

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.A DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK  
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**



**OLEH:**

**ANJELINA MEZE**  
**NIM: PO.530320219898**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE  
2023**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.A DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan  
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan  
Pada Program Studi Keperawatan Ende



**OLEH:**

**ANJELINA MEZE**  
**NIM: PO.530320219898**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE  
2023**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bahwa ini :

Nama : Anjelina Meze  
Nim : PO530320219898  
Program Studi : D III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.A Dengan Diagnosa  
Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit  
Dalam III RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya tulis sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 04 Oktober 2023  
Yang membuat pernyataan



Anjelina Meze  
PO 530320219898

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN A.A DENGAN DIAGNOSA**  
**MEDIS STROKE NON HEMORAGIK**  
**RSUD ENDE**

**OLEH :**  
**ANJELINA MEZE**  
**NIM: PO.530320219898**

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

Ende, 04 Oktober 2023

Pembimbing



**Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc**  
**NIP.197401132002122001**

**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 TN. A.A DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS STROKE NON HEMORAGIK RSUD ENDE**

**ANJELINA MEZE**  
**PO.530320219898**

Studi kasus ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan  
Pada tanggal 04 Oktober 2023

**Penguji Ketua**



**Marthina Bedho, SST., M.Kes**  
**NIP. 196006271985032001**

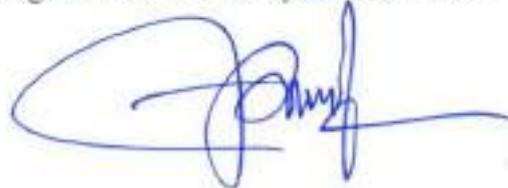
**Penguji Anggota**



**Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc**  
**NIP. 197401132002122001**

Disahkan Oleh

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende**



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

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Yang Maha Kuasa atas berkat dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.A Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”** dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Ende. Dalam menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapat banyak bantuan baik bersifat bimbingan, petunjuk dan juga dukungan moril.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, di antaranya ;

1. Bapak Irfan, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom selaku ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
3. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu Martina Bedho, SST., M.Kes sebagai Ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah.

5. Kepada bapak dan mama, kakak, adik serta keluarga besar yang telah memberikan bantuan moril, motivasi serta doa kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
  6. Kepada sahabat teman-teman yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
- Penulis menyadari hal ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan ini. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat secara alamiah.

Ende, 04 Oktober 2023

Penulis

## **ABSTRAK**

### **Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.A Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

Anjelina Meze  
Dr. Sisilian Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSC

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 Tn. A.A 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 Tn. A.A di laksanakan berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Pada pengkajian ditemukan data bahwa pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kiri, mual, muntah, pusing, bicara pelo, pengelihan kabur dan daya ingat menurun.

Masalah diangnosa keperawatan pada Tn. A.A yaitu gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan muskuloskeletal, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi dan gangguan memori berhubungan dengan faktor psikologis.

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

#### **Kata kunci : Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik.**

- a. Program Studi DIII Keperawatan Ende
- b. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

## **ABSTRACT**

### **Nursing Care for Mr. AA with non-hemorrhagic stroke in Internal Medicine Room III, Ende Hospital**

Anjelina Meze

Dr. Sisilian Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSC

Stroke is a health problem that is often found in society in both developed and developing countries, including Indonesia. Stroke has the highest prevalence, it is estimated that 25 million sufferers globally will end up dying.

A lifestyle that was initially healthy has now turned unhealthy, one of which is a change in unhealthy lifestyle. Such as eating foods that contain lots of fat and cholesterol, smoking, lack of exercise, drinking alcohol and excessive work (Cerebro Vascular Accident) are disorders of the nervous system that humans often suffer from. The cause of stroke is blockage and rupture of blood vessels, cutting off the supply of nutrients and oxygen to the brain.

The aim of the case study is to be able to provide nursing care to Mr. A.A with Non-Hemorrhagic Stroke in Internal Medicine Room III, Ende Hospital.

The method used in this Scientific Writing 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 Mr. A.A is carried out based on the nursing process approach. During the assessment, data was found that the patient experienced weakness in the left hand and leg, nausea, vomiting, dizziness, slurred speech, blurred vision and decreased memory.

Nursing problems in Mr. A.A, namely ineffective cerebral perfusion disorders related to embolism, physical mobility disorders related to musculoskeletal, verbal communication disorders related to circulation disorders and memory disorders related to psychological factors.

Nursing interventions are carried out based on nursing problems, namely encouraging the client to take medication regularly, encouraging the family to help the client with ROM exercises, encouraging the family to always communicate with the client, encouraging the family to always share positive things with the client.

#### **Keywords: Non-Hemorrhagic Stroke Nursing Care.**

- a. Ende DIII Nursing Study Program
- b. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Dasar Medis Stroke .....	6
1. Pengertian .....	6
2. Anatomi fisiologi .....	7
3. Etiologi .....	9
4. Patofisiologi .....	10
5. Pathway .....	12

6. Manifestasi Klinis .....	13
7. Pemeriksaan Penunjang .....	13
8. Penatalaksanaan .....	14
9. Komplikasi .....	16
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	17
C. Konsep Asuhan Keperawatan .....	21
1. Pengkajian Keperawatan .....	21
2. Diagnosa Keperawatan .....	28
3. Perencanaan Keperawatan .....	28
4. Implementasi Keperawatan .....	36
5. Evaluasi Keperawatan. ....	37
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>38</b>
A. Rancangan/Desain Studi Kasus .....	38
B. Subyek Studi Kasus .....	38
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	38
D. Lokasi Studi Kasus .....	39
E. Proses Studi Kasus .....	39
F. Teknik Pengumpulan Data .....	39
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	40
H. Keabsahan Data .....	40
I. Analisa Data .....	41
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>42</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	42
1. Gambaran umum Lokasi Studi Kasus .....	42
2. Pengkajian .....	43

3. Diagnosa Keperawatan .....	53
4. Perencanaan Keperawatan .....	53
5. Implementasi Keperawatan .....	58
6. Evaluasi Keperawatan .....	65
7. Catatan Perkembangan .....	68
B. Pembahasan .....	70
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>74</b>
A. Kesimpulan .....	74
B. Saran .....	75
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>76</b>
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b>	

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 2.1. Analisa Data .....	27
Tabel 3.1. Batasan Istilah .....	38
Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap (RSUD Ende) Tanggal pemeriksaan 11 September 2023 .....	50
Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium Tanggal pemeriksaan 13 September 2023 .....	50
Tabel 4.3 Terapi Medis .....	50
Tabel 4.4 Analisa Data .....	51
Tabel 4.5 Catatan perkembangan .....	68

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1. Anatomi Fisiologi (Yudha, 2015) .....	7
Gambar 2.2 Patway Stroke Non Hemoragik .....	12

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan masalah kesehatan yang sering di temukan pada masyarakat baik di negara maju maupun berkembang termasuk Indonesia. Stroke termasuk penyakit tidak menular yang serius dengan serangan akut yang menyebabkan kematian dalam waktu yang singkat atau kecacatan seumur hidup. Stroke adalah istilah yang di gunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke otak. Stroke memiliki prevalensi tertinggi, di perkirakan 25 juta penderitanya secara global akan berakhir dengan kematian (Tandra, 2018).

Dari data *World Health Organization* (WHO) stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama di dunia. Stroke menempati peringkat ke tiga penyebab kematian. Pada tahun 2013 terdapat 3,5 juta orang meninggal dan meningkat sebanyak 12% pada tahun 2018 yaitu sekitar 14 juta orang. Stroke menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia (*World Health Organization, 2018*). Berdasarkan hasil dari data *American Heart Association* (AHA) pada tahun 2018, didapatkan bahwa penyebab kematian akibat stroke (16,8%).

Menurut hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) penyakit stroke di Indonesia telah mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Pada tahun 2013 jumlah penderitanya penyakit stroke sebanyak 7,0 per mil atau

1.236.825 meningkat pada tahun 2018 menjadi 10,9 per mil atau sebesar 2.120.362 orang. Dari Provinsi Nusa Tenggara Timur meningkat dari 1,8% menjadi 6,1% dan berada pada urutan ke tiga dari tiga puluh empat provinsi di Indonesia. Prevalensi stroke non hemoragik yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan di RPD III RSUD Ende pada tahun 2021 sebanyak 15 orang yaitu 12 laki-laki dan 3 perempuan (Profil RSUD Ende, 2021).

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 (Yasmara, 2017).

Faktor lain yang dapat menjadi faktor resiko stroke adalah faktor jenis kelamin dan hipertensi. Prevalensi stroke sering di jumpai pada laki-laki di bandingkan dengan perempuan pada usia dewasa awal kerana hormon testosteron dan estrogen yang di miliki. Hipertensi salah satu faktor resiko yang meningkat terjadinya stroke sebanyak 6 kali lipat (Laily, 2017). Penyakit stroke dibedakan menjadi dua, Stroke Hemoragik Dan Stroke Non Hemoragik.

Stroke yang sering terjadi di masyarakat adalah stroke non hemoragik sekitar 80% dari populasi penduduk yang menderita stroke adalah stroke non

hemoragik. Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti yang terjadi secara cepat dan mendadak (Azizah, 2020).

Peran perawat dibutuhkan untuk mengatasi kondisi ini dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien stroke. Seorang yang menderita stroke paling banyak disebabkan oleh individu yang memiliki perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang tinggi lemak, kurang aktivitas fisik, atau olahraga. Dampak buruk penyakit stroke dapat diminimalisir jika serangan stroke dikenali dan mendapatkan pertolongan segera. Pasien yang terkena stroke sangat butuh penanganan tepat segera mungkin. Penanganan tepat dari tenaga medis dalam jangka waktu antara 3 hingga 5 jam dari gejala awal diharapkan dapat mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen

Upaya yang dilakukan untuk mengobati keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor kritis seperti : menstabilkan tanda-tanda vital, menempatkan pasien dalam posisi yang tepat dan dilakukan latihan gerak pasif. Untuk mencegahnya hindari merokok, kopi dan alkohol. Usaha untuk dapat mempertahankan berat badan ideal, batasi intake garam untuk penderita hipertensi, batasi makanan berkolesterol dan lemak (daging, durian, alpukat, keju dan lainnya), serta olahraga teratur (Purwanto, 2016).

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk lebih mendalaminya sebagai karya tulis ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Stroke Non Hemoragik”. 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**

Berdasarkan latar belakang Stroke Non Hemoragik maka penulis dapat membuat rumusan masalah yaitu: Bagaimana Asuhan Keperawatan yang di berikan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende.

## **C. Tujuan**

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka tujuan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

### **1. Tujuan Umum**

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A.A dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

### **2. Tujuan khusus**

- a. Memahami konsep dasar penyakit Stroke Non Hemoragik
- b. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- c. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- d. Mampu menentukan intervensi keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende

- e. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- f. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- g. Mampu membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus

#### **D. Manfaat**

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

##### 1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat memberi informasi, menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan, dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien SNH.

##### 2. Bagi Perawat

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan SNH.

##### 3. Bagi Perkembangan Ilmu Teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan SNH.

##### 4. Bagi Pasien Dan Keluarga

Sebagai saran untuk memperoleh pengetahuan tentang SNH beserta pelaksanaannya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medis Stroke**

##### **1. Pengertian**

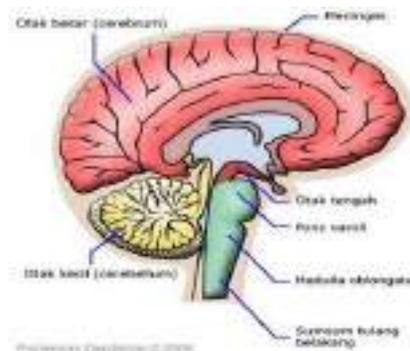
Secara umum stroke adalah gangguan pada fungsi system saraf di karenakan adanya gangguan pada peredaran darah di dalam otak akibat pecahnya pembuluh darah atau dalam otak. Otak seharusnya mendapatkan pasokan berupa oksigen dan nutrisi akan mengalami gangguan di karenakan kurangnya pasokan oksigen ke otak sehingga terjadi kematian sel saraf otak (Maria, 2021).

Stroke Non Hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau ke seluruhnya berhenti (Nurarif, 2016). Stroke Non Hemoragik terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini di sebut juga iskemia, stroke non hemoragik dapat di sebabkan oleh thrombosis dan emboli (Maria, 2021).

Berdasarkan pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa Stroke Non Hemoragik adalah gangguan fungsi otak yang di akibatkan oleh berkurangnya atau berhentinya suplai oksigen ke otak baik Karena emboli

maupun trombus sehingga mengakibatkan kematian jaringan otak yang bisa mengakibatkan kematian bagi penderitanya.

## 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, integritas informasi sensori (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.

b. Saraf otak di bagi menjadi 12 pasang saraf yaitu:

- 1) Nervus olfaktorius, saraf pembau yang keluar dari otak di bawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
- 2) Nervus optikus, mensarafi bola mata, membawa rangsangan pengelihatn ke otak
- 3) Nervus okulomotoris, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf parasimpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris
- 4) Nervus troklearis, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital
- 5) Nervus trigeminus, bersifat majemuk (sensoris motoris)
- 6) Nervus abduksen, sifatnya motoris fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata
- 7) Nervus fasialis, serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan sel selaput lendir rongga mulut
- 8) Nervus vestibulokoklearis, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar
- 9) Nervus glosfaringeus, mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan rasa ke otak

- 10) 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.
- 11) Nervus asesorius, sebagai saraf tambahan
- 12) 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 sebagai berikut :

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 seirkulasi 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 10-25 cc/ 100 g 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 vasospasme.

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-kegagalan tersebut yang membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Haryono, 2019; Maria, 2021; Tim Pokja SDKI, 2016).



## 6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke sebagai berikut : tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, mual, muntah, (disfagia)kesulitan menelan tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara, gangguan penglihatan , mulut mencong atau 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 penunjang yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut: (Wijaya & putri, 2013)

- a. Angiografi serebral : membantu menentukan penyebab dari 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 pepadatan 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 15-30<sup>0</sup>
  - 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

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

8) 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 genggan 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

## B. 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 :

### 1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Defenisi : berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak .

Faktor risiko : embolisme, hipertensi, kondisi klinis terkait : stroke.

### 2. Gangguan Mobilitas Fisik

Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab : ketidak bugaran fisik, penurunan kekuatan otot, gangguan neumuskular, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, gangguan sensori persepsi.

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif : sulit menggerakkan ekstermitas

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

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

### 3. Gangguan Komunikasi Verbal

Definisi : penurunan, perlambatan, atau ketidakadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim / menggunakan sistem simbol.

Penyebab : penurunan sirkulasi serebral, gangguan neumuskular, gangguan pendengaran

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : tidak tersedia

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

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 dan delusi.

Kondisi Klinis Terkait : stroke, peningkatan tekanan intrakranial.

#### 4. Defisit Perawatan Diri

Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab : gangguan muskuloskeletal, kelemahan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : menolak melakukan perawatan diri

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tidak tersedia

#### 5. Defisit Nutrisi

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab : kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan makanan.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : tidak tersedia

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

Gejala dan Tanda Minor

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

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

Kondisi Klinis Terkait : stroke, kerusakan neumuskular

#### 6. Gangguan Integritas Kulit/ jaringan

Definisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis).

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.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

Faktor yang berhubungan : imobilisasi

## **C. 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**

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis).

Identitas penanggung jawab

- 2) Riwayat Kesehatan

##### **a) Riwayat Kesehatan Sekarang**

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 Dahulu**

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti kougulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

c) Riwayat Penyakit 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 kekaburan 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

Biasanaya 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 bebarapa 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

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

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi.

d) Mata

Penglihatan 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 di lakukan 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 grafitasi.

- 4) Nilai 3 : bila dapat melawan grafitasi 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).

#### **b. Tabulasi Data**

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)

#### **c. Klsifikasi Data**

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, sesulitan menelan, mual, muntah, sulit melakukan aktivitas, gangguan penglihatan, kesadaran baik

#### d. Analisa Data

**Tabel 2.1. Analisa Data**

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Ds : kepala berputar (vertigo) kejang Do : gangguan daya Ingat, kesadaran Baik	Embolime	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

#### e. Prioritas Masalah

- 1) Perfusi jaringan, perubahan serebral.
- 2) Mobilitas fisik, kerusakan
- 3) Komunikasi, kerusakan, verbal
- 4) Kurang perawatan diri
- 5) Menelan, kerusakan
- 6) Gangguan intergritas kulit

## 2. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi jaringan, perubahan serebral berhubungan dengan embolisme.
2. Mobilitas fisik, kerusakan berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.
3. Komunikasi, kerusakan, verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi.
4. Kurang perawatan diri berhubungan dengan gangguan neumukular.
5. Menelan, kerusakan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
6. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan Mobilitas.

## 3. Perencanaan Keperawatan

- a. Perfusi jaringan, perubahan serebral berhubungan dengan embolisme.

**Tujuan** : setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan masalah gangguan perfusi jaringan, perubahan serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil : mempetahankan tingkat kesadaran biasanya/membaik, fungsi kognitif, dan motorik/ sensori.

Mendemonstrasikan tanda-tanda vital stabil dan tidak adanya tanda-tanda peningkatan TIK.

**Intervensi :**

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

Rasional : tersumbatnya arteri subklvia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekan darah pada kedua lengan.

- 2) Letakan kepala dengan posisi agak di tinggikan dan dalam posisi anatomis (netral).

Rasional : menurunkan tekan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/ perfusi serebral.

- 3) Pertahankan keadaan tirah baring, ciptakan lingkungan yang tenang, batasi pengunjung/aktivitas pasien sesuai indikasi. Berikan istirahat secara periodik antara aktivitas perawatan, batasi lamanya setiap prosedur.

Rasional : aktivitas atau stimulus yang kontinu dapat meningkatkan TIK. Istirahat total dan ketenangan mungkin di perlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya.

- 4) Berikan oksigen sesuai indikasi

Rasional :menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/terbentuknya edema.

5) Pemberian obat sesuai indikasi : antikoagulasi seperti natrium warfarin, (Coumadin), heparin, antitrombotik (ASA), dipiridamol (Persantine).

Rasional : dapat digunakan untuk meningkatkan/ memperbaiki aliran darah serebral atau selanjutnya dapat mencegah pembekuan saat embolus/trombus merupakan faktor masalahnya. Merupakan kontraindikasi pada pasien dengan hipertensi sebagai akibat peningkatan risiko pendarahan.

b. Mobilitas fisik, kerusakan berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

**Tujuan :** setelah di lakukan perawatan di harapkan masalah mobilitas fisik, kerusakan dapat teratasi dengan kriteria hasil : mempertahankan posisi optimal dari fungsi yang di buktikan tak adanya kontraktur, footdrop. Mempertahankan/ meningkatkan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi. Mendemonstrasikan teknik/perilaku yang memungkinkan melakukan aktivitas.

**Intervensi :**

1) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang/miring), dan sebagainya dan jika memungkinkan biasa lebih sering di letakan dalam posisi bagian yang terganggu.

Rasional : menurunkan resiko terjadinya trauma/iskemia jaringan. Daerah yang terkena mengalami perburukan/ sirkulasi

yang lebih jelek dan menurunkan sensasi dan menurunkan kerusakan pada kulit/decubitus.

- 2) Memulailah melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstermitas saat masuk. Anjurkan melakukan meremas bola karet, melebarkan jari-jari dan kaki/telapak.

Rasional : meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur.

- 3) Tinggikan tangan dan kepala.

Rasional : meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema.

- 4) Konsultasikan dengan ahli secara aktif latihan resistif, dan ambilansi pasien.

Rasional : program yang khusus dapat di kembangkan menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, koordinasi dan kekuatan.

- c. Komunikasi,kerusakan, verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi

**Tujuan** : setelah dilakukan perawatan selama di harapkan masalah komunikasi teratasi dengan kriteria hasil :mengindikasikan pemahaman tentang komunikasi. Membuat metode komunikasi di mana kebutuhan dapat di ekspresikan

**Rasional :**

- 1) Mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana (seperti "buka mata", "tunjuk ke arah pintu") ulangi dengan kata/kalimat yang sederhana.

Rasional : melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik).

- 2) Tunjukkan objek dan minta pasien untuk menyebutkan nama benda tersebut.

Rasional : melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan motorik (afasi motorik) seperti pasien mungkin mengenalinya tetapi tidak dapat menyebutkannya.

- 3) Mintalah pasien untuk mengucapkan suara sederhana seperti "sh" atau "pus".

Rasional : mengidentifikasi adanya disartria sesuai komponen motorik dari bicara (seperti lidah, gerakan bibir, control napas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin tidak disertai afasia motorik.

- 4) Berikan metode komunikasi alternatif seperti menulis di papan tulis, gambar. Berikan penjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar).

Rasional : memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan

- 5) Anjurkan pengunjung/orang terdekat mempertahankan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien seperti diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga.

Rasional : mengurangi isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

- d. Kurang perawatan diri berhubungan dengan gangguan neumuskular.

**Tujuan :** setelah dilakukan perawatan selama diharapkan masalah kurang perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil : melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri. Mengidentifikasi sumber memberikan bantuan pribadi/komunitas sesuai kebutuhan.

**Intervensi :**

- 1) Kaji kemampuan diri tingkat kekurangan (dengan menggunakan skala 0-4 ) untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.

Rasional : membantu dalam mengantisipasi /merencanakan kebutuhan secara individual.

- 2) Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional : pasien ini mungkin sangat ketakutan dan sangat tergantung dan meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustrasi adalah penting bagi pasien untuk

melakukan sebanyak mungkin untuk diri sendiri untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.

- 3) Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan atau keberhasilannya.

Rasional : meningkatkan perasaan makna diri, meningkatkan kemandirian dan mendorong pasien untuk berusaha secara kontinu.

- 4) Letakkan makanan dan alat-alat lain pada sisi pasien yang tidak sakit.

Rasional : pasien akan melihat untuk memakan makannya..

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakampuan mencerna makan.

**Tujuan** : setelah dilakukan perawatan selama di harapkan masalah menelan dapat teratasi dengan kriteria hasil : mendemonstrasikan metode makan tepat untuk situasi individual dengan aspirasi tercegah. Mempertahankan berat badan yang di inginkan.

**Intervensi** :

- 1) Letakan pasien pada posisi duduk/tegak selama dan setelah makan.

Rasional : menggunakan grafitasi untuk memudahkan proses menelan dan menurunkan resiko terjadinya aspirasi.

- 2) Letakan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu.  
Rasional : memberikan stimulasi sensori (termasuk rasa kecap) yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.
  - 3) Berikan makanan perlahan pada lingkungan yang tenang  
Rasional : pasien dapat dengan konsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi/gangguan dari luar.
  - 4) Anjurkan orang terdekat untuk membawa makanan kesukaan pasien.  
Rasional : menstimulasi upaya makan dan meningkatkan upaya menelan/masukan
  - 5) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk meminum cairan  
Rasional : menguatkan otot fasial dan otot menelan untuk menurunkan resiko terjadinya tersedak.
- f. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.
- Tujuan** : setelah dilakukan perawatan selama di harapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, tidak ada tanda-tanda infeksi, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

### **Intervensi :**

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

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

- 2) Berikan 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.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang di perlukan untuk mencapai tujuan dari hasil yang di perkirakan dari asuhan keperawatan yang di lakukan atau di selesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, mengarahkan kinerja aktivitas hidup setiap hari memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relefan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien.

Implementasi adalah kesinambungan dari interaktif dengan komponen lain, dengan proses keperawatan (Potter dan Perry, 2005).

Pada penelitian ini pelaksanaan yang di laksanakan berdasarkan rencana keperawatan yang telah di susun, baik tindakan secara mandiri maupun kolaboratif.

#### **5. Evaluasi Keperawatan.**

Evaluasi di lakukan untuk menilai keberhasilan implementasi yang telah di berikan kepada pasien. Evaluasi keperawatan untuk studi kasus ini Perfusion jaringan, perubahan serebral, mobilitas fisik, komunikasi, kurang perawatan diri, gangguan menelan dan gangguan integritas kulit teratasi atau tidak.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan utama dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Afiyanti, 2014).

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 di tuju untuk di teliti 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 Non Hemoragik 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 tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau ke seluruhnya berhenti (Nurarif, 2016).

#### **D. Lokasi Studi Kasus**

Karya tulis ilmiah di lakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Penyakit Dalam III.

#### **E. Proses Studi Kasus**

Studi kasus di awali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah di setuju oleh pembimbing studi kasus di lanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pelaksanaan tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang di jadikan subjek studi kasus.

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

Proses pengumpulan data di awali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian ijin kepala RPD III, kemudian kepala ruangan penyerahan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang di pilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informen consent. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang di gunakan yaitu :

##### **1. Wawancara**

Wawancara di pergunakan 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 di rasakan 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. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Mengadakan observasi atau pengamatan yang dilakukan secara langsung dengan pendekatan inspeksi, 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.

### **H. Keabsahan Data**

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

#### 1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang di hadapinya, meliputi : biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang di rasakan 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 di kumpulkan 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 di lakukan dalam penelitian ini di mulai dengan pengumpulan data-data berupa data keperawatan yang kemudian di klasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah di klasifikasikan, data-data tersebut di analisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang di temukan tersebut di jadikan 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 di lakukan. Data-data dari hasil pengkajian samapai evaluasi di tampilkan 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. 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.

## **2. Pengkajian**

Klien berinisial Tn.A.A berumur 67 tahun, agama katolik, beralamat Nangapenda mesi limbari'a dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik.

### **a. Pengumpulan Data**

#### **1) Identitas Pasien**

Studi kasus ini dilakukan pada Tn.A.A umur 37 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pendidikan tamat SD, beragama katolik, alamat Nangapenda mesi limbari'a, pekerjaan petani, suku bangsa Indonesia, tanggal masuk ruangan penyakit dalam III 11 September 2023, tanggal pengkajian 13 September 2023, no register 07-25-71. Identitas penanggung jawab Ny. M.M umur 62 tahun, pendidikan tamat SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, hubungan dengan pasien adalah istri.

#### **2) Keluhan Utama**

Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan bagian tangan kiri dan kaki kiri, mual dan bicara tidak jelas.

#### **3) Status Kesehatan Saat Ini**

##### **a. Riwayat keluhan sekarang**

Keluarga pasien mengatakan pada sore hari ketika pulang dari kebun mencari sapi yang talinya terlepas pasien kecapean langsung tidur. Sekitar jam 19.00 ketika anaknya membangunkan pasien untuk makan, tiba-tiba pasien mengalami kelemahan

bagian tangan dan kaki kiri, mual, bicara kata-kata kurang jelas, keluarga langsung membawa pasien ke puskesmas Nangapenda ketika tiba di puskesmas pasien sempat muntah 2 kali. Pasien langsung di rujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende untuk pertama kalinya di rawat lebih lanjut dan di diagnosis oleh dokter Stroke Non Hemoragik.

b. Upaya yang di lakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan upaya yang di lakukan di rumah di gosok dan dipijat dengan minyak nonamas dan menyuruh pasien minum air hangat.

**4) Riwayat Kesehatan Masa Lalu.**

a) Penyakit yang pernah di alami

Keluarga mengatakan pasien mengalami penyakit TBC fase awal dalam bulan ini pasien minum obat (oat) masuk bulan ke enam.

b) Pernah dirawat

Keluarga pasien mengatakan belum pernah di rawat dan ini pertama kalinya pasien mengalami kelemahan dan di rawat di Rumah Sakit.

c) Alergi

Keluarga mengatakan pasien tidak ada alergi obat-obatan atau minuman, pasien punya pantangan makan daging anjing.

d) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol)

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah minum kopi, alkohol maupun rokok sejak di usia mudah.

e) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga mengatakan penyakit TBC yang di alami pasien adalah faktor keturunan dari orang tua pasien.

### 5) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga mengatakan ketika pasien sakit keluarga selalu membawa ke fasilitas kesehatan untuk di periksa, pasien juga selalu aktif dalam mengikuti program posyandu lansia setiap bulan di kampungnya.

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 3x sehari dengan porsi makan sedang selalu di habiskan dengan menu nasi dan sayur bening di campur kacang merah, wortel, boncis lauknya ikan, daging dan telur. 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 5 hari di rawat baru 2 kali BAB dengan konsistensi lembek, berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 4-6 kali sehari berbau khas urin tidak ada keluhan saat 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.

## 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 dan menggembala sapi.

**Saat ini** : keluarga mengatakan pasien tidur mulai jam 20.00-06.00, tidur siang 13.00-15.00 tidak ada keluhan saat tidur.

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 kepala keluarga 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

Pasien menceritakan masalah yang di pendam sehingga membuat dirinya stres karena mimikirkan usianya yang sudah tua tapi

anak-anaknya belum menikah dan memikirkan biaya pernikahan anak omnya yang belum di siapkan.

j) Pola nilai kepercayaan

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

**6) Pemeriksaan fisik**

a) Keadaan umum : lemah kesadaran composmentis (sadar penuh)

TD : 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%. Berat badan : 45 kg, Tinggi badan : 155 cm, IMT : 18,7

b) Pemeriksaan head to toe

Kepala : bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, rambut beruban dan kulit kepala tampak bersih.

Wajah : inspeksi : tampak bersih, bentuk wajah simetris, klien tampak pucat dan lemah. Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris dan penglihatan kabur. Mulut :

inspeksi : bentuk simetris, berbicara pelo dan tidak jelas dan mukosa bibir kering. Hidung : inspeksi : bentuk simetris dan tidak

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

inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis, palpasi : tidak ada nyeri tekan. 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. Abdomen : inspeksi : bentuk simetris, palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan, auskultasi : bising usus 20 kali/menit. Ekstermitas : inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kiri terasa lemah, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan bagian kanan, akral dingin tidak terdapat odema, CRT <3 detik, turgor kulit kering dan kulit tampak keriput.

Kuantitas : GCS, kualitas : compsmentis

Kuantitatif :

E : 4 (Spontan)

V : 4 (orientasi baik, bicara agak pelo)

M : 6 (ekstermitas di gerakan sesuai perintah)

Total GCS 14

(klien sadar penuh, orientasi baik bicara agak pelo, dan ekstermitas di gerakan sesuai perintah)

#### c) Pemeriksaan patologi

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

## 7) Pemeriksaan Diagnostik

**Tabel 4.1**  
**Pemeriksaan Darah Lengkap (RSUD Ende)**  
**Tanggal pemeriksaan 11 September 2023**

<b>MONO %</b>	11.1 <sup>+</sup>	[%]	(2.0-8.0)
<b>RBC</b>	4.04 <sup>-</sup>	[10 <sup>6</sup> /uL]	(4.40-5.90)
<b>HGB</b>	11.4 <sup>-</sup>	[g/dL]	(13.2-17.3)
<b>HCT</b>	33.7 <sup>-</sup>	[%]	(40.0-52.0)
<b>MPV</b>	8.4 <sup>-</sup>	[fL]	(9.0-13.0)
<b>PDW</b>	8.1 <sup>-</sup>	[%]	(9.0-17.0)
<b>P-LCR</b>	12.3 <sup>-</sup>	[%]	(13.0-43.0)

**Tabel 4.2**  
**Pemeriksaan Laboratorium**  
**Tanggal pemeriksaan 13 September 2023**

<b>Jenis Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
<b>GLUKOSA DARAH</b>		
Glukosa Sewaktu	97	70-140 mg/dl
<b>FAAL HATI</b>		
SGOT/AST	22,2	0-35 U/L
SPG/ALT	13,4	4-36 U/L
<b>LEMAK DARAH</b>		
CHOLESTEROL TOTAL	171	<200 mg/dl
HDL-CHOLESTEROL	54	>45 mg/dl
LDL-CHOLESTEROL	93	<130 mg/dl
TRIGLISERIDA	116	<150 mg/dl
<b>FAAL GINJAL</b>		
UREUM	25,9	10-50 mg/dl
CREATININ	0,78	0.6-1.2 mg/dl
<b>ELEKTROLIT</b>		
NATRIUM	142,7	135-145 mmol/L
KALIUM	3,50	3.5-5.1 mmol/L
CHLORIDA	110,6	98-106 mmol/L

**Tabel 4.3**  
**Terapi Medis**

<b>No</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>
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)

### b. Tabulasi data

Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kiri, mual, muntah, lemah, pusing, bicara pelo dan kata-kata tidak jelas, penglihatan kabur, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran compormentis terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, aktivitas seperti makan , minum, berpakaian di bantu oleh keluarga. Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%.CRT <3 detik.

### c. Klasifikasi Data

DS : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kiri, mual, muntah, pusing dan penglihatan kabur

DO : pasien mengalami kelemahan di sisi bagian kiri, lemah, pucat, bicara pelo dan kata-kata tidak jelas, penglihatan kabur, daya ingat menurun, mukosa bibir kering, kesadaran compormentis terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan bagian kanan, aktivitas seperti makan , minum, berpakaian di bantu oleh keluarga. Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%.CRT <3 detik.

### d. Analisa Data

**Tabel 4.4 Analisa Data**

No	Signd/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : pusing, mual, muntah DO : klien tampak lemah, pucat, kesadaran : composmentis, GCS 14, tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit,	Embolisme	Gangguan perfusi serebral tidak efektif

Spo <sub>2</sub> : 97%.CRT <3 detik.			
2.	DS : Keluarga mengatakan pasien mengalami kelemahan di tangan dan kaki bagian kiri DO : kelemahan di tangan dan kaki bagian kiri, aktivitas makan, minum, toileting di bantu keluarga, tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, Spo <sub>2</sub> : 97%.CRT <3 detik.	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS : bicara kata-kata tidak jelas DO : bocara pelo dan kata-kata tidak terlalu jelas, penglihatan kabur, tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, Spo <sub>2</sub> : 97%.CRT <3 detik.	Gangguan sirkulasi	Gangguan komunikasi verbal
4.	DS : pengelihatan kabur DO : daya ingat menurun, tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, Spo <sub>2</sub> : 97%.CRT <3 detik.	Faktor psikologis	Gangguan memori

#### e. Prioritas masalah

Dari hasil analisa data di atas, maka penulis dapat menentukan prioritas masalah pada Tn.A. A yaitu :

- 1) Gangguan perfusi sereberal tidak efektif
- 2) Gangguan mobilitas fisik
- 3) Gangguan komunikasi verbal
- 4) Gangguan memori

### 3. Diagnosa Keperawatan

Dari masalah-masalah keperawatan yang di temukan, maka penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. A.A yaitu :

- a) Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan musculoskeletal
- c) Gangguan kominikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi
- d) Gangguan memori berhubungan dengan faktor psikologis

### 4. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang di susun berdasarkan diagnosa yang muncul pada Tn. A.A yaitu :

- a) Gangguan perfusi serebral tidak efektif berhungan dengan embolisme di tandai dengan :

DS : pusing, mual, muntah

DO : klien tampak lemah, pucat, kesadaran : composmentis, GCS 14,

tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit,

Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%.CRT <3 detik. **Tujuan**

: setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di

harapkan masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif teratasi

dengan kriteria hasil : nilai rata-rata tekanan darah membaik,

tekana sistolik membaik dan tekana diastolik membaik.

**Rencana keperawatan :**

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

Rasional : tersumbatnya arteri subklvia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekan 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 musculoskeletal di tandai dengan :

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

DO : kelemahan di tangan dan kaki bagian kiri,aktivitas makan, munum, toileting di bantu keluarga, tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%.CRT <3 detik. **Tujuan**

Setelah di lakukan tindakan perawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : pergerakan ekstermitas membaik, kekuatan otot membaik, rentang gerak ROM membaik, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun.

**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 terjaga kekakuan otot maupun sendi.
- c) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi di tandai dengan :
- DS : bicara kata-kata tidak jelas
- DO : bicara pelo dan kata-kata tidak terlalu jelas, penglihatan kabur, tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit,

Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%.CRT <3 detik. **Tujuan** : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil : kemampuan berbicara membaik, pelo menurun, respons perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik.

**Rencana keperawatan :**

1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara.  
Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien.
  2. Gunakan metode komunikasi alternatif (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.
- d) Gangguan memori berhubungan dengan faktor psikologis di tandai dengan :
- DS : pengelihatan kabur
- DO : daya ingat menurun, tanda-tanda vital Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%.CRT <3 detik.

**Tujuan :**

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan memori teratasi dengan kriteria hasil: verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual, verbalisasi kemampuan mengingat perilaku tertentu yang pernah di lakukan meningkat, verbalisasi pengalaman lupa menurun, verbalisasi mudah lupa menurun.

**Rencana keperawatan :**

1. Lakukan secara bertahap dan berulang jika terdapat perubahan atau hal baru  
Rasional : untuk meningkatkan daya ingat secara bertahap
2. Koreksi kesalahan orientasi  
Rasional : menjelaskan kembali pemahaman yang keliru dan orientasi yang sebenarnya.
3. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru saja terjadi  
Rasional : untuk meningkatkan daya ingat
4. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan  
Rasional : untuk memahami latihan yang akan di lakukan

## 5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada Tn. A.A di lakukan selama 3 hari.

a) Hari rabu 13 september 2023

### Diagnosa pertama

Tindakan untuk mengatasi masala gangguan perfusi serebral tidak efektif

**Jam 08.00** memantau tanda-tanda vital seperti tercatat (adanya hipertensi/hipotensi) hasilnya : Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi : 97x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%. **Jam 08.30** melayani pemebrian 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 09.00** mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.

Hasil :

pasien tampak tidak bisa menggerakan kaki dan tangan bagian kiri 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 kiri 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 tiga**

Tindakan untuk mengatasi gangguan komunikasi verbal

**Jam 09.30** memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien tampak bicaranya pelo, tidak jelas dalam penyebutan artikulasi, dengan volume suara yang kecil. **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. Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan.

### **Diagnosa empat**

tindakan untuk mengatasi gangguan memori

**Jam 10.20** Melakukan secara bertahap dan berulang jika terdapat perubahan atau hal baru

Hasil pasien mampu mengikuti apa yang perawat ajarkan seperti minum obat sebelum makan.

**Jam 10.30** mengkoreksi kesalahan orientasi. Hasil pasien tampak bingung dengan apa yang di instruksikan

**Jam 10.40** menstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru saja terjadi. Hasil pasien tampak mengerti dan mengingat apa di sudah di jelaskan

**Jam 10.50** menjelaskan tujuan dan prosedur latihan. Hasil pasien tampak mau dan antusias untuk mengikuti latihan untuk meningkatkan daya ingatnya.

b) Kamis 14 september 2023

### **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 110/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%. **Jam 08.30** melayani pemberian obat hasilnya : klien mendapat terapi obat paracetamol 3x1 mg, citicolin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg, micobalamin 2x500 mg.

### **Diagnosa dua**

Tindakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik

**Jam 09.00** mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : pasien tampak sudah bisa menggerakkan kaki kiri dan tangan kirinya walaupun masih terasa lemah

**Jam 09.05** memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil : memasang pagar tempat tidur dan di bantu oleh keluarga

**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 kiri mengalami kelemahan saat di lakukan pergerakan tetapi sudah bisa melakukan gerakan secara perlahan seperti meregangkan jari-jari tangan dan kaki, menekukkan kaki, mengangkat tangan secara perlahan

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

**Jam 09.20** mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kanan dengan bantuan, namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kiri karena masih terasa lemah

### **Diagnosa tiga**

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal

**Jam 09.30** memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara.

Hasil : klien tampak bicaranya masih pelo, penyebutan artikulasi sudah mulai jelas

**Jam 09.40** menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak memperhatikan dan kebingungan

**Jam 09.50** menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan.

Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan.

**Jam 10.00** mengajarkan pasien untuk mengikuti instruktur dengan menggunakan penyebutan kalimat seperti makan, minum, mandi. Hasil : pasien tampak memperhatikan dan mengikuti yang diajarkan namun pasien masih sulit menyebutkan kalimat dengan jelas.

#### **Dignosa empat**

tindakan untuk mengatasi gangguan memori

**Jam 10.20** Melakukan secara bertahap dan berulang jika terdapat perubahan atau hal baru

Hasil pasien mampu mengikuti apa yang perawat ajarkan seperti minum obat sebelum makan.

**Jam 10.30** mengkoreksi kesalahan orientasi. Hasil pasien tampak sedikit bingung dan belum memahami apa yang di tanyakan perawat.

**Jam 10.40** menstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru saja terjadi. Hasil pasien tampak mengerti dan mengingat akan

peristiwa yang baru saja terjadi ketika di di tanya makan dengan lauk apa saja pasien bisa menjawab dan menjelaskan dengan benar

**Jam 10.50** menjelaskan tujuan dan prosedur latihan. Hasil pasien tampak mau dan antusias untuk mengikuti latihan untuk meningkatkan daya ingatnya.

c) Jumad, 15 September 2023

#### **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 110/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit, SpO<sub>2</sub>: 97%. **Jam 08.30** melayani pemberian obat hasilnya : klien mendapat terapi obat paracetamol 3x1 mg, citicolin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg.

#### **Diagnosa dua**

Tindakan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik

**Jam 09.00** mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kanan dan tangan kanannya

**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 kiri mengalami kelemahan saat di lakukan pergerakan

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

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

### **Diagnosa tiga**

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal

**Jam 09.30** memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien tampak bicaranya masih pelo, penyebutan articulasi sudah mulai jelas

**Jam 09.40** menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak memperhatikan

**Jam 09.50** menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan.

**Jam 10.00** mengajarkan pasien untuk mengikuti instruktur dengan menggunakan penyebutan kalimat seperti makan, minun, mandi. Hasil : pasien tampak memperhatikan dan mengikuti yang diajarkan namun pasien masih sulit menyebutkan kalimat dengan jelas.

### **Diagnosa empat**

tindakan untuk mengatasi gangguan memori

tindakan untuk mengatasi gangguan memori

**Jam 10.20** Melakukan secara bertahap dan berulang jika terdapat perubahan atau hal baru

Hasil pasien mampu mengikuti apa yang perawat ajarkan seperti minum obat sebelum makan.

**Jam 10.30** mengoreksi kesalahan orientasi. Hasil pasien tampak sedikit bingung dan belum memahami apa yang di tanyakan perawat.

**Jam 10.40** menstimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru saja terjadi. Hasil pasien tampak mengerti dan mengingat akan peristiwa yang baru saja terjadi ketika di di tanya makan dengan lauk apa saja pasien bisa menjawab dan menjelaskan dengan benar

**Jam 10.50** menjelaskan tujuan dan prosedur latihan. Hasil pasien tampak mau dan antusias untuk mengikuti latihan seperti jam minum obat untuk meningkatkan daya ingatnya.

### **6. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi hari pertama pada tanggal 13 september 2023. Diagnosa 1. Gangguan perfusi serebral tidak efektif. Evaluasi yang di lakukan : 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 : 110/70 mmHg, RR : 20x/menit, S : 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98% CRT <3 detik. 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 kiri 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 : 110/70 mmHg, RR : 20x/menit, S : 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98%. Tangan dan kaki kiri masih terasa lemah untuk di gerakan, jari-jari tangan dan kaki bagian kiri 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 bicara belum terlalu jelas. O: bicara pelo, artikulasi terlalu jelas, volume suara kecil A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan. Diagnosa 4. Gangguan memori. S: keluarga pasien mengatakan pengelihatn kabur. O: pasien masih merasa bingung menjawab dengan benar apa yang di tanyakan oleh perawat. A: masalah gangguan gangguan memori belim teratasi. P: intervensi di lanjutkan. Evaluasi hari kedua pada tanggal 14 september 2023. Diagnosa1. 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 : 110/70 mmHg, RR : 20x/menit, S : 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98% CRT <3 detik. 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 kiri klien sudah bisa di gerakan secara perlahan. O: keadaan umum baik, kebutuhan ADL masih di bantu oleh keluarga, akral teraba hangat, kulit sudah tidak pucat, klien sudah mampu menggerakan tangan dan kaki kiri secara bertahap dengan bantuan. A: gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P: intervensi di lanjutkan. Diagnosa 3. Gangguan komunikasi verbal. Evaluasi yang di lakukan. S: keluarga mengatakan klien sudah bisa berbicara tetapi kata-kata kurang jelas. O: klien sudah bisa bicara tetapi artikulasi dan kalimatnya masih belum jelas. A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan

Diagnosa 4. Gangguan memori. Evaluasi yang di lakukan. S: keluarga pasien mengatakan penglihatan kabur. O: pasien masih merasa bingung dan berpikir untuk menjawab apa yang di tanyakan oleh perawat. A: masalah gangguan gangguan memori belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan. Evaluasi hari ke tiga pada tanggal 15 september 2023.

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 : 110/70 mmHg, RR : 20x/menit, S : 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 98% CRT <3 detik. 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 kiri klien sudah bisa di gerakan secara perlahan. O: keadaan umum baik, kebutuhan ADL masih di bantu oleh keluarga, akral teraba hangat, kulit sudah tidak pucat, klien sudah mampu menggerakan tangan dan kaki kiri secara bertahap dengan bantuan. A: gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P: intervensi di lanjutkan. Diagnosa 3. Gangguan komunikasi verbal. Evaluasi yang di lakukan. S: keluarga mengatakan klien sudah bisa berbicara tetapi kata-kata kurang jelas. O: klien sudah bisa bicara tetapi artikulasi dan kalimatnya masih belum jelas. A: masalah gangguan komunikasi verbal belum terasi. P: intervensi di lanjutkan

Diagnosa 4. Gangguan memori. Evaluasi yang di lakukan. S: keluarga pasien mengatakan pengelihatannya kabur. O: pasien masih merasa bingung dan berpikir untuk menjawab apa yang di tanyakan oleh perawat. A: masalah gangguan gangguan memori belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan.

## 7. Catatan Perkembangan

**Tabel 4.5 Catatan perkembangan**

<b>Hari/tanggal</b>	<b>No Dx</b>	<b>Jam</b>	<b>Catatan Perkembangan</b>
Jumad, 15 September 2023	I	08.00	S : keluarga mengatakan pasien sudah tidak pusing lagi. O : keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat CRT <3 detik, akral teraba hangat, GCS :14 (E4,V4,M6) Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, N: 82x/menit, S: 37 <sup>0</sup> C, RR: 20x/menit, SPO <sub>2</sub> : 99%, CRT<3 detik. A : Gangguan perfusi serebral tidak efektif sudah teratasi P : Intervensi di lanjutkan
		08.05	

	14.00	<p>I : Anjurkan klien untuk minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter</p> <p>E: keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat CRT &lt;3 detik, akral teraba hangat, GCS :14 (E4,V4,M6)</p> <p>Tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, N: 82x/menit, S: 37<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit, SPO<sub>2</sub> : 99%, CRT&lt;3 detik.</p>
II	08.10	<p>S : keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri sudah bisa di gerakan secara perlahan</p> <p>O: keadaan umum baik, kebutuhan ADL di bantu oleh keluarga, kulit sudah tidak pucat, klien sudah mampu menggerakkan kaki dan tangan bagian kiri secara bertahap dengan bantuan keluarga, TD : 110/80 mmHg, RR : 21x/menit, S : 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 99%..</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p>
	08.20	<p>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</p>
	14.00	<p>E : keadaan umum baik, kebutuhan ADL di bantu oleh keluarga, klien sudah mampu menggerakkan kaki dan tangan bagian kiri secara bertahap dengan bantuan keluarga, TD : 110/80 mmHg, RR : 21x/menit, S : 37<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub>: 99%..</p>
III	08.30	<p>S :keluarga mengatakan klien sudah bisa berbicara tetapi kata-kata kurang jelas</p> <p>O : klien sudah bisa bicara tetapi kata-kata masih belum jelas</p> <p>A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teras</p> <p>P :intervensi di lanjutkan</p> <p>I : menganjurkan keluarga untuk selalu sering berkomunikasi dengan klien</p> <p>E : pasien sudah berbicara tetapi artikulasi masih belum jelas</p>

---

IV	09.00	S : keluarga mengatakan pengelithatan masih kabur O : pasien mampu menjawab dengan benar apa yang di tanyakan oleh perawat A : masalah gangguan memori belum teratasi P : intervensi di lanjutkan I : menganjurkan keluarga untuk selalu bercerita dengan klien agar pasien selalu mengingat E : pasien mampu menjawab dengan benar apa yang di tanyakan oleh perawat
----	-------	--

---

## B. Pembahasan

Pada pengkajian secara teoritis menurut Huda (2016) di dapatkan tanda dan gejala pasien Stroke Non Hemoragik sebagai berikut : tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, mual, muntah, kesulitan menelan (disfagia) tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara, gangguan penglihatan , mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, proses kencing terganggu, gangguan fungsi otak, dan kesadaran baik. Sedangkan pada kasus Tn. A.A ditemukan keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan bagian kiri teras lemah, bicara pelo, pengelithatan kabur, pusing, mual, muntah, daya ingat menurun. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, di mana pada kasus Tn. A.A tidak di temukan kesulitan menelan (disfagia) di karenakan sumbatan pembuluh darah tidak menyerang pada saraf hipoglosus sehingga Tn. A.A bisa menggerakkan lidah dan berperan dalam menelan dan mengunyah makanan,

hilangnya rasa peka dikarenakan sumbatan pada pembuluh darah tidak menyerang pada saraf trigeminal sehingga Tn. A.A bisa merasakan sensasi seperti rasa dingin, panas, sentuhan dan tekanan. Mulut mencong atau tidak simetris dikarenakan sumbatan pembuluh darah tidak menyerang pada saraf fasialis sehingga Tn. A.A bentuk wajah simetris, bibir atas dan bawahnya simetris. Proses kecing terganggu dikarenakan tidak ada gangguan pada sistem perkemihan sehingga Tn. A.A tidak ada keluhan pada saat BAK. Selain itu, pada penelitian kasus yang dilakukan Imelda Nur Fardiyanti dkk Ruangan 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya (2022) kesulitan untuk menggerakkan tangan dan kaki kanan, berbicara pelo, mual, muntah, hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maria Angelina Wawo (2023) di RSUD Ende kesulitan untuk menggerakkan kaki dan tangan bagian kiri, bicara pelo dan tidak jelas. Hal ini disebabkan karena adanya gangguan pada saraf trigeminus sehingga menyebabkan penurunan fungsi otot sedangkan pada sistem saraf fasialis dan saraf hipoglossus menyebabkan penurunan fungsional otot rongga mulut dan lidah sehingga terjadi bicara pelo.

Menurut Azizah, N. and Wahyuningsih (2020) 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, namun pada kasus Tn. A.A hanya ditemukan diagnosa gangguan perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan gangguan

memori hal ini di karenakan sesuai dengan batasan karakteristik yang di temukan dalam pengkajian. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagnosa keperawatan pada kasus Tn. A.A dimana pada Tn. A.A ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan memori di karenakan Tn. A.A mengalami penurunan daya ingat. Sedangkan diagnosa defisit perawatan diri, defisit nutrisi, dan gangguan integritas kulit tidak di ambil di sebabkan karena tidak ada data yang mendukung untuk menegakan ketiga diagnose tersebut.

Perencanaan keperawatan pada teori menurut Yasmara, D & et al. (2017) gangguan perfusi serebral tidak efektif ada 5 intervensi sedangkan pada kasus Tn. A.A masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif hanya 2 perencanaan yang di lakukan. Hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan kasus di karenakan 3 intervensi pada teori letakan kepala dengan posisi agak di tinggikan dalam posisi anatomis (netral), pertahankan keadaan tirah baring, ciptakan lingkungan yang tenang, batasi pengunjung atau aktivitas pasien sesuai indikasi dan berikan oksigen sesuai indikasi tidak dilakukan di karena pada Tn. A.A tidak mengalami benturan kepala, pasien dalam keadaan sadar penuh dan tidak mengalami sesak napas karena pasien sudah tiga hari dalam proses perawatan yang intensif sehingga pada saat melakukan pengkajian tidak ada data yang mendukung untuk ke tiga intervensi tersebut. Gangguan mobiltas fisik pada teori 4 intervensi sedangkan pada kasus Tn. A.A ada 6 intervensi. Hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Pada teori intervensi ubah posisi 2 jam (terlentang/miring), dan sebagainya dan jika

memungkinkan bisa lebih sering diletakan posisi bagian yang terganggu intervensi tersebut tidak dilakukan dikarenakan pada saat melakukan pengkajian tidak ditemukan Tn. A.A dalam keadaan sadar penuh dan pasien bisa melakukan secara mandiri miring ke kiri dan miring kekanan walaupun masih terasa lemah untuk miring ke kiri dan di bantu oleh keluarganya karena sebelumnya sudah dilatih dan di ajar oleh ahli fisioterapi. Intervensi tinggikan kepala dan tangan intervensi tersebut tidak dilakukan karena pada saat melakukan pengkajian tidak di temukan data seperti ada benturan kepala atau pasien dalam keadaan tidaka sadar sehingga intervensi tersebut tidak dilakukan. Karena data yang ditemukan Tn.A.A bisa melakukan secara mandiri seperti angkat tangan kanan walaupun sedikit sulit untuk angkat tangan kiri dikarena masih terasa lemah. Intervensi konsultasikan dengan ahli secara aktif latihan resistif dan ambulansi pasien intervensi tidak dilakukan karena pada saat melakukan pengkajian sebelumnya Tn. A.A sudah di latih atau diajarkan latihan gerak ROM oleh ahli fisioterapi karena klien sudah di rawat selama tiga di RSUD Ende. Untuk penambahan intervensi pada kasus Tn. A.A di ambil dari buku SIKI dan di sesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan pada Tn.A.A sehinggann enam intervensi tersebut dilakukan. Gangguan komunikasi verbal di teori 5 intervensi dan pada kasus 4 intervensi. Hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Dimana pada teori 5 intervensi tersebut dilakukan semua sedangkan pada kasus dijelaskan 4 karena di sesuaikan dari buku SIKI sehingga untuk intervensi di teori mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana seperti

“buka mata, tunjuk kearah pintu” ulangi dengan kata/kalimat yang sederhana dan intervensi tunjukan objek dan minta pasien untuk menyebutkan nama benda tersebut di jadikan satu karena ke 2 intervensi tersebut memiliki arti dan makna yang sama. 4 intervensi pada kasus Tn.A.A dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pasien. Sedangkan gangguan memori intervensi pada kasus 4 rencanakan dan dilakukan. Hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena pada teori tidak ada masalah gangguan memori sedangkan pada saat melakukan pengkajian di dapatkan data-data yang menudukung untuk mengakat masalah gangguan memori seperti daya ingat menurun, pengelihatn kabur sehingga 4 intervensi tersebut di ambil dari buku SIKI di rencanakan dan dilakukan pada Tn. A.A sesuai kebutuhan dan kemampuan pasien.

Tahap implementasi merupakan tahap melaksanakan rencana keperawatan dengan berpedoman pada intervensi atau aktivitas yang telah ditentukan. Implementasi pada kasus Tn. A.A dalam masalah keperawatan gangguan perfusi serebral tidak efektif , gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan gangguan memori dapat di jalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipasi keluarga serta petugas kesehatan. Dengan demikian seluruh intervensi yang di rencanakan dapat di implementasikan pada Tn. A.A.

Menurut Huitzi-Egilegor et al., (2014) dalam Malisa Novi, dkk., (2021) evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dan merupakan sebuah perbandingan yang terencana dan sistematis antara

hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang telah dilakukan pada tahap perencanaan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah gangguan perfusi serebral tidak efektif teratasi, gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi, gangguan komunikasi verbal sebagian teratasi dan gangguan memori sebagian teratasi. Langkah selanjutnya diharapkan klien dan keluarga untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dan tujuan untuk mencegah timbulnya Stroke Non Hemoragik.

## **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 13-15 september 2023 (3 hari) maka dapat di simpulkan sebagai berikut : Tn. A.A dengan umur 67 tahun dengan Stroke Non Hemoragik.

Pengkajian pada kasus di temukan data yang ada di teori tetapi tidak ada di kasus yaitu : mual, muntah, gangguan menelan (disfagia) tidak ada selera makan di tetapkan dengan masalah defisit nutrisi. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit , kemerahan di tetapkan dengan masalah gangguan intergritas kulit. Lemah, lemas, kulit tampak kotor, sulit sekali melakukan aktivitas secara mandiri di tetapkan dengan masalah kurang perawatan diri.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus namun ada pada teori yaitu : diagnosa defisit nutrisi, gangguan intergritas kulit dan kurang perawatan diri. Diagnosa yang ada di kasus nyata dan juda ada pada teori yaitu : gangguan perfusi serebral tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik dan ada juga penambahan 1 diagnosa pada kasus nyata yaitu gangguan memori. Intervensi keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik mengacu pada teori dan dimodifikasi sesuai dengan keadaan klien dan memudahkan dalam pelaksanaannya. Evaluasi pada kasus Tn. A.A

setelah di laksanakan tindakan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah gangguan perfusi tidak efektif sebagian teratasi, gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi, gangguan memori sebagian teratasi dan gangguan komunikasi verbal sebagian teratasi.

## **B. Saran**

### 1. Bagi peneliti

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

### 2. Bagi rumah sakit

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

### 3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi penelitian ini dapat di gunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan serta mengkatkatkan 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

- American Heart Association. (2018). *Council on Epidemiology and prevention Statistic Committee and Stroke Statistic Subcommite*. Update: areport from the American Heart Associaton
- Afiyanti, Rachmawati. (2014). *Metode Penelitian Kualitatif Pada Riset Keperawatan*. Jakarta : Rajawali Pers
- Azizah, N. and Wahyuningsih (2020) ‘Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik’
- A Potter & Perry, A. G. 2015. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Pratik*, edisi 4, Volume. 2. Jakarta : EGC
- Doenges Marilyn. E, Mary F. Moorhouse, Alice C. Geissler. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan : pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Fajar Yudha (2014), pengaruh *Range of Motion* terhadap kekuatan otot pasien pasca perawatan stroke
- Harsono, editor. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press; 2016
- Haryono, R, dkk. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres.
- Imelda Nur Fardiyanti dkk Ruangan 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya (2022) & Maria Angelina Wawo (2023) di RSUD Ende. Tanda dan gejala mengalami Stroke Non Hemoragik
- Nurarif Amin Huda & Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 3*. Yogyakarta: Mediacion Publishing
- Laily, S. R. (2017). Hubungan Karakteristik Penderita Dan Hipertensi Kejadian Stroke Iskemik. *Jurnal Berkala Epidemiologi*
- Maria, I. 2021. *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta : deepublish.
- Muttaqin, A. (2015). *Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan system imonologi*. Jakarta: selemba medika

- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Ende. (2021). Di Ambil Tanggal 31 Maret 2022
- Purwanto, 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Standar Diagnosis Keperawatan dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017.
- Tandra, H. (2018). *Dari Diabetes Menuju Jantung & Stroke*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama. Taufan, N. (2018). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Triwibowa. (2013). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit (Trans Info)*. Jakarta.
- Standar Diagnosis Keperawatan dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y. M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2 Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh ASKEP*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Yasmara, D & et al. (2017). *Rencana asuhan keperawatan medical-bedah: Diagnosis Nanda-I 2015-2017 intervensi nic hasil noc*. Jakarta : EGC

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### a. Data Diri

Nama : Anjelina Meze  
Tempat/tanggal lahir : Bomanu, 13 Juli 1997  
Alamat : Jln. Bawah kampus Satu  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik

### b. Riwayat Pendidikan

- 1) TKK BUNDA HATI KUDUS BOGENGA
- 2) SDI IMPRES BOGENGA
- 3) SMPN I BAJAWA
- 4) SMK ST. MATHILDA RUTENG
- 5) Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III  
Keperawatan Ende

## MOTTO

*Kesempatan bukanlah hal yang kebetulan*

*Kamu harus menciptakannya*



**LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : Anjelina Meze  
NIM : PO.530320219898  
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Selasa, 15 Februari 2022	Konsultasi judul dan Bab1(Latar belakang)	1. Konsul judul Proposal tentang Stroke Non Hemoragik 2. Lanjut pengetikan untuk BAB 1	
2	Jumad, 08 Maret 2022	Konsultasi BAB 1	1. Konsultasi untuk BAB 1 dan kirim lewat Email	
3	Jumad, 18 Maret 2022	Konsultasi BAB 1	1. Perbaiki lembar cover 2. Tambahkan peran perawat di latar belakang 3. Tambahkan data-data yang dari RSUD Ende 4. Tambahkan faktor apa saja yang menyebabkan terjadinya Stroke Non Hemoragik 5. Perbaiki rumusan masalah tentang Stroke Non Hemoragik 6. Perbaiki cara pengetikan judul, spasi dalam tulisan	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Perbaiki tujuan umum dan khusus tentang Stroke Non Hemoragik</li> <li>8. Perbaiki metode studi kasus tentang Stroke Non Hemoragik</li> <li>9. Perbaiki cara penulisan dan kata-kata yang kurang dan belum lengkap setiap kalimat</li> <li>10. Atur huruf 12 times new roman</li> <li>11. Perbaiki pengetikan pada bahasa asing (miring)</li> </ol>	↓
4	Kamis, 31 Maret 2022	Konsultasi BAB I dan BAB II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki tujuan umum dan khusus</li> <li>2. Perbaiki konsep dasar medis Stroke Non Hemoragik</li> <li>3. Tambahkan kesimpulan dari Stroke Non Hemoragik</li> <li>4. Perbaiki penyebab Stroke Non Hemoragik</li> <li>5. Perbaiki fisiologi</li> <li>6. Perbaiki manifestasi klinis tentang Stroke Non Hemoragik</li> <li>7. Perbaiki komplikasi Stroke Non Hemoragik</li> <li>8. Tambahkan penatalaksanaan perawat</li> </ol>	↓
5	Rabu, 18 Mei 2022	Konsultasi BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki pathway Stroke Non Hemoragik</li> <li>2. Perbaiki cara pengetikan dan spasi</li> <li>3. Tambahkan etiologi</li> </ol>	↓

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Perbaiki konsep masalah keperawatan</li> <li>5. Tambahkan pola kesehatan</li> <li>6. Perbaiki batasan istilah</li> <li>7. Perbaiki rasional</li> </ol>	
6	Senin, 23 Mei 2022	Konsultasi BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki tabel pada tabulasi data</li> <li>2. Perbaiki pengetikan tanda titik dan koma</li> <li>3. Perbaiki daftar pustaka dan lihat buku panduan</li> <li>4. Perbaiki sumber pada pathway</li> </ol>	↓
7	Selasa, 21 Juni 2022	Konsultasi BAB II dan BAB III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tambahkan di bagian intervensi di diagnosa</li> <li>2. Perbaiki rancangan/desain studi kasus</li> <li>3. Perbaiki cara pengetikan setiap paragraf</li> </ol>	↓
8	Jumad, 03 Maret 2023		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki tabel batasan istilah</li> <li>2. Lengkapi daftar pustaka</li> <li>3. Perubahan paragraph</li> </ol>	↓
9	Senin, 13 Maret 2023	Konsultasi lanjut	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan kata pengantar</li> <li>2. Perbaiki daftar pustaka setiap paragraf</li> </ol>	↓
10	Jumad, 12 Juni 2023	Konsultasi lanjut	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki daftar pustaka</li> <li>2. ACC siap naik ujian kontrak waktu dengan penguji</li> </ol>	↓
11	Rabu, 13 September 2023	Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ceritakan masalah pasien</li> <li>2. Riwayat keluhan ceritakan sampe klien masuk RSUD Ende</li> </ol>	↓

			<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pola nutrisi metabolik, tambahkan makanan apa saja yang di konsumsi klien sebelum sakit dan saat sakit</li> <li>4. Tambahkan aktivitas apa saja yang di lakukan klien sebelum sakit</li> <li>5. Tambahkan pemeriksaan patologi</li> <li>6. Pemeriksaan fisik harus lengkap head to toe</li> <li>7. Sesuaikan tabulasi data dengan hasil pengkajian</li> <li>8. Pada intervensi keperawatan sesuaikan dengan apa yang di lakukan kepada pasien</li> </ol>	
12	Kamis, 14 September 2023	Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ceritakan secara lengkap riwayat kesehatan pasien</li> <li>2. Tanyakan apakah sebelumnya pasien pernah di rawat RSUD Ende dengan masalah apa</li> <li>3. Lakukan pemeriksaan patologi seperti Melakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit kearah jari melaui sisi lateral, usapkan di sisi wajah menggunakan kasa tanyakan kepada pasien apakah rasa atau tidak</li> </ol>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sesuaikan tabulasi data dari hasil pengkajian</li> <li>5. Tentukan masalah utama dalam diagnosa keperawatan</li> </ol>	
13	Jumad, 15 September 2023	Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki tabulasi data, klasifikasi data dan analisa data sesuai pengkajian</li> <li>2. Perbaiki intervensi sesuai yang dilakukan pada pasien</li> <li>3. Lanjut ketik</li> </ol>	↓
15	Senin, 18 September 2023	Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki cara pengetikan dari spasi tanda titik dan koma yang benar</li> <li>2. Perbaiki intervensi sesuai yang dilakukan klien</li> <li>3. Perbaiki di pengkajian dan pembahasan</li> </ol>	↓
16	Selasa, 19 September 2023	Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki cara pengetikan</li> <li>2. Perbaiki pembahasan dan abstrak</li> <li>3. ACC untuk ujian hasil pada tanggal 04 Oktober 2023</li> </ol>	↓

Disahkan Oleh

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : ANJELINA MEZE  
NIM : PO.530520219898  
PENGUJI : MARTINA BEDJO, SST., MKes

No	Tanggal	Materi	Hasil Konsultasi	Paraf Penguji
1	Senin, 07 Agustus 2023	<b>PROPOSAL</b> Revisi proposal	1. Perbaiki cara pengetikan 2. Perbaiki pengertian SNH 3. Perbaiki etiologi 4. Perbaiki patofisiologi 5. Perbaiki manifestasi klinis 6. Perbaiki tatapelaksanaan 7. Perbaiki pengkajian dari tabulasi data sampai analisa data 8. Perbaiki intervensi dan rasional sesuai dari buku Dengues 9. Perbaiki daftar pustaka	
2	Selasa, 09 Agustus 2023	Revisi proposal	1. ACC proposal 2. Turun kasus	
3	Rabu, 11 Oktober 2023	KTI Revisi KTI	1. Tambahkan penomoran tabel serta sumber buku 2. Perbaiki pembahasan sesuai dengan pengkajian awal	
4	Kamis, 12 Oktober 2023	Revisi KTI	1. ACC	