

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA, TN S. W.DENGANSTROKE NON**  
**HAEMORAGIK DI RUANG KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z.**  
**JOHANNES KUPANG**



**GETRUDIS UN**  
**NIM. PO. 5303201181190**

**EMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN**  
**PENGEMBANGANDAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA**  
**KESEHATANPOLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANGJURUSAN**  
**KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**REKOGNISIPEMBELAJARAN LAMPAU**  
**2019**  
**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN S. W. DENGAN *STROKE NON  
HAEMORAGIK* DI RUANG KELIMUTU RSUD. PROF. DR. W. Z.  
JOHANNES KUPANG**

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



**GETRUDIS UN  
NIM. PO. 5303201181190**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN  
REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU  
TAHUN 2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Getrudis Un NIM. PO. 5303201181190  
Dengan Judul Asuhan Keperawatan Tn S. W. Dengan *Stroke Non Haemoragik*  
RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Di ruang Kelimutu Untuk Diujikan.

Disusun Oleh:



Getrudis Un  
NIM. PO. 5303201181190

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di depan Dewan Penguji Prodi D-III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal 22 Juli 2019

Pembimbing



Mariana Oni Betan, S.Kep. Ns., MPH  
NIP. 197307101997032003

PERNYATAAN  
**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Getrudis Un NIM. Po. 5303201181190  
Dengan Judul Asuhan Keperawatan Tn S. W Dengan Stroke Non Haemoragik Di  
Ruang Kelimutu Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

NIM  
Program Studi  
Mantani  
Lecturus III Keperawatan  
Poliklinik Kesehatan Kemkes Kupang

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengandaian atau tulisan orang lain yang saya akui sebagai hasil karya sendiri. Saya sendiri tidak akan di kemudian hari terbukti atau dapat bukti bahwa kasus ini hasil plagiat. Saya juga bersedia menerima sanksi atas perbuatan saya.

Agustina Ina, S.Kep., M.Kes  
NIP. 197408041998032001

Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH  
NIP. 197307101997032003

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan

Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan

Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002


## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:


Nama : Getrudis Un  
NIM : PO. 5303201181190  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Politektik 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 di kemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui  
Dosen Pembimbing

  
Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH  
NIP. 197307101997032003

Pembuat Pernyataan

  
Getrudis Un  
NIM. PO. 5303201181190

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Getrudis Un  
Tempat/TanggalLahir : Kaputu, 03 Februari 1986  
JenisKelamin : Perempuan  
Alamat : Tini  
RiwayatPendidikan :1. Tamat SD Inpres Fatubesi  
2. Tamat SMP Negeri 1 Malaka Tengah  
3. Tamat SPK Santa Elizabeth Lela  
4. Sejak Tahun 2018 Kuliah di Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan  
Kupang

## **MOTTO**

Kesuksesan Adalah Buah Dari Usaha Kecil Yang Diulangi Hari Demi Hari

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn S. W Dengan Stroke Non Haemoragi diruang Kelimutu Rsud. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Penulis menyadari bahwa selama proses penulisan studi kasus ini, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada ibu Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH, yang sudah meluangkan waktu untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta segala totalitas menyumbangkan ide-ide, dengan mengoreksi serta melengkapi karya tulis ilmiah ini. Ucapan terima kasih juga kepada ibu Agustina Ina, S.Kep., M.Kes., selaku penguji dan dosen pembimbing akademik yang telah memberikan masukan serta kritik yang membangun bagi kemajuan penulisan karya tulis ilmiah ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH selaku Kaprodi jurusan keperawatan kupang, sekaligus selaku pembimbing akademik yang selalu membimbing selama masa kuliah dan mendukung penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes., selaku ketua jurusan keperawatan kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu R.H Kristina, SKM.,M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Seluruh staf dosen dan karyawan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu dalam menyelesaikan studi kasus ini.
5. Bapak Petrus Kale Te, S.Kep, Ns, dan semua petugas Kesehatan di RSUD Prof Dr W.Z Johanes Kupang khusus ruang Kelimutu, yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian terkhusus di Ruangan Kelimutu.

6. Kedua orang tua tercinta bapak Melky Un dan Mama Lusiana Aek dan bapa Willy Saffran dan mama Yustina Klau yang telah memberikan dukungan, semangat serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
7. Suami tercinta, bapak Rudi Saffran dan anak – anak (Vanezza, Chiles, Patrikh) yang selalu membrikan dukungan dan motivasi kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini
8. Kakak dan Adik tersayang (ka Lince, Ka Meri, ka Vinsen, Ka Fono, Ona, Win, Nata, Fandi serta keponakan tercinta) yang memberikan dukungan dan motivasi dalam penyusunan studi kasus ini.
9. Anak Yeyen Joltuwu, dan ma Nana yang selalu membantu penulis dalam menyusun studi kasus ini
10. Teman-teman kelas RPL terima kasih buat semua dukungan dan kekompakkannya.
11. Semua pihak yang telah membantu serta mendukung penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini

Akhir kata penulis menyadari bahwa penulisan studi kasus ini masih belum sempurna, maka saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan studi kasus selanjutnya.

Kupang, Juli 2019

Penulis



## ABSTRAK

### Asuhan Keperawatan Tn. S. W Dengan *Stroke Non Haemoragik* Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Jurusan D-III Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah

**Nama:** Getrudis Un

**NIM :** PO.5303201181190

**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. **Metode:** Desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. **Tujuan:** Mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada Tn. S. W. dengan *Stroke Non Hemoragic* di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. **Hasilnya:** Dalam pengkajian yang ditemukan pada Tn. S. W. yaitu: pasien mengatakan masih sakit kepala dan biacar masih tidak jelas, nampak pasien berbicara pelo, kesadaran samnolen , GCS: 12, tekanan darah 110/70mmHg, N:104x/m, kakuatan otot: ekstremitas kiri atas dan bawah 4 dan 4, ekstremitas kanan atas dan bawah 5 dan 5. Pasien mengatakan kaki dan tangan kanan lemas, pasien nampak lemah, nampak *Activity DailyLife* (ADL), dibantu oleh keluarga dan pasien, kekuatan otot. Pasien juga mengatakan belum mandi sejak kemarin, pasien tampak kotor, bau keringat, dan kuku panjang dan kotor. **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada Tn. S. W. dengan *Stroke Non Hemoragic* dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, sehingga masalah keperawatan diatas dapat ditangani secara tepat dan optimal. **Saran:** Diharapkan bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dalam melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif secara tepat dan optimal.

**Kata kunci:** Asuhan Keperawatan *Stroke Non Hemoragic*.

## DAFTAR ISI

JUDUL	Halaman
Halaman judul	
Lembar persetujuan.....	i
Lembar pengesahan penguji.....	ii
Lembar pernyataan keaslian.....	iii
Biodata penulis.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Daftar isi.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	2
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Tinjauan Pustaka.....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	12
2.2.1 Pengkajian.....	12
2.2.2 Diagnosa.....	15
2.2.3 Perencanaan.....	17
2.2.4 Pelaksanaan.....	17
2.2.5 Evaluasi.....	20
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	21
3.1 Hasil studi kasus.....	21
3.1.1 Pengkajian.....	21
3.1.2 Diagnosa.....	24
3.1.3 Intervensi.....	25
3.1.4 Implementasi.....	27
3.1.4 Evaluasi.....	29
3.2 Pembahasan.....	31
BAB 4 PENUTUP.....	35
4.1 Kesimpulan.....	35
4.2 Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA	

LAMPIRAN

## **BAB 1**

### **LATAR BELAKANG**

#### **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 2012, kematian akibat stroke sebesar 51% di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh. Tingginya kadar gula darah dalam tubuh secara patologis berperan dalam peningkatan konsentrasi glikoprotein, yang merupakan pencetus beberapa penyakit vaskuler. Kadar glukosa 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.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, 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 yaitu sebesar 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 menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut kabupaten/kota prevalensi stroke berkisar antara 2,5% -21,4% dan kabupaten sumba barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala, dan berdasarkan data yang didapatkan di ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johanes, dari bulan Januari – April 2019, didapatkan kasus *stroke non haemoragik* sebanyak 14 kasus.

Seseorang menderita stroke karena memiliki perilaku yang dapat meningkatkan faktor risiko stroke. Gaya hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi kolestrol, kurang aktivitas fisik, dan kurang olahraga, meningkatkan risiko terkena penyakit stroke (Friedman, 2011) Penyakit stroke dianggap sebagai penyakit monopoli orang tua dulu, stroke hanya terjadi pada usia tua mulai 60 tahun namun sekarang mulai usia 40 tahun seseorang sudah memiliki risiko stroke, meningkatnya penderita stroke usia muda lebih disebabkan pola hidup, terutama dari pola makan tinggi kolestrol. Berdasarkan berbagai pengamatan justru stroke di usia produktif sering terjadi akibat kesibukan kerja yang menyebabkan seseorang jarang berolahraga, kurang tidur, dan stress berat yang juga jadi faktor penyebab (Dourman, 2013).

Berdasarkan data dan fakta yang ada maka penulis berpendapat bahwa stroke masih memerlukan Berbagai penanganan kompherensif dan memerlukan keikutsertaan pasien dan keluarga. Untuk itu penulis ingin mengetahui dan memahami tentang penanganan terhadap pasien dengan stroke non haemoragic yang tersusun dalam asuhan keperawatan pada pasien SNH diruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Yohanes Kupang

## **1.2.Tujuan Studi Kasus**

### 1.2.1. Tujuan Umum

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan kompherensif pada Tn S.W dengan *stroke non hemoragic* menggunakan pendekatan proses keperawatan

### 1.2.2. Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien tn S.W dengan *stroke non hemoragic*
2. Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada pasien Tn S.W dengan *stroke non hemoragic*
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Tn S.W dengan *stroke non hemoragic*
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi pada pasien Tn S.W dengan *stroke non hemoragic*
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn S.W dengan *stroke non hemoragic*
6. Penulis mampu melakukan dokumentasi pada pasien Tn S.W dengan *stroke non hemoragic*

## **1.3.Manfaat Studi Kasus**

### 1.3.1. Bagi penulis

Menambah wawasan serta memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil asuhan keperawatan, khususnya tentang asuhan keperawatan dengan masalah kesehatan *stroke non hemoragic* dan sebagai bahan acuan bagi penulis selanjutnya dalam mengembangkan penulisan lanjutan terhadap pasien dengan masalah kesehatan *stroke non hemoragic*.

1.3.2. Bagi institusi pendidikan

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

1.3.3. Bagi rumah sakit

Hasil studi kasus ini di harapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yng diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan terkhususnya untuk pasien dengan masalah kesehatan *stroke non hemoragic*

1.3.4. Bagi pasien

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

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1.Konsep Dasar Penyakit**

##### **2.1.1. Definisi**

Stroke atau cedera serebrovaskuler CVA adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Suddarth, 2013).

Stroke non hemoragik adalah gangguan disfungsi otak baik sinistra atau dekstra dengan sifat antara lain permulaan cepat dan akut atau subakut, terjadi kurang lebih dua minggu, serta CT scan terdapat bayangan infark setelah tiga hari (Mubarak dkk, 2015).

Stroke infark merupakan vaskularisasi otak yang terhenti sebab adanya penumpukan lemak pada dinding pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak tersumbat (Sutanto, 2010).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan stroke non hemoragik merupakan terhentinya aliran darah ke otak baik kanan maupun kiri karena penyumbatan oleh bekuan darah ataupun terosklerosis yang terjadi kurang lebih dua minggu.

##### **2.1.2. Etiologi**

Trombosis merujuk pada penurunan atau oklusi aliran darah akibat proses oklusi local pada pembuluh darah. Oklusi aliran darah terjadi karena perubahan karakteristik pembuluh darah dan pembentukan bekuan. Patologi vaskuler tersering penyebab thrombosis adalah aterosklerosis, dimana terjadi deposisi material lipid, pertumbuhan jaringan fibrosa, dan adesi trombosit yang mempersempit lumen pembuluh darah (Setiati dkk, 2014).

Berbeda dengan trombosis, blockade emboli tidak disebabkan oleh patologi pembuluh darah lokal. Material emboli biasanya terbentuk dari

jantung, arteri besar (aorta, karotis, vertebralis) atau vena. Patologi penyebab emboli adalah Endokarditis bakterial dan endokarditis non bakteri yang menyebabkan bekuan pada endokardium (Widagdodkk. 2008)

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).

Faktor lain yang menyebabkan stroke antara lain hipertensi, penyakit kardiovaskuler, kolesterol tinggi, obesitas, peningkatan hemotokrit, resiko infark serebral, diabetes dikaitkan dengan aterosclerosis terakselerasi, kontrasepsi oral (khususnya disertai dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi), penyalahgunaan obat (khususnya kokain), konsumsi alkohol (Amelia, 2018)

### **2.1.3. Klasifikasi**

Sistem klasifikasi stroke, biasanya membagi stroke menjadi dua kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

#### **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. Manifestasi Klinis**

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

Stroke menyebabkan berbagai deficit 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: Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemi sensorik, perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan), disartia (bicara pelo atau cadel), dan gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopic, ataksia (trunkal atau anggota badan); Vertigo, mual, dan muntah atau nyeri kepala.

#### **2.1.5. Patofisiologi**

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus dan embolus, maka mulai 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.

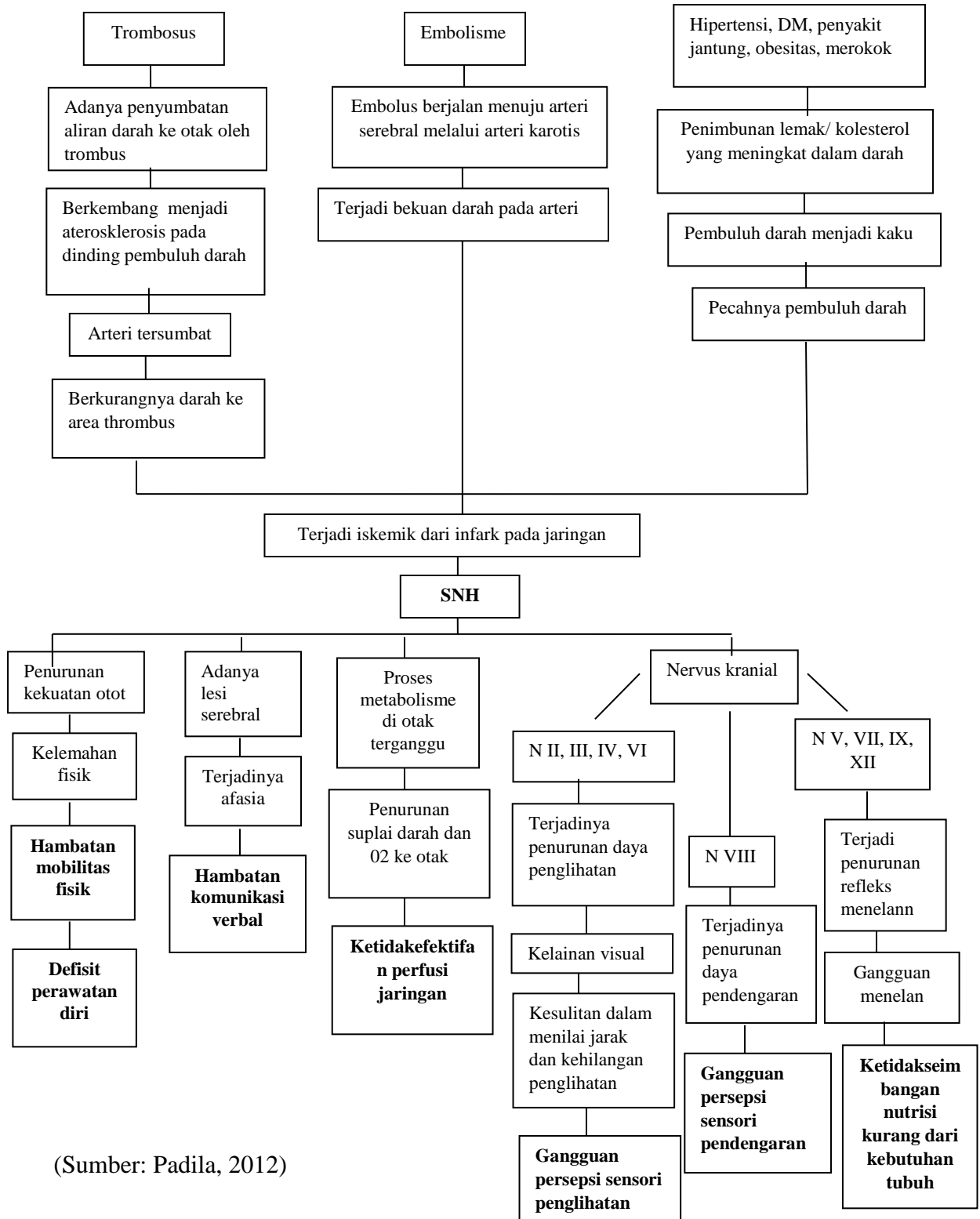
Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia serebral (karena henti jantung atau hipotensi) atau hipoksia karena akibat dari proses anemia dan kesukaran untuk bernafas. Jika etiologi stroke adalah hemorhagi maka faktor pencetus adalah hipertensi.

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: Keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti aterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah, gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium, ruptur vascular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid. (Price, 2005).

### 2.1.6 Pathway Penyakit *Stroke Non Hemoragik*



(Sumber: Padila, 2012)

### **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 dibedakan atas faktor resiko tak terkontrol dan faktor resiko terkontrol.

Faktor risiko tidak terkontrol meliputi: usia, Jenis kelamin, Keturunan, 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. 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.

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.

Faktor risiko terkontrol meliputi hipertensi, penyakit jantung, diabetes, obesitas, kadar kolesterol darah, cedera kepala dan leher, 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.

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.

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.

Obesitas Pada obesitas kadar kolesterol tinggi terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke. Kadar kolesterol darah Penelitian menunjukkan bahwamakanan 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 di anggap aman, sedangkan di atas 240 mg/dl sudah berbahaya dan menempatkan seseorang pada risiko terkena penyakit jantung dan stroke.

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**

Defisit sensori persepsi: Stroke dapat melibatkan perubahan patologis pada jarak neurologis yang mengganggu kemampuan untuk menghadirkan data sensori. Pasien dapat mengalami deficit dalam penglihatan, pendengaran, keseimbangan, rasa, dan indra penciuman. Kemampuan menerima getaran, nyeri, kehangatan, dingin dan tekanan juga dapat terganggu. Hal tersebut dapat meningkatkan resiko cedera.

Kelainan fungsional tubuh karena penurunan fungsi otak ini tandanya tidak selalu disebabkan oleh kurangnya aliran darah otak. Tetapi tanda tersebut bisa karena hemiparase seluruh tubuh, sensasi kepala terasa ringan, penurunan tingkat kesadaran, bingung serta tinnitus.

Gangguan eliminasi kandung kemih dan usus lazim terjadi stroke dapat menyebabkan kehilangan sebagian sensasi yang memicu eliminasi kandung kemih, menyebabkan sering berkemih, urgensi berkemih, atau inkontinensia. Pengendalian kandung kemih bisa berubah karena adanya dari gangguan kognitif. Perubahan eliminasi usus lazim terjadi, akibat dari perubahan LOC, imobilitas, dan dehidrasi.

### **2.1.8. Pemeriksaan penunjang**

#### **1. CT Scan (Computer Tomografi Scan)**

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

#### **2. Angiografi serebral**

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri adanya titik okulasi atau raftur.

#### **3. Magnetik Resonan Imaging (MRI)**

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik.

4. Ultrasonografi Dopler  
Mengidentifikasi penyakit arterio vena
5. Sinar X Tengkorak  
Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal
6. Elektro Encephalografi (EEG)  
Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
7. Pemeriksaan Laboratorium
  - a. Lumbal pungsi: Pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari-hari pertama.
  - b. Pemeriksaan darah rutin: Pemeriksaan kimia darah, pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250 mg didalam serum.

#### **2.1.9. Penatalaksanaan**

Penderita stroke non hemoragik atau stroke iskemik biasanya diberikan: Anti agregasi platelet: aspirin, dipiridamol, cilostazol, 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**

### **2.2.1. Pengkajian**

Menurut Andra dan yessy (2013) dalam buku keperawatan medikal medah dan Brunner & Suddarth

#### 1. Identitas

Umur, jenis kelamin, ras, suku, bangsa, dll

#### 2. Riwayat kesehatan dahulu, riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardivaskuler, riwayat kolesterol, obesitas, riwayat DM, riwayat aterosklerosis, merokok, riwayat pemakaian kontrasepsi, riwayat konsumsi alkohol.

#### 3. Riwayat kesehatan sekarang

Kehilangan komunikasi, gangguan presepsi, kehilangan motorik, merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas.

#### 4. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada riwayat degeneratif dalam keluarga

#### 5. Pemeriksaan data dasar

##### a. 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, dan terjadi kelemahan umum.
  - 4) Gangguan penglihatan
  - 5) Gangguan tingkat kesadaran
  - 6) Gangguan tingkat kesadaran
- b. Sirkulasi
- 1) Adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipotensipostural
  - 2) Hipotensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme/malvormasi vaskuler
  - 3) Frekuensi nadi bervariasi, dan distimia.
- c. 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
- d. Eliminasi
- 1) Perubahan pola berkemih
  - 2) Distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif
- e. 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
- f. 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 atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemogaris
  - 6) Gangguan tingkah laku (letargi, apatis,)
  - 7) Gangguan fungsi kognitif
  - 8) Ekstremitas: kelemahan paralisis kontralateral, genggaman tidak sama, refleks tendon melemah secara kontralateral.
  - 9) Pada wajah terjadi paralisis, kehilangan kemampuan untuk mengenali masiknya rangsang visual, pendengaran taktil (agnosia), seperti gangguan pendengaran terhadap citra tubuh, kewaspadaan, kelainan pada bagian tubuh, kewaspadaan, kelainan pada kelainan pada bagian tubuh yang terkena gangguan.
  - 10) Kehilangan kemampuan menggunakan kemampuan motorik (aspraksia), ukuran atau reaksi pupil tidak sama.
  - 11) Kekakuan
  - 12) Kejang
- g. Kenyamanan/ nyeri
- 1) Sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda
  - 2) Tingkah laku yang tidak stabil, gelisa, ketegangan pada otot.
- h. Pernapasan
- 1) Merokok
  - 2) Ketidakmampuan menelan, batuk/ hambatan jalan nafas
  - 3) Timbulnya pernafasan sulit, suara nafas terdengar ronchi.
- i. Keamanan
- 1) Masalah dengan penglihatan
  - 2) Perubahan sensori presepsi terhadap orientasi tempat tubuh
  - 3) Tidak mampu mengenal objek
  - 4) Gangguan berespon panas dan dingin, kesulitan dalam menelan
  - 5) Gangguan dala memutuskan

- j. Interaksi sosial
  - 1) Masalah bicara
  - 2) Ketidakmampuan untuk berkomunikasi

### **2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Andra & Yessy 2013 dalam buku keperawatan medikal medah, diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien strokenon hemoragic adalah: Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran gangguan oklusi, hemoragic, vasospasme serebral, edema serebral, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiplegia, hemiparesis, keterlibatan neurovaskuler, kelemahan dan flaksit/ paralisis, hipotonik (awal), kerusakan perceptual/ kongnitif, Hambatan kumunikasi ferbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (tumor otak, penurunan sirkulasi ke otak), kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus atau kontrol otot fasial, kelemahan/ kelemahan umum, Kurang perawatan diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/ koordinasi otot, kerusakan perseptual/kongnitif, Resiko terjadinya ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan menurunnya refleks batuk dan menelan imobilisasi

### **2.2.3. Rencana keperawatan**

Diagnosa keperawatan Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran gangguan oklusi, hemoragic, vasospasme serebral, edema serebral. NOC: Tujuan: gangguan perfusi jaringan dapat tercapai secara optimal Kriteria hasil: mampu mempertahankan tingkat kesadaran, fungsi sensori dan motorik membaik. NIC: Pantau tanda-tanda vital tiap jam dan catat hasilnya, kaji respon motorik terhadap perintah

sederhana, pantau status neurologis secara teratur, dorong latihan kaki aktif/pasif, kolaborasi pemberian obat secara indikasi

Diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiplegia, hemiparesis, keterlibatan neurovaskuler, kelemahan dan flaksit/paralisis, hipotonik (awal), kerusakan perceptual/ kognitif. Tujuan: pasien diminta menunjukkan tingkat mobilitas ditandai dengan indikator berikut (sebutkan nilainya 1-5: ketergantungan ( tidak berpartisipasi ) membutuhkan bantuan orang lain atau alat, mandiri dengan pertolongan alat bantu atau mandiri penuh).NOC Kriteria hasil: Menunjukkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan, minta bantuan untuk beraktifitas mobilisasi jika diperlukan, menyanggah BAB, menggunakan kursi roda secara efektif. NIC: Terapi aktifitas, ambulasi, terapi aktifitas mobilitas sendi, perubahan posisi, ajarkan pasien dan pantau penggunaan alat bantu, ajarkan dan bantu pasien dalam proses perpindahan, berikan penguatan positif selama beraktifitas, dukung teknik latihan ROM, kolaborasi dengan tim medis

Diagnosa keperawatan Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (tumor otak, penurunan sirkulasi ke otak), kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus atau kontrol otot fasial, kelemahan/ kelemahan umum. NOC: Tujuan: komunikasi dapat berjalan dengan baik. Kriteria hasil: pasien dapat mengekspresikan perasaan, pahami maksud dan pembicaraan orang lain, pembicaraan pasien dapat dipahami. NIC: lakukan komunikasi dengan wajar, bahasa jelas, sederhana dan bila perlu diulang, dengarkan dengan tekun jika pasien mulai berbicara berdiri didalam lapang pandang pasien pada saat bicara, latih otot bicara secara optimal, libatkan keluarga dalam komunikasi verbal pada pasien, kolaborasi dengan ahli terapi bicara

Diagnosa keperawatan Kurang perawatan diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, kerusakan neuromuskular, penurunan

kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/ koordinasi otot, kerusakan perseptual/kognitif. NOC:Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan personal hygiene pasien dapat terpenuhi. Kriteria hasil: Berpakaian terpenuhi, Mandi terpenuhi, Makan terpenuhi, Kebersihan terjaga, NIC: Monitor kebutuhan pasien untuk personal hygiene termasuk makan, mandi, berpakaian toileting, mandirikan aktifitas rutin untuk perawatan diri, bantu pasien sampai pasien mampu berdiri, ajarkan kepada anggota keluarga untuk peningkatan kemandirian, resiko terjadinya ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan menurunnya refleks batuk dan menelan imobilisasi, NOC:Tujuan: jalan nafas tetap efektif, Kriteria hasil: Pasien tidak sesak nafas, tidak terdapat ronchi, wheezing ataupun auara nafas tambahan, retraksiotot bantu pernafasan tidak ada pernafasan teratur. RR 16-20 kali/menit, NIC:Berikan penjelasan kepada keluarga dan pasien tentang sebab dan akibat ketidakefektifan bersihan jalan nafas, rubah posisi setiap 2 jam sekali, berikan intake yang adekuat (2000 cc per hari), auskultasi suara nafas, lakukan fisioterapi nafas sesuai dengan keadaan umum klien

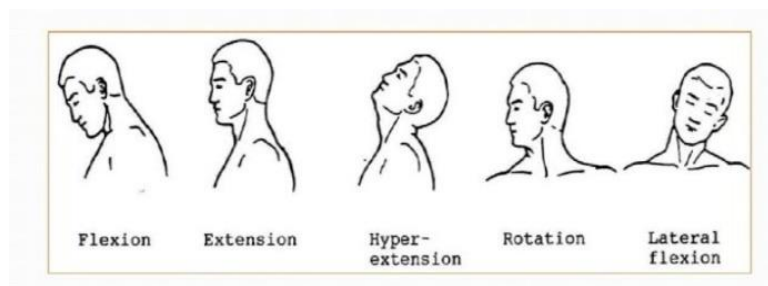
#### 2.2.4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi yang disusun adalah:

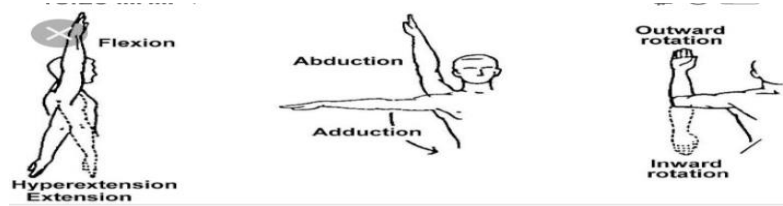
1. melatih Rom aktif dan pasif

Berdasarkan bagian tubuh yaitu:

- a. Leher



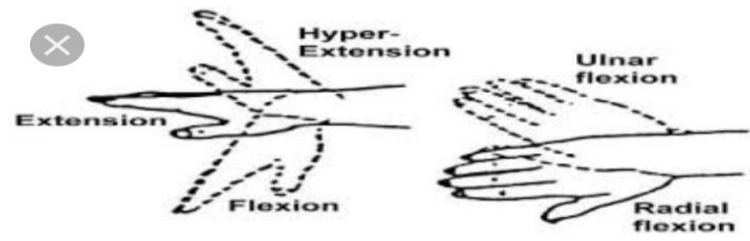
b. Bahu



c. Siku dan lengan bawah



d. Pergelangan tangan



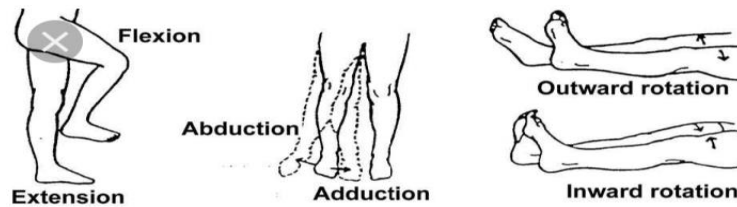
e. Jari- jari tangan



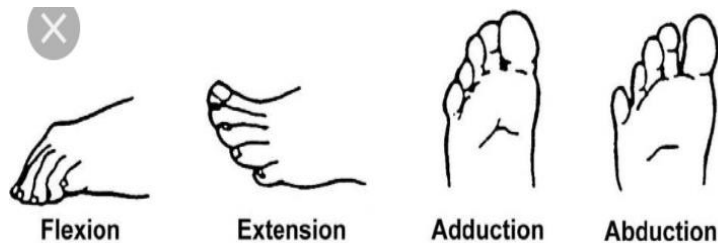
f. Ibu jari



g. Kaki



#### h. Jari- jari kaki



## 2. Melatih terapi bicara

Terapi bicara ada juga yang menyebut AIUEO, terapi ini difokuskan pada perbaikan cara bicara penderita stroke yang pada umumnya mengalami kehilangan kemampuan bicara akibat adanya saraf yang mengalami gangguan. ( Ida Farida & Nila Amalia, 2009).

Prosedur latihan vocal AIUEO

1. Atur posisi pasien duduk atau dalam keadaan nyaman dan jangan berbaring
2. Keduam tangan pasien masing- masing berada disamping kiri dan kanan
3. Ajarkan pasien kembungkan kedua bibir dengan rapat, kemudian kembungkan salah satu pipi dengan udara, tahan selama 5 detik dan kemudian keluarkan
4. Sebelumnya pasien dianjurkan untuk julurkan lidah sejauh mungkin
5. Pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf A dengan mulut terbuka

6. Pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf I dengan mulut dan gigi dirapatkan dan bibir dibuka
7. Pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf U dengan keadaan mulut mencucu kedepan bibir atas dan dan depan tidak rapat
8. Pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf E dengan keadaan pipi, mulut dan bibir seperti tersenyum
9. Pasien dianjurkan untuk mengucapkan huruf o dengan mulut dan bibir mencucuh kedepan
10. Tanyakan respon pasien dan kembalikan pasien ke [osisi semula atau posisi nyaman.

#### **2.2.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah suatu proses yang kontinyu. Evaluasi disesuaikan dengan kriteria hasil yang dicapai.



## **BAB 3**

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

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

##### **3.1.1. Gambaran lokasi studi kasus**

Penelitian dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang yang berlokasi di Jl. Moch Hatta Kuanino, Kecamatan Kota Raja – Kota Kupang. Rumah sakit ini memiliki 13 fasilitas unggul yakni fasilitas pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, IGD, kamar operasi, ruang endoskopi, klinik VCT, klinik edukasi DM, pelayanan pemeriksaan kesehatan, Pelayanan PKT, pelayanan kemoterapi, dan pelayanan echo kardiografi.

Pelayanan rawat inap RSUD Johannes memiliki fasilitas kelas utama/paviliun, kelas I, II dan III, kelas perawatan bedah, kamar bersalin dan kamar perawatan intensif (ICU, ICCU, HCU DAN NICU). Ruang Kelimutu yang diambil sebagai tempat penelitian merupakan ruang rawat inap (ruang interna dan bedah kelas 3) bagi laki-laki, untuk ruangan interna terdiri dari 8 tempat tidur, dan kamar bedah 9 tempat tidur.

##### **3.1.2. Pengkajian**

###### **1. Anamnesa**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 juli 2019 pukul 09.30 WITA. Pasien yang dirawat bernama Tn S.W berusia 41 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Kristen Protestan, pasien bekerja sebagai petani, pasien berasal dari Sabu, status pasien sudah menikah, dan berdomisili di Bakunase. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 10 Juli 2019 dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik*, pasien masuk rumah sakit dengan alasan badan bagian kanan terasa lemah, sakit kepala, pusing, pasien mengatakan susah bicara, bicara masih pelo.

Riwayat kesehatan masa lalu: Pasien mengatakan memiliki riwayat

hipertensi tahun 2017. Riwayat kesehatan keluarga pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti pasien. Pola-pola kesehatan: Pola nutrisi keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien biasanya makan 3-4x sehari, makanan yang di makan bervariasi dengan nasi, ikan, sayur dan tempe tahu, dan selalu menghabiskan makanan, saat sakit, pasien makan sedikit tapi sering, Pola tidur pasien mengatakan tidur baik sebelum dan saat sakit. Tidur siang biasanya jam 14.00 dan tidur malam 22.30 wita, tidak ada gangguan saat tidur. Pola eliminasi: Pasien mengatakan BAK sehari 4-5 kali, warna kuning jernih, tidak berbau, dengan jumlah 1500 cc, saat ini pasien terpasang kateter, pasien BAB 1 kali dalam sehari, konsistensi encer, warna kuning kecoklatan dan bau khas. Pola aktivitas dan latihan: Sebelum sakit, aktivitas pasien biasanya kekebun, karena pekerjaannya petani , saat sakit, pasien hanya berbaring saja, semua aktivitas di bantu keluarga dan perawat. pola kognitif pasien mengatakan tahu tentang penyakit stroke. Pola persepsi diri pasien dan keluarga mengatakan mereka tidak menganggap penyakit yang di alami oleh pasien di buat oleh orang atau kutukan. Pola peran pasien mengatakan perannya sebagai kepala keluarga yang harus menafkai keluarganya. Pola interaksi sosial orang yang penting dalam atau terdekat dengan pasien adalah istri dan anak-anaknya dan adik kandung, pasien mengatakan tidak biasa mengikuti organisasi sosial. Jika mempunyai masalah, pasien sering menceritakan kepada istrinya, mengatasi masalah yang dihadapi dengan sabar, dan interaksi dengan keluarga baik. Kegiatan spritual pasien mengatakan ke gereja 1-2 kali dalam sebulan.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak lemah, tingkat kesadaran apatis, GCS=11 (E4V4M4), pasien mengalami hemiparese pada ekstremitas kanan, bicara pasien masih pelo, pasien membutuhkan bantuan untuk aktivitas sehari-hari, kekuatan otot pasien 4 pada ekstremitas kanan, CRT<2 detik, TTV: Td, 110/70mmHg, RR: 18x/m, N: 104x/m, S:36.5<sup>0</sup> c.

Kepala dan leher: bentuk kepala normal, konjungtiva mera mudah, tenggorokan dan mulut: ada gangguan bicara, bibir lembab dan mukosa bibir mera muda, JVP teraba, bentuk dada normal, irama nafas teratur, auskultasi bising usus 25x/menit. Pasien terpasang kateter. BB sebelum sakit: 43kg, TB: 150cm.

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 juli 2019, hemaglobin 10,6 gr/dl (L), hematokrit 33,4 (L), eritrosit 4, 86, MCV, 68,7 (L), MCG 21,8 (L), DW-CW 22,4 (H), lekosit 10.77 (H), Eosinofil 0.1 (L), Neutrofil 79.1 (H), Limfosit 13,9 (L), monosit 6,8.

Pengobatan yang didapatkan:

- a. Piracetam 3x3 gram/iv, obat ini berfungsi untuk mengobati kondisi miklonus kortikal,
- b. Aspilet 1x80 mg, untuk mencegah serangan jantung dan pengobatan tambahan pada pasca stroke
- c. CPG 1x75mg, untuk menurunkan kejadian trombolitik pada infarkmiokard, stroke atau penyakit perifer dan sindrom koroner akut
- d. Simvastatin 0-0-20mg, untuk membantu menurunkan kolesterol dan lemak jahat.
- e. Neurodex 1x1 tablet, mengobati penyakit yang disebabkan karena kekurangan vitamin B, anemia, gangguan saraf otak dan pegal otot
- f. Ceftriakson 2x1 gram drip dalam Ns 100cc, untuk mengobati infeksi bakteri

### **3.1.3. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan ditegakan berdsarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak ditandai dengan pasien mengatakan masih sakit kepala dan

biacar masih tidak jelas, nampak pasien berbicara pelo, kesadaran samnolen , GCS: 12, tekanan darah 110/70mmHg, N:104x/m, kakuatan otot

$$\frac{4}{4} \left| \frac{5}{5} \right.$$

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan disfungsi neuromuskular ditandai dengan pasien mengatakan kaki dan tangan kanan lemas, pasien nampak lemah, nampak *Activity DailyLife* (ADL), dibantu oleh keluarga dan pasien, kekuatan otot
- $$\frac{4}{4} \left| \frac{5}{5} \right.$$
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan otot, ditandai dengan pasien mengatakan belum mandi sejak kemarin, pasien tampak kotor, bau keringat, dan kuku panjang dan kotor

#### 3.1.4. Perencanaan keperawatan

Dalam perencanaan keperawatan ada goal, objektif, rencana dan rasional. Perencanaan yang dibuat adalah:

Pada masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak dipilih sebagai prioritas pertama karena mengancam jiwa maka goal untuk diagnosa ini adalah pasien akan mempertahankan keefktifan perfusi jaringan serebral selama dalam perawatan. Dengan objektifnya dalam jangka waktu 30-60 menit pasien tidak merasa sakit kepala dan pusing, dan dalam jangka waktu 3x24 jam pasien berbicara agak lebih jelas, tidak ada peningkatan tekanan intra kranial, tingkat kesadaran komposmentis, kekuatan otot menjadi 5. Perencanaan yang dirumuskan adalah 1). atur posisi kepala agak tinggi dengan mempertahankan body aligenment, **rasional:** untuk mencegah peningkatan tekanan intraserebral. 2). Pantau TTV pasien, **rasional:** untuk mendeteksi secara dini tanda penurunan tekanan perfusi serebral. 3). Kaji dan catat status komunikasi pasien, 4). Minta pasien untuk menyebutkan

kata sederhana seperti “es atau bes”. 5). Tunjukkan objek dan minta pasien untuk menyebutkan benda tersebut, 6). Anjurkan keluarga atau pengunjung untuk selalu mengajak pasien berbicara

Pada masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan dipilih sebagai prioritas kedua karena dapat mengancam tumbuh kembang pasien maka goal untuk masalah ini adalah pasien akan meningkatkan mobilitas yang normal selama dalam perawatan. Objektifnya dalam jangka waktu 3x24 jam mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasilkebutuhan pasien terhadap pergerakan dapat terpenuhi, mobilisasi dapat dilakukan. Perencanaan yang dirumuskan adalah 1). Lakukan latihan ROM (range of motion), **rasional:** untuk mencegahkontraktur sendi dan atrofi otot, 2). Miringkan dan atur posisi pasien setiap 2 jam saat ditempat tidur, **rasional:** tindakan ini mencegah kerusakan kulit dengan mengurangi tekanan, 3). Ajarkan kepada keluarga tentang latihan Range Of Motion (ROM), 4). Monitor TTV, 5). Anjurkan keluarga untuk membantu pasien untuk tidur miring kiri/kanan.

Pada masalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan otot, dipilih sebagai prioritas ketiga, maka goal pasien akan meningkatkan perilaku perawatan diri selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 30 menit perilaku perawatan diri dapat meningkat dengan kriteria hasil pasien bersih, tidak bau keringat, mampu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan. Perencanaan yang dirumuskan adalah 1). Kaji kemampuan dan tingkat personal hygiene pasien, 2). Bantu sebagian atau sepenuhnya saat personal hygiene pasien.

### **3.1.5. Implementasi keperawatan**

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang di rancang. Tindakan keperawatan mulai dilakukan pada tanggal 6 15 Juli sampai 17 Juli 2019.

Pada hari pertama (15 Juli 2019)

Tindakan yang dilakukan pada masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak adalah mengobservasi TTV pasien (TD: 110/70mmHg, N:98x/m, S:36,7<sup>0</sup>c, RR: 20x/m), mengkaji tingkat kesadaran pasien (tingkat kesadaran sannolen GCS=12, E4V4M4), melatih pasien berbicara dengan menyebutkan huruf AIUEO, melayani injeksi piracetam 3gram/iv, neoredox 1 tablet/oral.

Pada masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskulur adalah mengkaji kemampuan pasien dalam mobilitas, membantu pasien miring kiri/kanan setiap 2 jam dengan melibatkan keluarga, mengkajikekuatan otot dengan kekuatan otot

4	5
4	5

Masalah defisit perawatan diri, tindakan yang dilakukan adalah membantu personal hygiene pasien dengan membantu memotong kuku, membersihkan mulut dan gigi, mengganti linen yang kotor.

Pada hari kedua (16 Juli 2019)

Masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak tindakan yang dilakukan adalah monitor TTV (TD: 120/80mmHg, N: 90x/m, S:36<sup>0</sup>c, RR: 19x/m), melatih pasien berbicara dengan menyebutkan huruf AIUEO, menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk selalu mengajak pasien berbicara, melayani injeksi piracetam 3gram/iv, neoredox 1 tablet/oral.

Masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, tindakan yang dilakukan adalah mengkaji kekuatan otot, membantu pasien miring kiri dan kanan, melatih pasien Range Of Motion Pasif (ROM) dengan melibatkan keluarga.

Pada masalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, tindakan yang dilakukan adalah membantu personal hygiene pasien

Pada hari kedua (17 Juli 2019)

Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak adalah memonitor TTV, mengkaji kekuatan otot, meminta pasien menyebutkan kalimat sederhana seperti kata “bisa”, melayani injeksi piracetam 3gram/iv, neoredox 1 tablet/oral.

Masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, tindakan yang dilakukan adalah melatih ROM pasif pada ekstremitas yang lemah dengan melibatkan keluarga, mengkaji kekuatan otot, membantu pasien untuk merubah psisi miring kiri/kanan.

Masalah defisit perawatan diri, tindakan yang dilakukan adalah mengkaji kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan persinal hygiene.

### **3.1.6. Evaluasi keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk meniali keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan dengan menggunakan metode SOAP.

Evaluasi tanggal 15 Juli 2019

Pada masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak: S: pasien mengatakan masih pusing, O: TTV: 110/80mmHg, N: 98x/m, S: 360c, RR:20x/m, pasien bicara kurang jelas (pelo), A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Pada masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. S: pasien mengatakan belum bisa beraktivitas, O: pasien tampak lemah, ADL dibantu penuh oleh keluarga dan perawat, kekuatan otot ekstremitas atas 4/5, dan ekstremitas bawah 4/5, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan. Masalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. S: pasien mengatakan badan sudah segar setelah mandi, O: pasien tampak bersih, tidak bau keringat, mulut, gigi, kuku bersih, rambut rapih, A: masalah teratasi, P: intervensi tetap dilanjutkan.

Evaluasi tanggal 16 Juli 2019

Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak. S: pasien mengatakan tidak merasa pusing, O: TTV TD: 110/80mmHg, N: 102x/m, S:370c, RR:18x/m, pasien masih bicara kurang jelas, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi. Pada masalah hambatan mobilitas fisik, S: pasien mengatakan masih lemas dan belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari, O: pasien hanya berbaring, semua aktivitas dibantu perawat dan keluarga, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan. Masalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, S: pasien mengatakan sudah mandi dan merasa segar, O: pasien tampak rapih dan bersih, A: masalah teratasi, P: intervensi dipertahankan.

Evaluasi tanggal 17 Juli 2019

Masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, didapatkan evaluasi: S: pasien mengatakan bicara masih kurang jelas, O: pasien bicara pelo, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan. Masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. S: pasien mengatakan belum bisa beraktifitas karena masih lemah, O: pasien tampak lemah, hanya berbaring, aktivitas dibantu keluarga dan perawat, kekuatan otot kanan 4/kiri5, A: masalah belum tertasi, P: intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh perawat ruangan. Masalah keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan keelmahan. S: pasien mengatakan segar setelah mandi, O: pasien tampak rapi dan bersih, A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan.

## **3.2 Pembahasan**

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

### **3.2.1. Pengkajian**

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn S.W sesuai dengan teori Amelia 2018 faktor lain yang menyebabkan stroke adalah hipertensi, penyakit



kardiovaskuler, kolesterol tinggi, obesitas, peningkatan hematokrik, resiko infark serebral, diabetes dikaitkan dengan aterogenesis terakserasi, kontrasepsi oral (khususnya disertai dengan hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi). Berdasarkan teori tidak ada kesenjangan dengan kasus nyata karena ditemukan salah satu penyebab stroke adalah hipertensi, maka menurut penulis tidak ada kesenjangan teori dan kasus nyata karena pasien sebelumnya memiliki riwayat penyakit hipertensi.

Berdasarkan teori menurut (Mansjoer 2000), tanda dan gejala pada *stroke non hemoragik* adalah kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis), terjadi penurunan kesadaran, disartia (bicara pelo atau cadel), gangguan penglihatan, vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala. Berdasarkan kasus nyata yang ditemukan pada Tn S.W hanya ditemukan tanda dan gejala adalah hemiparesis, penurunan kesadaran dan disartia (bicara pelo), maka menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

### **3.2.2. Diagnosa keperawatan**

Bedah diagnosa keperawatan yang dapat ditegakan pada pasien stroke non hemoragik adalah perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi gangguan oklusi, hemoragic, vasospasme serebral, edema serebral. Tidak ada kesenjangan karena pada kasus nyata di temukan masalah tersebut. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiplegia, hemiparesis, keterlibatan neurovaskuler, kelemahan dan flaksit/ paralisis, hipotonik (awal), kerusakan perceptual/ kongnitif. Pada kasus nyata ditemukan masalah tersebut, maka menurut penulis tidak ada. Menurut Andra & Yessy 2013 dalam buku Keperawatan Medikal kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Diagnosa hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (tumor otak, penurunan sirkulasi ke otak), kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus atau kontrol

otot fasial, kelemahan/ kelemahan umum, pada kasus nyata ditemukan masalah tersebut, sehingga menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Diagnosa Kurang perawatan diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/ koordinasi otot, kerusakan perseptual/kognitif, dalam kasus nyata di temukan masalah tersebut, maka menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Diagnosa resiko terjadinya ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan menurunnya refleks batuk dan menelan imobilisasi, berdasarkan kasus nyata tidak ditemukan masalah tersebut karena pasien tidak mengalami tanda dan gejala seperti sesak nafas, tidak batuk, tidak ada ronchi pada lobus paru. Maka menurut penulis ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

### 3.2.3. Intervensi keperawatan

Pada kasus Tn S.W intervensi keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak adalah: 1). atur posisi kepala agak tinggi dengan mempertahankan body alignment, **rasional:** untuk mencegah peningkatan tekanan intraserebral. 2). Pantau TTV pasien, **rasional:** untuk mendeteksi secara dini tanda penurunan tekanan perfusi serebral. 3). Kaji dan catat status komunikasi pasien, 4). Minta pasien untuk menyebutkan kata sederhana seperti “es atau bes”. 5). Tunjukkan objek dan minta pasien untuk menyebutkan benda tersebut, 6). Anjurkan keluarga atau pengunjung untuk selalu mengajak pasien berbicara.

Pada masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan: 1). Lakukan latihan ROM (range of motion), **rasional:** untuk mencegah kontraktur sendi dan atrofi otot, 2). Miringkan dan atur posisi pasien setiap 2 jam saat ditempat tidur, **rasional:** tindakan ini mencegah kerusakan kulit dengan mengurangi tekanan, 3). Ajarkan kepada keluarga tentang latihan Range Of Motion (ROM), 4). Monitor TTV, 5). Anjurkan keluarga untuk

membantu pasien untuk tidur miring kiri/kanan. Pada masalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan otot: 1). Kaji kemampuan dan tingkat personal hygiene pasien, 2). Bantu sebagian atau sepenuhnya saat personal hygiene pasien.

#### **3.2.4. Implementasi keperawatan**

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Tn S.W semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan dan berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak adalah memonitor TTV dan melatih pasien berbicara dengan menyebutkan huruf AIUEO. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular adalah membantu ADL pasien, melatih ROM, diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, tindakan yang dilakukan adalah membantu pasien dalam personal hygiene.

#### **3.2.5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi pada Tn S.W sesuai dengan hasil implementasi yang dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, belum teratasi karena pasien masih lemah, bicara masih belum jelas, diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular adalah masalah belum teratasi karena semua keaktivitas pasien masih dibantu keluarga dan perawat, diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan sudah teratasi karena keluarga membantu perawat dalam melakukan personal hygiene pada pasien.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### 4.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan SNH di RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang ruang kelimutu, pada tahun 2019 dapat diberikan secara sistematis dan terorganisir, dengan menggunakan pengkajian yang baku serta hasil yang diharapkan sesuai dengan harapan pasien sehingga dapat disimpulkan bahwa:

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 pada Tn S.W dengan SNH, didapatkan pemeriksaan, adanya keluhan ekstremitas bagian kiri lemah dan sulit digerakan, dan sedikit sulit untuk berbicara, keluarga pasien mengatakan masuk rumah sakit sejak hari Rabu, 10 Juli 2019, pasien diantar ke UGD RSUD Prof Dr. W.Z Yohanes Kupang sekitar pukul 10.00 wita karena pasien merasa pusing dan sakit kepala sekitar 1-2- menit, kemudian badan bagian kiri lemas dan sulit digerakan, dan pasien sulit berbicara, saat diobservasi keadaan umum pasien tampak lemah, TTV: Td: 110/70mmHg, N104x/m, S: 36,5<sup>0</sup>c, RR: 18x/m. Pasien terpasang infus Ns20 tpm, konjungtiva merah muda, tingkat kesadaran pasien composmentis, GCS: 12, E:4. V: 4, M:4, CRT,2 detik, TB: 150cm, BB:42kg

Dalam analisa data ditemukan tiga diagnosa keperawatan antara lain: Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Rencana tindakan yang dibuat untuk mengatasi ke-tiga diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. S.W diantaranya untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak yaitu lakukan pengukuran tekanan darah dan dan melatih pasien berbicara. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular yaitu mengajarkan pasien dan keluarga ROM, membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-

hari, diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yaitu membantu pasien dalam personal hygiene

Implementasi yang dilakukan pada Tn S.W berdasarkan intervensi yang ditetapkan, pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak adalah memantau TTV, melatih pasien berbicara kalimat yang sederhana, pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular tindakan yang dilakukan adalah bantu pasien dalam beraktivitas, melatih ROM, diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan tindakan yang dilakukan adalah membantu pasien dalam personal hygiene.

Evaluasi yang didapatkan pada Tn S.W dari ketiga diagnosa tersebut yang, satu diagnosa teratasi yaitu defisit perawatan diri, sedangkan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak dan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular tidak teratasi dan intervensi selanjutnya oleh perawat di ruangan.

#### **4.2.Saran**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn S.W RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang ruang kelimutu, dan kesimpulan yang telah ditulis oleh penulis, maka dengan itu penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien  
Disarankan untuk menjalani pengobatan dengan teratur baik bersifat farmakologi atau maupun non farmakologi sehingga mempercepat proses penyembuhan.
2. Bagi peneliti selanjutnya  
Studi kasus ini secara teoritis dapat menjadi acuan bagi peneliti dengan responden yang lebih besar sehingga dapat menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan medikal bedah yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andra & Yessy, 2013, Keperawatan Medikal Bedah, Yogyakarta: Nuha Medika
- Brunner & Suddarth, 1997, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8, EGC: Jakarta
- Doengoes Marilyn, Dkk, 2000 Buku Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3, EGC Jakarta
- Dourman, 2013. Buku Ajar Keperawatan Medikal Medah Vol 3 Edisi 8. EGC: Jakarta
- Friedman, Marylin M. 1998, Family Nursing Theory And Praticce. Ahli Bahasa Ina 2, Pt Bhuana Ilmu Popular, Kelompok Gramedia: Jakarta
- Mubarak Dkk, 2015. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Salemba Medika: Jakarta
- Price, S, A, 2000, Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi: 4 Buku 2, EGC. Jakarta
- Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan Ri 2015. Situasi Dan Analisis Penyakit Stroke
- Smeltze & Bare, 2002. Buku Ajar Keperawatan Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik. Poltekes Kemenkes Padang



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat : Jln. El Tari II Liliba – Kupang, Telp : (0380) 881880 ; 880880

Fax (0380) 8553418 ; email : poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA MAHASISWA** : Getrudis Un

**NIM** : PO. 5303201181190

**NAMA PEMBIMBING** : Mariana Oni Betan, S.kep., Ns., MPH

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin 22 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ujian akhir program</li><li>- Bab 1 dan bab 2 di perbaiki</li><li>- Dikonsulkan ke pembimbing</li></ul>	
2.	Selasa 23 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki kata pengantar, Bab 2 dan 3</li><li>- Spasi dalam penulisan harus disesuaikan</li></ul>	
3.	Jumat 26 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki bab 3 dan pembahasannya</li><li>- Gunakan referensi dari penulisan daftar pustaka</li></ul>	
4.	Senin 29 Juli 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki pembahasan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi</li></ul>	

--	--	--	--