

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J. J. O DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI
RPD I-II RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

MARIA ANGELINA WAWO
NIM.PO5303202200496

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J. J. O DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI
RPD I-II RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Mendapat
Gelar Ahli Madya Keperawatan



OLEH

MARIA ANGELINA WAWO
NIM PO.5303202200496

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

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J. J. O DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI
RPD I-II RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

MARIA ANGELINA WAWO
NIM. PO5303202200496

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui

Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 10 Juli 2023

Pembimbing



Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP.197602171999032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J. J. O DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH)**

DI RPD I-II RSUD ENDE

OLEH :

MARIA ANGELINA WAWO

NIM.PO5303202200496

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan

Pada, 04 Agustus 2023

Penguji Ketua



Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP.198809222020122005

Penguji Anggota



Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP.197602171999032001

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Angelina Wawo
NIM : PO. 5303202200496
Program Studi : D III Keperawatan Ende
judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PAD NY. J. J. O
DENGANDIAGNOSA MEDIS STROKE NON
HEMORAGIK (SNH) DI RPD I-II RSUD ENDE

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

Ende, 6 Juli 2023
Yang Membuat Pernyataan

MARIA ANGELINA WAWO
NIM. PO. 5303202200496

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. J. J. O Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik (SNH) Di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende”** dapat terselesaikan dengan baik.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi Keperawatan Ende. Sebagai manusia yang lemah, Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat dilalui. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep,Ns,Sp.Kep.Kom, Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi D III Keperawatan Ende.
3. Rif’atunnisa, S.Kep.,Ns., M.Kep, Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns., M.Kep, selaku Dosen penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

4. Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns., M.Kep, selaku Dosen pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah sabar dan meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ny. J. J. O dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Kedua orang tuaku, keluarga, saudara-saudari serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.
7. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu dalam membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga mendapat pahala dari Tuhan Yang Maha Esa.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, 6 Juli 2023

Penulis

ABSTRAK

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny J. J. O Dengan Diagnosa Medis
Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Umum Daerah Ende
Maria Angelina Wawo (1)
Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep.(2)**

Latar belakang : stroke iskemik atau stroke non hemoragik adalah stroke yang terjadi penyumbatan pada pembuluh darah di otak atau di leher, penyumbatan dapat di sebabkan oleh pembentukan gumpalan di pembuluh darah otak atau leher. Tujuan Studi kasus : Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny J. J. O dengan melakukan pengkajian, menegakan diagnosa, memberikn intervensi, implementasi dan evaluasi dengan cara wawancara pada pasien.

Hasil : dari hasil studi kasus dilakukan pengkajian ditemukan data-data keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan digerakan karena terasa berat dan lemah, tidak bisa mengangkat barang berat. Diagnosa yang ditemukan pada Ny J. J. O yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, ganggan mobiilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, implementasi yang dilakukan yaitu sesuai dengan intervensi yang ditentukan. Hasil evaluasi dilaksanakan selama 3 hari tujuh masalah teratasi sebagian.

Kesimpulan : melalui implementasi selama 3 hari. pada kasus Ny J. J. O Evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan pada masalah keperawatan yang pertama adalah masalah resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan aterosklerosis aorta belum teratasi. Masalah keperawatan yang ke dua adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan penurunan sirkulasi serebral dengan belum teratai. Masalah keperawatan yang ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan sirkulasi serebral dengan belum teratasi. Masalah keperawatan yang ke empat adalah gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas belum teratasi. Masalah keperawatan yang ke lima defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan teratasi sebagian. Masalah keperawatan yang ke enam adalah defisit perawatan diri berhubungan gangguan neuromuskuler teratasi sebagian. Saran: bagi pasien dan keluarga bisa memahami dan melakukan latihan room secara rutin untuk meningkatkan kekuatan otot, selalu mengajak pasien untuk berkomunikasi, selalu memperhatikan kebersihan dan kenyamanan pada pasien, dan selalu menganjurkan dan melayani pasien untuk makan sedikit tapi sering.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik
Keterangan : (1) program Studi D III Keperawatan Ende
(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende**

ABSTRACT

Nursing Care of Mrs. J. J. O's Patient with a Medical Diagnosis of Non-Hemorrhagic Stroke at the Ende Regional General Hospital

Maria Angelina Wawo (1)

Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep.(2)

Background: ischemic stroke or non-hemorrhagic stroke is a stroke that occurs in a blockage in a blood vessel in the brain or in the neck, a blockage can be caused by the formation of a clot in a blood vessel in the brain or neck. Purpose of the case study: To provide nursing care to Mrs. J. J. O by conducting assessments, making diagnoses, providing interventions, implementing and evaluating them by interviewing patients.

Result: from the results of the case study conducted the study found data from the patient's family saying that the left hand and left leg could not be moved because they felt heavy and weak, unable to lift heavy objects. The diagnosis found in Ny J. J. O is the risk of ineffective cerebral perfusion related to aortic atherosclerosis, impaired verbal communication associated with decreased cerebral circulation, impaired physical mobility associated with neuromuscular disorders, impaired skin/tissue integrity associated with decreased mobility, nutritional deficits associated with disability swallowing food, self-care deficit related to neuromuscular disorders. Nursing interventions are carried out based on the nursing problems found, the implementation carried out is in accordance with the specified interventions. The evaluation results were carried out for 3 days and seven problems were partially resolved.

Conclusion: through the implementation for 3 days. in the case of Mrs J. J. O Evaluation can be analyzed based on the goals set in the first nursing problem is the problem of the risk of ineffective cerebral perfusion related to aortic atherosclerosis has not been resolved. The second nursing problem is verbal communication disorders related to decreased cerebral circulation with not yet lotus. The third nursing problem is impaired physical mobility related to decreased cerebral circulation which has not been resolved. The fourth nursing problem is impaired skin/tissue integrity related to decreased mobility that has not been resolved. The fifth nursing problem is nutritional deficit related to partially resolved inability to swallow food. The sixth nursing problem is self-care deficit related to partially resolved neuromuscular disorders. Suggestion: for patients and their families to understand and do room exercises regularly to increase muscle strength, always invite patients to communicate, always pay attention to cleanliness and patient comfort, and always encourage and serve patients to eat little but often.

Keywords: Non Hemorrhagic Stroke Nursing Care

Description: (1) Ende Nursing D III Study program

(2) Lecturer in Ende D III Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	i
LEMBAR PERSETUJUAN.	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTARTABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat studi kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep dasar penyakit stroke.....	6
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	19
BAB III METODE PENELITIAN.....	42
A. Jenis/rancangan/desain studi kasus	42
B. Subyek studi kasus	42

C. Batasan istilah (definisi operasional)	42
D. Lokasi dan waktu studi kasus.....	43
E. Metoda/prosedur studi kasus.....	43
F. Teknik pengumpulan data.....	43
G. Instrumen pengumpulan data	44
H. Keabsahan data.....	44
I. Analisis data	45
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.	46
A. Hasil	46
B. Pembahasan.....	96
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	101
D. Implikasi untuk Keperawatan	101
BAB V PENUTUP.....	103
A. Kesimpulan	103
B. Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA	107
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pemeriksaan darah lengkap.....	58
Tabel 4.2 Pemeriksaan laboraturium.....	60
Tabel 4.3 Terapi obat	61
Tabel 4.4 Analisa data.....	63

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Pathway Stroke.....	13
--------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke masih menjadi masalah utama kesehatan. bukan hanya di Indonesia namun di dunia. penyakit stroke merupakan penyebab kematian terbanyak ketiga di dunia. Penyakit stroke menjadi masalah kesehatan di Negara maju maupun Negara sedang berkembang. Hal ini diakibatkan pola hidup yang tidak sehat sehingga angka kejadian penyakit stroke mengalami peningkatan (Saraswati, 2021). *World Health Organization* atau WHO menetapkan stroke merupakan terjadinya gejala penurunan fungsi neurologis secara tiba-tiba, fokal maupun global, berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan pasokan darah menuju ke otak. Stroke merupakan penyakit multifaktorial penyebab kematian dan disabilitas.(Hidayat & Amalia, 2022).

Secara global menurut Saraswati (2021), Stroke merupakan salah satu penyakit penyebab kematian ketiga di Dunia terjadi di America Serikat dengan angka kematian mencapai 146.664 jiwa. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, menyatakan dari tahun ke tahun angka penderita penyakit stroke di Indonesia semakin meningkat tercatat dari tahun 2013 sampai 2018 meningkat dari 7% menjadi 10,9%. Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur > 15 sebesar 10,9% , prevalensi stroke tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Kalimantan timur (14,7%), dan terendah di

provinsi papua (4,1%), berdasarkan kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 75+ tahun (50.2%) dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun (0.6%). Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi stroke pada laki-laki (11.0%) hampir sama dengan perempuan (10.9%). Prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada penduduk yang tidak/belum pernah sekolah memiliki (21.1%) berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan (12.6%) lebih tinggi di banding perdesaan (8.8%). Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi Stroke di NTT adalah (6,06%). (Risksdas 2018). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang di dapat melalui laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, Rabu, 10 Mei 2023, tercatat 3 tahun terakhir kasus stroke mengalami perubahan yakni pada tahun 2020 sebanyak 466 kasus, pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 488 kasus, pada tahun 2022 mengalami penurunan, yakni 428 kasus, sedangkan pada tahun 2023 pada rentang waktu 4 bulan terakhir ini suda mencapai 261 kasus. Berdasarkan hasil laporan tahunan 2021 di ruangan penyakit dalam I-II kasus stroke non hemoragik dengan jumlah 20 dan stroke hemoragik dengan jumlah 8 orang. Tahun 2022 kasus stroke non hemoragik dengan jumlah 34 orang dan stroke hemoragik dengan jumlah 10 orang. (RSUD ENDE 2023)

Adapun hasil studi kasus yang dilakukan oleh Agustin (2019), pasien yang mengalami stroke menunjukkan gejala diantaranya yaitu kelemahan saraf, kelemahan otot, kurang gerak, kekakuan sendi, kurang energi, kondisi ini dapat memicu munculnya perubahan kondisi fisik dan

psikologis akibat adanya keterbatasan. Adanya kelemahan atau keterbatasan inilah yang akan berdampak pada citra tubuh.

Dampak akibat penyakit stroke ditentukan oleh luas daerah dan lokasi di otak yang mengalami gangguan. Gejala yang paling sering muncul adalah kesulitan menggerakkan anggota gerak, tidak dapat merasakan sensasi di wajah, sulit untuk berbicara (afasia), bibir tidak simetris, sulit untuk menelan, hilang kesadaran bahkan kelumpuhan . Apabila tidak ditangani dengan baik stroke dapat menyebabkan kecacatan fisik bahkan kematian, maka dari itu penanganan stroke harus segera dilakukan dengan baik dan cepat. (Loveta, dkk 2022). Berbagai dampak baik secara fisik dan psikologi dapat timbul pasca serangan stroke. Dampak fisik yang sering dialami penyandang stroke antara lain, hemiparase, hemiplegia, fatigue, afasia, dispagia, kekakuan otot sedangkan dari segi dampak psikologi penyandang stroke dapat mengalami stress, panic, sehingga berkontribusi pada penurunan kualitas hidup dan tertanggungnya pemenuhan aktivitas secara mandiri. (Dewi, 2020).

Upaya pencegahan pada penyakit stroke ini dilakukan dengan deteksi dini, untuk mengurangi faktor resiko terjadinya stroke adalah mengetahui faktor-faktor resiko yang dapat diubah sedini mungkin yaitu dengan menjaga tekanan darah, gula darah, indeks masa tubuh, kolesterol pada ambang normal yaitu dengan menjaga pola makan, memilih makanan dengan tepat dan berolahraga secara teratur, mengurangi kebiasaan merokok, hal ini perlu dilakukan terutama pada individu yang memiliki

riwayat keluarga tiga generasi yang mengalami stroke (Kurniajati, dkk 2022).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis mengambil kasus stroke dikarenakan kurangnya tingkat pengetahuan akan kesadaran masyarakat dan keluarga mengenai bahaya stroke serta gaya hidup masyarakat terhadap kesehatannya menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka stroke, kalau stroke itu tidak ditangani maka itu akan berdampak lebih buruk bagi pasien. Maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa Stroke yang professional melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien dengan stroke di Ruang RPD III (RSUD) Ende”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa dapat mengetahui konsep dasar teori dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan stroke

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan stroke
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan stroke
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien stroke
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien stroke
- f. Mampu Menganalisis kesenjangan antara teori dan kelolaan pasien stroke

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini untuk :

1. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dan memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien stroke.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit dan pelayanan kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan Asuhan keperawatan pada pasien stroke.

3. Bagi Perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang Asuhan keperawatan pada pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke merupakan suatu kondisi perubahan neurologis berupa gangguan fungsi otak baik fokal maupun global yang disebabkan karena adanya gangguan suplai darah ke otak yang berkembang cepat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih yang dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas. (Pratama, 2021).

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu Stroke iskemik atau Stroke Non Hemoragik dan Stroke Hemoragik. Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti sedangkan stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. (Sari, 2021).

2. Etiologi

Penyebab Stroke menurut Sari (2021), Stroke disebabkan oleh arteri yang tersumbat (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak yang tidak menyebabkan kerusakan permanen.

1) Stroke Non Hemoragik

Sekitar 80% kasus stroke menurut Sari (2021) adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia) stroke iskemik dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

- a) Stroke trombotik. Terjadi ketika gumpalan darah (trombus) terbentuk di salah satu arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan tersebut disebabkan oleh deposit lemak (plak) yang menumpuk di arteri yang menyebabkan aliran darah berkurang (arterosklerosis) atau kondisi arteri lainnya.
- b) Stroke embolik. Terjadi ketika gumpalan darah atau debris lainnya menyebar ke otak dan tersapu melalui aliran darah. Jenis gumpalan darah ini disebut embolus. Sumber umum embolus menyebabkan stroke adalah jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komonis atau aorta.

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik menurut Sari (2021), terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi yang memengaruhi pembuluh darah antara lain:

- a) Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol (hipertensi)
- b) Overtreatment dengan antikoagulan (pengencer darah)
- c) Melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisme)

Penyebab perdarahan yang kurang umum adalah pecahnya jalinan abnormal pembuluh darah berdinding tipis (malaformasi arteriovenosa). Jenis stroke hemoragik meliputi:

- a) Perdarahan intrasebral. Dalam perdarahan intrasebral, pembuluh darah di otak pecah atau menyebar ke jaringan otak di sekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak di luar kebocoran kekurangan darah dan rusak. Tekanan darah tinggi, trauma, malaformasi vascular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intrasebral.
- b) Perdarahan subaraknoid. Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan di arteri. Pembengkakan yang parah membuat pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Penyebab aneurisma serebral sendiri belum diketahui. Beberapa penderita aneurisma mengalami kondisi ini sejak lahir dengan keseimbangan yang sangat lambat.

3. Faktor Risiko

Faktor risiko Menurut Sari (2021) yang dapat meningkatkan risiko stroke. Beberapa faktor yang juga dapat meningkatkan kemungkinan mengalami serangan jantung. Faktor risiko stroke yang berpotensi dapat diobati meliputi:

- 1) Faktor risiko gaya hidup
 - a) Kelebihan berat badan atau obesitas
 - b) Ketidakaktifan fisik
 - c) Minuman berat atau pesta
 - d) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin
- 2) Faktor risiko medis
 - a) Memiliki tekanan darah lebih tinggi 120/80 mmHg
 - b) Merokok atau terpapar asap rokok bekas
 - c) Kolesterol tinggi
 - d) Diabetes
 - e) Apnea tidur obstruktif
 - f) Penyakit kardiovaskular, termasuk gagal jantung, cacat jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal
 - g) Riwayat pribadi atau keluarga terkait stroke, serangan jantung, atau serangan iskemik transien

- 3) Faktor-faktor lain yang terkait dengan risiko stroke, termasuk :
- a) Usia, Orang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang yang lebih mudah.
 - b) Ras. Orang Afrika-Amerika memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang-orang di Ras lain.
 - c) Jenis kelamin. Pria memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dari pada wanita. Perempuan biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.
 - d) Hormon. Penggunaan pil KB atau terapi hormon yang termasuk estrogen, serta peningkatan kadar estrogen dari kehamilan dan persalinan.

4. Patofisiologi

Patofisiologi utama stroke menurut Sari (2021), adalah penyakit jantung atau pembuluh darah yang mendasarinya. Dua jenis stroke yang dihasilkan dari penyakit ini adalah stroke iskemik dan hemoragik

1) Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik atau stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak. Sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 20 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan

emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dan fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak. Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini beresiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbat aliran darah adalah suatu proses biomelektular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia. Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energy untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energy ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

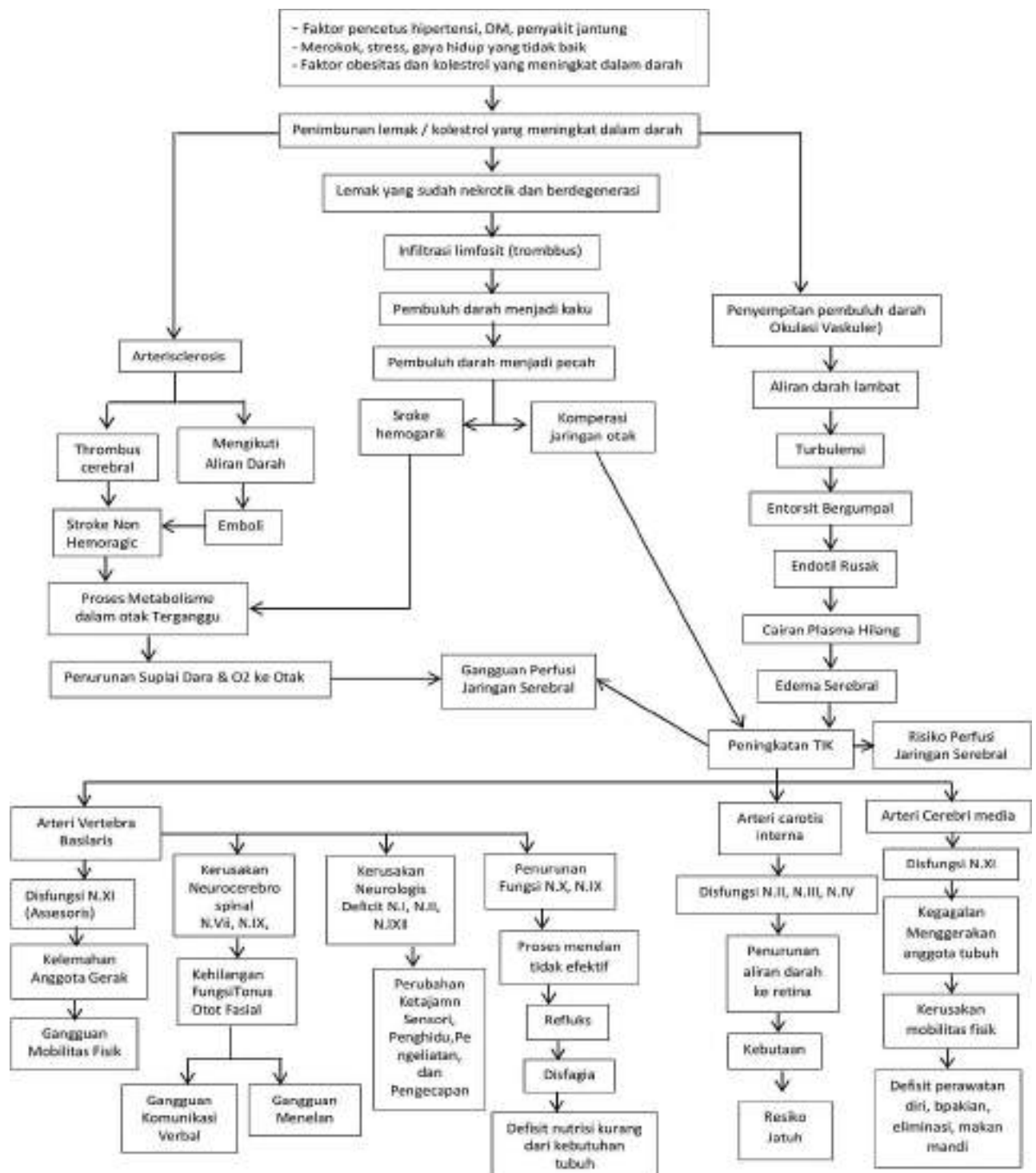
2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasari darah keparenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah aneurisma dan malaformasi arteriovenous

(AVM). Ekstravasasi darah keparenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma.

Faktor predisposisi dari stroke hemoragik yang sering terjadi adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah adalah salah satu faktor hemodinamika kronis yang menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur atau kerusakan vascular. Perubahan struktur yang terjadi meliputi lapisan elastik eksternal dan lapisan adventisia yang membuat pembuluh darah menipis. Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat membuat pembuluh darah pecah.

5. Pathway



Sumber : (Sari, 2021)

Gambar 2.1 Pathway Stroke

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Menurut Helty (2023) Stroke sebagai berikut :

- a. Kelumpuhan (paralisis) total pada 1 sisi tubuh
- b. Kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur
- c. pusing
- d. Kebingungan
- e. Kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain
- f. Masalah dengan keseimbangan dan koordinasi
- g. Mual muntah
- h. Kesulitan menelan (disfagia)
- i. Sakit kepala yang tiba-tiba dan sangat parah mengakibatkan rasa sakit yang membuat tidak seperti yang dialami sebelumnya
- j. Penurunan kesadaran

Manifestasi klinis Menurut Sari (2021)

- a. Kesulitan berbicara dan kebingungan. Pasien yang mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata-kata dan / atau mengalami kesulitan memahami ucapan.
- b. Kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki. Penderita stroke bisa mengalami mati rasa tiba-tiba, kelemahan atau kelumpuhan diwajah, lengan atau kaki. Hal ini sering terjadi di satu sisi tubuh.

- c. Kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata. Penderita stroke akan mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan kabur atau hitam disatu atau kedua mata.
- d. Sakit kepala. Sakit kepala yang tiba-tiba dan parah, yang mungkin disertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, mungkin menunjukkan bahwa seseorang mengalami stroke.
- e. Kesulitan berjalan. Penderita stroke mungkin tersandung atau mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan, atau kehilangan koordinasi.

7. Komplikasi Stroke

Komplikasi menurut Kariasa, (2022) dikutip dari Powers, (2015) antara lain :

- a. Edema otak

Edema otak terjadi karena adanya peningkatan suhu tubuh. Hal ini akan mempengaruhi sawar darah otak/Blood Brain Barrier (BBB) dengan cara meningkatkan permeabilitas BBB dan berakibat langsung terjadinya edema otak.

- b. Pneumonia

Imunologi pada pasien stroke cenderung menurun, hal ini dikarenakan adanya pembersihan debris dan proses perbaikan yang melibatkan respon imunologik.

c. Infeksi saluran kemih atau inkontinensia/ retensi urine

Infeksi saluran kemih dapat terjadi karena pemasangan dari foley kateter yang digunakan untuk mengumpulkan urine pada pasien stroke, pada hal ini juga memoengaruhi terhadap kemampuan pasien untuk mengontrol fungsi kandung kemihnya.

d. Kejang

Aktivitas kelistrikan yang abnormal pada otak, hal ini dapat menyebabkan kejadian kejang pada pasien dengan stroke, hal ini umum dan sering terjadi pada pasien stroke.

e. Decubitus

Luka yang terjadi akibat dari tekanan bagian tubuh misalnya pinggul dan bokong, sendi kaki dan tumit, disebabkan penurunan kemampuan bergerak (imobilitas) pada pasien stroke.

f. Kekauan sendi (kontraktur) dan atrofi otot

Hal ini dikarenakan kurangnya pergerakan sendi dan immobilisasi pada pasien stroke

g. Depresi dan kecemasan

Gangguan perasaan yang sering terjadi pada pasien stroke yang menyebabkan reaksi emotional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh.

8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik Menurut Sari (2021) ada beberapa tes yang perlu dilakukan untuk menentukan risiko, termasuk:

- a. Pemeriksaan fisik. Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui gejala apa yang dialami, kapan gejala mulai dirasakan, dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut. selain itu riwayat kesehatan, riwayat konsumsi obat-obatan, dan cedera juga perlu dicatat.
- b. Tes darah. Pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi.
- c. Pemeriksaan CT scan. CT scan menggunakan serangkaian sinar-x untuk membuat gambar detail dari otak. CT scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke, dan kondisi lainnya.
- d. Pencitraan resonansi magnetic (MRI). MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak.
- e. USG karotis. Dalam tes ini, gelombang suara menciptakan gambar terperinci dari bagian dalam arteri karotid di leher. Tes ini menunjukkan penumpukan deposit lemak (plak) dan aliran darah di arteri carotid.

- f. Angiogram serebral. Dalam tes ini, dokter memasukan tabung tipis (kateter) tipis melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha) melalui arteri utama dan ke arteri karotid atau vertebral.
- g. Ekokardiogram (EKG). Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk membuat detail dari jantung ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Yulidirim, (2018) antara lain:

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Trombolitik (streptokinase)
- 2) Antikoagulan (heparin)
- 3) Hemorragik (pentoxyfilin)
- 4) Antagonis serotonin (niftidrofuryl)
- 5) Antagonis kalsium (nomodipin, piracetam)

b. Penatalaksanaan perawat

Perawat merupakan salah satu tim medis yang merupakan peran penting dalam melakukan tindakan pengobatan pasien stroke ketika pasien membutuhkan perawatan pasca stroke. Tujuan dari perawatan pasca yaitu meningkatkan fungsional pasien yang dapat membantu dalam aktifitasnya menjadi pasien yang mandiri secepat mungkin. Untuk mencegahnya strok pada kebutuhan holistic pasien dari pasien dan keluarga yang meliputi perawatan fisiknya.

Keperawatan pasca stroke seperti dilakukannya mengkaji pasien dan kebutuhan pasien untuk menyediakan informasi dan memberi latihan untuk keluarga terkait bagaimana perawatan pasien saat dirumah, memberi cara bagaimana cara untuk memberikan nutrisi, manajemen latihan gerak pada anggota tubuh. Kemudian perawat juga memfasilitasi pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi dan mendapatkan dukungan yang terbaik pada pasien dan keluarga.

c. Penatalaksanaan khusus/kompikasi

- 1) Atasi kejang (konvulsan)
- 2) Atasi dekompresi (kraniotomi)

d. Untuk penatalaksanaan faktor resiko

- 1) Atasi hiper uresemia
- 2) Atasi hipertensi
- 3) Atasi hiperglikemia

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengumpulan Data

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

1) Identitas

Identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

1) Keluhan utama

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

2) Data Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun 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 melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

c) Riwayat penyakit keluarga

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

3) Pengkajian perpola

a) Pola Persepsi Kesehatan

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

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada 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 didapatkan 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 urine sementara

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise/ hemiplegia, kesukaran untuk istirahat karena kejang/nyeri otot.

e) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori klien mengalami gangguan penglihatan 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

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

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

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

h) Pola Hubungan dan Peran

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

i) Pola Reproduksi Seksual

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

j) Pola Penanggulangan Stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah kerana gangguan proses berpikir dan 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 atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat di rangsang (sammolen), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (sopor), sopor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat keadaran latergi dan composmentis dengan GCS 13-15.

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 kalateral(nervus VI).

e) Hidung

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

d) 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.

e) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi : bising usus agak lemah

Perkusi : nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

f) Ekstremitas

pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot dan perlu juga dilakukan pengukuran kekuatan otot, normal: 5 pengukuran kekuatan otot yaitu:

- 1) Nilai 0 : bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.
- 2) Nilai 1 : bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.
- 3) Nilai 2 : bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi.
- 4) Nilai 3 : bila dapat melawan 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 denagn kekuatan penuh.(purwanto, 2016).

g) Pemeriksaan fungsi saraf kranialis

fungsi saraf kranial menurut Wahyudha, (2022).

1) Nervus I (Olfaktorius)

Biasanya pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

2) Nervus II (Optikus)

Biasanya pada pasien stroke tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidak mampuan untuk mencocokkan pakaiannya.

3) Nervus III (Okulomotori)

Gerakan mata kontraksi pupil akomodasi

4) Nervus IV (Troklearis)

Biasanya pasien dapat melihat mengikuti arah tangan perawat.

5) Nervus V (Trigeminus)

Biasanya pasien dapat menyebut lokasi rangsangan nyeri

6) Nervus VI (Abduksen)

Biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

7) Nervus VII (Facialis)

Pada pasien stroke saat mengembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan.

8) Nervus VIII (Auditoris)

Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi

kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.

9) Nervus IX (Glosofaringeus)

Pada pasien stroke biasanya ovula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah.

10) Nervus X (Vagus)

Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan.

11) Nervus XI (Assesorius)

Pada pasien stroke biasanya tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu.

12) Nervus XII (Hipoglosus)

Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.

f. Reflek patologis

Reflek patologis menurut Rahmawati, (2022)

1) Reflek hoffiman tromer

Tangan pasien ditumpu oleh tangan pemeriksa, kemudian ujung jari tangan pemeriksa yang lain disentilkan ke ujung jari tengah tanga penderita. Kita lihat respon jari tangan penderita, yaitu fleksi jari-jari yang lain, aduksi dari ibu jari. Reflek positif bilateral bisa dijumpai pada 25 % orang

normal, sedangkan unilateral Hoffmann indikasi untuk suatu lesi UMN.

2) Grasping reflek

Gores palmar penderota dengan telunjuk jari pemeriksa diantara ibu jari dan telunjuk penderita. Maka timbul genggaman dari jari penderita, menjepit jari pemeriksa. Jika reflek ini ada maka penderita tidak dapat membebaskan jari pemeriksa.

3) Reflek palmomental

Garukan pada telapak tangan pasien menyebabkan kontraksi muskulus mentali ispilateral. Reflek patologis ini timbul akibat kerusakan lesi UMN di atas inti saraf VII kontralateral.

4) Mayer reflek

Fleksikan jari manis di sendi metacarpophalangeal, secara *firmly* normal akan timbul adduksi dan aposisi dari ibu jari. Absenya respon ini menandakan lesi di tractu pyramidalis.

5) Reflek Babinski

Lakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit kearah jari melalui sisi lateral, orang normal akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki penarikan tungkai. Pada lesi UMN maka akan timbul respon jempol kaki

akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain akan menyebar atau membuka.

6) Reflek chaddock

Lakukan goresan sepanjang tepi lateral punggung kaki di luar telapak kaki, dari tumit ke depan. Jika positif maka akan timbul reflek seperti Babinski.

7) Reflek rossolimo

Pukulkan hammer reflek pada dorsal kaki pada tulang cuboid. Reflek akan terjadi fleksi jari-jari kaki.

8) Reflek Mendel-Bacctrerew

Pukulan telapak kaki bagian depan akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki.

b. Tabulasi Data

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, lemah, kesulitan menggerakkan ekstremitas, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran : mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, Lemah, Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu.

c. **Klasifikasi Data**

Data subyektif : Kelemahan anggota gerak sebelah badan, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, dan muntah, sulit menelan, lemah.

Data obyektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kesulitan mengerjakan ekstermitas, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan, kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu.

d. **Analisa Data**

1) Sign/symptom

Data subyektif : mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data obyektif : Penurunan Kesadaran, gelisah, tampak mengiris.

Etiologi : Embolisme

Problem : resiko perfusi cerebral tidak efektif

2) Sign/symptom

Data subjektif : kelemahan anggota gerak sebelah badan

Data obyektif: kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

Etiologi : Gangguan neuromuskuler

Problem : Gangguan mobilitas fisik

3) Sign/symptom

Data subjektif : -

Data objektif : bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

Etiologi : penurunan sirkulasi serebral

Problem : Gangguan komunikasi verbal

4) Sign/symptom

Data subjektif : mual, dan muntah,kesulitan menelan, nafsu makan menurun

Data objektif : mual, dan muntah

Etiologi : Ketidakmampuan menelan makanan

Problem : defisit nutrisi

5) Sign/symptom

Data subjektif : mengeluh sulit menelan

Data objektif: batuk sebelum menelan,tersedak,makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan

Etiologi: Gangguan saraf kranial

Problem :Gangguan menelan

6) Sign /symptom

Data subjektif : lemah

Data objektif : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri

Etiologi : kelemahan, gangguan neuromuskuler

Problem : defisit perawatan diri

7) Sign/symptom

Data subjektif : -

Data objektif: berdiri tidak seimbang ,menggunakan alat bantu

Etiologi : gangguan penglihatan

Problem : resiko jatuh

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Diagnosa Keperawatan (SDKI DPP PPNI,2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke antarlain:

a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme yang di tandai dengan :

DS : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

DO : Penurunan Kesadaran, gelisah

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yang di tandai dengan :

DS : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO : Kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang ditandai dengan :

DS : -

DO : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan yang ditandai dengan :

DS : mual, dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun

DO : mual dan muntah

- e. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial yang ditandai dengan:

DS : mengeluh sulit menelan

DO : batuk sebelum menelan,tersedak,makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan.

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan neuromuskuler yang ditandai dengan:

DS : lemah

DO : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri.

- g. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

DS : -

Do : Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu (tongkat)

3. Perencanaan Keperawatan (intervensi keperawatan) (SDKI, SLKI, SIKI, Kementrian, kesehatan Republik Indonesia (2018))

- a) Diagnosa 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi Kriteria

hasil :

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan intra kranial menurun
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Gelisah menurun

Intervensi :

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial :

- 1) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkata, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)

Rasional : Mengetahui keadaan umum pasien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya.

- 2) Berikan posisi semi fowler

Rasional : meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.

- 3) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

Rasional : untuk mencegah terjadinya kejang

- b) Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah mobilitas fisik dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat

3) Rentang gerak (ROM) meningkat

4) Nyeri menurun

5) Kaku sendi menurun

Intervensi :

Dukungan mobilisasi:

1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: untuk mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.

2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional : untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien

3) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional : untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien

4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : agar keluarga mampu melatih pasien secara mandiri.

c) Diagnosa 3 : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah komunikasi verbal dapat teratasi

Kriteria hasil :

1). Kemampuan berbicara meningkat

2). Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat

3). Pelo menurun

4). Gagap menurun

5). Pemahaman komunikasi membaik

Intervensi :

Promosi komunikasi defisit bicara :

1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien

2) Gunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, computer)

Rasional : agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik

3) Ulangi apa yang di sampaikan pasien

Rasional : untuk dapat memastikan ucapan yang di sampaikan pasien

d) Diagnosa 4 : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil:

1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat

2) Kekuatan otot pengunyah meningkat

- 3) Kekuatan otot menelan meningkat
- 4) Diare menurun
- 5) Nafsu makan membaik

Intervensi

Manajemen nutrisi:

- 1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk mengetahui nutrisi yang di peroleh pasien

- 2) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : untuk mambah nafsu makan pasien

- 3) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : untuk mempertahankan status gizi pasien

- e) Diagnosa 5 : Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan klien membaik .

Kriteria hasil :

- 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat
- 2) Reflek menelan meningkat
- 3) Kemampuan mengunyah meningkat
- 4) Usaha menelan meningkat
- 5) Frekuensi tersedak menurun
- 6) Muntah menurun

Intervensi :

Dukungan perawatan diri : makan/minum

- 1) Identifikasi diet yang dianjurkan
 - 2) Monitor kemampuan menelan
 - 3) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
 - 4) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
 - 5) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkat nafu makan
 - 6) Jelaskan posii makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam
 - 7) Kolaborasi pemberian obat
- f) Diagnosa 6: Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan neuromuskuler

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status perawatan diri klien membaik.

Kriteria hasil :

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan menegnakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat
- 4) Melakukan perawatab diri meningkat
- 5) Mempertahankan kebersihan diri meningkat

Intervensi :

Dukungan perawatan diri

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
Monitor tingkat kemandirian
 - 2) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
 - 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
 - 4) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
 - 5) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
- g) Diagnosa 7 : risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status penglihatan klien membaik

Kriteria hasil :

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Jatuh saat berjalan menurun
- 3) Jatuh saat dipindahkan menurun
- 4) Jatuh saat nain tangga menurun
- 5) Jatuh saat di kamar mandi menurun

Intervensi :

Pencegahan jatuh

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis gangguan penglihatan)
- 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh
(mis. Lantai licin, penerangan kurang)
- 3) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- 4) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- 5) Pang handrail tempat tidur
- 6) Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, walker)
- 7) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- 8) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- 9) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang suda dibuat.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan dalam kriteria hasil.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Pendekatan yang di gunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi pada pasien dengan Diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini terdiri dari satu kasus stroke pada Ny. J. J. O dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic

C. Istilah (Defenisi Operasional Batasan)

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Asuhan Keperawatan stroke adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan langsung kepada klien dengan Stroke.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus Asuhan Keperawatan ini dilakukan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende selama 3 hari perawatan dari tanggal 13-15 juni 2023.

E. Metoda/Prosedur Studi Kasus

Studi kasus di awali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah di setuju oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus di lanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruangan RPD III, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang di pilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara di pergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat social, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien stroke untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dan pemeriksaan fisik dilakukan pada pasien stroke dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter.

3. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrument Pengumpulan Data

Instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan

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

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien yang mengerti dan dekat dengan klien yang meliputi riwayat penyakit keluarga dan perawatan klien di rumah dan dilaporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisa Data

Analisa data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif setelah diklasifikasikan. Data-data tersebut, kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah –masalah keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan di implementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk naratif.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus di lakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Sam Ratulangi. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan: Jalan Samratulangi, Sebelah Timur berbatasan dengan : Pemukiman penduduk, Sebelah Barat berbatasan dengan : Kali/Sungai kering, Sebelah Selatan berbatasan dengan: Jl. Prof. Dr. W. Z. Yohanes RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam I-II dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien berpenyakit dalam. Ruangan penyakit dalam I-II terdiri dari 11 kamar, 5 untuk kamar VIP dan 6 kamar dengan kapasitas 2-3 orang dalam satu kamar. Dengan tenaga perawat berjumlah 19 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 15 orang dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 4 orang dan sruktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

2 Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

Pasien berinisial Ny. J. J. O berusia 53 tahun, alamat dari Jln Sultan Hasanudin, pekerjaan sehari-hari sebagai ibu guru (PNS). Pasien

beragama Katolik dan pendidikan terakhir adalah perguruan tinggi (S1), Pasien sudah menikah dan memiliki 1 orang anak, penanggung jawab pasien adalah suaminya sendiri dengan inisial Tn. H.W.P umur 56 tahun, alamat dari Jln Sultan Hasanudin, pendidikan terakhir adalah Perguruan tinggi (S1) pekerjaan sebagai Guru (PNS), tanggal masuk di ruangan penyakit dalam I-II 9 juni 2023, tanggal pengkajian 13 juni 2023, no register: 12 98 69, dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH)

2) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kirinya tidak bisa digerakan dan bicara tidak jelas.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga pasien mengatakan suda 10 bulan mengalami penyakit Stroke ini. Tepatnya pada tanggal 18 agustus 2022, pasien merasa pusing dan sakit kepala dan langsung terduduk di atas tempat tidur, kleuarga pasien mengatakan upaya yang dilakakukan dirumah sebelum dibawah ke Rumah Sakit pasien dibalut dengan halia ditangan kiri dan kaki kiri yang terasa sulit digerakan saat itu, lalu tidak ada perubahan, keluarga pasien juga sempat berfikir kalau sakit yang diderita isitrinya saat ini kemungkinan dibuat oleh orang yang iri dalam kehidupan mereka, akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa paien

ke RSUD Ende yang pertama kali untuk dirawat lebih lanjut, pasien didiagnosis mengalami penyakit stroke oleh dokter. Setelah dirawat di RSUD Ende di ruangan RPD I-II selama 6 hari, pasien dipulangkan kerumah, setelah 2 hari dirumah pasien mengalami drop yang membuat kaki kiri dan tangan kirinya tidak bisa digerakan lagi, lalu keluarga memutuskan untuk membawa kembali pasien ke RSUD Ende yang kedua kalinya untuk perawatan lebih lanjut selama kurang lebih 12 hari di RSUD Ende tepatnya di ruangan RPD I-II Keluarga meminta surat rujukan ke RSUD Maumere untuk melakukan pemeriksaan CT- Scan. Setelah dirawat di RSUD Maumere pasien kembali pulang ke rumahnya di Ende untuk istirahat, selama beristirahat dirumah keluarga pasien mengupayakan dengan melakukan terapi menggunakan alat terapi yang dimiliki oleh tetangganya. Lalu di bulan Juni ini tepatnya tanggal 4 Juni 2023 pasien kembali di bawa ke RSUD Ende yang ketiga kalinya untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut dikarenakan klien mengalami mual muntah yang hebat dirumah dan upaya yang dilakuakn oleh keluarga yaitu meminta seorang perawat untuk memasang infuse dirumah sebelum dibawah ke RSUD Ende. Pada tanggal 4-9 juni pasien dirawat di ruangan ICU, lalu ditanggal 9 juni siang hari pasien dipindahkan ke ruangan RPD I-II .

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami penyakit Hipertensi sejak 2 tahun lalu, sebelumnya pasien belum pernah dirawat di Rumah Sakit ataupun di fasilitas kesehatan lainnya. Keluarga pasien mengatakan diketahui pasien mengalami Hipertensi yaitu disaat melakukan pemeriksaan tekanan darah sebelum mendapatkan Vaksin Covid-19, pasien tidak bisa mendapatkan Vaksin dikarenakan mengalami tekanan darah yang tinggi yaitu 200 ke atas. Pasien tidak mengalami alergi makanan ataupun obat-obatan dan untuk kebiasaan minum pasien sering mengonsumsi minuman kopi hitam.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tentang riwayat penyakit dari keluarga pasien yang dialami.

2) Pengkajian Perpola

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau difasilitas kesehatan.

Keadaan Saat Ini : Pasien juga mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya karena faktor tekanan darah tinggi

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Sebelum Sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe dan daging ayam itupun hanya 1-2 potong, pasien juga sering dan lebih suka makan-makan lokal seperti ubi singkong, pisang dan keladi, Pasien minum 8 gelas/hari (1600 cc) dan minum kopi hitam 2 gelas/hari yaitu pagi dan sore.

Keadaan Saat Ini: keluarga mengatakan saat sakit ini nafsu makan pasien mengalami penurunan dalam sehari makan 3x, dengan diet tinggi kalori dan protein seperti nasi, sayuran hijau, telur dan daging, namun pasien tidak dapat menghabiskan dari porsi yang disediakan. Minum dalam sehari sekitar 800 cc/hari Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum.

c) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi padat tapi tidak keras, dengan bau khas feces dan tidak ada keluhan saat BAB, BAK 4-5x/hari warna kuning, berbau khas urinedan tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : Keluarga pasien mengatakan saat ini u dengan kateter produksi urine yang keluar dalam sehari 300-500 cc warna kuning kecoklatan, bau khas urine, tidak ada nyeri saat BAK sedangkan BAB selama 5 hari dirawat di ruangan ini baru 2 kali dengan konsistensi cair berwarna coklat kehitaman, dengan bau khas feses dan tidak ada keluhan saat BAB .

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit ini pasien melakukan aktivitasnya seperti biasa dengan secara mandiri, pasien ebagai seorang guru dan ibu rumah tangga, biaanya pagi hari ke sekolah untuk mengajar dan siangkembali kerumah untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga secara mandiri.

Keadaan Saat Ini : keluarga pasien mengatakan semenjak sakit ini pasien suda tidak menjalankan tugasnya sebagai seorang guru karena sakit yang dideritanya, pasien hanya terbaring di tempat tidur dan semua aktivitasnya dibantu total seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah, untuk toileting pasien dibantu oleh alat dan keluarga. Keluarga mengatakan tidak tau cara memandikan pasien dengan baik diatas tempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum Sakit : Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya tidur siang 1-2 jam dan di malam hari biasanya tidur di jam 21.00 terbangun jam 05. 30 pagi. Pasien mengatakan tidurnya nyenyak dan nyaman.

Keadaan Saat Ini : Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien juga sering tidur siang 3- 4 jam dengan nyenyak, untuk di malam hari pasien tidur di jam 21. 30 pasien sering terbangun di malam hari dengan mengeluh gata- gatal di seluruh badanya yang membuat pasien tidur tidak nyenyak.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum Sakit : Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada gangguan pada sistem penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasa.

Keadaan Saat Ini : Pasien mengatakan bahwa tidak ada gangguan pada sistem penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasa. Hanya komunikasinya sedikit terganggu karena bicara suda tidak jelas dan kadang tidak nyambung.

g) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Sebelum Sakit : Pasien adalah seorang ibu guru dan ibu rumah tangga dan memiliki 1 orang anak. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ia memiliki

hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

Keadaan Saat Ini : Pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai ibu gurudan ibu rumah tangga. Pasien juga memiliki hubungan baik dengan para perawat atau sesama pasien dalam ruangan tersebut.

h) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stress

Sebelum Sakit : Keluarga pasien mengatakan jika mengalami masalah klien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari suami dan anak-anaknya.

Keadaan Saat Ini : Keluarga pasien mengatakan jika mengalami masalah pasien selalu berbicara dengan suami dan anaknya. Pasien merasa stress dengan kondisinya saat ini yang hanya terbaring di atas tempat tidur.

i) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Sebelum Sakit: Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien rajin ke Gereja, pasien selalu yakin dan percaya Tuhan Yesus dan Bunda Mari selalu menyertainya.

Keadaan Saat Ini : keluarga pasien mengatakan pasien hanya berdoa diatas tempat tidur dan sesekali kunjungan dari Pater untuk memberikan Komuni, pasien tetap percaya pasti Tuhan menyembuhkan penyakitnya melalui tangan parah medis.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : Lemah Kesadaran composmentis (sadar penuh) TD: 120/80 mmHg, Nadi : 97x/m, suhu: 37,8°c/axilla, RR 20x/m, SpO₂ 96%. Berat badan (BB) : 61 Kg, Tinggi badan :160 Cm , IMT 23.

b) Pemeriksaan head to toe

1) **Kepala** : Tampak kotor, terdapat ketombe warna hitam bercampur putih, adanya nyeri tekan, rambut tidak mudah rontok. **Mata** : Konjungtiva anemis, sklera tidak iterik, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat. **Telinga**: tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar. **Hidung** : bentuk simetris, tidak ada lesi dan nyeri tekan, tidak ada polip, tidak ada deviasi septum, tidak ada napas cuping hidung. **Mulut** : mulut miring ke kanan, Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, gigi kotor. **Wajah**: tidak simetris, **Leher** : bentuk simetris, tidak ada lesi tidak ada pembesaran vena jugularis dan pembesaran tiroid. **Dada** : bentuk simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 20x/menit, tidak ada nyeri dada saat ditekan,. **Abdomen**: inspeksi: tidak ada tampak pembekakan, perkusi: bunyi timpani, palpasi: tidak ada nyeri tekan, peristaltic usus 20x/menit. **Genetelia** : Klien berjenis kelamin perempuan dan tidak dikaji. **Integumen**: kulit tampak kering

dan kusam, kulit gatal-gatal. **Ekstermitas:** ekstermitas kiri atas terdapat oedema, tidak bisa digerakan dan terdapat luka pada bagian persendian tangan, ekstermitas kanan atas tidak ada oedema, bisa digerakan dan terpasang infus D 5% 20 Tpm, lalu pada ekstermitas bawah kiri terdapat oedema dan tidak bisa digerakan, terdapat luka decubitus di mata kaki, pada ekstermitas bawah kanan juga terdapat oedema dan luka decubitus pada mata kaki dan bokong luas luka 5 cm bernekrotik luka tidak berbau.

Kuantitas : GCS, kualitas : composmentis

Kuantitatif:

E : 4 (spontan)

V : 4 (orientasi baik, bicara agak pelo)

M : 6 (ekstermitas digerakan sesuai perintah)

Total GCS 14

(Klien sadar penuh, orientasi baik, bicara agak pelo, dan ekstermitas digerakan sesuai perintah).

Kekuatan otot:	0		4
	0		3

c) Pemeriksaan fungsi sarafkranialiss

1) Nervus I Olfactorius

Fungsi sensori : Fungsi penciuman pasien baik, pasien mampu mencium bu aroma minyak kayu putih.

2) Nervus II Optikus

Fungsi sensori : Pasien tidak mampu memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaiannya.

3) Nervus III Okulomotorik

Fungsi motorik : Dilatasi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantauan cahaya

4) Nervus IV Toklearis

Fungsi motorik : Tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata

5) Nervus V Trigeminalis

Fungsi motorik : Pasien mengalami gangguan saat menelan

6) Nervus VI Abdusen

Fungsi motorik : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping

7) Nervus VII Fasialis

Fungsi motorik : Pasien tidak mampu berbicara dengan lancar, menunjukkan respon tidak sesuai, pasien berbicara pelo, dan ulit mempertahankan komunikasi

8) Nervus VII Vestibulokoklear

Fungsi sensorik : Klien tidak ada gangguan pada pendengaran

9) Nervus IX Glosfarengeus

Fungsi motoric : Terdapat kesulitan menelan

10) Nervus X Vagus

Fungsi motoric : Tidak ada gangguan

11) Nervus XI Assesorius

Fungsi sensorik : Anggota gerak kiri atas dan kiri bawah tidak bisa digerakan anggota gerak kanan atas dan kanan bawah lemah saat bergerak tidak mampu bergerak penuh

12) Nervus XII Hipoglosus

Fungsi motoric : Respon lidah tidak baik klien tidak bisa menggerakan lidah dari sisi satu ke yang lain danterdapat kesulitan menelan.

d) Pemeriksaan patologi

1) Reflek babinski

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

4) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 8 Juni (Data Primer RSUD Ende, 2023)

WBC	7.11 +	[$10^3/uL$]	(3.80 – 10.60)
LIMPH#	1.93	[$10^3/uL$]	(1.00-3.70)
MONO#	0.94+	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.44+	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.02	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.10)
NEUT#	13.78	[$10^3/uL$]	(1.50 – 7.00)
LYMPH%	11.3	[%]	(25.0 – 40.0)
MONO%	5.5	[%]	(2.0 – 8.0)
EO%	2.96	[%]	(2.0 – 4.0)
`BASO%	0.1	[%]	(0.0 – 1.0)
NEUT%	80.5 +	[%]	(50.0 – 70.0)
IG#	0.37	[$10^3/uL$]	(0.00 – 7.00)
IG%	2.2	[%]	(`0.0 – 72.0)
RBC	4.07	[$10^3/uL$]	(4.40 – 5.90)
HGB	11.4	[g/dl]	(13.2 – 17.3)
HCT	37.7	[%]	(40.0 – 52.0)
MCV	92,6	[fL]	(80,0 – 100,0)
MCH	28.0	[fL]	(26.0 – 34.0)
MCHC	30.2 -	[pg]	(32.0 – 36.0)
RDW-SD	62.1 +	[g/dL]	(37.0 – 54.0)

RDW-CV	18.4+	[%]	(11.5 – 14.5)
PLT	142-	[10 ³ /uL]	(150 – 450)
MPV	11.8	[fL]	(9.0 – 13.0)
PCT	0.17	[%]	(0.17 – 0.15)
PDW	15. 3	[fL]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	37.4	[%]	(13.0 – 43.0)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium tanggal 18 Juni (Data Primer RSUD Ende, 2022)

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
FAAL HATI		
SGOT/AST	21.8	0 – 35 U/ L
SGPT/ALT	16.3	4 – 36 U/L
FAAL GINJAL		
UREUM	26.0	10 – 50 mg/dl
CREATININ	0.56	0.6 – 23 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM	146. 6	135 – 145 mmol/ L
KALIUM	3. 67	3.5 – 5.1 mmol/ L
CHLORIDA	118.2	98 – 106 mmol/ L

5) Terapi OBAT

Tabel 4.3 Terapi (Data primer RSUD Ende, 2023)

Terapi OBAT

NAMA OBAT	DOSIS	CARA PEMBERIAN
Atrovastatin	1 x 20 mg	Iv
Amlodipine	1 x 10 mg	Oral
Paracetamol	3 x 500 mg	Iv
Citicolin	2 x 500 mg	Iv
Mecobilamin	2 x 500 mg	Iv
Omeprazole	2 x 40 mg	Iv

b. Tabulasi Data

Keluarga Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara tidak jelas (pelo), Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum, sakit kepala, nafsu makan pasien menurun aktivitasnya dibantu total keluarga dan alat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting, mulut miring ke kanan, mukosa bibir kering, wajah tidak simetris, konjungtiva anemis, badan gatal-gatal, pasien tampak lemah, tampak meringis, lidah tampak kotor, gigi tampak kotor, rambut tampak kotor, akral teraba hangat, kulit tampak kering dan kusam, terdapat oedema pada kaki bagian kiri dan

kanan dan tangan kiri, terdapat luka decubitus pada kedua mata kaki kanan dan kiri, luka pada persendian tangan kiri, bokong luas luka 5 cm bernekrotik luka tidak berbau, kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 0, kaki kiri nilai 0, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4, BB : 61 Kg, TB :160 Cm, IMT : 23. TD : 120/80 mmHg, Nadi 97x/m, Suhu 37,8^oc/axilla, RR 20x/m, Spo2 97%, terpasang infus D 5 % 20 TPM pada ekstermitas kiri atas.

c. Klasifikasi Data

DS : Keluarga Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara tidak jelas (pelo), Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum sakit kepala, nafsu makan pasien menurun, aktivitasnya dibantu total keluarga dan alat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting.

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, aktivitasnya dibantu total keluarga dan alat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting, tampak meringis, mulut miring ke kanan, mukosa bibir kering, wajah tidak simetris, konjungtiva anemis, badan gata-gatal, pasien tampak lemah, lidah tampak kotor, gigi tampak kotor, rambut tampak kotor, akral teraba hangat, kulit tampak kering dan kusam, terdapat oedema pada kaki bagian kiri

dan kanan dan tangan kiri, terdapat luka decubitus pada kedua mata kaki kanan dan kiri, luka pada persendian tangan kiri, bokong luas luka 5 cm bernekrotik luka tidak berbau, kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 0, kaki kiri nilai 0, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4, BB : 61 Kg, TB :160 Cm, IMT : 23. TD : 120/80 mmHg, Nadi 97x/m, Suhu 37,8^oc/axilla, RR 20x/m, Spo2 97%, terpasang infus D 5 % 20 TPM pada ekstermitas kiri atas.

d. Analisa data

NO	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan dan sakit kepala</p> <p>DO : keadaan umum lemah, kesadaran komponentis, konjungtiva anemis, Gcs 14, tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p>	Aterosklerosis aorta	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
2	<p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien bicara tidak jelas (pelo)</p> <p>DO : pasien berbicara tampak tidak jelas (pelo), mulut miring ke kanan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p>	Penurunan Sirkulasi Serebral	Gangguan Komunikasi Verbal
3	<p>DS : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kakai kiri tidak bisa digerakan, nyeri saat bergerak</p> <p>DO : klien tampak lemah, tampak meringis saat bergerak, kaki kiri dan tangan kiri tidak</p>	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan Mobilitas Fisik

	bisa digerakan, terdapat oedema pada kaki bagian kiri dan kanan dan tangan kiri, kekuatan otot menurun, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%		
4	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan terdapat luka dibagian bokong luas luka 5 cm bernekrotik dan tidak berbau, kedua mata kaki, dan persendian tangan kiri</p> <p>DO : terdapat luka decubitus pada bagian bokong , kedua mata kaki dan persendian tangan kiri, kulit tampak kering dan kusam dan akral teraba hangat. TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p>	Penurunan Mobilitas	Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan
5	<p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien</p> <p>DO : pasien tampak lemah, otot menelan lemah, hanya bisa menghabiskan makanan 2-3 sendok, tampak oedema pada kedua kaki dan tangan kiri BB : 61 kg, TB : 161, Imt : 23, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p>	Ketidakmampuan Menelan Makanan	Defisit Nutrisi
6	DS: Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien ditempat tidur secara aman, kulit pasien	Gangguan Neuromuskuler	Defisit Perawatan Diri

	<p>mengalami gatal- gatal</p> <p>DO : kepala klien tampak kotor, terdapat ketombe, lidah dan gigi tampak kotor, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p>		
--	---	--	--

3. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data–data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta ditandai dengan :

DS : Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan dan sakit kepala

DO : keadaan umum lemah, kesadaran komponentis, Gcs 14, konjungtiva anemi, tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%.

- b. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Ditandai dengan :

DS : keluarga pasien mengatakan pasien bicara tidak jelas (pelo)

DO : pasien berbicara tampak tidak jelas (pelo), mulut miring ke kanan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular . ditandai dengan :

DS : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kakai kiri tidak bisa digerakan, nyeri saat bergerak, terdapat oedema pada kaki bagian kiri dan kanan dan tangan kiri

DO : klien tampak lemah, tampak meringis saat bergerak, kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan, kekuatan otot menurun, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%

- d. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

DS : Keluarga pasien mengatakan terdapat luka dibagian bokong, kedua mata kaki, dan persendian tangan kiri

- 1) DO : terdapat luka decubitus pada kedua mata kaki dan persendian tangan kiri, bagian bokong luas luka 5 cm bernekrotik luka tidak berbau. kulit tampak kering dan kusam dan akril

teraba hangat. TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2: 96%

- e. Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan. Ditandai dengan :

DS : keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan

DO : pasien tampak lemah, otot menelan lemah, hanya bisa menghabiskan makanan 2-3 sendok, tampak oedema pada kedua kaki dan tangan kiri BB : 61 kg, TB : 161, Imt : 23, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%.

- f. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan :

DS : Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien ditempat tidur secara aman, kulit pasien mengalami gatal- gatal

DO : kepala klien tampak kotor, terdapat ketombe, lidah dan gigi tampak kotor, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%

4. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas masalah :

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif

- 2) Gangguan komunikasi verbal
- 3) Gangguan mobilitas fisik
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan
- 5) Defisit nutrisi
- 6) Defisit perawatan diri

Perencanaan

Berdasarkan masalah di atas maka dibuatkan perencanaan keperawatan sebagai berikut:

- a. Diagnosa yang pertama Resiko perfusi serebral tidak efektif.

Tujuannya : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria Hasil : tingkat keadaran meningkat, sakit kepala menurun, demam menurun

Rencana tindakan : 1) identifikasi penyebab peningkatan TIK
Rasional : untuk mengetahui peningkatan TIK, 2) monitor tanda dan gejala peningkatan TIK rasionalnya : mengetahui keadaan umum, dan untuk menentukan tindakan selanjutnya, 3) monitor status pernapasan,rasionalnya, untuk mengetahui irama napas 4) meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, rasionalnya dengan lingkungan yang nyaman akan merasakan rileks dan tenang, 5) berikan posisi semi fowler, rasionalnya meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan

pernapasan, 6) pertahankan suhu tubuh normal, rasionalnya suhu tubuh dapat di pengaruhi oleh tingkat aktivitas, suhu lingkungan, kelembaban tinggi akan mempengaruhi panas dan dinginnya suhu tubuh.

b. Diagnosa ketiga gangguan komunikasi verbal

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat teratasi.

Kriteria hasil : kemampuan bicara meningkat, kontak mata meningkat dan pelo menurun.

Rencana keperawatan : 1) monitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume dan diksi bicara, rasionalnya untuk mengetahui perkembangan pasien, 2) gunakan metode komunikasi alternative (mata berkedip, dan isyarat tangan), rasionalnya agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik, 3) ulangi apa yang disampaikan pasien, rasionalnya untuk dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien, 4) Anjurkan berbicara perlahan, rasionalnya membuat pasien nyaman mungkin saat berbicara.

c. Diagnosa keempat gangguan mobilitas fisik

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi.

Kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun,

kaku sendi menurun dan kelemahan fisik menurun Rencana keperawatan 1) identifikasi adanya nyeri tekan, rasionalnya mengetahui keluhan lain karena nyeri dapat menyebabkan gangguan dalam mobilisasi, 2) identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, rasionalnya untuk mengidentifikasi kekakuan/kelemahan dan memberikan informasi tentang pemulihan, 3) fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur), rasionalnya untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien, 4) fasilitasi melakukan pergerakan, rasionalnya meningkatkan status mobilitas fisik pasien. 5) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, rasionalnya pasien dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan, 6) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, rasionalnya memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan dilakukan, 7) ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan(mis. Pindah mika dan miki) rasionalnya melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.

d. Diagnosa kelima gangguan integritas kulit/ jaringan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan integritas kulit/ jaringan dapat teratasi.

Kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat dan suhu kulit membaik

Rencana keperawatan : 1) identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, rasionalnya mengetahui adanya perubahan mis, sirkulasi dan status nutrisi, 2) ubah posisi tiap 2 jam sekali, rasionalnya menurunkan resiko terjadinya trauma/ iskemia jaringan, 3) gunakan produk berbahan minyak pada kulit kering, rasionalnya untuk menjaga kelembaban kulit, 4) anjurkan minum air yang cukup, rasionalnya menjaga status hidrasi kulit. 5) monitor karakteristik luka, rasionalnya mengetahui perkembangan dari karakteristik luka, 6) lepaskan balutan dan plester secara perlahan, rasionalnya menghindari resiko infeksi akibat dari balutan yang sudah lama terpasang, 7) bersihkan dengan cairan NaCl rasionalnya mempermudah dalam membuka balutan luka yang lengket, 8) berikan salep yang sesuai dengan kulit, rasionalnya, untuk mempercepat proses penyembuhan luka, 9) pasang balutan sesuai jenis luka, rasionalnya meningkatkan ketepatan penyerapan drainase, 10) jelaskan tanda dan gejala infeksi, rasionalnya memberikan informasi pada pasien dan keluarga, 11) ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri rasionalnya.

e. Diagnosa ke enam defisit nutrisi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil : porsi makanan dihabiskan meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, frekuensi makanan membaik, nafsu makan membaik dan membrane mukosa membaik

Rencana keperawatan : 1) identifikasi status nutrisi, rasionalnya membantu mengetahui tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, 2) identifikasi makanan yang disukai, rasionalnya sebagai dasar untuk menentukan intervensi, 3) monitor asupan makanan, rasionalnya untuk menilai asupan makanan yang adekuat, 4) lakukan oral hygiene sebelum makan, rasionalnya mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan. 5) berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, rasionalnya makan TKTP dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif, 6) ajarkan diet yang diprogramkan, rasionalnya diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi.

f. Diagnosa ketujuh defisit perawatan diri

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit perawatan diri dapat teratasi.

Kriteria hasil : mempertahankan kebersihan diri meningkat, kebersihan mulut meningkat.

Rencana keperawatan: 1) monitor tingkat kemandirian, rasionalnya mengetahui tingkat kemandirian pasien dalam

melakukan perawatan diri, 2) identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian dan makan, rasionalnya mengetahui kemandirian perawatan diri pasien, 3) menyiapkan keperluan pribadi mis, sikat gigi, dan sabun mandi, rasionalnya sebagai sarana dalam pemberian bantuan perawatan diri, 4) ajurkan keluarga dampingi pasien untuk melakukan perawatan diri sampai mandiri, rasionalnya agar pasien dapat terarah lakukan perawatan diri.

5. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 13-15 Juni 2023.

a. Hari Pertama, Selasa 13 Juni 2023

1) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif antara lain : pukul (08.15) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 120/80, S: 37^o,8 , N : 97x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96%, pukul (08.23) memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, dan pasien tampak meringis, pukul (08.30) mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak sulit untuk melakukan teknik napa dalam tersebut, pukul (08. 35) mengatur pasien dalam posisi semifowler : pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini .

2) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal antara lain: pukul (09.10) memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien tampak bicaranya pelo, tidak jelas dalam penyebutan artikulasi, dengan volume suara yang kecil, pukul (09.15) menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak mengikuti yng diajarkan, pukul (09.20) menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Hasil : pasien tampak mengerti dn mengikuti yang dianjurkan.

3) Diagnosa gangguan mobilita fisik

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik antara lain : pukul (09.53) mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil : pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya sakit bila di tekan dan diangkat, pukul (09.56) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakan kai kiri dan tangan kirinya, pukul (08.55) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil :memasang pagar tempat tidur, pukul (09.45) memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua

tangan dan kaki pasien, kedua sendi tangan pasien sudah mengalami kekakuan saat dilakukan pergerakan, pukul (10.10) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pada pasien, pukul (10.25) mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kiri dengan, namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kanan.

4) Diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/jaringan antara lain : pukul (11.05) mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Hasil : keluarga pasien mengatakan luka ini baru muncul 1 minggu yang lalu kemungkinan karena kelamaan terbaring, pukul (11.15) mengubah posisi pasien dengan memiringkan badan pasien ke kiri dan ke kanan. Hasil: pasien tampak kesulitan untuk menggerakkan badanya untuk miring ke kanan , pasien merasa nyaman dengan posisi yang seperti ini, pukul (11.20) menggunakan produk berbahan minyak pada kulit kering dengan minyak kelapa murni mengoles pada bagian kulit tangan, kaki, muka dan leher pasien. Hasil: pasien tampak terasa nyaman setelah menggunakan minyak, karena sebelum ini klien merasa gatal-

gatal pada kulitnya, pukul (11.23) menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup. Hasil: pasien tampak mengerti dan mau dengan apa yang dianjurkan, pukul (11.05) memonitor karakteristik luka. Hasil: luka decubitus pada kedua mata kaki berwarna kemerahan dan tidak berbau, pukul (11.07) menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Hasil: keluarga pasien tampak mengerti dengan apa yang dijelaskan.

5) Diagnosa defisit nutrisi

Tindakan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain : pukul (11.55) mengidentifikasi status nutrisi. Hasil :keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan karena sebelum sakit ini BBnya 80 kg, perkiraan saat ini hanya tersisa 61 kg, pasien belum ditimbang kembali karena penyakit stroke yang dideritanya untuk TB 160 cm, pukul (11.57) mengidentifikasi makanan yang disukai. Hasil : klien mengatakan suka makan makanan local seperti ubi pisang, pukul (12.25) memonitor asupan makan. Hasil: pasien tampak tidak menghabiskan makanan yang diberikan hanya 1-2 sendok makan.

6) Diagnosa defisit perawatan diri

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri antara lain : pukul (09.18) memonitor tingkat kemandirian. Hasil: klien tampak tidak bisa melakukan aktivitas

secara mandiri, tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, pasien masih terbaring lemah diatas tempat tidur, pukul (09.25) mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian dan makan. Hasil : klien tampak sangat terpegantung pada keluarga dan alat bantu untuk kebersihan dirinya, pukul (09.50) menganjurkan keluarga dampingi pasien untuk melakukan perawatan diri. Hasil : keluarga pasien tampak menerima dan bersedia untuk membantu pasien dalam melakukan perawatan diri.

b. Hari Kedua, Rabu 14 Juni 2023

1) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi efektif antara lain : pukul (08.20) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 130/80, S: 37^o,7 , N : 74x/menit , RR : 20x/menit, Spo2 : 96%, pukul (08.25) memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, dan pasien tampak meringis, pukul (08.30) mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak sulit untuk melakukan teknik napa dalam tersebut, pukul (08. 32) mengatur pasien dalam posisi semifowler : pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini, pukul (08.00) melayani obat citicolin 500mg/ iv dan mecobalamin 500mg/iv.

2) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal antara lain: pukul (10.05) memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien tampak bicaranya pelo, tidak jelas dalam penyebutan artikulasi, dengan volume suara yang kecil, pukul (09.15) menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak memperhatikan dan kebingungan, pukul (09.20) menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan.

3) Diagnosa gangguan mobilitas fisik

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik antara lain : pukul (08.55) mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil : pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya sakit bila di tekan dan diangkat, pukul (09.15) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kiri dan tangan kirinya, pukul (09.30) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil : memasang pagar tempat tidur, pukul (09.45) memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, kedua sendi tangan pasien sudah mengalami kekakuan

saat dilakukan pergerakan, pukul (10.00) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pada pasien, pukul (10.05) mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kiri dengan ,namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kanan

4) Diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/ jaringan antara lain: pukul (06.40) menggunakan produk berbahan minyak zaitun untuk mengoles disemua kulit tubuh pasien. Hasil : kulit klien tampak bersih dan lembab, pukul (07.20) menggunakan madu pada bibi pasien. Hasil : bibir tampak lembab, pukul (16.30) melakukan perawatan luka, menyiapkan peralatan, membersihkan luka menggunakan cairan NaCl, mengoles dengan salep gentamisin, menutup luka dengan kasa steril lalu diplester Hasil : luka pada kedua mata kaki, dan persendian tangan kiri pasien tampak kemerahan dan tidak berbau.

5) Diagnosa defisit nutrisi

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: pukul (07.10) melayani makan pagi pada

pasien. Hasil : klien tampak tidak menghabiskan makanan yang disediakan pasien hanya mampu menghabiskan 3 sendok makan, pukul (07.15) melakukan oral hygiene sesudah makan dengan menggunakan tissue kering untuk mengangkat sisah makanan pada mulut pasien, pukul (07.20) menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering, pukul (07.15) memonitor asupan makanan. Hasil: klien hanya mampu menghabiskan makanan 3 sendok, pukul (08.00) melayani obat omeprazole 40mg/iv.

6) Diagnosa defisit perawatan diri

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri antara lain : pukul (09.10) membantu pasien untuk menggantikan baju yang dipakai sebelumnya, pukul (09.20) membersihkan mulut dan gigi pasien dengan menggunakan tissue kering, pukul (09.25) menyisir rambut pasien dan mengikat dengan rapih, pukul (09. 35) menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien untuk melakukan perawatan diri.

c. Hari Ketiga, Kamis 15 Juni 2023

1) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif antara lain : pukul (08.15) memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 140/80, S: 36°,4, N :

80x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96%, pukul (08.23) memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, dan pasien tampak meringis, pukul (08.30) mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak sulit untuk melakukan teknik napa dalam tersebut, pukul (08. 35) mengatur pasien dalam posisi semifowler : pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini, pukul (08.00) melayani obat citicolin 500mg/ iv dan mecobalamin 500mg/iv.

2) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal antara lain: pukul (08.20) memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien tampak bicaranya masih pelo, penyebutan artikulasi suda mulai jelas, dengan volume suara suda mulai besar, pukul (08.35.) menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak memperhatikan dan kebingungan, pukul (09.20) menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan. Pukul (09.25) mengajarkan pasien untuk mengikuti instruktur dengan menggunakan penyebutan abjad dengan jelas (AIUEO) . Hasil : pasien tampak memperhatikan dan mengikuti

yang diajarkan namun pasien masih sulit menyebutkan abjad dengan jelas.

3) Diagnosa gangguan mobilita fisik

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik antara lain : pukul (08.55) mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil : pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya sakit bila di tekan dan diangkat, pukul (09.15) mengidentifikasi toleransi fisik melakuakan pergerakan. Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakan kaki kiri dan tangan kirinya, pukul (09.30) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil :memasang pagar tempat tidur, pukul (09.45) memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, kedua sendi tangan pasien suda mengalami kekakuan saat dilakukan pergerakan, pukul (10.00) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil : keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pada pasien, pukul (10.05) mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kiri dengan, namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kanan.

4) Diagnosa gangguan integritas kulit

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/jaringan antara lain: pukul (06.40) menggunakan produk berbahan minyak zaitun untuk mengoles disemua kulit tubuh pasien. Hasil : kulit klien tampak bersih dan lembab, pukul (07.20) menggunakan madu pada bibi pasien . Hasil : bibir tampak lembab, pukul (08.30) melakukan perawatan luka, menyiapkan peralatan, membersihkan luka menggunakan cairan NaCl, mengoles dengan salep gentamisin, menutup luka dengan kasa steril lalu diplester Hasil : luka pada bagian bokong pasien tampak kemerahan terdapat jaringan mati, dan tidak berbau.

5) Diagnosa defisit nutrisi

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: pukul (12.05) melayani makan siang pada pasien. Hasil : menu makanan bubur, sup ayam dan sayur, pukul (11.55) melakukan oral hygiene sebelum makan dengan menggunakan tissue kering untuk mengangkat sisa makanan pada mulut pasien, pukul (12.20) menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering, pukul (12.25) memonitor asupan makanan. Hasil: klien tampak menghabiskan makana sebanyak 12 sendok, pukul (08.00) melayani obat omeprazole 40mg/iv.

6) Diagnosa defisit perawatan diri

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri antara lain : pukul (08.10-08 45) menyiapkan peralatan untuk memandikan pasien. Hasil : cairan sabun detol, sikat gigi, air bersih dan waslap, membuka baju pasien untuk dilap dengan air sabun, membersihkan gigi dan mulut pada pasien, menggantinya pakaian pasien, menyisir dan mengikat rambut pasien dengan rapih, Hasil : Pasien mengatakan merasakan nyaman setelah dimandi. .

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Ny. J. J. O dilaksanakan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara subjektif maupun objektif menggunakan evaluasi SOAP.

a. Hari Pertama, Selasa 13 Juni 2023

1) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit, dan nyaman dalam posisi seperti ini (semifowler).

O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD : 120/80, S: 37^o,8 , N : 97x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96%, terpasang infuse D 5% 20 Tpm ditangan kanan kanan.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi 1-7dilanjutkan

2) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

S: Keluarga pasien mengatakan masih tidak jelas untuk berbicara.

O: Klien tampak bicaranya pelo, volume suara kecil, artikulasi tidak jelas, pasien mengikuti dan memperhatikan yang diajarkan..

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Intervensi 1-4 dilanjutkan

3) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

S: Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya terasa sakit bila ditekan dan diangkat .

O: Pasien tampak terbaring lemah, sulit melakukan pergerakan, pasien sudah bisa memiringkan badannya ke kiri dengan bantuan keluarga.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: Intervensi 1, 2,3 4, 5, dan 7 dilanjutkan

4) Diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan

S: Keluarga pasien mengatakan nyeri pada area luka dan gatal pada kulit tubuhnya

O : Pasien tampak meringis, tampak menggaruk-garuk di area kulit badan yang terasa gatal

A: Masalah gangguan integritas kulit/ jaringan belum teratasi P:

Intervensi dilanjutkan

5) Diagnosa defisit nutrisi

S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makanya selama sakit ini menurun

O : Pasien tampak lemah, makanan yang dihabiskan hanya 3 sendok

A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan (2,3,4,dan 5)

6) Diagnosa defisit perawatan diri

S: Keluarga pasien mengatakan untuk kebersihan dirinya selama sakit ini dibantu oleh keluarga seperti mandi dan berhias , dan berpakaian

O : Kulit kepala pasien tampak kotor, rambut berketombe, mulut dan gigi tampak kotor, keluarga tampak membantu semua kebutuhan kebersihan diri pasien.

A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan (2,3,4, dan 5)

b. Hari Kedua, Rabu, 14 Juni 2023

1) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit, dan nyaman dalam posisi seperti ini (semifowler).

O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD : 130/80, S: 37^o,7, N : 74x/menit , RR : 20x/menit, Spo2 : 96%, terpasang infuse D 5% 20 Tpm ditangan kanan kanan.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi 1-7dilanjutkan

2) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

S: Keluarga pasien mengatakan masih tidak jelas untuk berbicara.

O : Klien tampak bicaranya pelo, volume suara kecil, artikulasi tidak jelas, pasien mengikuti dan memperhatikan yang diajarkan.

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Intervensi 1-4 dilanjutkan

3) Diagnosa gangguan mobilitas fisik

S: Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya terasa akit bila ditekan dan diangkat .

O : Pasien tampak terbaring lemah, sulit melakukan pergerakan, pasien suda bisa memiringkan badanya kekiri dengan bantuan keluarga.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: Intervensi 1, 2,3 4, 5, dan 7 dilanjutkan

4) Diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan

S: Keluarga pasien mengatakan nyeri pada area luka dan gatal

pada kulit tubuhnya

O : Pasien tampak meringis, tampak menggaruk-garuk di area kulit badan yang terasa gatal

A: Masalah gangguan integritas kulit/ jaringan belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

5) Diagnosa defisit nutrisi

S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makanya selama sakit ini menurun

O: Pasien tampak lemah, makanan yang dihabiskan hanya 3 sendok

A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan (2,3,4,dan 5)

6) Diagnosa defisit perawatan diri

S: Keluarga pasien mengatakan untuk kebersihan dirinya selama sakit ini dibantu oleh keluarga seperti mandi dan berhias, dan berpakaian

O : Kulit kepala pasien tampak kotor, rambut berketombe, mulut dan gigi tampak kotor, keluarga tampak membantu semua kebutuhan kebersihan diri pasien.

A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan (2,3,4,dan 5)

c. Hari Ketiga, Kamis, 15 Juni 2023

1) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit, dan nyaman dalam posisi seperti ini (semifowler).

O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD 140/80, S: 36^o,4 , N : 80x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96% terpasang infuse D 5% 20 Tpm ditangan kanan kanan.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

2) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

S : Keluarga pasien mengatakan masih tidak jelas untuk berbicara.

O : Klien tampak bicaranya pelo, volume suara kecil, artikulasi tidak jelas, pasien mengikuti dan memperhatikan yang diajarkan.

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

3) Diagnosa gangguan mobilitas fisik

S: Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya terasa akit bila ditekan dan diangkat

O: Pasien tampak terbaring lemah, sulit melakukan pergerakan, pasien suda bisa memiringkan badanya kekiri dengan bantuan keluarga.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

4) Diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan

S: Keluarga pasien mengatakan nyeri pada area luka dan gatal pada kulit tubunya

O: Pasien tampak meringis, kulit tampak lembab, luka decubitus berwarna kemerahan tidak berbau, terdapat jaringan mati di luka decubitus pada bagian bokong pasien,

A: Masalah gangguan integritas kulit/ jaringan belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

5) Diagnosa defisit nutrisi

S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makanya selama sakit ini menurun

O : Pasien tampak lemah, pasien makan sebanyak 12 sendok makan

A: Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

P: pertahankan intervensi

6) Diagnosa defisit perawatan diri

S: Pasien mengatakan merasakan nyaman setelah dimandi, dan tidak terasa gatal lagi pada bagian kulit tampak lembab.

O : Kulit kepala pasien tampak kotor, rambut berketombe, mulut dan gigi tampak bersih, kulit tampak lembab, keluarga tampak membantu semua kebutuhan kebersihan diri pasien.

A: Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian

P: Pertahankan intervensi

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny. J. J. O di Ruang Penyakit Dalam I-II.

1. Pengkajian

Pada Pengkajian secara teoritis menurut Helty (2023), didapatkan tanda dan gejala pada pasien stroke sebagai berikut: kelumpuhan (paralisis) total atau sebagian pada 1 sisi tubuh, kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur, pusing, kebingungan, kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain, masalah dengan keseimbangan dan koordinasi, mual muntah, kesulitan menelan (disfagia), Sakit kepala yang tiba-tiba, penurunan kesadaran, kesulitan berbicara dan berkebingungan, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki, kesulitan berjalan. Sedangkan pada kasus pasien Ny. J. J. O ditemukan keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, pasien tampak kebingungan dan sulit untuk memahami saat berkomunikasi, kesulitan untuk menelan, sakit kepala,

berbicara tidak jelas (pelo), gatal-gatal pada seluruh kulit tubuh, kelemahan, dan luka decubitus. Hal ini, menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana kasus pada Ny. J. J. O tidak ditemukan kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur dikarenakan sumbatan pembuluh darah tidak menyerang bagian organ mata atau pada saraf optik salah satunya retina, selain itu, pada Ny. J. J. O tidak mengalami mual muntah, dan pusing dikarenakan tidak ada peningkatan tekanan di dalam otak yang menyebabkan pasien mengalami mual muntah dan pusing, kasus pada Ny J. J. O tidak mengalami penurunan kesadaran hal ini dikarenakan dilihat dari nilai GCS yaitu 14 (komponen), saturasi oksigennya dalam batas normal yaitu 97%, dan tekanan darahnya masih dalam batas normal yaitu 120/80 mmHg dan walaupun kondisi pasien stroke namun kemungkinan bahwa aliran darah pasien masih terpenuhi. Kasus pada Ny. J. J. O ditemukan tanda dan gejala gatal-gatal pada seluruh kulit tubuh hal ini dikarenakan kurangnya perawatan diri seperti mandi karena selama sakit kebiasaan mandi pasien berubah keluarga mengatakan seminggu sekali baru dilap dan hal ini terbukti dengan kondisi pasien yang tampak tidak bersih, pada kasus nyata Ny J. J. O ditemukan luka decubitus hal ini dikarenakan pasien mengalami tirah baring selama 10 bulan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ningrum, (2020) di Ruang Rawat Inap RSUD Bangil Pasuruan pada pasien stroke Ny Y mengalami sakit kepala, tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan dan bicara pelo,

klien mengatakan saat menyapu halaman tiba-tiba jatuh lalu tangan dan kaki kirir tidak bisa digerakan, kemudian klien dibawa keluarganya ke IGD RSUD bangil untuk diperiksa, klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Hal ini sama dengan kasus pada Ny J. J. O ditemukan dengan tanda dan gejala yang sama.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada teori didapatkan ada 7 diagnosa keperawatan yaitu : risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan. Sedangkan berdasarkan data hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 13 Mei 2023 pada Ny J .J. O dapat ditegakkan menjadi 6 diagnosa yaitu : risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Hal ini menunjukkan

bahwa adanya kesenjangan antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagnosa keperawatan pada Kasus Ny J. J. O, dimana pada kasus pada Ny J. J. O tidak ditegakkan diagnosa keperawatan resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan pada penglihatan dan pasien menggunakan pengaman (pagar tempat tidur) dan pasien selalu di dampingi oleh keluarga, dan pada kasus Ny J. J. O tidak ditegakkan diagnosa gangguan menelan hal ini dikarenakan intervensi dan implementasi yang dilakukan sama dengan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan. Adapun diagnosa keperawatan tambahan yang ditegakkan pada kasus Ny J. J. O yaitu gangguan integritas kulit/jaringan hal ini dikarenakan pasien mengalami tirah baring selama 10 bulan. Diagnosa yang ditemukan pada penelitian Metris, (2022) dengan masalah stroke yaitu, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan sirkulasi O₂ ke otak, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral, diagnosa yang diangkat pada penelitian Metris, (2022) sama dengan kasus Ny. J. J. O, tapi ada beberapa diagnosa yang tidak ada pada penelitian Metris, (2022), yaitu gangguan integritas kulit/jaringan, defisit nutrisi dan defisit perawatan diri, hal ini dikarenakan pada setiap pasien akan menunjukkan

tanda dan gejala yang berbeda-beda. Pada kasus Ny. J. J. O tidak ditemukan masalah intoleransi aktivitas.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Ny. J. J. O disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus sama dan telah dilaksanakan berkat kerja sama keluarga dan pasien. Untuk intervensi resiko perfusi serebral tidak efektif sebanyak 6 intervensi, untuk diagnosa gangguan komunikasi verbal sebanyak 4 intervensi, untuk diagnosa gangguan mobilisasi fisik sebanyak 7 intervensi untuk diagnosa defisit nutrisi sebanyak 6 intervensi, untuk diagnosa defisit perawatan diri sebanyak 4. Adapun intervensi baru berdasarkan masalah keperawatan yang muncul pada kasus nyata yaitu untuk diagnosa keperawatan integritas kulit/ jaringan sebanyak 11 intervensi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. J. J. O dengan diagnosa medis stroke non hemoragik berdasarkan enam diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan

realitas mulai dari mengkaji tanda-tanda vital, mengkaji keadaan umum, dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari risiko perfusi perifer tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit, defisit nutrisi, dan defisit perawatan diri. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam keenam masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 20 Juni 2022, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 21 Juni 2022, hari ketiga dilaksanakan 22 Juni 2022. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerja sama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan, Semua intervensi dilaksanakan dengan baik namun ada beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan dengan rutin seperti mengubah posisi pasien setiap dua jam sekali, dan masalah keperawatan ada empat yang belum teratasi dan dua sebagian teratasi serta memberi hasil yang baik, dimana klien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah diterapkan melalui implementasi selama 3 hari. Pada kasus Ny. J. J. O. evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada masalah keperawatan yang pertama adalah; Risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dengan menunjukkan pasien masih mengalami sakit kepala, TD: 140/80 MmHg, suhu : 36,4⁰c, nadi : 80 x/menit, RR : 20

x/menit. Untuk masalah intoleransi aktivitas setelah dilaksanakan intervensi diperoleh hasil bahwa masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dikarenakan semua aktivitas klien masih dibantu keluarga, masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi dikarenakan klien berbicara pelo dan kurang jelas. Untuk masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi dikarenakan pasien masih mengalami kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot, dan penurunan kekakuan sendi, untuk masalah gangguan integritas kulit belum teratasi dikarenakan keluarga pasien mengatakan pasien sering mengatakan nyeri pada area luka dan gatal pada kulit tubuhnya, dan masih terdapat decubitus pada luka. Untuk masalah defisit nutrisi sebagian teratasi, karena porsi makan pasien mulai meningkat dimana pasien makan 12 sendok dari sebelumnya. Untuk masalah defisit perawatan diri sebagian teratasi dengan menunjukkan pasien tampak bersih dan merasa nyaman.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia, orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya dengan diagnosa yang sama dan sulitnya referensi yang digunakan dalam 5 tahun terakhir.

D. Implikasi Untuk Keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain :

1. Sebagai Pendidik

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun lainnya.

2. Sebagai Advokad

Peran perawat sebagai advokad yaitu tindakan perawat dalam mencapai suatu untuk kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan, pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokad adalah perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan

3. Sebagai Pemberi Perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Ny. J. J. O Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) selain itu juga sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pelayanan pasien Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Penyakit Dalam I-II, khususnya di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil Studi Kasus pada Ny J. J. O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Penyakit Dalam I- II RSUD Ende dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Data pengkajian yang ditemukan pada Ny J. J. O Keluarga Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara tidak jelas (pelo).
2. Diagnosa keperawatan pada pasien Ny J. J. O yang ditegakkan adalah sebagai berikut: risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny J. J. O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH), ditetapkan sesuai dengan tujuh masalah keperawatan yang ditemukan dengan tujuan akhir agar masalah keperawatan dapat diatasi.
4. Implementasi keperawatan merupakan realisasi kegiatan dari perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny J. J. O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah-masalah yang ditemukan.
5. Evaluasi merupakan langka akhir dari semua tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny J. J. O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilaksanakan selama 3 hari. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang dilaksanakan belum mampu mengatasi masalah-masalah keperawatan yang ditemukan
6. Adanya kesenjangan antara kasus nyata dan teori. Pada kasus Ny J. J. O yang ditemukan keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, pasien tampak kebingungan dan sulit untuk memahami saat berkomunikasi, kesulitan untuk menelan, sakit kepala, berbicara tidak jelas (pelo), gatal-gatal pada seluruh kulit tubuh, kelemahan, dan luka decubitus, adapun data pada teori yamh tidak ada pada kasus nyata

yaitu pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, gangguan pada penglihatan, dan tidak mengalami mual dan muntah sedangkan pada diagnosa keperawatan ada dua yang tidak ditemukan pada pasien yang berdasarkan teori yaitu gangguan menelan berhubungan dengan saraf kranial dan resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, adapun diagnosa yang muncul pada pasien Ny J. J. O yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas .

B. Saran

1. Bagi penulis

Harus lebih banyak mempelajari teori pada kasus yang diambil sehingga mempermudah melakukan asuhan keperawatan kepada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik.

2. Bagi klien dan keluarga

Setelah mendapatkan tindakan keperawatan di RSUD Ende diharapkan melakukan pemeriksaan secara rutin dan menerapkan kembali tindakan yang sudah diinformasikan perawat dalam penularan penyakit.

3. Bagi perawat

Petugas kesehatan diharapkan untuk terus melakukan pendidikan kesehatan baik untuk klien maupun keluarganya agar dapat melakukan perawatan sederhana di rumah.

4. Bagi RSUD Ende

Pelayanan dan perawatan sudah baik dan diharapkan agar dipertahankan sehingga dapat menjadi lebih baik lagi kedepannya. Meskipun dengan

sarana terbatas, RSUD Ende tetap memberikan pelayanan yang maksimal bagi para klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, I.M., & Adityasto, I.T. (2019). 'Studi Kasus Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Citra Tubuh di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X. *In Prosiding University Research Colloquium* (pp. 171-176). Diakses 27 Mei 2023
[Http://Ppniateng.Org/Wp-Content/Uploads/2014/09/5.-Studi-Fenomenologi-Pengalaman-Perubahan-Citra-Tubuh-Pada-Klien-Kelemahan-Pasca-Stroke.Pdf](http://Ppniateng.Org/Wp-Content/Uploads/2014/09/5.-Studi-Fenomenologi-Pengalaman-Perubahan-Citra-Tubuh-Pada-Klien-Kelemahan-Pasca-Stroke.Pdf)
- Dinkes Kabupaten Ende. Profil Kesehatan Penyakit Stroke Kabupaten Ende. Ende: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- Dewi, L., Astrid, M., & Supardi, S. (2020). Analisis Pengaruh Latihan Rentang Gerak Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Dan Aktifitas Perawatan Diri Pasien Stroke Di RSUD Kota Depok. *Edu Dharma Journal: jurnal penelitian dan pengabdian masyarakat*, 4(2), 13:28. Diakses 8 Maret 2023
<http://openjournal.wdh.ac.id/index.php/edudharma/article/view/52>
- Helty. (2023). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah . Jawa Tengah: PT Nasya Expanding Management
- Hidayat, F., Gamayani, U., Wibisono, Y., Berliana, S., & Rakhma, T. (2022). Perbandingan Luaran Klinis pada Pasien Stroke Iskemik Fase Akut dengan Satu atau lebih Faktor Risiko. *jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 11 (1), 7-14. Diakses 8 Maret 2023
<http://inasnacc.org/ojs2/index.php/jni/article/view/345>
- Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kurniajati, S., Paradi, I., Luchas, R., Ndaru, P., & Kristiani, Y. (n.d.) 2022. Peningkatan kemampuan deteksi dini faktor resiko stroke melalui pendidikan kesehatan metode pelatihan improving the ability of early detection of stroke risk factors through health education with training methods. 122–134. Diakses 9 Maret 2023
<https://jurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/615>
- Kariasa, I. M. (2022). Antisipasi Serangan Stroke Berulang . Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Management.
- Loveta, A., Suka, G., Kasih, L. C., Safuni, N., Program, M., Profesi, S., Keperawatan, F., Syiah, U., Keilmuan, B., Medikal, K., Keperawatan, F., & Syiah, U. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Saraf Pria: Suatu Studi Kasus Nursing Care For Patients With Ischemic Stroke In The Men ' s Nervous Room : I, 141–147. Diakses 9 Maret 2023
<https://jim.usk.ac.id/FKep/article/view/21449>

- Metris, v. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien TN. A.O Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik Di RPD-III RSUD ENDE*. Ende: Poltekkes Kemenkes Kupang
- Ningrum, N. D. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan*. Pasuruan: Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendika Medik Jombang
- Pratama. (2021). Pengaruh Pemberian Dual Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Kasus Stroke Iskemik. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 2(2), 32–40. Diakses 1 April 2023
<https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?article=1074&context=jsht>
- Profil Rumah Sakit Umum Ende. (2022/2023). Diambil Tanggal 31 Maret 2023
- Rahmawati, M. F., Hanif,A., & Rakhma, T. (2022). *Kelainan Vakular Intrakarnial pada Perempuan 49 Tahun dengan Suspek Dural Arteriovenosa Fistula (DAVF): Laporan Kasus. Proceeding Book Call for Papers Fakultas Kedokteran Univeritas Muhammadiyah Surakarta, 554-559.diambil 4 juni 2023. Diakses 1 Juni 2023*
<https://proceedings.ums.ac.id/index.php/kedokteran/article/view/2146>
- Saraswati, D, R. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1),81–86. Diakses 6 April 2023
<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1001>
- SDKI DPP PPNI, 2017. *Standar Diagnosis Keperwatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik (1 st ed)*. Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.
- SIKI DPP PPNI.(2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesiaku.Jakarta: DPP PPNI*
- SLKI DPP PPNI, 2018. *Standar Luaran Keperwatan Indonesia, Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.*
- Sari, R. H. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: pustaka baru press.
- Tarwoto, 2013. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika*
- Yıldırım, S. (2018). *peningkatan kekuatan motorik pasien stroke non hemoragik (Issue 21)*.

Zhou, Yang, & Wang. (2020). Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik . In file:///C:/Users/VERA/Downloads/ASKEP_AGREGAT_Anak_and_Remaja_Print.docx (Vol. 21, Issue 1).

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

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



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380)
8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J. J. O DENGAN
DIAGNOSA MEDI STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG
PENYAKIT DALAM I-II RSUD ENDE**

e) Pengkajian

I. Pengumpulan data

6) Identitas pasien

Nama : Ny J. J. O
 umur : 53 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Pendidikan : S 1
 Pekerjaan : Guru PNS
 Alamat : Jl. Sultan Hasanudin

7) Identitas penanggung jawab

Nama : Tn
 Umur : 56 tahun
 Hubungan dengan klien : Suami
 Alamat : Jl. Sultan Hasanudin
 Pendidikan : S 1
 Pekerjaan : Guru PNS
 Diagnosa medik : Stroke Non Hemoragik

3. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama : Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kirinya tidak bisa digerakan dan bicara tidak jelas.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang : keluarga pasien mengatakan suda 10 bulan mengalami penyakit Stroke ini. Tepatnya pada tanggal 18 agustus 2022, pasien merasa pusing dan sakit kepala dan langsung terduduk di atas tempat tidur, kleuarga pasien mengatakan upaya yang dilakakukan dirumah sebelum dibawah ke Rumah Sakit pasien dibalut dengan halia ditangan kiri dan kaki kiri yang terasa sulit digerakan saat itu, lalu tidak ada perubahan, keluarga pasien juga sempat berfikir kalau sakit yang diderita isitrinya saat ini kemungkinan dibuat oleh orang yang iri dalam kehidupan mereka, akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa paien ke RSUD Ende yang pertama kali untuk dirawat lebih lanjut, pasien didiagnosis mengalami penyakit stroke oleh dokter. Setelah dirawat di RSUD Ende di ruangan RPD I-II selama 6 hari, pasien dipulangkan kerumah, setelah 2 hari dirumah pasien mengalami drop yang membuat kaki kiri dan tangan kirinya tidak bisa digerakan lagi, lalu keluarga memutuskan untuk membawa kembali pasien ke RSUD Ende yang kedua kalinya untuk perawatan lebih lanjut selama kurang lebih 12 hari di RSUD Ende tepatnya di ruangan RPD I-II Keluarga meminta surat rujukan ke RSUD Maumere untuk melakukan pemeriksaan CT- Scan. Setelah dirawat di RSUD Maumere pasien kembali pulang ke rumahnya di Ende untuk istirahat, selama beristirahat dirumah keluarga pasien mengupayakan dengan melakukan terapi menggunakan alat terapi yang dimiliki oleh tetangganya. Lalu di bulan juni ini tepatnya tanggal 4 juni 2023 pasien kembali dibawa ke RSUD Ende yang ketiga kalinya untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut dikarenakan klien mengalami mual muntah yang hebat dirumah dan upaya yang dilakuakn oleh

keluarga yaitu meminta seorang perawat untuk memasang infuse dirumah sebelum dibawah ke RSUD Ende. Pada tanggal 4-9 juni pasien dirawat di ruangan ICU, lalu ditanggal 9 juni siang hari pasien dipindahkan ke ruangan RPD I-II .

3) Riwayat kesehatan masa lalu

pasien mengatakan pasien pernah mengalami penyakit Hipertensi sejak 2 tahun lalu, sebelumnya pasien belum pernah dirawat di Rumah Sakit ataupun di fasilitas kesehatan lainnya. Keluarga pasien mengatakan diketahui pasien mengalami Hipertensi yaitu disaat melakukan pemeriksaan tekanan darah sebelum mendapatkan Vaksin Covid-19, pasien tidak bisa mendapatkan Vaksin dikarenakan mengalami tekanan darah yang tinggi yaitu 200 ke atas. Pasien tidak mengalami alergi makanan ataupun obat-obatan dan untuk kebiasaan minum pasien sering mengkonsumsi minuman kopi hitam.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui tentang riwayat penyakit dari keluarga pasien yang dialami.

5) Pengkajian perpola

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Sebelum Sakit : pasien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau difasilitas kesehatan.

Keadaan Saat Ini : Pasien juga mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya karena faktor tekanan darah tinggi

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Sebelum Sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe dan daging ayam itupun hanya 1-2 potong, pasien juga sering dan lebih suka makan-makan lokal seperti ubi singkong, pisang dan keladi, Pasien minum 8 gelas/hari

(1600 cc) dan minum kopi hitam 2 gelas/hari yaitu pagi dan sore.

Keadaan Saat Ini : keluarga mengatakan saat sakit ini nafsu makan pasien mengalami penurunan dalam sehari makan 3x, dengan diet tinggi kalori dan protein seperti nasi, sayuran hijau, telur dan daging, namun pasien tidak dapat menghabiskan dari porsi yang disediakan . Minum dalam sehari sekitar 800 cc/hari Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum.

c) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : pasien mengatakan BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi padat tapi tidak keras, dengan bau khas feses dan tidak ada keluhan saat BAB, BAK 4-5x/hari warna kuning, berbau khas urinedan tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan saat ini u dengan kateter produksi urine yang keluar dalam sehari 300-500 cc warna kuning kecoklatan, bau khas urine, tidak ada nyeri saat BAK sedangkan BAB selama 5 hari dirawat di ruangan ini baru 2 kali dengan konsistensi cair berwarna coklat kehitaman, dengan bau khas feses dan tidak ada keluhan saat BAB .

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan sebelum sakit ini pasien melakukan aktivitasnya seperti biasa dengan secara mandiri, pasien ebagai seorang guru dan ibu rumah tangga, biasanya pagi hari ke sekolah untuk mengajar dan siang kembali kerumah untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga secara mandiri.

Keadaan Saat Ini : keluarga pasien mengatakan semenjak sakit ini pasien suda tidak menjalankan tugasnya sebagai seorang guru karena sakit yang dideritanya, pasien hanya terbaring di tempat tidur dan semua aktivitasnya dibantu total seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah, untuk toileting pasien dibantu oleh alat dan keluarga. Keluarga mengatakan tidak tau cara memandikan pasien dengan baik diatas tempat tidur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasanya tidur siang 1-2 jam dan dimalam hari biasanya tidur di jam 21.00 terbangung jam 05. 30 pagi. Pasien mengatakan tidurnya nyenyak dan nyaman.

Keadaan Saat Ini : keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien juga sering tidur siang 3- 4 jam dengan nyenyak, untuk di malam hari pasien tidur di jam 21. 30 pasien sering terbangun di malam hari dengan mengeluh gata- gatal di seluruh badanya yang membuat pasien tidur tidak nyenyak.

f) Pola Konginitif dan Persepsi Sensori

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada gangguan pada sistem penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasa.

Keadaan Saat Ini : pasien mengatakan bahwa tidak ada gangguan pada sistem penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasa. Hanya komunikasinya sedikit terganggu karena bicara suda tidak jelas dan kadang tidak nyambung.

g) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Sebelum Sakit : pasien adalah seorang ibu guru dan ibu rumah tangga dan memiliki 1 orang anak. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya ia memiliki

hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

Keadaan Saat Ini : pasien tidak dapat menjalankan perannya sebagai ibu gurudan ibu rumah tangga. Pasien juga memiliki hubungan baik dengan para perawat atau sesama pasien dalam ruangan tersebut.

h) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stress

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan jika mengalami masalah klien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari suami dan anak-anaknya.

Keadaan Saat Ini : keluarga pasien mengatakan jika mengalami masalah pasien selalu berbicara dengan suami dan anaknya. Pasien merasa stress dengan kondisinya saat ini yang hanya terbaring di atas tempat tidur.

i) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Sebelum Sakit: keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien rajin ke Gereja, pasien selalu yakin dan percaya Tuhan Yesus dan Bunda Mari selalu menyertainya.

Keadaan Saat Ini : keluarga pasien mengatakan pasien hanya berdoa diatas tempat tidur dan sesekali kunjungan dari Pater untuk memberikan Komuni, pasien tetap percaya pasti Tuhan menyembuhkan penyakitnya melalui tangan parah medis.

6) Pemeriksaan fisik

- Keadaan umum : lemah,
- Kesadaran : composmentis
- GCS : 14
- Tanda tanda vital
 - TD : TD: 120/80 mmHg
 - Nadi : 97x/mnt
 - Suhu : 37,8°C
 - RR : 20 x/mnt

SpO₂ : 96%

- Berat badan : 61kg
- Tinggi badan : 160 cm

Indeks massa tubuh : $\frac{BB}{TB \times TB \text{ m}^2}$

$$IMT = \frac{60\text{Kg}}{(1,60 \times 1,60) \text{ m}^2} = \frac{60}{2,56} = 23,45 \text{ (Berat badan normal)}$$

Standar:

- < 18,5 : Berat badan kurang
 - 18,5 – 24,9 : Berat normal
 - 25 – 29,9 : Berat badan lebih
 - >30 : Obesitas
- Pemeriksaan fisik (head to toe)
 - 1) Kepala : tampak kotor, terdapat ketombe warna hitam bercampur putih, adanya nyeri tekan, rambut tidak mudah rontok.
 - 2) Mata : Konjungtiva anemis, sklera tidak iterik, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat
 - 3) Telinga : tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar Hidung : bentuk simetris, tidak ada polip
 - 4) Bibir : bibir kering, gigi lengkap, tidak ada sariawan
 - 5) Wajah : tidak simetris
 - 6) Hidung: bentuk simetris, tidak ada lesi dan nyeri tekan, tidak ada polip, tidak ada deviasi septum, tidak ada napas cuping hidung.
 - 7) Mulut : mulut miring ke kanan, Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, gigi kotor.
 - 8) Leher: bentuk simetris, tidak ada lesi tidak ada pembesaran vena jugularis dan pembesaran tiroid.

- 9) Dada : bentuk simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 20x/menit, tidak ada nyeri dada saat ditekan.
- 10) Abdomen : inspeksi: tidak ada tampak pembekakan, perkusi: bunyi timpani, palpasi: tidak ada nyeri tekan, peristaltic usus 20x/menit tidak dilakukan pemeriksaan pada
- 11) Genetelia : Klien berjenis kelamin perempuan dan tidak dikaji
- 12) Integumen: kulit tampak kering dan kusam, kulit gatal-gatal.
- 13) Ekstremitas (atas dan bawah)
 ekstermitas kiri atas terdapat oedema, tidak bisa digerakan dan terdapat luka pada bagian persendian tangan, ekstermitas kanan atas tidak ada oedema, bisa digerakan dan terpasang infus D 5% 20 Tpm, lalu pada ekstermitas bawah kiri terdapat oedema dan tidak bisa digerakan, terdapat luka decubius di mata kaki, pada ekstermitas bawah kanan juga terdapat oedema dan luka decubitus pada mata kaki.

g) Pemeriksaan penunjang

WBC	7.11 +	[$10^3/uL$]	(3.80 – 10.60)
LIMPH#	1.93	[$10^3/uL$]	(1.00-3.70)
MONO#	0.94+	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.44+	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.02	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.10)
NEUT#	13.78	[$10^3/uL$]	(1.50 – 7.00)
LYMPH%	11.3	[%]	(25.0 – 40.0)
MONO%	5.5	[%]	(2.0 – 8.0)

EO%	2.96	[%]	(2.0 – 4.0)
̂BASO%	0.1	[%]	(0.0 – 1.0)
NEUT%	80.5 +	[%]	(50.0 – 70.0)
IG#	0.37	[10 ³ /uL]	(0.00 – 7.00)
IG%	2.2	[%]	(0.0 – 72.0)
RBC	4.07	[10 ³ /uL]	(4.40 – 5.90)
HGB	11.4	[g/dl]	(13.2 – 17.3)
HCT	37.7	[%]	(40.0 – 52.0)
MCV	92,6	[fL]	(80,0 – 100,0)
MCH	28.0	[fL]	(26.0 – 34.0)
MCHC	30.2 -	[pg]	(32.0 – 36.0)
RDW-SD	62.1 +	[g/dL]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	18.4+	[%]	(11.5 – 14.5)
PLT	142-	[10 ³ /uL]	(150 – 450)
MPV	11.8	[Fl]	(9.0 – 13.0)
PCT	0.17	[%]	(0.17 – 0.15)
PDW	15. 3	[Fl]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	37.4	[%]	(13.0 – 43.0)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium tanggal 18 Juni (Data Primer RSUD Ende, 2022)

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
FAAL HATI		
SGOT/AST	21.8	0 – 35 U/ L

SGPT/ALT	16.3	4 – 36 U/L
FAAL GINJAL		
UREUM	26.0	10 – 50 mg/dl
CREATININ	0.56	0.6 – 23 mg/dl
ELEKTROLIT		
NATRIUM	146.6	135 – 145 mmol/ L
KALIUM	3.67	3.5 – 5.1 mmol/ L
CHLORIDA	118.2	98 – 106 mmol/ L

3) Terapi OBAT

Tabel 4.3 Terapi (Data primer RSUD Ende, 2023)

NAMA OBAT	Terapi OBAT	
	DOSIS	CARA PEMBERIAN
Atrovastatin	1 x 20 mg	Iv
Amlodipine	1 x 10 mg	Oral
Paracetamol	3 x 500 mg	Iv
Citicolin	2 x 500 mg	Iv
Mecobilamin	2 x 500 mg	Iv
Omeprazole	2 x 40 mg	Iv

II. Tabulasi data

Keluarga Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara tidak jelas (pelo), Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum, sakit kepala, nafsu makan pasien menurun aktivitasnya dibantu total keluarga dan alat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting, mulut miring ke kanan, mukosa bibir kering, wajah tidak simetris, konjungtiva anemis, badan gata-gatal, pasien tampak lemah, tampak meringis, lidah tampak kotor, gigi tampak kotor, rambut tampak kotor, akral teraba hangat, kulit tampak kering dan kusam,

terdapat oedema pada kaki bagian kiri dan kanan dan tangan kiri, terdapat luka decubitus pada kedua mata kaki kanan dan kiri, luka pada persendian tangan kiri, kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 0, kaki kiri nilai 0, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4, BB : 61 Kg, TB :160 Cm, IMT : 23. TD : 120/80 mmHg, Nadi 97x/m, Suhu 37,8^oc/axilla, RR 20x/m, SpO2 97%, terpasang infus D 5 % 20 TPM pada ekstermitas kiri atas.

III. Klasifikasi data

DS : Keluarga Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara tidak jelas (pelo), Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum sakit kepala, nafsu makan pasien menurun, aktivitasnya dibantu total keluarga dan alat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting.

DO: keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, aktivitasnya dibantu total keluarga dan alat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting, tampak meringis, mulut miring ke kanan, mukosa bibir kering, wajah tidak simetris, konjungtiva anemis, badan gata-gatal, pasien tampak lemah, lidah tampak kotor, gigi tampak kotor, rambut tampak kotor, akral teraba hangat, kulit tampak kering dan kusam, terdapat oedema pada kaki bagian kiri dan kanan dan tangan kiri, terdapat luka decubitus pada kedua mata kaki kanan dan kiri, luka pada persendian tangan kiri, kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 0, kaki kiri nilai 0, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4, BB : 61 Kg, TB :160 Cm, IMT : 23. TD : 120/80mmHg, Nadi 97x/m, Suhu 37,8^oc/axilla, RR 20x/m, SpO2 97%, terpasang infus D 5 % 20 TPM pada ekstermitas kiri atas.

IV. Analisa data

NO	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1	<p>S : Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan dan sakit kepala</p> <p>DO : keadaan umum lemah, kesadaran komponentis, konjungtiva anemis, Gcs 14, tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p>	Aterosklerosis aorta	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
2	<p>DS : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, aktivitas dibantu seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting</p> <p>DO : pasien tampak lemah, aktivitas dibantu total seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting. TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p>	Tirah baring	Intoleransi aktivitas
3	<p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien bicara tidak jelas (pelo)</p>	Penurunan Sirkulasi Serebral	Gangguan Komunikasi Verbal

DO : pasien berbicara tampak tidak jelas (pelo), mulut miring ke kanan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%

- | | | | |
|---|--|-------------------------------|--|
| 4 | <p>DS : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kakai kiri tidak bisa digerakan, nyeri saat bergerak</p> <p>DO : klien tampak lemah, tampak meringis saat bergerak, kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan, terdapat oedema pada kaki bagian kiri dan kanan dan tangan kiri, kekuatan otot menurun, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%</p> | <p>Gangguan Neuromuskuler</p> | <p>Gangguan Mobilitas Fisik</p> |
| 5 | <p>DS : Keluarga pasien mengatakan terdapat luka dibagian bokong, kedua mata kaki, dan persendian tangan kiri</p> <p>DO : terdapat luka decubitus pada bagian bokong, kedua mata kaki dan persendian tangan kiri, kulit tampak kering dan kusam dan akril teraba hangat. TTV TD:</p> | <p>Penurunan Mobilitas</p> | <p>Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan</p> |

120/80 mmHg, N : 97x/m, S:
37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 :
96%

- 6 DS : keluarga pasien Ketidakmampuan Defisit Nutrisi
mengatakan pasien tidak nafsu Menelan
makan, keluarga pasien Makanan
mengatakan bahwa pasien
mengalami penurunan berat
badan sebelumnya 80
sekarang belum pernah
ditimbang dikarenakan kondisi
pasien
- DO : pasien tampak lemah,
otot menelan lemah BB : 61
kg, TB : 161, Imt : 23, TTV
TD: 120/80 mmHg, N :
97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m,
Spo2 : 96%
- 7 DS: Keluarga klien Gangguan Defisit
mengatakan tidak mengetahui Neuromuskuler Perawatan Diri
bagaimana cara memandikan
pasien ditempat tidur secara
aman, kulit pasien mengalami
gatal- gatal
- DO : kepala klien tampak
kotor, terdapat ketombe, lidah
dan gigi tampak kotor, TTV
TD: 120/80 mmHg, N :
97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m,
Spo2 : 96%

f) Diagnosa keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta ditandai dengan :
 - DS : Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan dan sakit kepala
 - DO : keadaan umum lemah, kesadaran komplementis, Gcs 14, konjungtiva anemi, tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%.
- b. Intoleransi Aktivitas Berhubungan Dengan Tirah Baring di tandai dengan
 - DS : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, aktivitas dibantu seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan toileting.
 - DO : pasien tampak lemah, aktivitas dibantu total seperti makan, minum mandi, berpakaian, berpindah dan toileting. TTV TD: 120/80 mmHg, N 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%.
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Ditandai dengan :
 - DS : keluarga pasien mengatakan pasien bicara tidak jelas (pelo)
 - DO : pasien berbicara tampak tidak jelas (pelo), mulut miring ke kanan, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular . ditandai dengan :
 - DS : keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kakai kiri tidak bisa digerakan, nyeri saat bergerak, terdapat oedema pada kaki bagian kiri dan kanan dan tangan kiri
 - DO : klien tampak lemah, tampak meringis saat bergerak, kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan, kekuatan otot menurun, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%
- e. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

DS : Keluarga pasien mengatakan terdapat luka dibagian bokong, kedua mata kaki, dan persendian tangan kiri

DO : terdapat luka decubitus pada bagian bokong, kedua mata kaki dan persendian tangan kiri, kulit tampak kering dan kusam dan akril teraba hangat. TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2: 96%

f. Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan.

Ditandai dengan :

DS : keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan

DO : pasien tampak lemah, otot menelan lemah BB : 61 kg, TB : 161, Imt : 23 , TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%.

g. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler ditandai dengan :

DS : Keluarga klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara memandikan pasien ditempat tidur secara aman, kulit pasien mengalami gatal- gatal

DO : kepala klien tampak kotor, terdapat ketombe, lidah dan gigi tampak kotor, TTV TD: 120/80 mmHg, N : 97x/m, S: 37.8 C, RR : 20x/m, Spo2 : 96%

g) Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. tingkat keadaran meningkat 2. sakit kepala menurun 3. demam menurun	1.identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. monitor status pernapasan rasionalnya, untuk mengetahui irama napas 4. libatkan keluarga dalam aktivitas	1.untuk mengetahui peningkatan TIK 2.mengetahui keadaan umum, dan untuk menentukan tindakan selanjutnya 3.untuk mengetahui irama napas 4. keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan gerakan

2. intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. frekuensi nadi meningkat, 2. perasaan lemah menurun, 3. warna kulit membaik, dan frekuensi napas membaik.	1.identifikasi defisit tingkat aktivitas 2.fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis.ambulansi, mobilisasi dan perawatan diri) 3.fasilitasiaktivitas motoric untuk merelaksasi otot 4.libatkan keluarga dalam aktifitas	g. mengetahui kelemahan/ kekuatan dan dapat memberikan informasi h. meningkatkan status mobilitas fisik pasien 3. melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan gerakan tidak terjaid kekakuan otot maupun sendi 4. keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan gerakan
--	---	--	---

3. gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal teratasi dengan	1. monitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume dan diksi bicara	4) untuk mengetahui perkembangan pasien
	Kriteria hasil :	2. gunakan metode komunikasi alternative (mata berkedip, dan isyarat tangan)	5) agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik
	5. kemampuan bicara meningkat	3. ulangi apa yang disampaikan pasien	3. untuk dapat memastikan ucapan yang disampaikan pasien
	6. kontak mata meningkat	4. Anjurkan berbicara perlahan	4. membuat pasien nyaman mungkin saat berbicara
	7. pelo menurun		
4. gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :	1. identifikasi adanya nyeri tekan	1. mengetahui keluhan lain karena nyeri dapat menyebabkan gangguan dalam mobilisasi
		2. identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	2. untuk mengidentifikasi kekakuan/kelemahan dan

1. pergerakan ekstremitas meningkat		memberikan informasi tentang pemulihan
2. kekuatan otot meningkat	3. fasilitasi aktivitas	3. untuk mencegah
3. rentang gerak(ROM) meningkat	mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)	terjadinya cedera pada pasien
4. nyeri menurun, kaku sendi menurun	4. fasilitasi melakukan	4. meningkatkan status mobilitas fisik pasien
5. kelemahan fisik menurun	pergerakan 5. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	5. pasien dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan
	6. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	6. memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait tindakan yang akan dilakukan
	7. ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan(mis. Pindah mika dan miki)	7. melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

5.	gangguan integritas kulit berhubungan dengan	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. perfusi jaringan meningkat 2. suhu kulit membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. ubah posisi tiap 2 jam sekali 3. gunakan produk berbahan minyak pada kulit kering 4. anjurkan minum air yang cukup 5. monitor karakteristik luka 6. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 7.) bersihkan dengan cairan Nacl 8. berikan salep yang sesuai dengan kulit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengetahui adanya perubahan mis, sirkulasi dan status nutrisi 2. menurunkan resiko terjadinya trauma/ iskemia jaringan 3. untuk menjaga kelembaban kulit 4. menjaga status hidrasi kulit. 5. mengetahui perkembangan dari karakteristik luka 6. menghindari resiko infeksi akibat dari balutan yang sudah lama terpasang 7. mempermudah dalam membuka balutan luka yang lengket 8. untuk mempercepat proses
----	--	--	---	---

				penyembuhan luka
			9. pasang balutan sesuai jenis luka	9. meningkatkan ketepatan penyerapan
			10. jelaskan tanda dan gejala infeksi	drainase 10. memberikan informasi pada pasien dan keluarga
6	defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan	setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. porsi makanan dihabiskan meningkat 2. kekuatan otot menelan meningkat 3. frekuensi makanan membaik	1. identifikasi status nutrisi 2. identifikasi makanan yang disukai 3. monitor asupan makanan 4. lakukan oral hygiene sebelum makan 5. berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein	1. membantu mengetahui tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh 2. sebagai dasar untuk menentukan intervensi 3. untuk menilai asupan makanan yang adekuat 4. mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan 5. makan TKTP dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif

		4. nafsu makan membaik	6. ajarkan diet yang diprogramkan	6. diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi.
		5. membrane mukosa membaik		
7	defisit perawatan diri berhubungan dengan	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diarpka masalah defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1.mempertahankan kebersihan diri meningkat 2. kebersihan mulut meningkat.	1. monitor tingkat kemandirian 2. identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri berpakaian dan makan 3. mempersiapkan keperluan pribadi mis, sikat gigi, dan sabun mandi, 4. ajurkan keluarga dampingi pasien untuk melakukan perawatan diri sampai mandiri	1. mengetahui tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri 2. mengetahui kemandirian perawatan diri pasien 3. sebagai sarana dalam pemberian bantuan perawatan diri 4. agar pasien dapat terarah lakukan perawatan diri.

h) Implementasi dan Evaluasi

Hari/tanggal (hari pertama)	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 13 Juni 2023	1	08.15	memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 120/80, S: 37°,8 , N : 97x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96%	S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit, dan nyaman dalam posisi seperti ini (semifowler).
		08.23	memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, dan pasien tampak meringis	O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD : 120/80, S: 37°,8 , N : 97x/menit, RR : 20x/menit,
		08.30	mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak sulit untuk melakukan teknik napa dalam tersebut	Spo2 : 96%, terpasang infuse D 5% 20 Tpm ditangan kanan kanan. A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
		08.35	mengatur pasien dalam posisi semifowler : pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini	P: Intervensi 1-7dilanjutkan

- 2 08.10 mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas S: Keluarga Pasien mengatakan tangan kiri dan
- 08.25 memfasilitasi aktivitas kaki kiri pasien Tidak bisa fisik rutin, digerakan
- 08.20 memfasilitasi aktivitas motoric untuk O: Klien tampak lemah, kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan aktivitasnya
- 08.59 merelaksasi otot dengan melakukan pemeriksaan kekuatan otot. Hasil : A: Masalah intoleransi pasien mengalami aktivitas belum teratasi penurunan kekuatan P: Intervensi dilanjutkan tangan kiri nilai O, kaki kiri nilai O, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4 otot,
- 08.30 melibatkan keluarga dalam setiap aktivitas yang dilakukan pasien.

- 3 09.10 memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien tampak bicaranya pelo, tidak jelas dalam penyebutan artikulasi, dengan volume suara yang kecil
- 09.15 menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak mengikuti yng diajarkan.
- 09.20 menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Hasil : pasien tampak mengerti dn mengikuti yang dianjurkan
- 4 09.53 mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil :pasien mengatakan
- S: Keluarga pasien mengatakan masih tidak jelas untuk berbicara.
- O: Klien tampak bicaranya pelo, volume suara kecil, artikulasi tidak jelas, pasien mengikuti dan memperhatikan yang diajarkan..
- A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
- P: Intervensi 1-4 dilanjutkan
- S: Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya

- kedua kaki dan tangan kirinya sakit bila ditekan dan diangkat .
- 09.56 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakkan kai kiri dan tangan kirinya
- 08.55 memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil :memasang pagar tempat tidur
- 09.45 memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, kedua sendi tangan pasien suda mengalami kekakuan saat dilakukan pergerakan, pukul
- 10.10 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil :
- O: Pasien tampak terbaring lemah, sulit melakukan pergerakan, pasien suda bisa memiringkan badanya kekiri dengan bantuan keluarga.
- A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
- P: Intervensi 1, 2,3 4, 5, dan 7 dilanjutkan

		keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pada pasien,	
	10.25	mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kiri dengan, namun klien mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kanan	
5	11.05	mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Hasil : keluarga pasien mengatakan luka ini baru muncul 1 minggu yang lalu kemungkinan karena kelamaan	S: Keluarga pasien mengatakan nyeri pada area luka dan gatal pada kulit tubuhnya O: Pasien tampak meringis, tampak menggaruk-garuk di area kulit badan yang terasa gatal
	11.15	terbaring, mengubah posisi pasien dengan memiringkan badan pasien ke kiri dan ke	A: Masalah gangguan integritas kulit/ jaringan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

kanan. Hasil: pasien tampak kesulitan untuk menggerakkan badanya untuk miring ke kanan , pasien merasa nyaman dengan posisi yang sseperti ini

11.20 menggunakan produk berbahan minyak pada kulit kering dengan minyak kelapa murni mengoles pada bagian kulit tangan, kaki, muka dan leher pasien. Hasil: pasien tampak terasa nyaman setelah menggunakan minyak, karena seklam ini klien merasa gatal-gatal pada

11.23 kulitnya

11.23 menganjurkan pasien untuk minum air putih yang cukup. Hasil: pasien

		tampak mengerti dan mau dengan apa yang dianjurkan,	
	11.05	memonitor karakteristik luka. Hasil: luka decubitus pada kedua mata kaki berwarna kemerahan dan tidak	
	11.07	berbau menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Hasil: keluarga pasien tampak mengerti dengan apa yang dijelaskam.	
6	11.55	mengidentifikasi status nutrisi. Hasil :keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan karena sebelum sakit ini BBnya 80 kg,	S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makanya selama sakit ini menurun O : Pasien tampak lemah, makanan yang dihabiskan hanya 3 sendok

- perkiraan aat ini hanya tersisa 61 kg, pasien belum ditimbang kembali karena penyakit stroke yang dideritanya untuk TB 160 cm,
- 11.57 mengidentifikasi makanan yang disukai.
Hasil : klien mengatakan suka makan makanan local seperti ubi pisang
- 12.25 memonitor asupan makan. Hasil: pasien tampak tidak menghabiskan makanan yang diberikan hanya 1-2 sendok makan.
- 7 09.18 memonitor tingkat kemandirian. Hasil: klien tampak tidak bisa melakukan aktivita secara mandiri, tangan
- A: Masalah defiit nutrisi belum teratasi
P: Intervensi dilanjutkan (2,3,4,dan 5)
- S: Keluarga pasien mengatakan untuk kebershan dirinya selama sakit ini dibantu oleh keluarga seperti mandi dan berhias , dan

kiri dan kaki kiri pasien pakaian
 tidak bisa digerakan, O : Kulit kepala pasien
 pasie masih terbaring tampak kotor, rambut
 lemah diatas tempat berketombe, mulut dan gigi
 09.25 tidur mengidentifikasi tampak kotor, keluarga
 kebutuhan alat bantu tampak membantu semua
 kebersihan diri kebutuhan kebersihan diri
 berpakaian dan makan. pasien.
 Hasil : klien tampak A: Masalah defisit perawatan
 sangat terpegantung diri belum teratasi
 pada keluarga dan alat P: Intervensi dilanjutkan
 bantu untuk kebersihan (2,3,4,dan 5)
 dirinya
 09.50
 menganjurkan keluarga
 dampingi pasien untuk
 melakukan perawatan
 diri. Hasil : keluarga
 pasien tampak
 menerima dan bersedia
 untuk membantu pasien
 dalam melakukan
 perawatan diri.

Hari/tanggal (hari kedua)	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu, 14 Juni 2023	1	08.20	memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 130/80, S: 37 ^o ,7, N : 74x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96%	S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit, dan nyaman dalam posisi seperti ini (semifowler). O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis,
		08.25	memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, dan pasien tampak meringis,	TD : 130/80, S: 37 ^o ,7, N : 74x/menit , RR : 20x/menit, Spo2 : 96%, terpasang infuse D 5% 20 Tpm ditangan kanan kanan.
		08.30	mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak sulit untuk melakukan teknik napa dalam tersebut	A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Intervensi 1-7dilanjutkan
			mengatur pasien dalam	

- 08.32 posisi semifowler hasil :
pasien mengatakan
nyaman dengan posisi
ini.
- 08.00 melayani obat citicolin
500mg/ iv dan
mecobalamin 500mg/iv.
- 2 08.35 mengidentifikasi S : Keluarga Pasien
memfasilitasi aktivitas mengatakan tangan kiri dan
fisik rutin kaki kiri pasien tidak bisa
09.05 memfasilitasi aktivitas digerakan
motoric untuk digerakan
merelaksasi otot dengan O : Klien tampak lemah, kaki
melakukan pemeriksaan kiri dan tangan kiri tidak bisa
kekuatan otot . Hasil : digerakan aktivitasnya
pasien mengalami dibantu total
penurunan kekuatan
tangan kiri nilai O, kaki
kiri nilai O, kaki kanan
nilai 3, tangan kanan 4
otot
- 09.10 melibatkan keluarga A: Masalah intoleransi
dalam setiap aktivitas aktivitas belum teratasi
yang dilakukan pasien. P: Intervensi dilanjutkan
- 3 10.15 memonitor kecepatan, S: Keluarga pasien
tekanan, kuantitas mengatakan masih tidak jelas
volume bicara. Hasil : untuk berbicara.
klien tampak bicaranya O : Klien tampak bicaranya

		<p>pelo, tidak jelas dalam penyebutan artikulasi, dengan volume suara yang kecil</p>	<p>pelo, volume suara kecil, artikulasi tidak jelas, pasien mengikuti dan memperhatikan yang diajarkan.</p>
	09.15	<p>menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan.</p> <p>Hasil: pasien tampak memperhatikan dan kebingungan</p>	<p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1-4 dilanjutkan</p>
	09.20	<p>menganjurkan pada pasien untuk berbicara secara perlahan. Hasil : pasien tampak mengerti dan mengikuti yang dianjurkan.</p>	
4	08.55	<p>mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil :</p>	<p>S: Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya</p>

	pasien mengatakan	terasa sakit bila ditekan dan
	kedua kaki dan tangan	diangkat
	kirinya sakit bila di	O : Pasien tampak terbaring
	tekan dan diangkat,	lemah, sulit melakukan
09.15	mengidentifikasi	pergerakan
	toleransi fisik	pasien suda bisa
	melakuakan pergerakan.	memiringkan badanya kekiri
	Hasil : pasien tampak	dengan bantuan keluarga.
	tidak bisa menggerakan	A: Masalah gangguan
	kaki kiri dan tangan	mobilitas fisik belum
	kirinya	teratasi
09.30	memfasilitasi aktivitas	P: Intervensi 1, 2,3 4, 5, dan
	mobilisasi dengan alat	7 dilanjutkan
	bantu dengan memasang	
	pengaman tempat tidur	
	pasien. Hasil :memasang	
	pagar tempat tidur,	
09.45	memfasilitasi	
	melakukan pergerakan	
	ROM pasif. Hasil:	
	pasien tampak mau	
	untuk melakukan latihan	
	ROM pasif pada kedua	

tangan dan kaki pasien,
kedua sendi tangan
pasien suda mengalami
kekakuan saat dilakukan
pergerakan

10.00 melibatkan keluarga
untuk membantu pasien
dalam melakukan
pergerakan. Hasil :
keluarga pasien tampak
selalu membantu semua
aktivitas pada pasien,

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

ke kanan

- 5 06.40 menggunakan produk S: Keluarga pasien
berbahan minyak zaitun mengatakan nyeri pada area
untuk megoles disemua luka dan gatal pada kulit
kulit tubuh pasien. Hasil tubunya
: kulit klien tampak O : Pasien tampak meringis,
bersihan lembab tampak menggaruk-garuk di
- 07.20 menggunakan madu pada area kulit badan yang terasa
bibir pasien. Hasil : bibir gatal
tampak lembab A: Masalah gangguan
- 16.30 melakukan perawatan integritas kulit/ jaringan
luka, menyiapkan belum teratasi
peralatan, membrsihkan P: Intervensi dilanjutkan
luka menggunakan
cairan Nacl, mengoles
dengan salep
gentamisin, menuup
luka dengan kasa steril
lalu diplester Hasil :
luka pada kedua mata
kaki, dan persendian
tangan kiri pasien

tampak kemerahan dan tidak berbau.

- 6 07.10 melayani makan pagi pada pasien. Hasil : klien tampak tidak menghabiskan makanan yang disediakan pasien hanya mampu menghabiskan 3 sendok makan
- S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makanya selama sakit ini menurun
- O: Pasien tampak lemah, makanan yang dihabiskan hanya 3 sendok
- 07.15 melakukan oral hygiene sesudah makan dengan menggunakan tissue kering untuk mengangkat sisa makanan pada mulut pasien
- A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi
- P: Intervensi dilanjutkan (2,3,4,dan 5)
- 07.20 menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering, memonitor asupan makanan. Hasil: klien

		hanya mampu menghabiskan makanan	
	08.00	3 sendok melayani obat omeprazole 40mg/iv.	
7	09.10	membantu pasien untuk menggantikan baju yang dipakai sebelumnya	S: Keluarga pasien mengatakan untuk kebersihan dirinya selama sakit ini
	09.20	membersihkan mulut dan gigi pasien dengan menggunakan tissue kering	dibantu oleh keluarga seperti mandi dan berhias, dan perpakaian
	09.25	menyisir rambut pasien dan mengikat dengan rapih	O : Kulit kepala pasien tampak kotor, rambut berketombe, mulut dan gigi tampak kotor, keluarga tampak membantu semua
	09.35	menganjurkan keluarga untuk mendampingi pasien untuk melakukan perawatan diri.	kebutuhan kebersihan diri pasien. A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi P: dilanjutkan (2,3,4,dan 5)

Hari/tanggal No Jam Implementasi Evaluasi

(hari ketiga) Dx

Kamis, 15- Juni 2023	1	08.15	memonitor tanda-tanda vital. Hasil : TD : 140/80, S: 36°,4, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96%,	S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit, dan nyaman dalam posisi seperti ini (semifowler). O: Keadaan umum lemah,
		08.23	memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, dan pasien tampak meringis	kesadaran composmentis, TD 140/80, S: 36°,4 , N : 80x/menit, RR : 20x/menit, Spo2 : 96% terpasang infuse D 5% 20 Tpm ditangan
		08.30	mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak sulit untuk melakukan teknik napa dalam tersebut	kanan kanan. A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
		08.35	mengatur pasien dalam	

- posisi semifowler :
- pasien mengatakan nyaman dengan posisi
- 08.00 ini melayani obat citicolin 500mg/iv dan mecobalamin 500mg/iv.
- 2 08.30 mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas S : Keluarga Pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri pasien Tidak bisa digerakan dan pasien 08.35 memfasilitasi aktivitas fisik rutin terasanya nyama setelah Dimandikan
- 09.05 memfasilitasi aktivitas motoric untuk merelaksasi otot dengan melakukan pemeriksaan kekuatan otot. Hasil : O : Klien tampak lemah, kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan aktivitasnya dibantu total pasien mengalami penurunan kekuatan tangan kiri nilai O, kaki kiri nilai O, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4
- 09.10

melibatkan keluarga dalam setiap aktivitas yang dilakukan pasien.

- 3 08.20 memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas volume bicara. Hasil : klien tampak bicaranya masih pelo, penyebutan artikulasi suda mulai jelas, dengan volume suara suda mulai besar
- 08.35 menggunakan metode komunikasi alternative dengan mata berkedip dan isyarat tangan. Hasil: pasien tampak memperhatikan dan kebingungan menganjurkan pada
- 09.20 pasien untuk berbicara secara perlahan. Hasil : pasien tampak mengerti
- S : Keluarga pasien mengatakan masih tidak jelas untuk berbicara.
- O : Klien tampak bicaranya pelo, volume suara kecil, artikulasi tidak jelas, pasien mengikuti dan memperhatikan yang diajarkan.
- A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
- P: Intervensi dilanjutkan

		dan mengikuti yang dianjurkan.	
09.25		mengajarkan pasien untuk mengikuti instruktur dengan menggunakan penyebutan abjad dengan jelas (AIUEO) . Hasil : pasien tampak memperhatikan dan mengikuti yang diajarkan namun pasien masih sulit menyebutkan abjad dengan jelas.	
4	08.55	mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil : pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya sakit bila di tekan dan	S: Pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya terasa akit bila ditekan dan diangkat O: Pasien tampak terbaring lemah, sulit melakukan
	09.15	diangkat	pergerakan, pasien suda bisa

	mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.	memiringkan badanya kekiri dengan bantuan keluarga.
	Hasil : pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kiri dan tangan kirinya	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
09.30		P: Intervensi dilanjutkan
	memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil :memasang pagar tempat tidur	
09.45		
	memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, kedua sendi	

- 10.00 tangan pasien suda
mengalami kekakuan
saat dilakukan
pergerakan
melibatkan keluarga
untuk membantu pasien
dalam melakukan
pergerakan. Hasil :
keluarga pasien tampak
- 10.05 selalu membantu semua
aktivitas pada pasien
- mengajarkan dan
membantu dalam
melakukan mobilisasi
sederhana. Hasil : klien
mau dan mampu
melakukan pergerakan
untuk memiringkan
badanya ke kiri dengan,
namun klien mengalami
kesulitan untuk
memiringkan badanya

ke kanan.

- | | | | |
|---|-------|---|---|
| 5 | 06.40 | <p>menggunakan produk
berbahan minyak zaitun
untuk megoles disemua
kulit tubuh pasien. Hasil
: kulit klien tampak
bersihan lembab</p> | <p>S: Keluarga pasien
mengatakan nyeri pada area
luka dan gatal pada kulit
tubunya
O: Pasien tampak meringis,
kulit tampak lembab, luka</p> |
| | 07.20 | <p>menggunakan madu pada
bibu pasien . Hasil : bibir
tampak lembab</p> | <p>decubitus berwarna
kemerahan tidak berbau,
terdapat jaringan mati di</p> |
| | 08.30 | <p>melakukan perawatan
luka, menyiapkan
peralatan, membrsihkan
luka menggunakan
cairan Nacl, mengoles
dengan salep
gentamisin, menuup
luka dengan kasa steril
lalu diplester Hasil :
luka pada bagian
bokong pasien tampak
kemerahan terdapat</p> | <p>luka decubitus pada bagian
bokong pasien
A: Pasalah gangguan
integritas kulit/ jaringan
belum teratasi
P: Intervensi dilanjutkan</p> |

		jaringan mati, dan tidak berbau.	
6	12.05	melayani makan siang pada pasien. Hasil : menu makanan bubur, sup ayam dan sayur	S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makanya
	11.55	melakukan oral hygiene sebelum makan dengan menggunakan tissue kering untuk mengangkat sisah makanan pada mulut pasien	selama sakit ini menurun O : Pasien tampak lemah, pasien makan sebanyak 12 sendok makan A: Masalah defisit nutrisi teratasi sebagian P: pertahankan intervensi
	12.20	menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering	
	12.25	memonitor asupan makanan. Hasil: klien tampak menghabiskan makana sebanyak 12 sendok	

08.00 melayani obat
omeprazole 40mg/iv.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1) Data Diri

Nama : Maria Angelina Wawo
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 15 September 2001
Alamat : Pu'usambi Ndona
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

2) Riwayat Pendidikan

- 3) SDI Otombamba
- 4) SMP Negeri 1 Ende
- 5) SMA Negeri 1 Ende

MOTTO

**“TUHAN TURUT BEKERJA DALAM SEGALA SESUATU UNTUK
MENDATANGKAN KEBAIKAN ”**






LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Angelina Wawo
Nim : PO5303202200496
Pembimbing Utama : Anatolia K. Doondori, S, Kep., Ns., M.Kep

	Hari/tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Selasa, 21 Februari 2023	Konsultasi judul proposal	Mencari sumber-sumber dan artikel yang berkaitan dengan kasus , Lanjut Bab I (latar belakang, rumusan masalah tujuan danmanfaat)	
2.	Jumad, 3 Maret 2023	Bab I	Perbaiki penulisan, jarak,judul, masalah utama diganti dengan diagnosa medis , cara menyusun latar belakang gambaran umum, piramida terhalik dari Dunia, Indonesia, Ntt, Ende,Lokai (Rsud Ende ,Rpd III) setelah itu masuk pada dampaknya dan solusinya , dan sumber tahun yang terbaru tiga tahun terakhir.	
3.	Jumad, 10 Maret 2023	Bab I	Perhatikan tata cara pengetikan huruf, tanda baca, masukan sumber data yang terbaru, kaitkan dengan penerapan aspek, perbaiki penulisan di daftar pustaka.	
4.	Jumad, 24 Maret 2023	Bab I	Perhatikan margin penulisan,, jelaskan mengapa perlu di lakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke, perbaiki penulian daftar pustaka , lanjut Bab II	
5.	Senin, 3 April 2023	Bab II	Tambahkan faktor resikonya, pathway, manifestasi klinis, pelaksanaan	

			keperawatan, tambahkan diagnosa * sesuai pathway, lanjut Bab III.	
6.	Rabu, 10 Mei 2023	Bab II Bab III	Perbaiki pathway tambahkan diagnosa, Perbaiki di rancangan studi kasus , perhatikan penulisan , perbaiki lokasi dan waktu,dan lengkapi prosedur studi kasus	
7.	Rabu, 17 Mei 2023	Bab II	Tambahkan sumber pada gambar pathway, buat halaman, cover, lembar persetujuan, lembar pengesahan, daftar isi, kata pengantar, dan perhatikan cara penulisan.	
8.	Rabu, 17 Mei 2023	Cara penulisan	Perhatikan cara spasi dan penulisan, penempatan tulisan sumber dan gambar di pathway, buat halaman yang benar, buat daftar gambar pada halaman sendiri .kontrak waktu dengan penguji untuk waktu ujiannya.	
9	Senin, 22 Mei 2023	ACC Proposal	ACC Lanjutkan membuat ppt	
10.	Selasa, 13 juni 2023	Bab IV Hasil studi kasus	lengkapi pengkajian yang kurang kerjakan dari pengkajian- implementasi hari kedua.	
11	Rabu, 14 juni 2023	Bab IV Hasil studi kasus	Tambahkan pengkajian yang kurang, Lengkapi pengkajian pada 11 pola kesehatan, riwayat kesehatan pasien dan perjalanan penyakit pasien	
12	Kamis, 15 juni 2023	Bab IV Hasil studi kasus	Perbaiki bagian riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan pasien seperti pola makannya, aktivitas istirahat dan tidurnya. Perbaiki produksi urine yang keluar tiap harinya, dan perbaiki penulisan huruf yang baik, lanjut bagian pembahasan	
13	Senin,3 juli 2023	Bab IV Pembahasan	Perhatikan dan perbaiki cara penulisan titik koma, perbaiki cara bahasan penulian pembahasan kesenjangan antara teori dan kasus nyata , berikan alasan yang sesuai dengan keadaan	

			pasien, tambahkan hasil dari penelitian orang dari journal pada pengkajian.	
14	Rabu, 5 juli 2023	Bab IV Pembahasan	Perhatikan dan perbaiki cara penulisan titik koma, mencari alasan yang tepat sesuai keadaan pasien pada diagnosa yang berbeda dengan teori maupun diagnosa yang baru muncul pada kasus nyata dan lanjut Bab V penutup .	
15	Kamis, 6 juli 2023	Bab IV Pembahasan Bab V Kesimpulan dan saran	Perbaiki penggunaan bahasa yang tepat dalam pengkajian dan diagnosa keperawatan sesuai dengan keadaan pasien, perbaiki pada bagian penutup kesimpulannya di sesuaikan lagi dengan tujuan khusus	
16	Senin, 10 juli 2023	ACC KTI	ACC Lanjut membuat ppt	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114 199102 1 001



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



LEMBAR KONSUL REVISI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Angelina Wawo
NIM : PO.5303202200496
Penguji : RiF atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi	Paraf
1.	Jumad, 26-05- 2023	Revisi Proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan/ pengetikan 2. Tambahkan hasil dari penelitian orang 3. Perhatikan daftar pustaka 4. Tambahkan gcs di pemeriksaan keadaan umum 5. Tambahkan pemeriksaan neurologi 6. Perbaiki pola bahasa 	<i>RiF atunnisa</i>
2.	Rabu, 31-05-2023	Revisi Proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan tulisan tambahkan huruf yang kurang, perhatikan tanda baca. 2. Jangan mnenggunakan kalimat berdasarkan pada awal paragraf 3. Perbaiki daftar pustaka 4. Perbaiki penulisan sumber 5. Perhatikan sitasiya 6. Tambahkan pemeriksaan refleks patologisnya 	<i>RiF atunnisa</i>

3.	Senin , 05-06-2023	Revisi Proposal	1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki daftar pustaka 3. Lengkapi dapus	
4.	Kamis, 08-06-2023	ACC Proposal	ACC Revisi Proposal Lanjut Studi Kasus	
5.	Selasa, 18 juli 2023	Revisi Karya Tulis Ilmiah	1. tambahkan saran pada abtrack 2. perbaiki penulisan 3. ibu sraankan untuk tidak masukan diagnosa intoleransi aktivitas 4. tambahkan luas luka pada diagnoa integritas kulit 5. tambahkan hasil penelitian	
6.	Jumad, 4 agustus 2023	Revisi Karya Tulis Ilmiah	ACC	

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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