

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. O.D
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ENDE



Oleh :

KRISTINA GALA EFHEN
NIM : PO 5303202210055

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWAAN ENDE
2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. O.D
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE DI RUANG
PENYAKIT DALAM III RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ENDE**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Pendidikan
Diploma III Keperawatan Pada Program Studi Keperawatan Ende



Oleh :

KRISTINA GALA EFHEN
NIM. PO5303202210055

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

2024

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

OLEH :

KRISTINA GALA EFHEN
NIM. PO5303202210055

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 3 Mei 2024

Pembimbing



Irwan Budiana, S.Kep.Ns., M.Kep.
NIP. 198906272019021 001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M., Kep., Ns., Sp.Kep., Kom
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE DI RUANG PENYAKIT DALAM III
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

OLEH

KRISTINA GALA EFHEN
NIM. PO5303202200507

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan dan Dipertanggungjawabkan
Pada Tanggal, 16 Juni 2024

Penguji Ketua



Try Ayu Patmawati, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP.199212282020122009

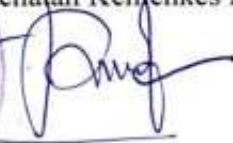
Penguji Anggota



Irwan Budiana, S.Kep.Ns., M.Kep.
NIP.198906272019021001

Mengetahui

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



Aris Wawomeo, M.,Kep., Ns., Sp.Kep.,Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Kristina GALA Efhen
NIM : PO. 5303202210055
Program Studi : D - III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Ny.O.D dengan Diagnosa Medis Stroke di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan hasil kerja saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil plagiarisme maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 3 Mei 2024
Yang Membuat Pernyataan,



KRISTINA GALA EFHEN
PO. 5303202210055

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya Tulis Ilmiah dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke di RSUD Ende tahun 2024” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang. Sebagai manusia yang lemah, penulis menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Dr.Ester Puspa Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan studi Kasus di RSUD Ende
4. Bapak Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns,M.Kep selaku penguji ketua, yang sudah meluangkan waktu untuk menguji penulis.
6. Pasien Ny. O.D bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Kedua orang tua, kakak, adik dan seluruh keluarga serta teman-teman atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 5 Mei 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Ny. O. D Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Kristina Gala Ephen ⁽¹⁾

Irwan Budiana ⁽²⁾

Try Ayu Patmawati ⁽²⁾

Stroke merupakan masalah kesehatan yang sering di temukan pada masyarakat baik di negara maju maupun berkembang termasuk Indonesia. Stroke memiliki prevalensi tertinggi, di perkirakan 25 juta penderitanya secara global akan berakhir dengan kematian

Gaya hidup yang awalnya sehat, saat ini berubah menjadi tidak sehat salah satunya perubahan pola hidup yang tidak sehat. Seperti makan-makanan yang banyak mengandung lemak dan kolesterol, merokok, kurang olahraga, minum alkohol dan berlebihan dalam bekerja (Cerebro Vascular Accident) merupakan gangguan pada system persyarafan yang sering di derita oleh manusia. Penyebab terjadinya stroke karena sumbatan dan pecahnya pembuluh darah sehingga memutus suplai nutrisi dan oksigen ke otak.

Tujuan studi kasus agar mampu melakukan asuhan keperawatan pada Ny. O.D dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Metode yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil stusi kasus pada Ny.O.D di laksanakan berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Pada pengkajian ditemukan data bahwa pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kiri, mual, muntah, pusing, tidak bisa bicara, pengelihatn kabur dan daya ingat menurun.

Masalah diangnosa keperawatan pada Ny. O.D yaitu gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan muskuloskeletal, gangguan komunikasi verbal berhungan dengan gangguan sirkulasi.

Intervensi keperawatan di lakukan berdasarkan masalah keperawatan yaitu menganjurkan klien untuk minum obat secara teratur, menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam latihan ROM, menganjurkan keluarga untuk selalu berkomunikasi dengan klien.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik.

Kepustakaan : 17 buah (2016-2022)

Keterangan : (1) Mahasiswa Prodi D III keperawatan Ende

(2) Dosen Prodi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Mrs. O.D with Non-Hemorrhagic Stroke in Internal Medicine Room III of Ende Hospital

Kristina Gala Ephen ⁽¹⁾

Irwan Budiana ⁽²⁾

Try Ayu Patmawati ⁽²⁾

Stroke is a health problem that is often found in people both in developed and developing countries, including Indonesia. Stroke has the highest prevalence, with an estimated 25 million sufferers globally ending in death.

A lifestyle that was initially healthy, is now turning into unhealthy, one of which is a change in an unhealthy lifestyle. Such as eating foods that contain a lot of fat and cholesterol, smoking, lack of exercise, drinking alcohol and excessive work (Cerebro Vascular Accident) is a disorder of the nervous system that is often suffered by humans. The cause of stroke is blockage and rupture of blood vessels that cut off the supply of nutrients and oxygen to the brain.

The purpose of the case study was to be able to provide nursing care to Mrs. O.D with Non-Hemorrhagic Stroke in the Internal Medicine Room III of Ende Hospital.

The method used in this Scientific Paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation.

The results of the case study on Mrs. O.D were carried out based on the nursing process approach. In the study, data was found that the patient experienced weakness in the left hand and foot, nausea, vomiting, dizziness, inability to speak, blurred vision and decreased memory.

The nursing problems in Mrs. O.D. are cerebral perfusion disorder is not effective related to embolism, physical mobility disorder is related to musculoskeletal, verbal communication disorder is associated with circulation disorders. Nursing interventions are carried out based on nursing problems, namely encouraging clients to take medication regularly, encouraging families to help clients in ROM exercises, encouraging families to always communicate with clients.

Keywords: Non-Hemorrhagic Stroke Nursing Care.

Literature : 17 pieces (2016-2022)

Description: (1) Students of the DIII Nursing Study Program, Ende

(2) Lecturers of the DIII Nursing Study Program, Ende

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	v
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Stroke.....	8
B. Konsep Asuhan Keperawatan	23
BAB III METODE PENELITIAN	43
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	43
B. Subyek Studi Kasus	43
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	43

D. Lokasi Studi Kasus.....	44
E. Prosedur Studi Kasus	44
F. Teknik Pengumpulan Data.....	44
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	45
H. Keabsahan Data.....	45
I. Analisa Data	46
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	48
A. Hasil Studi Kasus	48
1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus	48
2. Pengkajian	49
3. Diagnosa Keperawatan	58
4. Perencanaan Keperawatan	59
5. Implementasi Keperawatan	65
6. Evaluasi Keperawatan	72
7. Catatan Perkembangan	77
B. Pembahasan	78
BAB V PENUTUP.....	83
A. Kesimpulan	83
B. Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA	85
LAMPIRAN.....

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan sindrom dari beberapa tanda dan gejala hilangnya peran sistem saraf pusat fokal yang terjadi secara cepat (detik atau menit). Gejala ini terjadi >24 jam atau bisa mengakibatkan kematian. Stroke adalah hilangnya aliran darah ke otak secara tiba-tiba yang biasanya disebabkan oleh okulasi atau pecahnya arteri serebral utama. (Tiara & Umi, 2019).

Stroke adalah suatu keadaan dimana sel-sel otak mengalami kerusakan karena kekurangan oksigen yang disebabkan oleh adanya gangguan aliran darah ke otak. Stroke dibagi menjadi 2 kategori diantaranya adalah stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh adanya sumbatan pada pembuluh darah yang menyebabkan jaringan otak kekurangan oksigen. Stroke hemoragik disebabkan oleh adanya pendarahan yang berkaitan dengan pecahnya pembuluh darah di otak. (Sri Hartati, dkk, 2017).

Berdasarkan data menurut *World Stroke Organization* (2022) dikutip dalam (Theresia, dkk., 2022) secara global, lebih dari 12,2 juta atau satu dari empat orang di atas usia 25 akan mengalami stroke atau lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini, lebih dari 7,6 juta atau 62% stroke iskemik baru setiap tahun. Lebih dari 28% dari semua kejadian stroke adalah perdarahan intraserebral, 1,2 juta perdarahan subarachnoid. Sekitar 795.000 orang di Amerika Serikat menderita stroke baru atau berulang. Sekitar 610.000

diantaranya adalah stroke pertama kali, sementara 185.000 adalah stroke berulang

Menurut *World Health Organization* (2022) di dalam Balgis, dkk., 2022., 7,6 juta kematian terjadi akibat stroke. Kejadian di negara Indonesia menempati urutan ketiga setelah asma dan kanker. 8,3 per 1000 penduduk yang sudah terdiagnosis penyakit stroke. Sekitar 72,3% kasus stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevelensi stroke di berbagai provinsi di Indonesia bervariasi dari prevelensi terendah di Papua 4,1, Maluku utara 4.6 dan Papua barat 6.4 dan prevelensi tertinggi di Kalimantan timur 14.7 kemudian diikuti oleh Daerah Istimewa Yogyakarta 14.6 dan Sulawesi utara 14.2, prevelensi rata-rata stroke (SD) di Indonesia sebesar 10.082 (2.709).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 jumlah presentasi stroke berjumlah 4,4%. Selain itu data Riskesdas 2018 menunjukkan prevelensi stroke tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Kalimantan timur (14,7%), dan terendah di provinsi di Papua (4,1%), prevelensi stroke di Sumatera selatan adalah (10,9%), Berdasarkan diagnosis dokter prevelensi stroke di NTT adalah (6,06%) (Riskesdas, 2022). Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia 2023 prevelensi stroke di Indonesia sebanyak (8,3%) (SKI, 2023).

Menurut data profil kesehatan provinsi NTT 2019, jumlah kasus stroke di kabupaten Ende menempati posisi keenam dengan total penderita sebanyak 2295 orang dimana prevalensi terbanyak terdapat di kabupaten Ende sebanyak 551 orang dan kota Kupang sebanyak 491 kasus. (Rut Desyiana, dkk., 2019). Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun

2022 prevelensi stroke sebanyak 15,75%, naik dibandingkan tahun 2010 sebesar 13,08%. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia 2023 prevelensi stroke di Nusa Tenggara Timur (NTT) sebanyak (5,9%) (SKI, 2023).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang didapat melalui laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Ende tercatat 3 tahun terakhir kasus stroke yakni pada tahun 2020 sebanyak 446 kasus, pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 448 kasus, pada tahun 2022 mengalami penurunan, yakni 428 kasus, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 261 kasus (Dinkes Kabupaten Ende).

Rumah Sakit Umum Daerah Ende merupakan salah satu pelayanan kesehatan terbesar yang menjadi pusat pelayanan pasien stroke di kabupaten Ende. Menurut data dari RSUD Ende pada tahun 2020 stroke hemoragik berjumlah 16 orang (laki- laki: 13 orang dan perempuan: 3 orang), sedangkan stroke non hemoragik berjumlah 41 orang (laki-laki: 29 orang dan perempuan: 12 orang). Pada tahun 2021 stroke hemoragik berjumlah 5 orang (laki-laki: 3 orang dan perempuan: 2 orang), sedangkan stroke non hemoragik berjumlah 20 orang (laki-laki: 14 orang dan perempuan: 6 orang). Tahun 2022 stroke hemoragik berjumlah 7 orang (laki-laki: 4 orang dan perempuan: 3 orang), sedangkan stroke non hemoragik berjumlah 43 orang (laki-laki : 28 orang dan perempuan : 15 orang), sedangkan tahun 2023 stroke hemoragik berjumlah 1 orang dan stroke non hemoragik berjumlah 47 orang (laki-laki : 24 orang dan perempuan: 23 orang). (RSUD Ende, 2023)

Seorang yang menderita stroke paling banyak disebabkan oleh individu yang memiliki gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang tinggi lemak, kurang aktivitas fisik, atau olahraga. Dampak akibat penyakit stroke ditentukan oleh luas daerah dan lokasi otak yang mengalami gangguan. Gejala yang paling sering muncul adalah kesulitan menggerakkan anggota gerak, tidak dapat merasakan sensasi diwajah, sulit untuk berbicara (afasia), bibir tidak simetris, sulit menelan, hilang kesadaran bahkan kelumpuhan. Apabila tidak ditangani dengan baik stroke dapat menyebabkan kecacatan fisik bahkan kematian, maka dari itu penanganan stroke harus segera dilakukan dengan baik dan cepat (Loveta, dkk., 2022).

Dampak buruk penyakit stroke dapat diminimalisir jika serangan stroke dikenali dan mendapatkan pertolongan segera. Pasien yang terkena stroke butuh penanganan tepat segera mungkin. Penanganan tepat dari tenaga medis dalam jangka waktu antara 3 jam hingga dari gejala awal diharapkan dapat mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen (Junaidi, 2020).

Tingginya jumlah penderita stroke saat ini telah menjadi perhatian penting bagi setiap orang dan pemerintah. Pasien, keluarga maupun tenaga kesehatan dapat memberi perhatian lebih terkait pencegahan dan penanganan yang tepat bagi penderita yang beresiko mengalami stroke. Mengidentifikasi risiko tinggi pasien yang mengalami gangguan pra dan pasca-stroke sangat membantu dalam merencanakan target terapi dan menentukan prognosis (Baal et al.2021).

Peran perawat yang diberikan kepada orang yang mengalami penyakit stroke yaitu melatih mobilisasi tirah baring selama 2 jam untuk mencegah terjadinya kekakuan pada otot, memberikan obat yang tepat dan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun pasien tentang perawatan penyakit stroke. Gaya hidup masyarakat terhadap kesehatannya menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka kejadian stroke, jika stroke tidak ditangani maka berdampak lebih buruk bagi pasien (Kurniajati & dkk 2022)

Dalam pelaksanaan peran sebagai pemberi asuhan terdapat beberapa permasalahan yakni aspek dari pengkajian sampai evaluasi adalah pada saat pengkajian perawat tidak semua menggunakan data sistematis seperti pada saat melakukan pemeriksaan fisik perawat tidak menggunakan IPPA (Inspeksi, Palpasi, perkusi, auskultasi), masalah diagnosa perawat tidak menggunakan buku SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia) sebagai acuan, pada intervensi perawat tidak menggunakan buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan) dan juga SLKI (Standart Luaran Keperawatan Indonesia).

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Stroke”. Asuhan keperawatan yang profesional di berikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang terdapat dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Ende dengan Diagnosa Medis Stroke?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke melalui proses pendekatan.

2. Tujuan khusus

- a. Menggambarkan hasil pengkajian pada pasien dengan diagnose pada pasien Stroke
- b. Menggambarkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Stroke
- c. Menggambarkan rencanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke
- d. Menggambarkan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke
- e. Menggambarkan hasil evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke
- f. Menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke di Rumah sakit Daerah Ende.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi penulis

Sebagai bahan acuan untuk menambah pengetahuan dan memperluas wawasan dan pemahaman penulis tentang stroke.

2. Bagi Tempat Pelaksanaan Praktik

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya kasus stroke

3. Bagi Institusi

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekkes Kemenkes Kupang jurusan Keperawatan Ende dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Stroke

1. Pengertian Stroke

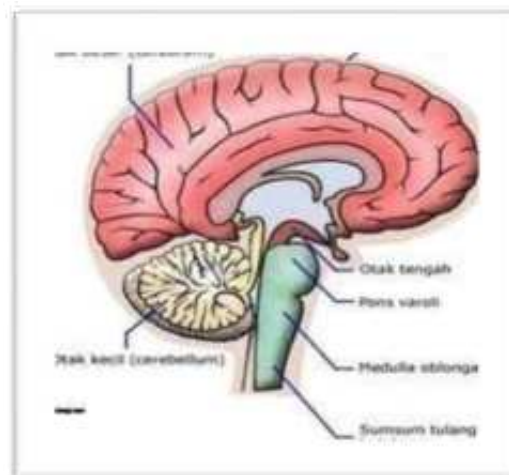
Stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis fokal atau global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada tindakan dari pembedahan atau kematian) tanpa tanda-tanda perdarahan subarachnoid, perdarahan intraserebral, iskemik atau infark serebri (Mutiarasari,2019). Sedangkan menurut (Hariyanti et.al 2020) stroke sering disebut CVA (Cerebro Vascular Accident) merupakan penyakit atau gangguan fungsi saraf yang terjadi secara mendadak yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.Jadi stroke adalah gangguan fungsi saraf pada otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis yang berkembang secara cepat yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

Menurut (Rusmegawati et. al 2020) stroke diklasifikasikan menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke hemoragik merupakan perdarahan yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah pada daerah otak tertentu dan stroke non hemoragik merupakan terhentinya sebagian atau keseluruhan aliran stroke dibandingkan dengan riwayat keluarga stroke dan status merokok.

Stroke Non Hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah keotak sebagian atau keseluruhan terhenti (Nuarif, 2016). Stroke non hemoragik terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah keotak sangat berkurang. Kondisi ini disebut juga dengan iskemia, stroke non hemoragik dapat disebabkan oleh thrombosis dan emboli (Maria, 2021).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan fungsi saraf pada otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda klinis yang berkembang secara cepat yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah dalam otak.

2. Anatomi fisiologi



Gambar. 2.1. Anatomi Fisiologi (Yudha, 2015)

a. Otak

Otak terdiri dari 3 bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu :

1) Otak Besar

Yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integrasi informasi sensoris (rasa) dan kontrol gerakan halus. Pada otak besar di temukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.

2) Otak Kecil

Terletak di bawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.

3) Batang Otak

Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.

Saraf otak di bagi menjadi 12 pasang saraf yaitu:

a) Nervus olfaktorius, saraf pembau yang keluar dari otak di bawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.

b) Nervus optikus, mensarafi bola mata, membawa rangsangan pengelihatannya ke otak

- c) Nervus okulomotoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf parasimpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris
- d) Nervus troklearis, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital
- e) Nervus trigeminus, bersifat majemuk (sensoris motoris)
- f) Nervus obdusen, sifatnya motoris fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata
- g) Nervus fasialis, serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan sel selaput lendir rongga mulut
- h) Nervus vestibulokoklearis, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar
- i) Nervus glosofaringeus, mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan rasa ke otak
- j) Nervus vagus, mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelear-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya saraf perasa.
- k) Nervus asesorius, sebagai saraf tambahan
- l) Nervus hipoglosus, fungsinya sebagai saraf lidah

3. Etiologi

Menurut Haryono, (2019) etiologi stroke non hemoragik antara lain:

a. Timbulnya thrombosis

Thrombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang di sebabkan karena tingginya lemak dalam darah.

b. Timbulnya emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari perlekatan pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah karena tersumbatnya oleh bekuan darah lemak dan udara. Emboli ini biasanya menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

c. Akibat adanya kerusakan arteri yaitu : usia, hipertensi, dan diabetes mielitus.

Pembuluh darah mengalami degenerative seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan pembuluh darah.

4. Patofisiologi

Menurut Haryono, (2019) patofisiologi Stroke Non Hemoragik adalah Stroke iskemik atau penyumbatan di sebabkan oleh oklusi sepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan menurun fungsinya. Thrombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis

menyebabkan iskemia pada jaringan dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang bisa terjadi didalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak.

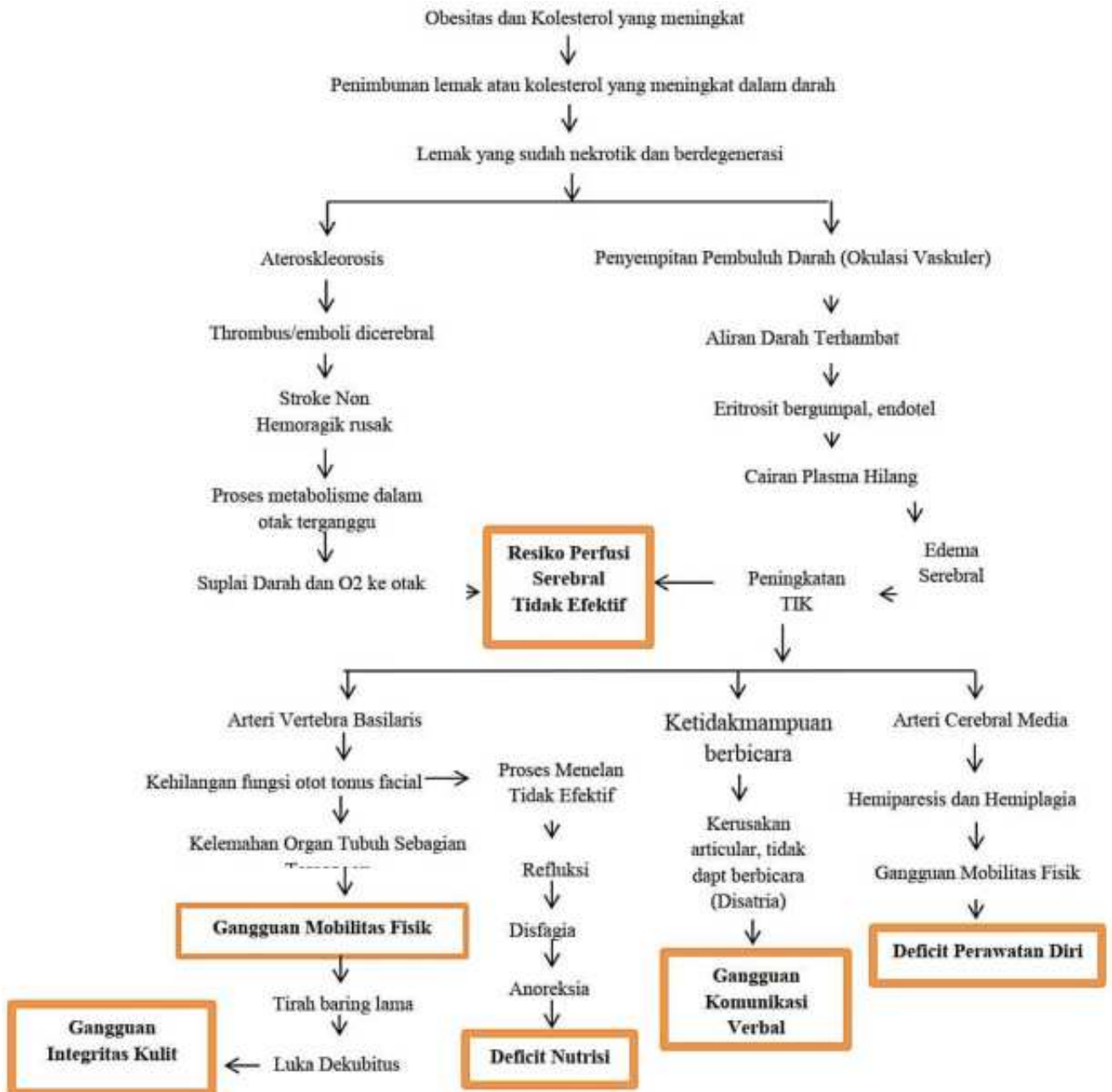
Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10 cc/ 100 g jaringan otak setiap menit. Daerah ini berisiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Sedangkan daerah penumbra adalah daerah otak yang aliran darahnya terganggu tetapi masih lebih baik dari pada daerah inti karena daerah ini masih mendapatkan suplai perfusi dari pembuluh darah lainnya. Daerah penumbra memiliki aliran darah 10-25cc/ 100g jaringan otak setiap menit. Daerah penumbra memiliki prognosis lebih baik di bandingkan dengan daerah inti. Defisit neurologis dari stroke iskemik tidak hanya tergantung pada luas daerah inti dan penumbra, tetapi juga pada kemampuan sumbatan menyebabkan kekakuan pembuluh darah atau vasopasme.

Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah adalah suatu proses biomolekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini di sebut dengan kaskade iskemia (*ischemic cascade*). Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan

oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membrane. Kekurangan energi ini membuat daerah kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamate. Glutamate bekerja pada reseptor di sel-sel saraf (terutama reseptor NMDA- methyl-D-aspartate), menghasilkan influx natrium dan kalsium. Influx natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influx kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak dan struktur sel. Influx kalsium juga dapat menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organ sel membran yang berfungsi mengatur metabolisme sel. Kegagalan tersebut membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Haryono, 2019; Maria, 2021; Tim Pokja SDKI, 2016

5. Phatway



(Nurarif Huda, 2016) dengan menggunakan Standar diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017) (Haryono and Utami 2019)

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke sebagai berikut tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, mual, muntah, (disfagia) kesulitan menelan, hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara, gangguan penglihatan, mulut mencong/ tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, proses kencing terganggu, gangguan fungsi otak, dan kesadaran baik (Huda, 2016).

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke menurut L.E (2018) sebagai berikut:

- a. Angiografi serebral : Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- b. Lumbal fungsi : tekanan yang meningkat di sertai bercak darah pada caespiratoriratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada inrakarnial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif sedangkan pada perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari pertama.
- c. CT scan : pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik lihat edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan

posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan hiperdens fokal, kadang pematatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

- d. MRI (Magnetic Imaging Reronance) : menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.
- e. USG Dopler : untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)
- f. EEG : pemeriksaan ini bertujuan melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya implus listrik dalam jaringan otak.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik menurut Harsono, (2016) adalah sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Bedrest total dengan posisi kepala heand up 15-30⁰
 - 2) Berikan terapi oksigen 2-3 L/ menit dengan nasal kanul
 - 3) Pasang invus IV sesuai kebutuhan
 - 4) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
 - 5) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi

b. Penatalaksanaan medis

- a) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 g/kgBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
- b) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis intravena atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
- c) Pemberian obat-obatan seperti Nicardipin, ACE inhibitor, Beta blocker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
- d) Pemberian obat-obatan seperti anti diabetikoral maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
- e) Trombolitik merupakan penggunaan obat-obatan untuk melarutkan gumpalan darah yang merupakan penyebab utama serangan stroke non hemoragik.
- f) Pemberian obat-obatan antikoagulan, terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan gumpalan darah dan mengurangi emboli seperti warfarin.
- g) Antiplatelet golongan obat ini sering di gunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.
- h) Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicholin, piracetm, dan pentoxyfiline

c. Fase rehabilitas

- 1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- 2) Program manajemen bladder dan bowel.
- 3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak *Range Of Motion* (ROM).
- 4) Terapi latihan genggaman bola karet.
- 5) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- 6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

9. Komplikasi

Menurut Taufan, (2018) komplikasi stroke non hemoragik sebagai berikut :

- a. Hipoksia serebral
- b. Penurunan aliran darah
- c. Embolisme serebral
- d. ISK inkontinensia
- e. Kontraktur
- f. Abrasi kornea
- g. Decubitus, encephalitis
- h. CHF
- i. Distrimia, hidrosephalus, vasopasme

10. Konsep Masalah Keperawatan

Berikut ini adalah uraian masalah yang timbul bagi klien stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan dalam

Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik adalah sebagai berikut :

a. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

- 1) Defenisi : berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak .
- 2) Faktor risiko : embolisme, hipertensi, kondisi klinis terkait : stroke.

b. Gangguan Mobilitas Fisik

- 1) Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
- 2) Penyebab : ketidak bugaran fisik, penurunan kekuatan otot, gangguan neumuskular, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, gangguan sensori persepsi.

a) Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif : sulit menggerakkan ekstermitas

Objektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun

b) Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat melakukan pergerakan

Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Kondisi Klinis Terkait : stroke

c. Gangguan Komunikasi Verbal

- 1) Definisi : penurunan, perlambatan, atau ketidakadaan

Kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim/ menggunakan sistem simbol.

2) Penyebab: penurunan sirkulasi serebral, gangguan neumuskular, gangguan pendengaran

a) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon yang tidak sesuai

b) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : afaksia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislasia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, sulit mengungkapkan kata-kata, disorientasi (orang, ruangan, waktu), difisit pengelihatan Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Kondisi Klinis

Terkait: stroke

d. Defisit Perawatan Diri

1) Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

2) Penyebab : gangguan muskuloskeletal, kelemahan

3) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif : menolak melakukan perawatan diri

b) Objektif : tidak mampu mandi/ mengenakan pakian/ tidak mampu berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

4) Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif : tidak tersedia

b. Objektif : tidak tersedia

5) Defisit Nutrisi

a) Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b) Penyebab : kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan makanan.

c) Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif : tidak tersedia

b. Objektif : berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

d) Gejala dan Tanda Minor Subjektif :

a. Subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

b. Objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat.

c. Kondisi Klinis Terkait : stroke, kerusakan neumuskular

6) Gangguan integritas jaringan/ kulit

- a) Definisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis).
- b) Penyebab : perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan mobilitas, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas kulit.
- c) Gejala dan Tanda Mayor
 - 1.) Subjektif : tidak tersedia
 - 2.) Objektif : kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit
- d) Gejala dan Tanda Minor
 - 1.) Subjektif : tidak tersedia
 - 2.) Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma. Faktor yang berhubungan : imobilisasi

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis melalui dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Turonto, 2013). Hal-hal yang perlu di kaji antara lain :

a. Pengumpulan Data

Menurut Sugiyono (2019) pengumpulan data merupakan langkah yang paling utama dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data.

Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, berbagai sumber, dan berbagai cara.

1) Biodata

- a) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis).
- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).
- c) Keluhan utama

Pada pasien stroke Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, kesulitan menelan, tiba-tiba hilang rasa peka, mual, muntah, mulut mencong, tidak dapat berkomunikasi, kejang, ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air,pusing (vertigo), gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, gangguan daya ingat, sulit melakukan aktivitas secara mandiri,penurunan tingkat kesadaran.

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Adalah kronologis dari penyakit yang di derita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap. Keluhan atau gangguan yang sehubungan dengan penyakit yang dirasakan sat ini seperti Serangan stroke berlangsung sangat mendadak, pada

saat klien sedang melakukan aktivitas atau pun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

b) Riwayat Penyakit Masa Lalu

Adalah catatan tentang penyakit dan pengobatan yang dialami pasien pada masa lalu, merupakan informasi yang dapat menambah keterangan penyakit sekarang dan atau yang berpengaruh terhadap pengelolaan pasien seperti mengkaji keluhan riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Adalah catatan penyakit dan kondisi kesehatan dalam keluarga Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes militus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

3) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan

Biasanya ada riwayat merokok, penggunaan alkohol, serta penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada saat fase akut. Apakah sering mengonsumsi masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus dan bagaimana nafsu makannya. Apakah ada ketergantungan mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol.

c) Pola Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya di dapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urin sementara.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelamahan, kehilangan sensorik atau paralise/ hemiplegia, kesukaran untuk beristirahat karena kejang/ nyeri otot.

e) Pola Sensori dan Kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan pengelihatan atau keaburan pandangan perabaan/sentuhan menurun pada muka dan ekstremitas yang sakit. Pada pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses pikir.

f) Pola Tidur dan Istirahat

Biasanya klien mengalami gangguan pola tidur, mengeluh tidur tidak nyenyak.

g) Pola Persepsia dan Konsep Diri

Klien tidak merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan kooperatif.

h) Pola Hubungan dan Peran

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara.

i) Pola Reproduksi Seksual

Biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi.

j) Pola Penanggulangan Steres

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dalam kesulitan berkomunikasi.

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pola tata nilai dan kepercayaan klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan dan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

4) Pemeriksaan Fisik

Adalah proses mengevaluasi temuan anatomi objektif melalui observasi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

a) Keadaan Umum

Kesadaran, terjadi gangguan tingkat kesadaran sampai koma.

b) Tanda-tanda Vital

Nadi mungkin cepat dan halus, pernapasan jarang terjadi gangguan pada kasus proses hemisfer.

c) Kepala

I. bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan

P. apakah ada luka atau tidak, adanya nyeri tekan atau tidak

d) Mata

Pengelihatan adanya kekaburan, akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III), gangguan dalam memutar bola mata (nervus IV), dan gangguan dalam menggerakkan bola mata kalteral (nervus VI).

e) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karen terganggu pada nervus olfaktorius (nervus I).

f) Dada

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak adanya masa dan benjolan

Perkusi : nyeri tidak ada bunyi jantung lup-dup

Auskultasi : nafas cepat dan dalam, adanya ronchi, suara jantung I dan II mumur atau gallop.

g) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi : bising usus agak lemah

Perkusi : nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

h) Ekstremitas

Pada pasien dengan stroke biasanya di temukan hemiplegi atau hemiparase, mengalami kelemahan otot dan perlu juga dilakukan pengukuran kekuatan otot, normal : 5

Pengukuran kekuatan otot yaitu :

- 1) Nilai 0 : bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.
- 2) Nilai 1 : bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.
- 3) Nilai 2 : bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi
- 4) . Nilai 3 : bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak melawan tekanan pemeriksaan.
- 5) Nilai 4 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya kurang.
- 6) Nilai 5 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh (Purwanto, 2016).

5) Tabulasi Data

Adalah penyajian data dalam bentuk tabel atau daftar untuk memudahkan dalam pengamatan dan evaluasi. (Sugiyono, 2018)

Adapun tabulasi data yang biasa disajikan adalah sebagai berikut :

Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilangnya rasa peka, bicara pelo, kesulitan menelan, muntah, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, bisa terjadi kejang, ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air, gangguan mental, gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo), gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, sulit melakukan aktivitas secara mandiri, dan kesadaran baik (Manir, 2015)

6) Klasifikasi Data

Klasifikasi data adalah proses pengorganisasian data kedalam kategori-kategori yang memudahkan untuk mengambil, menyortir, dan menyimpan untuk digunakan sebagaimana mestinya. Adapun klasifikasi data yang biasa di sajikan adalah sebagai berikut :

Ds : Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, bisa terjadi kejang, ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air, vertigo.

Do : bicara pelo, hilangnya rasa peka, gangguan daya ingat, kejang, gangguan mental, tremor, gangguan pendengaran, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan

daya ingat, kesulitan menelan, mual, muntah, sulit melakukan aktivitas, gangguan penglihatan, kesadaran baik

7) Analisa Data

Menurut Setiawan (2022), Analisis data merupakan metode yang dilakukan perawat untuk meningkatkan data pasien serta menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien.

Adapun analisis data dari penyakit Stroke Non Hemoragik adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1. Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Ds : kepala berputar (vertigo) kejang Do : gangguan daya Ingat, kesadaran Baik	Embolisme	Perfusi jaringan, perubahan, serebral
2.	Ds : lumpuh separuh badan Do : lemah, ketidakmampuan dalam membuang air	Gangguan musculoskeletal	Gangguan mobilitas fisik
3.	Ds : mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai Do : bicara pelo	Gangguan sirkulasi	Komunikasi, kerusakan, verbal
4.	Ds : lemah Do : kulit tampak kotor tidak mampu beraktivitas mandiri,	Gangguan neumuskular	Kurang perawatan diri
5.	Ds : mual, muntah Do: muntah	Ketidakmampuan mencerna makanan	Menelan, kerusakan.
6.	Ds : - Do : kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemerahan	Penurunan mobilitas	Gangguan intergritas kulit

8) Prioritas Masalah

- a) Perfusi jaringan, perubahan serebral
- b) Mobilitas fisik
- c) Komunikasi, kerusakan, verbal
- d) Defisit nutrisi
- e) Gangguan integritas kulit
- f) Defisit perawatan diri

2. Diagnosa Keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2016)

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Adapun diagnosa yang muncul pada penderita Stroke Non Hemoragik diantaranya sebagai berikut :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.
- b. Mobilitas fisik, kerusakan berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.
- c. Komunikasi, kerusakan, verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi.
- d. Kurang perawatan diri berhubungan dengan gangguan neumukular.
- e. Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
- f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan Mobilitas.

3. Perencanaan Keperawatan (TIM POKJA SIKI PPNI, 2018)

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan.

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan perfusi jaringan, perubahan serebral dengan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Dapat mempertahankan tingkat kesadaran
fungsi kognitif dan motorik atau sensori membaik
- 2) Menunjukkan tanda –tanda vital yang stabil
- 3) Tidak kekambuhan defisit (sensori, bahasa, intelektual, dan emosi)

Rencana tindakan

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

- 1) Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK

Rasional : Mengetahui keadaan umum pasien untuk menentukan tindakan selanjutnya.

- b) Monitor Tekanan darah

Rasional : Mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas

c) Monitor tingkat kesadaran

Rasional : Mengkaji adanya kecenderungan pada tingkat kesadaran

2) Teraupeutik

a) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan

b) Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional : Memantau perubahan suhu tubuh pasien

3) Kolaborasi

a) kolaborasi pemberian terapi obat

Rasional : untuk mencegah terjadinya kejang

b. Mobilitas fisik, kerusakan berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.

Tujuan : setelah di lakukan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah mobilitas fisik, kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri dengan ekspektasi meningkat, kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak (ROM) meningkat
- 2) Klien tidak menyeluh nyeri
- 3) cemas klien menurun
- 4) Tidak adanya kaku sendi

Rencana tindakan

Dukungan mobilisasi

1) Observasi

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional : untuk mengetahui apakah klien ada keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya.

b) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional : memantau agar tidak terjadi kelelahan yang berlebihan pada klien

c) Monitor kondisi umum selama mobilisasi

Rasional : Mengetahui kondisi terkini pasien dan perubahan yang dapat terjadi selama melakukan mobilisasi

2) Teraeutik

a) Fasilitas melakukan pergerakan ROM (Range Of Motion)

Rasional : Memudahkan klien dalam melakukan pergerakan atau mobilisasi miring kiri –miring kanan.

b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : keluarga dapat berperan penting dalam proses penyembuhan pasien

c) Fasilitas melakukan pergerakan jika perlu

Rasional : membantu dalam peningkatan aktivitas dengan menggunakan alat bantu

3) Edukasi

a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional : untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya

b) Anjurkan melakukan mobilisasi

Rasional : untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas

c. Komunikasi,kerusakan, verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan bicara meningkat
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah / tubuh meningkat
- 3) Pelo menurun
- 4) Pemahaman komunikasi membaik

Rencana tindakan :

Promosi komunikasi defisit bicara :

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan disli bicara

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien

- 2) Ulangi apa yang disampaikan pasien

Rasional : untuk dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien

- 3) Gunakan metode komunikasi alternative

Rasional : agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik

d. Kurang perawatan diri berhubungan dengan gangguan neumuskular.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perawatan diri dapat meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) kemampuan makan meningkat

Rencana tindakan :

Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri

1) Observasi

a) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan

Rasional : mengetahui jenis bantuan yang dibutuhkan pasien

b) .Monitor kebersihan tubuh

Rasional : Mengobservasi kebersihan tubuh pasien sebelum dan sesudah diberikan tindakan

c) Monitor integritas kulit

Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit

2) Teraupeutik

a) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman

Rasional : Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien

b) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri

Rasional : Menciptakan memori kebersihan diri pada pasien

3) Edukasi

a) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan

Rasional : Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

b) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

Rasional : Membimbing keluarga dan pasien agar keterampilan dapat diterapkan.

e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makan.

Tujuan : setelah dilakukan keperawatan selama di harapkan masalah nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil :

1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat

2) kekuatan otot pengunyah meningkat

3) kekuatan otot menelan meningkat

4) Diare menurun

5) nafsu makan membaik

Intervensi :

Manajemen nutrisi

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk mengetahui nutrisi yang di peroleh pasien

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : untuk mengetahui makan yang ditidak disukai dan dihindari oleh pasien

3) Identifikasi makanan yang di sukai

Rasional : untuk menambah nafsu makan pasien

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi

Rasional : untuk mengetahui dan menghitung kebutuhan kalori yang dibutuhkan

5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien yang tidak dapat makan melalui oral

6) Monitor asupan makanan

Rasional : untuk menjaga pola makan pasien

7) Monitor berat badan

Rasional : untuk melihat perbandingan berat badan sebelum dan setelah terapi pemenuhan kebutuhan nutrisi

8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Rasional : untuk memantau keadaan pasien berdasarkan dari pemeriksaan kimiawi darah.

Terapeutik

1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Rasional : keadaan mulut yang bersih dapat membuat mulut nyaman dan meningkatkan nafsu makan

2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramid makan).

Rasional: pedoman diet digunakan agar penentuan diet efektif dan sesuai dengan keadaan pasien

- 3) Sajikan makanan tinggi kalori dan tinggi kalori
Rasional : agar meningkatkan nafsu makan
- 4) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
Rasional : untuk mempertahankan status gizi pasien
- 5) Berikan suplemen makanan jika perlu
Rasional : suplemen dapat menambah nafsu makan
- 6) Hentikan pemberian melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi
Rasional : untuk menghindari kontraindikasi
- 7) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
Rasional : makanan tinggi kalori dan protein dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif
- 8) Berikan suplemen makanan jika perlu
Rasional : suplemen dapat menambah nafsu makan
- 9) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat di toleransi
Rasional : untuk menghindari kontraindikasi

Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk jika mampu
Rasional : pemberian makanan dalam kondisi duduk dapat memudahkan makanan dicerna langsung dengan baik .
- 2) Ajarkan diet yang di program
Rasional : Diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

Rasional: dapat menurunkan potensi komplikasi saat makanan di konsumsi

2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional : diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi

f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:

Elastis meningkat, hidrasi meningkat, kerusakan lapisan menurun, perdarahan menurun, nyeri menurun, hematoma menurun

Intervensi :

Perawatan integritas kulit

1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Rasional : mengetahui kondisi kulit untuk di lakukan pilihan intervensi yng tepat.

2) Gunakan produk berbahan petrolium untuk minyak pada kulit kering.

Rasional : mengoptimalkan fungsi perlindungan dan kelembaban agar kulit tidak terlalu kering.

3) Anjurkan menggunakan pelembab seperti serum.

Rasional : mengoptimalkan fungsi perlindungan pada kulit

4) Anjurkan mandi menggunakan sabun secukupnya.

Rasional : mandi dua kali sehari membantu klien agar tetap bersih.

2. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien (Novita, 2016).

3. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Novita, 2016).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Studi kasus merupakan salah satu jenis penelitian kualitatif, dimana peneliti melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap program, kejadian, proses, aktivitas, terhadap satu orang atau lebih. (Sugiyono, 2020)

Pendekatan yang akan digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah subyek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Subyek penelitian pada studi kasus ini adalah satu orang pasien dengan diagnosa medik Stroke di Rumah Sakit Umum Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1. Batasan Istilah

No	Pernyataan	Defenisi
1	Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk keperawatan yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang di berikan langsung kepada klien.
2	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik adalah keadaan tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan terhambatnya aliran darah ke otak sebagian atau ke seluruhnya berhenti.

D. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 28 -30 Juli 2024 di Ruang Penyakit Dalam III (RPD III) di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

E. Metode/ Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Setelah disetujui oleh pembimbing dan penguji selanjutnya penulis mengurus izin penelitian yang dimulai dengan meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepada Kepala Ruangan Penyakit Dalam III (RPD III). Setelah mendapatkan izin dan diperbolehkan untuk memilih pasien sesuai dengan kasus, penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan penelitian. Setelah disetujui oleh responden, penulis meminta tanda tangan informed consent dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari. Selanjutnya membuat kesenjangan antara teori dan kasus, setelah itu melengkapi laporan penelitian.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial,

kebutuhan dasar seperti: nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Obsevasi dan Pemeriksaan Fisik

Mengadakan observasi atau pengamatan yang di lakukan secara langsung dengan pendekatan inspkesi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Prodi DIII Keperawatan Ende, Poltekkes Kemenkes Kupang.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data di peroleh dari :

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi : biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat

kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti: nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di rumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan pengumpulan data-data berupa data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan di atasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan di implementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk narasi

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III dengan jumlah ruangan 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti :Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi dan Poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyaki tanak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang paviliun dan Ruang perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang nonmedis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen dan system informasi manajemen rumah sakit.

B. Studi Kasus

1. Pengkajian

Klien berinisial Ny. O.D berumur 61 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SD, agama katolik, beralamat di jln. Bhonawa dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH).

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

Studi kasus ini dilakukan pada Ny.O.D umur 61 tahun, berjenis kelamin perempuan, pendidikan tamat SD, beragama katolik, alamat jln. Bhoanawa, pekerjaan Ibu Rumah Tangga suku bangsa Indonesia, tanggal masuk ruangan penyakit dalam III 26 juni 2024, tanggal pengkajian 28 Juni 2024, No register 10-01-44. Identitas penanggung jawab Tn. O.D. umur 66 tahun, pendidikan tamat SMP, pekerjaan petani, hubungan dengan pasien istri.

2) Keluhan Utama

Keluarga Klien mengatakan klien mengalami kelemahan bagian tangan kanan dan kaki kanan.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat Kesehatan sekarang

Keluarga klien mengatakan klien datang ke kebun untuk melihat kebun namun belum lama tiba-tiba pasien terjatuh tergeletak ditanah. Akhirnya keluarga membawa ke rumah sakit. Saat ini pasien mengalami kelemahan bagian tangan dan kaki

kanan, tidak bisa bicara, pusing, penglihatan kabur, terpasang infus Nacl 20x tetes/ menit tangan kanan dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran didapatkan GCS (E4 vx M6) pemeriksaan kekuatan otot didapatkan bagian ekstermitas kanan sulit digerakan, dan di diagnosis oleh dokter Stroke Non Hemoragik.

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

(1) Penyakit yang pernah di alami

Keluarga mengatakan pasien mengalami penyakit stemi dan hipertensi.

(2) Pernah dirawat

Keluarga pasien mengatakan pada tahun 2022 klien pernah dirawat di Rumah sakit Umum Daerah Ende. Rawat 4 hari di ruangan ICU 1 malam 2 hari dan di RPD III 2 malam dengan penyakit stemi dan hipertensi.

(3) Alergi

Keluarga mengatakan pasien ada alergi obat-obatan yaitu obat Ranitidin dan juga pasien tidak mempunya pantangan dalam makanan.

(4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol)

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah minum kopi, alkohol atau pun lainnya pasien hanya minum air putih,dan keluarga juga mengatakan klien sering makan-makanan berlemak seperti ikan dan daging seta kurang aktivitas.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan dalam keluarga tidak ada riwayat penyakit asma, stemi, hipertensi atau pun lainnya

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga mengatakan ketika pasien sakit keluarga selalu membawa ke fasilitas kesehatan untuk di periksa, pasien juga selalu minum obat yang diberikan pada pasien. Pasien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari porsi 1 piring di habiskan, makan tidak pilih-pilih dengan menu nasi jagung sayur selalu di santan (daun singkong, labu jepang, sawi) ikan selalu di goreng kadang di santan, dan tahu tempe. Pasien juga suka makanan lokal seperti ubi dan pisang. Pasien minum sekitar 8 gelas 1.600 cc/hari.

Saat sakit : pasien makan 2x sehari dengan porsi makan sedikit tidak selalu di habiskan dengan menu nasi dan sayur bening di campur kacang merah, wortel, boncis lauknya ikan. Minum dalam sehari sekitar 800 cc/hari.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien BAB 1-2x/sehari dengan konsistensi padat dan lembek, berbau khas feses,

berwarna kuning kecoklatan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 3-6 kali sehari, berbau khas urin, berwarna kuning bening dan tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit : keluarga mengatakan pasien sudah 3 hari di rawat baru 2 kali BAB dengan konsistensi lembek, berwarna kuning tidak pekat dan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK saat sakit belum pernah BAK.

d) Pola Aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya seperti biasa secara mandiri seperti mandi, makan, berpakaian, BAB dan BAK.

Saat ini : keluarga mengatakan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga seperti mandi, makan, toileting dan berpakaian dan pasien hanya terbaring ditempat tidur

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien tidur mulai dari jam 21.00-05.30 total tidur 8 jam untuk tidur malam tidak ada keluhan saat tidur pasien selalu tidur nyenyak, pasien jarang tidur siang karena selalu menghabiskan waktu di kebun untuk bersih kebun.

Saat ini : keluarga mengatakan pasien sulit tidur mulai jam 23.00-04 .00, tidur siang 13.00-15.00 keluarga mengatakan pasien seperti merasakan sesuatu di dada, kadang gigit selang oksigen karena pasien merasa tidak nyaman.

f) Pola kognitif dan sensori

Sebelum sakit : keluarga mengatakan untuk pendengaran pasien masih berfungsi dengan baik, pengeihatan kabur, daya ingat menurun dan perasa masih berfungsi dengan baik

Saat sakit : keluarga mengatakan untuk pendengaran pasien masih berfungsi dengan baik, penglihatan kabur daya ingat menurun dan perasa masih berfungsi dengan baik

g) Pola peran hubungan

Pasien merupakan ibu rumah tangga dan memiliki tiga anak, pasien juga memiliki hubungan baik dengan anggota keluarganya, ia memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya baik tetangga, teman, maupun keluarganya.

h) Pola seksual-reproduksi

Sebelum sakit : pasien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik

Saat sakit : pasien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik.

i) Pola toleransi stress koping

Keluarga Pasien menceritakan pasien kalau ada masalah yang di pendam sehingga membuat dirinya stres dan marah –marah.

j) Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama katolik setiap hari minggu selalu ke gereja untuk beribadah, dan pasien selalu aktif dalam kegiatan apapun di masyarakat.

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : lemah kesadaran composmentis TD : 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%. Berat badan : 78 kg, Tinggi badan : 158 cm,.

b) Kepala

inspeksi : bentuk kepala bulat, rambut beruban, kulit kepala tampak bersih

Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan dan rambut lebat/ kuat.

c) Wajah

inspeksi : tampak bersih, bentuk wajah simetris, klien tampak pucat dan lemah.

Palpasi : tidak ada bengkak, tidak ada nyeri

d) Mata

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris dan penglihatan kabur.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

e) Mulut

inspeksi : bentuk simetris, belum bisa berbicara dan mukosa bibir kering.

Palpasi : mukosa mulut dan bibir pucat dan lembab

f) Hidung

inspeksi : bentuk simetris dan tidak ada sekret.

Palpasi : Tidak ada bengkak dan nyeri tekan

g) Telinga

inspeksi : tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

h) Leher

inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis

palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar gondok.

i) Dada

inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan

palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada masa, perkusi :suara kedua paru sonor

auskultasi : bunyi napas vesikuler, pernapasan :22 kali/menit, tidak ada bunyi napas tambahan.

j) Abdomen

inspeksi : bentuk simetris

palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

auskultasi : bising usus 20 kali/menit.

Perkusi : terdengar tympani

k) Ekstermitas

inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kanan terasa lemah, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan bagian kanan, akral dingin tidak terdapat odema, turgor kulit kering dan kulit tampak keriput.

Palpasi : Terasa lemah, kaki dan tangan tidak bisa di gerakan

Kuantitas : GCS, kualitas : compsmentis

Kuantitatif :

E : 4 (Spontan)

V :-

M : 6 (ekstermitas di gerakan sesuai perintah)

Total GCS 10

(klien sadar penuh, ekstermitas di gerakan sesuai perintah

l) Pemeriksaan patologi

Melakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit kearah jari melauai sisi lateral. Hasil : jari-jari kaki pasien membuka dan menyebar.

6) Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.1
Pemeriksaan Darah Lengkap (RSUD Ende)
Tanggal pemeriksaan 28 Juni 2024

MONO %	7.6	[%]	(2.0-8.0)
RBC	4.97	[10 ⁶ /uL]	(3.80-5.20)
HGB	13.7	[g/dL]	(11.7-15.5)
HCT	40.8	[%]	(35..0-47.0)
MPV	8.0	[fL]	(9.0-13.0)
PDW	82	[%]	(9.0-17.0)
P-LCR	9.4	[%]	(13.0-43.0)

Tabel 4.2
Pemeriksaan Laboratorium
Tanggal Pemeriksaan 28 Juni 2024

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
GLUKOSA DARAH		
Glukosa Sewaktu		70-140 mg/dl
Glukosa Puasa	106	<100 mg/dl
FAAL HATI		
SGOT/AST		0-35 U/L
SPG/ALT		4-36 U/L
LEMAK DARAH		
CHOLESTEROL TOTAL	277	<200 mg/dl
HDL-CHOLESTEROL	43	>45 mg/dl
LDL-CHOLESTEROL	219	<130 mg/dl
TRIGLISERIDA	77	<150 mg/dl
FAAL GINJAL		
UREUM	25,2	10-50 mg/dl
CREATININ	1.15	0.6-1.2 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM		135-145 mmol/L
KALIUM		3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA		98-106 mmol/L

Tabel 4.3
Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis
1.	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/menit (IV)
2.	Citicolin	2x500 mg (IV)
3.	Micobalamin	2x500 mg (IV)
4.	Ceftriaxone	2x1 mg (IV)
5.	Aspilet	1x80 mg (ORAL)
6.	Paracetamol	3x1 gr (IV)
7.	Simvastatin	1x10 mg (ORAL)
8.	Ranitidin	2x50 mg (Oral)

b. Tabulasi Data

Keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan, lemah, pusing, tidak bisa bicara, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, aktivitas seperti makan, minum,

berpakaian dibantu oleh keluarga. Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%.

c. Klasifikasi Data

DS : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan bagian tangan kanan dan kaki kanan, pusing, mual, muntah, tidak bisa bicara.

DO : Pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan, lemah, tidak bisa bicara, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, aktivitas seperti makan , minum, berpakaian dibantu oleh keluarga. Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%.

d. Analisa Data

Tabel 4.4 Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : vertigo, mual ,muntah DO : klien tampak lemah, pucat, kesadaran : composmentis GCS 10, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO ₂ : 95%.	Embolisme	Gangguan perfusi serebral tidak efektif
2.	DS : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan DO : kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan, aktivitas makan, minum, toileting di bantu keluarga, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO ₂ : 95%.	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan mobilitas fisik

3.	DS : keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara DO : belum bisa bicara, lemah, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR: 22x/menit, SpO ₂ : 95%.	Penurunan sirkulasi verbal	Gangguan komunikasi verbal
----	--	----------------------------	----------------------------

e. Prioritas masalah

Dari hasil analisa data di atas, maka penulis dapat menentukan prioritas masalah pada Ny. O.D yaitu :

- 1) Gangguan Perfusi serebral tidak efektif
- 2) Gangguan mobilitas Fisik
- 3) Gangguan komunikasi verbal

2. Diagnosa Keperawatan

Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan, maka penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan Ny. O.D yaitu :

- a. Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi verbal

3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang di susun berdasarkan diagnosa yang muncul pada Ny. O.D yaitu :

- a. Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolise ditandai dengan

DS : vertigo, mual, muntah

DO : klien tampak lemah, pucat, kesadaran : composmentis, GCS 10,
tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit,
Suhu: 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam
diharapkan masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif
kriteria hasil :

- a. Dapat mempertahankan tingkat kesadaran fungsi kognitif dan motorik atau sensori membaik
- b. Menunjukkan tanda –tanda vital yang stabil
- c. Tidak kekambuhan defisit (sensori, bahasa, intelektual, dan emosi)

Rencana Keperawatan

1) Pantau tanda-tanda vital seperti tercatat: adanya hipertensi/hipotensi
bandingkan dengan tekanan darah yang terbaca pada kedua lengan.

Rasional : tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan perbedaan tekanan darah pada kedua lengan.

2) Pemberian obat sesuai indikasi

Rasional : dapat digunakan untuk meningkatkan/memperbaiki aliran darah serebral atau selanjutnya dapat mencegah pembekuan saat embolus/trombus merupakan faktor masalahnya.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal di tandai dengan:

DS : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan

DO : kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan, aktivitas makan, minum, toileting di bantu keluarga, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%.

Tujuan Setelah di lakukan tindakan perawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstrimitas kekuatan otot rentang gerak (ROM) meningkat
- 2) Klien tidak menyeluh nyeri
- 3) cemas klien menurun
- 4) Tidak adanya kaku sendi

Rencana keperawatan :

- 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Rasional : untuk mengidentifikasi kekakuan/kelemahan dan memberikan informasi tentang pemulihan.
- 2) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar dan tempat tidur). Rasional : untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien
- 3) Fasilitasi melakukan pergerakan. Rasional : meningkatkan status mobilitas fisik pasien.

- 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Rasional : keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan.
- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Rasional : memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai tindakan yang akan di lakukan .
- 6) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan (mis.pindah mika dan miki). Rasional : melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.

c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi di tandai dengan :

DS : tidak bisa bicara

DO : tidak bisa bicara lemah, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%.

Tujuan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak (ROM) meningkat
- 2) Klien tidak mengeluh nyeri
- 3) cemas klien menurun
- 4) Tidak adanya kaku sendi

Rencana keperawatan

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.
Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien.
- 2) Gunakan metode komunikasi alternative (mata berkedip dan isyarat tangan). Rasional : agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik.
- 3) Ulangi apa yang di sampaikan oleh pasien. Rasional : untuk dapat memastikan ucapan yang di sampaikan oleh pasien.
- 4) Anjurkan bicara perlahan. Rasional : membuat pasien nyaman mungkin saat berbicara.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. O.D di lakukan selama 3 hari.

- a. Hari Jumad 28 Juni 2024

Diagnosa pertama

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif

Jam 08.00 memantau tanda-tanda vital seperti tercatat (adanya hipertensi/hipotensi) hasilnya : Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpoO₂: 95%.

Jam 08.30 Melayani pemberian obat hasilnya : klien mendapat terapi obat paracetamol 3x1 mg, citicolin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg, micobalamin 2x500 mg.

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik

Jam 09.02 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.

Hasil :

pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan bagian kanan karena terasa lemah.

Jam 09.05 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil : memasang pagar tempat tidur

Jam 09.10 Memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, tangan dan kaki kanan mengalami kelemahan saat di lakukan pergerakan seperti meregangkan jari-jari tangan, merentangkan kaki dan tangan.

Jam 09.15 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pasien.

Jam 09.20 Mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kiri dengan bantuan , namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kanan.

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi gangguan komunikasi verbal

Jam 09.30 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara.

Hasil : klien belum bisa bicara.

Jam 10.00 Menggunakan metode komunikasi alternatif dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak mengikuti yang diajarkan

Jam 10.05 Menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Jika sudah bisa bicara Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan

b. Hari Kedua Sabtu 29 Juni 2024

Diagnosa pertama

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif

Jam 08.00 memantau tanda-tanda vital seperti tercatat (adanya hipertensi/hipotensi) hasilnya : Tekanan darah 150/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit, SpO₂: 95%.

Jam 08.30 Melayani pemberian obat hasilnya : klien mendapat terapi obat paracetamol 3x1 mg, citicolin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg, micobalamin 2x500 mg.

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik

Jam 09.02 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.

Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan bagian kanan karena terasa lemah.

Jam 09.05 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil : memasang pagar tempat tidur

Jam 09.10 Memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, tangan dan kaki kanan mengalami kelemahan saat di lakukan pergerakan seperti meregangkan jari-jari tangan, merentangkan kaki dan tangan.

Jam 09.15 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pasien.

Jam 09.20 Mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kiri dengan bantuan , namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kanan.

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi gangguan komunikasi verbal

Jam 09.30 memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien belum bisa bicara.

Jam 10.00 menggunakan metode komunikasi alternatif dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak mengikuti yang diajarkan

Jam 10.05 menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Jika sudah bisa bicara Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan

c. Hari Minggu 30 Juni 2024

Diagnosa pertama

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif

Jam 08.00 memantau tanda-tanda vital seperti tercatat (adanya hipertensi/hipotensi) hasilnya : Tekanan darah 165/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 23x/menit, SpO₂: 99%.

Jam 09.00 melayani pemberian obat

Hasilnya : klien mendapat terapi obat paracetamol 3x1 mg, citicolin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg, micobalamin 2x500 mg.

Diagnosa kedua

Tindakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik

Jam 09.02 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.

Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan bagian kanan karena terasa lemah.

Jam 09.05 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil : memasang pagar tempat tidur

Jam 09.10 Memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua

tangan dan kaki pasien, tangan dan kaki kanan mengalami kelemahan saat dilakukan pergerakan seperti meregangkan jari-jari tangan, merentangkan kaki dan tangan.

Jam 09.15 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pasien.

Jam 09.20 Mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kiri dengan bantuan , namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kanan.

Diagnosa ketiga

Tindakan untuk mengatasi gangguan komunikasi verbal

Jam 09.30 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien belum bisa bicara.

Jam 10.00 Mnggunakan metode komunikasi alternatif dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak mengikuti yang diajarkan

Jam 10.05 Menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Jika sudah bisa bicara Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari Pertama pada tanggal 28 Juni 2024

Diagnosa 1. Gangguan perfusi serebral tidak efektif. Evaluasi yang dilakukan : S: keluarga pasien mengatakan pusing sudah berkurang.

O: keadaan umum klien lemah, mukosa bibir pucat, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, TD : 150/90 mmHg, RR : 22x/menit, S : 36,5⁰C, SpO₂: 95%.

A: masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan

Diagnosa 2. Gangguan mobilitas fisik. Evaluasi yang dilakukan :

S: keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih terasa lemah untuk digerakan, badan masih lemah, keluarga mengatakan kebutuhan klien masih di bantu oleh keluarga.

O: keadaan umum lemah, kebutuhan ADL di bantu oleh keluarga.

TD : 150/90 mmHg, RR : 22x/menit, S : 36,50C, SpO₂: 95%. Tangan dan kaki kanan masih terasa lemah untuk di gerakan, jari-jari tangan dan kaki bagian kanan masih belum bisa di regangkan karena terasa lemah.

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan.

Diagnosa 3. Gangguan komunikasi verbal. Evaluasi yang dilakukan :

S: keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara

O: klien tampak diam membisu

A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan.

Hari Kedua 29 Juni 2024

Diagnosa 1 : . Gangguan perfusi serebral tidak efektif. Evaluasi yang di lakukan

S: keluarga mengatakan pusing sudah berkurang.

O: keadaan umum klien lemah, mukosa bibir pucat, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, TD : 164/90 mmHg, RR : 22x/menit, S : 36,5⁰C, SpO₂: 95%

A: masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan.

Diagnosa 2. Gangguan mobilitas fisik. Evaluasi yang di lakukan :

S: keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih terasa lemah untuk di gerakan, badan masih lemah, keluarga mengatakan kebutuhan klien masih di bantu oleh keluarga.

O: keadaan umum lemah, kebutuhan ADL di bantu oleh keluarga.

TD : 164/90 mmHg, RR : 22x/menit, S : 36,50C, SpO₂: 95%. Tangan dan kaki kanan masih terasa lemah untuk di gerakan, jari-jari tangan dan kaki bagian kanan masih belum bisa di regangkan karena terasa lemah.

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan.

Diagnosa 3. Gangguan komunikasi verbal. Evaluasi yang di lakukan :

S: keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara

O: klien tampak diam membisu

A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan.

Hari Ketiga 30 Juni 2024

Diagnosa 1. Gangguan perfusi serebral tidak efektif . evaluasi yang di lakukan.

S: keluarga mengatakan pasien sudah tidak pusing.

O: keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab , terpasang infus

NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, TD : 165/80 mmHg, RR :

22x/menit, S : 36,50C, SPO2: 99%.

A: masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan

Diagnosa 2. Gangguan mobilitas fisik. Evaluasi yang di lakukan :

S: keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih terasa

lemah untuk digerakan, badan masih lemah, keluarga mengatakan

kebutuhan klien masih di bantu oleh keluarga.

O: keadaan umum lemah, kebutuhan ADL di bantu oleh keluarga.

TD : 165/80 mmHg, RR : 22x/menit, S : 36,50C, SpO2: 99%. Tangan

dan kaki kanan masih terasa lemah untuk di gerakan, jari-jari

tangan dan kaki bagian kanan masih belum bisa di regangkan

karena terasa lemah.

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan.

Diagnosa 3. Gangguan komunikasi verbal. Evaluasi yang di lakukan :

S: keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara

O: klien tampak diam membisu

A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan.

6. Catatan Perkembangan

Tabel 4.5 Catatan perkembangan

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Catatan Perkembangan
Minggu , 30 juni 2024	I	08.00	S. keluarga mengatakan pasien sudah tidak pusing lagi. O : keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat, akral teraba hangat, GCS :14 (E4,V4,M6) Tanda-tanda vital TD: 150/90 mmHg, S: 36,5 ⁰ C, RR: 22x/menit, SpO ₂ : 95%. A : Gangguan perfusi serebral tidak efektif sudah teratasi P : Intervensi di lanjutkan
		08.05	I : Anjurkan klien untuk minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter E: keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat detik, akral teraba hangat, GCS: 14 (E4,V4,M6) Tanda-tanda vital TD: 150/90 mmHg, S: 36,5 ⁰ C, RR: 22x/menit, SpO ₂ : 95%.
		14.00	
	II	08.10	S : keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan sudah bisa di gerakan secara perlahan O: keadaan umum baik, kebutuhan ADL di bantu oleh keluarga, kulit sudah tidak pucat, klien sudah

		mampu menggerakkan kaki dan tangan bagian kanan secara bertahap dengan bantuan keluarga, TD : 150/90 mmHg, RR : 22x/menit, S : 36,5 ⁰ C, SpO ₂ : 95%..
	08.20	A : masalah gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi P : intervensi di lanjutkan I : Menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam latihan ROM pasif (meregangkan jari-jari tangan dan kaki, menekuk dan merentangkan siku tangan dan kaki) di rumah
	14.00	E : keadaan umum baik, kebutuhan ADL di bantu oleh keluarga, klien sudah mampu menggerakkan kaki dan tangan bagian kanan secara bertahap dengan bantuan keluarga, TD : 150/90 mmHg, RR : 22x/menit, S : 36,5 ⁰ C, SpO ₂ : 95%..
III	08.30	S :keluarga mengatakan klien sudah bisa berbicara tetapi kata-kata kurang jelas O : klien sudah bisa bicara tetapi kata-kata masih belum jelas A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P :intervensi di lanjutkan I : menganjurkan keluarga untuk selalu sering berkomunikasi dengan klien E : pasien sudah berbicara tetapi artikulasi masih belum jelas

C. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny. O.D di Ruang Penyakit Dalam III

1. Pengkajian

Pada pengkajian didapatkan data pada keluhan utama : klien mengalami kelemahan ditangan dan kaki bagian kanan. Selain itu lemah, pusing, tidak bisa bicara, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran komposmentis, terpasang infus NaCl 20 tpm ditangan bagian kanan, aktivitas seperti makan, minum, berpakaian dibantu keluarga. TD: 164/90mmHg, N: 97x/ menit, S: 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂ : 95%.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana tanda dan gejala stroke non hemoragik yang muncul pada kasus nyata hanya kelemahan ditangan dan kaki bagian kanan, lemah, pusing, tidak bisa bicara, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran komposmentis sedangkan pada teori tanda dan gejala stroke non hemoragik meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, kesulitan menelan, tiba-tiba hilang rasa peka, mual, muntah, mulut mencong, tidak dapat berkomunikasi, kejang, vertigo, gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, proses kencing terganggu. Namun

tidak semua penderita stroke non hemoragik akan mengalami gejala-gejala ini.

Gejala kesulitan menelan terjadi jika sumbatan pembuluh darah menyerang pada saraf hipoglossus. Gejala tiba tiba hilang rasa peka terjadi jika sumbatan pembuluh darah menyerang pada saraf trigeminal. Gejala mulut mencong atau tidak simetris terjadi jika sumbatan pembuluh darah menyerang pada saraf fasialis. . Gejala gangguan penglihatan terjadi jika gangguan sirkulasi pada daerah mata yang menghambat aliran darah ke retina mata. Gejala proses kencing terganggu terjadi jika sumbatan pembuluh darah menyerang pada sistem perkemihan. Tidak semua pasien stroke non hemoragik mendapat gejala yang sama seperti pada teori. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Imelda, &kk (2022) yang mengatakan bahwa dalam kasus stroke non hemoragik diketahui tanda dan gejala seperti kelemahan ditangan dan kaki bagian kanan, kesulitan menelan, tiba tiba hilang rasa peka, mulut mencong, gangguan penglihatan, dan proses kencing terganggu ketika sudah terjadi komplikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.O.D adalah diagnosa gangguan perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal hal ini di karenakan sesuai dengan batasan karakteristik yang di temukan dalam pengkajian.sedangkan menurut Azizah & kk, (2020) secara teori diagnosa yang muncul pada Stroke Non hemoragik yaitu risiko gangguan perfusi serebral tidak efektif, gangguan

komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik, defisit nutrisi, defisit perawatan diri, risiko gangguan integritas kulit.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana ada 6 diagnosa keperawatan dan pada kasus ada 3 diagnosa keperawatan.

Dari diagnosa keperawatan diatas ditemukan tiga diagnosa yang sama antara teori dan kasus nyata yaitu gangguan perfusi serebral tidak efektif , gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal. Hal ini sejalan dengan penelitian Wasena (2019), terdapat diagnosa yang sama yaitu gangguan mobilitas fisik tetapi penyebabnya yang berbeda, yaitu gangguan neuromuskular, sedangkan pada kasus nyata Ny.O.D penyebabnya yaitu penurunan kekuatan otot.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun untuk menyelesaikan masalah diagnosa keperawatan. Intervensi dari diagnosa keperawatan disusun sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016). Diagnosa gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme berjumlah 5 intervensi yang dilakukan yaitu Monitor tanda dan gejala peningkatan Tik, monitor tekanan darah, monitor tingkat kesadaran, pertahankan suhu tubuh normal, dan kolaborasi pemberian obat semua intervensi dilakukan hal ini sejalan dengan penelitian Sulystiyawati (2020) dengan stroke non hemoragik dan kasus nyata pada Ny. O.D ditemukan intervensi yang sama. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan

dengan gangguan muskulokeletal berjumlah 6 intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar dan tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. pindah mika dan miki). Hal ini sejalan dengan penelitian Wasena (2019) dengan stroke non hemoragik dan kasus nyata pada Ny. O.D ditemukan intervensi yang sama. Tetapi ada satu intervensi yang tidak dilakukan yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya karena pada klien Ny.O.D tidak ditemukan keluhan seperti nyeri. Diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi berjumlah 4 intervensi yang dilakukan yaitu monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, gunakan metode komunikasi alternative (mata berkedip dan isyarat tangan), ulangi apa yang disampaikan oleh pasien, anjurkan bicara perlahan. Semua intervensi dilakukan Hal ini sejalan dengan penelitian Kartika (2020) dengan stroke non hemoragik dan kasus nyata pada Ny.O.D ditemukan intervensi yang sama.

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan. Pelaksanaan tindakan pada Ny. O.D dilaksanakan selama tiga hari dan disesuaikan dengan SIKI dan dapat dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas

kesehatan, dan dengan demikian semua tindakan yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dan catatan perkembangan dilakukan selama 3 hari . Hasil evaluasi yang dilakukan :

Pada tanggal 28 Juni 2024 menunjukkan pada diagnosa perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dengan hasil keadaan umum klien lemah, mukosa bibir pucat, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, TD : 150/90 mmHg, RR: 22x/ menit, S : 36,5°C, SpO₂: 95%.

Pada tanggal 29 Juni 2024 menunjukkan diagnosa perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dengan hasil keadaan umum klien lemah, mukosa bibir pucat, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, TD : 150/90 mmHg, RR: 22x/ menit, S : 36,5°C, SpO₂ : 95% .

Pada tanggal 30 Juni 2024 menunjukkan pada perfusi serebral tidak efektif sudah teratasi dengan hasil keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab, akral teraba hangat, GCS: 14 TD : 150/90 mmHg, RR: 22x/ menit, S : 36,5°C, SpO₂ : 95% anjurkan klien untuk minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter. Evaluasi ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Jaya (2021) ditemukan bahwa diagnosa perfusi serebral tidak efektif teratasi pada hari ketiga.

Untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yang dievaluasi :

Pada tanggal 28 Juni 2024 menunjukkan pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan hasil keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih terasa lemah untuk digerakan, badan masih lemah, keluarga mengatakan kebutuhan klien masih dibantu oleh keluarga.

Pada tanggal 29 Juni 2024 menunjukkan pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan hasil keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan pasien masih terasa lemah untuk digerakan, badan masih lemah, keluarga mengatakan kebutuhan klien masih dibantu oleh keluarga.

Pada tanggal 30 Juni 2024 menunjukkan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi dengan hasil keluarga mengatakan tangan dan kaki sudah bisa di gerakan secara perlahan , kebutuhan ADL dibantu keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian Tejo, dkk (2022) ditemukan bahwa diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi pada hari ketiga.

Untuk diagnosa gangguan komunikasi verbal yang dievaluasi :

Pada tanggal 28 Juni 2024 menunjukkan pada diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi dengan hasil keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara,klien tampak membisu.

Pada tanggal 29 Juni 2024 menunjukan pada diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi dengan hasil keluarga mengatakan pasien belum bisa dan klien tampak membisu.

Pada tanggal 30 Juni 2024 menunjukan pada diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian dengan hasil keluarga mengatakan pasien sudah bisa bicara tapi terbata-bata dan tampak tersenyum. Hal ini sejalan dengan penelitian Hariyati (2021) ditemukan diagnosa gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian pada hari ketiga.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 28 - 30 Juni 2024 (3 hari) maka dapat di simpulkan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian yang ditemukan keluhan utama pada Ny. O.D adalah keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan bagian tangan dan kaki kanan serta keluhan lain seperti tidak bisa bicara, keluarga juga mengatakan nafsu makannya berkurang karena mual, sulit melakukan aktivitas dan gangguan penglihatan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny. O.D adalah gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Embolisme, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi verbal.
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mengatasi masalah. Maka tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk mengatasi masalah tersebut.

4. Pelaksanaan keperawatan dilakukan selama 3 hari dan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018) dan tidak semua perencanaan dapat diimplementasikan.
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan yang teratasi adalah gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, dan masalah yang teratasi sebagian adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi verbal.
6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus nyata dan data yang ada pada teori pada semua proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada Ny. O.D dengan Stroke Non Hemoragik

2. Bagi rumah sakit

Hasil studi kasus ini di harapkan dapat menjadikan suatu tolak ukur serta upaya rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan

3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan serta meningkatkan kapasitas dan kualitas pendidikan

4. Bagi keluarga

Mengajari keluarga klien dengan cara menganjurkan klien untuk melakukan pemeriksaan yang rutin ke fasilitas kesehatan agar mencegah terjadinya Stroke Non Hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anto, C. D. (2022). Implementasi Range Of Motion Untuk Meningkatkan Kekuatan Otot Ekstremitas Pasien Stroke Dengan Hambatan Mobilitas Fisik. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 328.
- Balgis, Balgis, Sumardiyono Sumardiyono, And Selfi Handayani. "Hubungan Antara Prevalensi Hipertensi, Prevalensi DM Dengan Prevalensi Stroke Di Indonesia (Analisis Data Riskesdas Dan Profil Kesehatan 2018)." *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)* 10.3 (2022): 379-384.
- Gultom, Rut Desiyana, Herman Pieter Louis Wungouw, And Idawati Trisno. "Hubungan Kadar Glukosa Darah Dan Lokasi Lesi Dengan Tingkat Defisit Neurologis Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rsud Prof Dr. Wz Johannes Kupang." *Cendana Medical Journal (CMJ)* 8.1 (2020)
- Harsono, editor. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press; 2016
- Haryono, R, dkk. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres.): 342-350.
- Nomor, V., F. Risiko, And D. A. N. Pencegahan. "Jurnal Penelitian Perawat Profesional." Vol 3 (2021): 237-242.
- Nurarif Huda.2016.*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*
Yogyakarta : Mediacion
- PPNI, (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1, Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Rencana Tindakan Keperawatan*, Edisi1. Jakarta: DPP PPNI
- PPNI, (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi Dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II (2nd ed.)* Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riskesdas, (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Kementerian Kesehatan RI,53(9), 1689-1699.
- RSUD ENDE, (2022). *Data Prevalensi Penyakit Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Ende Tahun 2022* Ende: Rumah Sakit Umum.

Rusmegawati C.K (2020) “Hubungan Kadar kolestrol darah dan hipertensi dengan kejadian stroke di RSUD Ylin Banjarmasin tahun 2020 ‘Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan, 5(2).

Syarifah Liza Munira, (2023) Survei Kesehatan Indonesia Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Taufan Nugroho, B.T (2018). Teori Asuhan Keperawatan Pada pPasien Stroke Non Hemoragik. Yogyakarta : Nuha Medika

Tiara Amoria Nadhifah and Umi sjarqiah2. Program studi kedokteran 2019 gambaran pasien stroke pada lansia

LAMPIRAN 1

JADWAL STUDI KASUS

Jenis Kegiatan	Tahun 2023/2024												
	Bulan												
	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Penyajian Judul Studi Kasus													
Penyusunan Bab I, II, & III													
Studi Kasus													
Penyusunan Bab IV & V													
Ujian Studi Kasus													
Revisi Studi Kasus													
Penyerahan Studi Kasus													

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.O.D Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III (RPD III) RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.O.D Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081337124225

Peneliti



Kristina Gala Efhen
NIM: PO.5303202210055

INFORMED CONCET
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan saya dilakukan oleh : Kristina Gala Efhen, NIM: PO. 5303202210055 dengan judul “ Asuhan Kperawatan Pada Pasien Ny.O.D Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi apapun.

Ende, 28 Juni 2024

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan



In. O.D



Ny. O.D

Peneliti


Kristina Gala Efhen
NIM : PO. 5303202210055



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.O.D
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANG PENYAKIT DALAM III (RPD III)
RSUD ENDE

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 - 30 Juni 2024

I. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. O.D

Umur :61 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Pendidikan : Sekolah Dasar (SD)

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Agama : Katolik

Alamat : Jl.Bhoanawa

Dx. Medik : Stroke non hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. O.D

Umur : 66 tahun

Hubungan dengan pasien: Suami

Alamat : Jl. Bhoanawa

II. Keadaan Umum

a. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan

a) Riwayat Keluhan Utama

Keluarga Klien mengatakan klien datang ke kebun untuk melihat kebun namun belum lama tiba-tiba pasien terjatuh tergeletak ditanah. Akhirnya keluarga membawa ke rumah sakit. Saat ini pasien mengalami kelemahan bagian tangan dan kaki kanan, tidak bisa bicara, pusing, penglihatan kabur, terpasang infus NaCl 20x tetes/ menit tangan kanan.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga mengatakan klien dengan penyakit stemi dan hipertensi

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga

4) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga mengatakan ketika pasien sakit keluarga selalu membawa ke fasilitas kesehatan untuk di periksa, pasien juga selalu minum obat yang diberikan pada pasien. Pasien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari porsi 1 piring di habiskan, makan tidak pilih-pilih dengan menu nasi jagung sayur selalu di santan (daun singkong, labu jering, sawi) ikan selalu di goreng kadang di santan, dan tahu tempe. Pasien juga suka makanan lokal seperti ubi dan pisang. Pasien minum sekitar 8 gelas 1.600 cc/hari.

Saat sakit : pasien makan 2x sehari dengan porsi makan sedikit tidak selalu di habiskan dengan menu nasi dan sayur bening di campur kacang merah, wortel, kacang lauknya ikan. Minum dalam sehari sekitar 800 cc/hari.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien BAB 1-2x/sehari dengan konsistensi padat dan lembek, berbau khas feses, berwarna kuning kecoklatan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 3-6

kali sehari, berbau khas urin, berwarna kuning bening dan tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit : keluarga mengatakan pasien sudah 3 hari di rawat baru 2 kali BAB dengan konsistensi lembek, berwarna kuning tidak pekat dan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK saat sakit belum pernah BAK.

d) Pola Aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitasnya seperti biasa secara mandiri seperti mandi, makan, berpakaian, BAB dan BAK.

Saat ini : keluarga mengatakan semua aktivitas pasien di bantu oleh keluarga seperti mandi, makan, toileting dan berpakaian dan pasien hanya terbaring ditempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien tidur mulai dari jam 21.00-05.30 total tidur 8 jam untuk tidur malam tidak ada keluhan saat tidur pasien selalu tidur nyenyak, pasien jarang tidur siang karena selalu menghabiskan waktu di kebun untuk bersih kebun.

Saat ini : keluarga mengatakan pasien sulit tidur mulai jam 23.00-04.00, tidur siang 13.00-15.00 keluarga mengatakan pasien seperti merasakan sesuatu di dada, kadang gigit selang oksigen karena pasien merasa tidak nyaman

f) Pola kognitif dan sensori

Sebelum sakit : keluarga mengatakan untuk pendengaran pasien masih berfungsi dengan baik, pengeihatan kabur, daya ingat menurun dan perasa masih berfungsi dengan baik

Saat sakit : keluarga mengatakan untuk pendengaran pasien masih berfungsi dengan baik, penglihatan kabur daya ingat menurun dan perasa masih berfungsi dengan baik

g) Pola peran hubungan

Pasien merupakan ibu rumah tangga dan memiliki tiga anak, pasien juga memiliki hubungan baik dengan anggota keluarganya ia memiliki hubungan yang baik dengan lingkungannya baik tetangga, teman, maupun keluarganya.

h) Pola seksual-reproduksi

Sebelum sakit : pasien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik

Saat sakit : pasien tidak mengalami masalah pada sistem reproduksinya masih berfungsi dengan baik.

i) Pola toleransi stress koping

Keluarga Pasien menceritakan pasien kalau ada masalah yang di pendam sehingga membuat dirinya stres dan marah –marah.

j) Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama katolik setiap hari minggu selalu ke gereja untuk beribadah, dan pasien selalu aktif dalam kegiatan apapun di masyarakat.

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : lemah kesadaran composmentis TD : 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%. Berat badan : 78 kg, Tinggi badan : 158 cm,.

b) Kepala

inspeksi : bentuk kepala bulat, rambut beruban, kulit kepala tampak bersih

Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan dan rambut lebat/ kuat.

c) Wajah

inspeksi : tampak bersih, bentuk wajah simetris, klien tampak pucat dan lemah.

Palpasi : tidak ada bengkak, tidak ada nyeri

d) Mata

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris dan penglihatan kabur.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

e) Mulut

inspeksi : bentuk simetris, belum bisa berbicara dan mukosa bibir kering.

Palpasi : mukosa mulut dan bibir pucat dan lembab

f) Hidung

inspeksi : bentuk simetris dan tidak ada sekret.

Palpasi : Tidak ada bengkak dan nyeri tekan

g) Telinga

inspeksi : tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

h) Leher

inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis

palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran kelenjar gondok.

i) Dada

inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan

palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada masa, perkusi :suara kedua paru sonor

auskultasi : bunyi napas vesikuler, pernapasan :22 kali/menit, tidak ada bunyi napas tambahan.

j) Abdomen

inspeksi : bentuk simetris

palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

auskultasi : bising usus 20 kali/menit.

Perkusi : terdengar tympani

k) Ekstermitas

inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kanan terasa lemah, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan bagian kanan, akral dingin tidak terdapat odema, turgor kulit kering dan kulit tampak keriput.

Palpasi : Terasa lemah, kaki dan tangan tidak bisa di gerakan

Kuantitas : GCS, kualitas : compsmentis

Kuantitatif :

E : 4 (Spontan)

V :-

M : 6 (ekstermitas di gerakan sesuai perintah)

Total GCS 10

(klien sadar penuh, ekstermitas di gerakan sesuai perintah

l) Pemeriksaan patologi

Melakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit kearah jari melalui sisi lateral. Hasil : jari-jari kaki pasien membuka dan menyebar.

6) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1
Pemeriksaan Darah Lengkap (RSUD Ende)
Tanggal pemeriksaan 28 Juni 2024

MONO %	7.6	[%]	(2.0-8.0)
RBC	4.97	[10 ⁶ /uL]	(3.80-5.20)
HGB	13.7	[g/dL]	(11.7-15.5)
HCT	40.8	[%]	(35.0-47.0)
MPV	8.0	[fL]	(9.0-13.0)
PDW	82	[%]	(9.0-17.0)
P-LCR	9.4	[%]	(13.0-43.0)

Tabel 4.2
Pemeriksaan Laboratorium
Tanggal Pemeriksaan 28 Juni 2024

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
GLUKOSA DARAH		
Glukosa Sewaktu		70-140 mg/dl
Glukosa Puasa	106	<100 mg/dl
FAAL HATI		
SGOT/AST		0-35 U/L
SPG/ALT		4-36 U/L
LEMAK DARAH		
CHOLESTEROL TOTAL	277	<200 mg/dl
HDL-CHOLESTEROL	43	>45 mg/dl
LDL-CHOLESTEROL	219	<130 mg/dl
TRIGLISERIDA	77	<150 mg/dl
FAAL GINJAL		
UREUM	25,2	10-50 mg/dl
CREATININ	1.15	0.6-1.2 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM		135-145 mmol/L
KALIUM		3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA		98-106 mmol/L

Tabel 4.3
Terapi Medis

No	Nama Obat	Dosis
1.	Infus NaCl 0,9%	20 tetes/menit (IV)
2.	Citicolin	2x500 mg (IV)
3.	Micobalamin	2x500 mg (IV)
4.	Ceftriaxone	2x1 mg (IV)
5.	Aspilet	1x80 mg (ORAL)
6.	Paracetamol	3x1 gr (IV)
7.	Simvastatin	1x10 mg (ORAL)
8.	Ranitidin	2x50 mg (Oral)

7) Tabulasi Data

Keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan, lemah, pusing, tidak bisa bicara, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, aktivitas seperti makan, minum, berpakaian dibantu oleh keluarga. Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%.

8) Klasifikasi Data

DS : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan bagian tangan kanan dan kaki kanan, pusing, mual, muntah, tidak bisa bicara.

DO : Pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan, lemah, tidak bisa bicara, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran composmentis, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, aktivitas seperti makan , minum, berpakaian dibantu oleh keluarga. Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO₂: 95%.

9) Analisa Data

Tabel 4.4 Analisa Data

No	Signd/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : vertigo, mual ,muntah DO : klien tampak lemah, pucat, kesadaran : composmentis GCS 10, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO ₂ : 95%.	Embolisme	Gangguan perfusi serebral tidak efektif
2.	DS : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan DO : kelemahan di tangan dan kaki bagian kanan,aktivitas makan, munum, toileting di bantu keluarga, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO ₂ : 95%.	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS : keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara DO : belum bisa bicara, lemah, tanda-tanda vital Tekanan darah 164/90 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR: 22x/menit, SpO ₂ : 95%.	Penurunan sirkulasi verbal	Gangguan komunikasi verbal

10) Diagnosa Keperawatan

- A. .Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
- B. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
- C. Gangguan komunikasi verbal berrhubungan dengan penurunan sirkulasi verbal



LEMBAR KONSUL REVISI PENGUJI PROPOSAL

Nama : Kristina Gala Efhen
NIM : PO. 5303202210055
Penguji Utama : Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns.,M.Kep
Penguji Pendamping : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1	Selasa, 14 mei, 2024	Konsultasi revisi Bab I-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki latar belakang di data indonesia (nama pengarang) 2. Tambahkan data Riskesdas tahun 2022 3. Tambahkan data dari NTT tahun 2021 4. Perbaiki penulisan pada data RSUD Ende 5. Tambahkan fenomena stroke 6. Lihat cara pengeditan dan spasi 7. Perbaiki bab III pada batasan istilah menggunakan tabel terbuka 8. Perbaiki daftar pustaka 	

2	Jumad, 17 Mei 2024	Konsultasi revisi Bab I-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penulisan nama pengarang tidak boleh dobel 2. Data dari RSUD Ende tambhkan sumber di bagian bawah 3. Tambhkan sumber pada bagian fenomena stroke 4. Rapikan pada bagaian Daftar pustaka 	A
3.	Senin, 20 Mei 2024	Konsultasi revisi bab I-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapikan logo Poltekkes 2. Defenisi stroke di hapus pada fenomena stroke 3. Pada daftar pustaka tambahkan nama pengarang yang di ambil pada SLKI dan SKI 4. ACC 	A

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom






NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama : Kristina Gala Ephen
NIM : PO. 5303202210055
Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	05-09-2023	BAB I	A. Jumlah kasus pada semua tingkatan Nasional, Indonesia, NTT, Ende, RS. B. Jelaskan permasalahan pelaksanaan asuhan keperawatan di RS C. Cantumkan penelitian orang terkait kasus stroke D. Referensi	
2	11 -09-2023	BAB I	A. Jurnal dituliskan pakai nama B. Daftar pustaka dimasukan dalam 1 folder C. Pakai aplikasi mendelei D. Permasalahan asuhan keperawatan harus terkait dengan kasus yang diambil E. Tambahkan peran perawat	
3	13 -11-2023	BAB I	A. Masalah pelaksanaan proses askep mulai dari pengkajian – evaluasi. Apakah sudah benar melakukan proses askeo pada pasien stroke. B. Masalah peran perawat dan bagaimana pelaksanaannya di RS	
4	05-12- 2023	BAB I	A. Masalah pelaksanaan proses askep mulai dari pengkajian- evaluasi B. Masalah peran perawat dan bagaimana pelaksanaannya.	

5	20-12-2023	BAB I Dan BAB II	<p>A. Perbaiki cara pengetikan, cara penulisan, spasi, titik koma, dan cara pengeditan.</p> <p>B. Perbaiki masalah dalam melaksanakan asuhan keperawatan</p> <p>C. Perbaiki rumudsan masalah dalam melaksanakan tujuan, manfaat studi kasus</p> <p>D. Perbaiki phatway cari sumber lebih banyak</p> <p>E. Tambhkan masalah keperawatan</p> <p>F. Konsep asuhan keperawatan tambhkan lebih banyak teori.</p>	
6	01-03-2024	BAB I dan BAB II	<p>A. Tambahkan nama penguji dikata pengantar .Perbaiki cara pengetikan, cara penulisan, spasi titik koma, cara pengeditan.</p> <p>B. Tambahkan gambaran tentang penyakit stroke di latar belakang</p> <p>C. Tambahkan DS, DO di konsep dasar asuhan keperawatan.</p>	
7.	11- 03-2024	BAB I	<p>A. Perhatikan cara pengetikan titik koma, dan spasi.</p> <p>B. Daftar isi ukuran huruf 12 times new roman</p> <p>C. Tambahkan peran perawat dalam mengatasi komplikasi</p> <p>D. Rubah manfaat studi kasus</p>	
8.	18-03-2024	BAB I	<p>A. Perbaiki dan pengeditan cover Bab I di latar belakang</p> <p>B. Perbaiki logo poltekes kemenkes kupang</p> <p>C. Perbaiki pemeriksaan fisik</p>	
9.	18-04- 2024	BAB I – BAB III	<p>A. Tambahkan data pafda manifestasi klinis</p> <p>B. Pemeriksaan fisik menggunakan IPPA</p> <p>C. Konsep dasar askep</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Pengetikan blod data - Pengertian riwataat kesehatan - Pengertian pola –pola - Fungsi kesehtan 	⚡
10	24-04-2024	BAB I- BAB III	<ul style="list-style-type: none"> A. Perbaiki lembaran persetujuan B. Tambhkan dmasalah dalam pelaksanaan asuhan keperawatan C. Perhatikan pengetikan dan pengeditan D. Kontrak waktu penguji untuk ujian proposal E. ACC 	⚡

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Arts Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Kristina Gala Efhen
NIM : PO. 5303202210055
Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	01-07-2024	BAB IV	A. Perbaiki pada diagnosa keperawatan B. Perbaiki DS dan DO keperawatan C. Tambahkan penelitian orang lain baik kesenjangan ataupun data-data.	
2	Kamis, 11 juli 2024	BAB IV	A. Ds dan Do pada proposal ada tidaknya harus muncul di pengkajian	
3	Jumad, 12 juli 2024	BAB IV	A. Data yang ada di proposal namun tidak ada dikasus yang ada dikasus tapi tidak ada di proposal B. Diagnosa berapa yang di proposal dan dikasus berapa yang ditemukan.	
4	Sabtu, 13 juli 2024	BAB IV	A. Kriteria hasil masukan semua di pembahasan B. Kriteria hasil yang tidak tercapai ada tidak pada pembahasan C. Intervensi bagaimana pada pembahasan dan D. Implementasi pada pembahasan E. ACC F. Kontrak waktu dengan penguji untuk ujian KTI	

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001




KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE






LEMBAR KONSULTASI REVISI PENGUJI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Kristina Gala Ephen
NIM : PO. 5303202210055
Penguji Ketua : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns., M.Kep
Penguji Pendamping : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Selasa 13 Agustus 2024	BAB III BAB IV	<ul style="list-style-type: none">- Perbaikan Tanggal Lokasi studi kasus- Perbaikan pada Keluhan Utama pilih salah satu yang bermasalah yang mengancam nyawa- Perbaikan urutan number- Pemeriksaan fisik menggunakan IPPA- Perbaikan pengetikan SPO2- Perbaikan kata tahun 2024 jangan dalam kurung- Pada bagian pembahasan perbaikan dari intervensi, implemenentasi dan evaluasi harus pada penelitian kita sendiri baru penelitian orang lain.	
2.	Jumat 23 Agustus 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki pada lembaran pengesahan- Perbaiki pada kata pengantar- Perbaiki abstrak- Tambahkan palpasi pada pemeriksaan fisik- Pembahasan perbaiki pada	

		BAB V	<ul style="list-style-type: none"> pengkajian - Perbaiki pengetikan dan spasi - Perbaiki pada diagnosa , intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan. - Perbaiki pada kesimpulan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi. 	
3	Senin, 2 september 2024	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pada kata pengantar yaitu penulisan nama Direktur - perbaiki pada abstrak yaitu urutan nama dosen - pada bagian abstrak keterangan disusun lagi - Pada bagian pengkajian harus bahaa pada pengkajian saya duluan - Bahas di teori tapi tidak ada dipengkajian - Kasih alasannya kenapa tidak sama dengan teori - Pada bagian intervensi . intervensi keperawatan disusun untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan dan berdsarakan siki - Sebutkan intrvensi untuk dignosa pertama 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Sebutkan yang dilakukan apa saja - Sebutkan yang diteori tidak di ambil apa saja dan kenapa - Perbaiki pada implementasi - Perbaiki pada evaluasi bagian penutup 	
4.	Selasa, 10-09-2024	BAB I BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Ukuran huruf untuk abstrak pojok bawah 12 - Tambahkan data kluhan utama pda bagian pengkajian 	
5.	Selasa, 17-09-2024	BAB V	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan kesenjangan pada poin ke 6 bagian kesimpulan - ACC 	

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. DATA DIRI

NAMA : Kristina Gala Efhen
Tempat/ Tanggal lahir : Kopoba'i, 09-10-2001
Alamat : Wiwipemo Kec. Wolojita
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Hendrikus Hengki Adam
Nama Ibu : Eviliana Mete

II. Riwayat Pendidikan

1. SDN Wiwipemo : 2009- 2015
2. SMPN 4 Wolowaru : 2015-2018
3. SMKN 1 Ende : 2019- 2021
4. Poltekes Kemenkes Kupang,
Program Studi D-III Keperawatan Ende : 2021- 2024

MOTTO

“Selalu Ada Harga Dalam Sebuah Proses, Nikmati Saja Lelah-Lelah Itu, Lebarakan Lagi Rasa Sabar Itu. Semua Yang Kamu Investasikan Untuk Menjadikan Dirimu Serupa Dengan Yang Kamu Impikan. Mungkin Tidak Akan Selalu Berjalan Lancar Tapi Gelombang-Gelombang Itu Yang Nanti Bisa Kau Ceritakan.”