C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : Pusing : ya
 ya tidak
 - Bentuk, ukuran dan posisi:
 normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, jelaskan : tidak ada
 - Masa : ada, jelaskan : tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri, jelaskan
- Penglihatan : baik
- Konjungtiva : merah mudah
- Sklera : putih
- Pakai kaca mata : Ya, jelaskan : saat melihat jauh tidak mengenal orang
- Nyeri : tidak
- Peradangan : tidak
- Operasi : tidak dilakukan
 - Jenis :
 - Waktu :
 - Tempat :
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri : Ya, jelaskan : tidak
 - Peradangan : Ya, jelaskan : tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Riwayat Polip : Ya, jelaskan : tidak
 - Sinusitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Epistaksis : Ya, jelaskan : tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : bersih
 - Caries : Ya, jelaskan : tidak

- Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : tidak
- Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : bicara pelo dan tidak jelas tidak
- Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : telan sakit karena ada amandel tidak
- Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : kelenjar tiroit menonjol tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : tidak
- Inspeksi :
Kesadaran/ GCS : komposmentis / GCS : E4 V5 M6 = 15
- Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : normal
- Bibir : sianosis normal
- Kuku : sianosis normal
- Capillary Refill : Abnormal normal
- Tangan : Edema normal
- Kaki : Edema normal
- Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : tidak ada
- Auskultasi : BJ I : Abnormal normal
BJ II : Abnormal normal
- Murmur : tidak ada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
Jejas : Ya, Jelaskan : tidak
- Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : Normal
- Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak
- Irama Napas : teratur tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan: Ya tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan tidak
- Perkusi : Cairan : Ya tidak
- Udara : Ya tidak
- Massa : Ya tidak
- Auskultasi :
Inspirasi : Normal Abnormal
- Ekspirasi : Normal Abnormal

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

Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : tidak ada

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal
- Keadaan bibir : lembab kering
- Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : merah mudah
 - Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 - Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan tidak
 - Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan normal
- Keadaan abdomen
 - Warna kulit : sawomatang
 - Luka : Ya, Jelaskan tidak
 - Pembesaran : Abnormal, Jelaskan normal
- Keadaan rektal
 - Luka : Ya, Jelaskan tidak
 - Perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 - Hemmoroid : Ya, Jelaskan tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : normal

- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan normal
- Udara : Abnormal, Jelaskan normal
- Massa : Abnormal, Jelaskan normal

e. Palpasi :

- Tonus otot : Abnormal, Jelaskan normal
- Nyeri : Abnormal, Jelaskan normal
- Massa : Abnormal, Jelaskan normal

6. Sistem Persyarafan

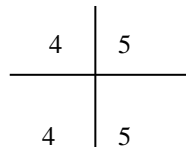
a. Keluhan : tidak ada

b. Tingkat kesadaran: composmentis GCS (E4/M6/V5) :

- c. Pupil : Isokor anisokor
- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Jenis kelumpuhan: Ya, Jelaskan tidak
- f. Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan normal
- i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan :ada
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan kedua kaki kram dan lemas tidak ada
- c. Nyeri otot : ada : nyeri pada persendian kaki dan tangan tidak ada
- d. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan lemas pada sendi normal
- e. kekuatan otot :
- f. Atropi hipertropi normal



8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada
- b. Lesi : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Turgor : kulit baik
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- f. Lain lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri tidak ada
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral : 1600 cc/hrparen al :
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal, sebutkan.....
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia

Lain-lain : tidak ada keluhan

10. Sistem Endokrin

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

11. Sistem Reproduksi

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

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

- 1. Kebiasaan :
 - Pola makan : baik
 - Frekuensi makan : 3 kali per hari, porsi yang disediakan habis
 - Nafsu makan : baik
 - Makanan pantangan : tidak ada
 - Makanan yang disukai : sayur, telur dan ikan
 - Banyaknya minuman dalam sehari : 8 gelas per hari
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : minuman yang mengandung soda
 - BB : 53 kg TB :150 cm
 - ~~Kenaikan~~Penurunan BB: 5kg, dalam waktu: sakit

2. Perubahan selama sakit : penurunan berat badan

B. Eliminasi

- 1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari : 5-6 kali Warna : kuning
 - Bau : amoniak Jumlah/ hari : tidak diukur
 - b. Perubahan selama sakit :tidak ada
- 2. Buang air besar (BAB)

- a. Kebiasaan : baik Frekuensi dalam sehari : 1 - 2 kali
Warna : kuning Bau : khas feces
Konsistensi : lembek
- b. Perubahan selama sakit : tidak ada

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : banyak jalan
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : ya

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00
Bangun jam : 04.30
- Tidur siang jam : 14.00
Bangun jam : 16.00
- Apakah mudah terbangun : tidak, karena jauh dari keramaian
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : Dulu pernah mengikuti arisan kelompok
3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih
Status rumah : baik
Cukup / ~~tidak~~ : cukup, rumah tembok lantai keramik
~~Bising~~ / tidak: tidak, jauh dari keramaian
~~Banjir~~ / tidak : tidak, jauh dari sungai / kali
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : ya
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dibicarakan bersama keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya, klien menganut agama kristen protestan
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : ya

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap agar cepat sembuh
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien ingin agar cepat sembuh total

3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya :hubungan klien dengan perawat dan tenaga kesehatan lainnya sangat baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
1	Kolestrol	< 200	178					
2	Asam urat	3-7	5,1					
3	GDS	70 – 200	110					

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. Foto gigi dan mulut : tidak dilakukan
- b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak dilakukan
- c. Cholescystogram : tidak dilakukan
- d. Foto colon : tidak dilakukan
- e. CT Scan :- kepala tanpa kontas
-tampak lesi hipodensi kecil-kecil
-pons dan cerebellum tampak baik
-tampak lesi hipodense di Brain

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

.....

Biopsy :

.....

Colonoscopy :

.....

DII :

.....
.....

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan
- Obat : parasetamol 3 x 500 mg
 Dexametasone 3 x 0,5 mg
 Vit B Com 2x1 table
- Lain-lain

Analisa data

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab
1	DS : pasien mengatakan ke dua kaki terasa berat dan kram DO : kedua kaki klien tampak lemah dan berat bila berjalan. Kekuatan otot 4	Hambatan mobilitas fisik	Kerusakan neuromuskular
2	DS : klien mengatakan tidak bisa berbicara dengan jelas. DO : klien berbicara pelo dan tidak jelas	Gangguan komunikasi verbal	Kerusakan serebral

3.3.1 Diagnosa Keperawatan

3. Hambatan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskular
4. Gangguan komunikasi verbal b/d kerusakan serebral

3.1.3 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Rasionl
1	Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromuskular	Goal: klien akan mempertahankan mobilitas fisik yang efektif selama dalam perawatan Objektive : Dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan : 1) Mengatakan	1) Ajarkan klien untuk latihan ROM. 2) Bantu mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri 3) Motivasi untuk menggerakkan kaki terus menerus atau	1) Untuk mencegah kontraksi sendi dan atrofi otot 2) Membantu melatih respon motorik dan jejas saraf 3) Untuk meminimalkan atrofi otot dan mencegah terjadinya

		<p>merasa puas</p> <p>2) Pasien dapat melakukan latihan ROM secara perlahan</p>	<p>lebih sering</p> <p>4) Beri dukungan dan dorongan pada klien</p> <p>5) Anjurkan pada klien untuk istirahat teratur</p> <p>6) Kolaborasi dengan ahli terapi</p>	<p>kontraktur</p> <p>4) Membantu klien dalam membangun kemandirian</p> <p>5) Menghindari kelitihan</p> <p>6) Untuk memenuhi kebutuhan klien dalam proses penyembuhan</p>
2	<p>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral</p>	<p>Goal :</p> <p>Pasien akan mempertahankan komunikasi verbal yang efektif selama dalam perawatan</p> <p>Objekti : dalam jangka waktu 3x24 jam di harapkan komunikasi verbal dapat efektif, dengan kriteria hasil :</p> <p>1)Klien memperlihatkan suatu peningkatan kemampuan berkomunikasi</p> <p>2)Tidak frustasi</p>	<p>1)Ajarkan pada klien untuk menyebutkan huruf yang sederhana seperti A,I,U,E,O</p> <p>2)Anjurkan pada klien untuk berbicara secara perlahan – lahan dan tenang</p> <p>3) Hargai kemampuan klien dan hindari pembicaraan yang merendahkan</p> <p>4) Konsultasikan ke ahli terapi wicara</p>	<p>1) Untuk melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik.</p> <p>2) Sebagai proses latihan untuk lebih mengembangkan komunikasi yang lebih kompleks.</p> <p>3)Kemampuan klien untuk merasakan harga diri, sebab kemampuan intelektual klien sering kali tetap baik</p> <p>4) Mengkaji kemampuan verbal individual serta fungsi kognitif</p>

					untuk kebutuhan terapi
--	--	--	--	--	------------------------

Implementasi dan evaluasi keperawatan

NO	DX kep	Hari/tgl	Jam	tindakan	Evaluasi
1.	Hambatan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskular	Selasa /16 Juli 2019	8.00	melatih atau mengajarkan klien untuk latihan ROM, mengajarkan keluarga tentang latihan ROM, membantu mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri, menganjurkan klien untuk membantu pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstrimitas yang kuat untuk menyokong yang lemah, menganjurkan untuk menghindari kegiatan	S: klien mengatakan kaki masih terasa lemah dan berat bila berjalan dan kram – kram. O: Ke dua kaki tampak berat bila berjalan. A: Masalah belum teratasi dan P: intervensi di lanjutkan.
			08.10	keluarga tentang latihan ROM, membantu mengembangkan	
			08.20	keseimbangan duduk dan berdiri, menganjurkan klien untuk membantu	
			08.30	pergerakan dan latihan dengan menggunakan	
			08.40	ekstrimitas yang kuat untuk menyokong yang lemah, menganjurkan untuk menghindari kegiatan	

				yang membuat peningkatan tekanan intracranial seperti batuk dan mengejang.	
2.	gangguan komunikasi verbal b/d kerusakan serebral	Selasa 16 juli 2019	09.00 09.10 09.20 09.30	mengukur tanda – tanda vital sebelum latihan, mengajarkan klien mengikuti perintah untuk mengucapkan huruf yang sederhana A,I,U,E,O, mengobservasi kecepatan dan tekanan bicara klien, mengajarkan keluarga untuk memahami respon yang muncul pada klien, menganjurkan klien untuk kendalikan emosi.	S: klien mengatakan bicara pelo atau tidak jelas, O: saat membuka mulut kaku, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Lampiran 2 : SOP mengatur posisi pasien

No	Komponen Penilaian
1	<p>Persiapan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrak 2. Jelaskan tujuan 3. Jaga privasi
2	<p>Prosedur kerja :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur tempat tidur sesuai tinggi perawat. 2. Jelaskan hal-hal yang dapat dilakukan klien dan ajak klien bekerja sama jika mampu. <p>Posisi fowler/ semi fowler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naikan posisi kepala tempat tidur 45-60 derajat, instruksikan pasien untuk menekuk lutut sedikit sebelumnya. - Berikan bantal kecil dibawah kepala, punggung dan dibawah kaki, mulai dari lutut sampai tumit, pastikan tidak terdapat tekanan pada area politeal dan lutut dalam keadaan fleksi - Berikan trochanter roll dan footboard jika doi butuhkan <p>Posisi miring (lateral)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur datar letakkan pasien di pinggir sisi yang berlawanan dengan area miring. - Pososi perawat berada pada arah pasien akan di miringkan - Letakkan tangan pasien yang jauh dari perawat ke dada dan tangan yang dekat perawat lurus depan badan pasien - Letakan kaki yang jauh dari perawat menyilang di atas kaki lainnya. - Tempatkan tangan perawat di bokong dan bahu pasien, sehingga menjadi posisi miring.

Lampiran 3 : SOP Melakukan Latihan Rom Aktif Pasif

No	Komponen Penilaian
1	<p>Persiapan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrak 2. Jelaskan tujuan 3. Jaga privasi
2	<p>Prosedur kerja:</p> <p>Cuci tangan</p> <p>Kaji kebutuhan RPS,identifikasi pasif atau aktif.</p> <p>Dekatkan pasien dengan empat tidurnya dengan perawat dengan posisi berdiri dan agarmemudahkan dalam melatih pasien.</p> <p>Lakukan RPS kepala</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fleksi ekstensi : tekuk kepala ke depan hingga dagu menempel di dada kemudian kembali ke posisi tegak - Fleksi lateral: tekuk kepala ke arah samping (kearah bahu) kanan dan kiri bergantian. - Rotasi lateral: palingkan muka ke kanan dan ke kiri <p>Lakukan RPS pada bahu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elefasi dan depresi: luruskan tangan ke samping tubuh lalu brsamaaan angkat kedua bahu dan turunkan. - Fkeksi ekstensi: Angkat tangan dari samping kiri ke atas sehingga mencapai kepala, kembalikan ke posisi semula - Abduksi aduksi (anterior dan posterior): angkat tangan pasien ke samping tubuh sehingga sejajar bahu lalu kembalikan sampai melewati sumbu tubuh(anterior dan posterior) - Rotasi internal-eksternal : posisikan tangan sejajar bahu lalu tekuk siku. Gerakan tangan ke atas sehingga jari-jari menghadap atas dan bawah hingga jari-jari menghadap bawah. - Fleksi horisontal bahu. - Sirkumduksi bahu <p>Lakukan RPS pada pergelangan tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fleksi, ekstensi, hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke arah luar sehingga, kemudian luruskan, lalu tekuk ke atas. - Abduksi, fleksi radial-adduksi/fleksi ulnar : bengkokkan telapak tangan ke samping ke arah ibu jari,luruskan kembali, kemudian bengkokkan ke arah

kelingking.

- Sirkumduksi : putar telapak tangan dengan pergelangan tangan sampai ke poros.

Lakukan pada jari-jari tangan:

- Fleksi-ekstensi: kepalkan jari-jari tangan pasien dan kemudian luruskan kembali.
- Hiperekstensi: bengkokkan jari-jari belakang sejauh mungkin.

Abduksi-adduksi: kembangkan jari-jari tangan dan kemudian rapatkan kembali.

Lakukan RPS pada pergelangan kaki

- Dorso fleksi-plantar fleksi: dorong telapak kaki ke atas, kembalikan ke posisi semula lalu dorong ke atas.
- Eversi-inversi: putar telapak kaki keluar lalu ke dalam.
- Sirkumduksi: putar telapak kaki dengan poros pada sendi tumit.

Lakukan RPS pada jari-jari kaki:

- Fleksi-ekstensi: dorong jari-jari ke arah atas dan ke arah bawah.

Abduksi adduksi: lebarkan jari-jari kaki kemudian dekatkan jari-jari kaki bersama-sama.







POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
PRODI KEPERAWATAN KUPANG
Jln. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Rosalia Maria imelda Noetnana

NIM : PO.5303201181232

Nama Pembimbing : Meiyeriance kapitan S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	12 Juli 2019	1. Konsultasi judul 2. pengarahan persiapan UAP	
2.	16 Juli 2019	1.Ujian praktik klinik di Puskesmas bakunase 2.konsultasi studi kasus sementara(askep)	
3.	18 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 2.BAB 1 masukan data dari dunia, indonesia, Ntt dan puskesmas bakunase	
4.	19 Juli 2019	1.Konsultasi BAB 1,2,3 2.perbaiki cara penulisan (margins)	
5.	20 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.BAB 2 Tambahkan Tujuan dari setiap diagnosa.	
6.	21 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1, 2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran.	
7.	21 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran 3. Siap ujian tanggal 22 juni 2019	
8.	22 Juli 2019	1.Ujian KTI 2. Perbaiki Bab 3	
9.	30 Juli 2019	Konsultasi Revisi Terakhir	