

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III DI RSUD ENDE PADA TANGGAL 06
SEPTEMBER -08 SEPTEMBER 2022**

Oleh:

**MINARNI MINA MODHE
NIM. PO.530320219944**

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

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M.J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III DI RSUD ENDE PADA TANGGAL 06
SEPTEMBER -08 SEPTEMBER 2022**

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

Oleh:

**MINARNI MINA MODHE
NIM. PO.530320219944**

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

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.M.J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III DI RSUD ENDE PADA TANGGAL 06
SEPTEMBER -08 SEPTEMBER 2022**

OLEH :

MINARNI MINA MODHE

NIM : PO.530320219944

**Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui
Oleh Pembimbing untuk diujikan**

Ende, 13 Juli 2023

Pembimbing



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

NIP. 198906272019021001

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

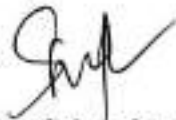
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. MJ DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III DI RSUD ENDE**

MINARNI MINA MODHE

NIM: PO. 530320219944

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan Dan Dipertanggung Jawabkan
Pada tanggal, 13 Juli 2023**

Penguji Ketua



Maria Salestina Sekunda, SS.M.Kes
NIP. 198101242909122001

Penguji Anggota



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

Mengetahui :

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama : Minarni Mina Modhe
Nim : PO 530320219944
Program studi : D III KEPERAWATAN ENDE
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. MJ Dengan
Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang
Penyakit Dalam III DI RSUD Ende.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa studi kasus ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 13 Juni 2023
Yang membuat pernyataan



Minarni Mina Modhe
Nim : PO 530320219944

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat rahmatNya, Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.M.J Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di ruangan penyakit dalam III di RSUD Ende ”** dengan baik. Dalam menyelesaikan karya ilmiah ini, tidak lepas dari campur tangan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini,penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu :

1. Irfan, SMK,M..Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah mengijinkan penulis menimah ilmu di instansi ini.
2. Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menambah ilmu di lembaga ini.
3. Dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende
4. Bapak Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST. M.Kes, selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memperbaiki Karya Tulis Ilmiah, agar menjadi lebih baik.

6. Ny. M.J yang telah bersedia untuk menjadi sebagai subjek dalam studi kasus ini.
7. Orang tua, kakak dan orang-orang tercinta yang senantiasa mendoakan dan mendukung Penulis baik secara materi maupun nonmateri sehingga Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Untuk orang tersayang 9 Juli 1994, yang sudah mendukung dan sudah memberikan motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah ini.
9. Teman – teman tingkat III B yang telah membantu dengan caranya masing-masing baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penyusunan hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan studi kasus ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran dalam penyempurnaan studi kasus ini sehingga bermanfaat bagi penulis, keperawatan dan semua pihak .

Ende, 13 Juli 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.M.J DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DI RSUD ENDE PADA TANGGAL 06 SEPTEMBER -08 SEPTEMBER 2022

Minarni Mina Modhe⁽¹⁾
Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep⁽²⁾

Menurut *World Stroke Organization* (2020), stroke merupakan penyakit mematikan kedua dan penyebab kematian dan kecatatan ketiga di dunia. Stroke merupakan tanda-tanda klinis dari gangguan fungsi serebral fokal atau global yang berkembang secara cepat berlangsung lebih dari 24 jam dapat menyebabkan kematian, selain vaskular tidak ada penyebab lainnya (*World Health Organization*, 2018). Menurut *World Health Organization* (2018), menunjukkan di dunia sekitar 7,75 juta orang meninggal dunia akibat menderita stroke. Tujuan studi kasus ini agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.M.J dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang perawatan penyakit dalam III di RSUD Ende.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus pada pasien Ny. M.J ditemukan data bahwa Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit di gerakan karena terasa berat dan lemah, sering merasa pusing, edema pada kaki, penglihatan kabur, klien hanya berbaring di atas tempat tidur, kesadaran composmentis keadaan umum lemah, tampak pucat, TD : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰c, Spo2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien Ny. M.J diantaranya, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan/imobilitas, dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap Ny. M.J diperoleh hasil bahwa masalah perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Setiap penderita Stroke Non Hemoragik berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita sehingga gejalanya belum terlalu parah maka disarankan pada penderita stroke non hemoragik untuk tetap menjaga pola kesehatan dan patuh dalam pengobatan.

Kepustakaan : 20 buah (2016- 2022).

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Non Hemoragik.

1. Program Studi D III Keperawatan Ende.
2. Dosen Pembimbing Program Studi D III Keperawatan Ende.

ABSTRACT

NURSING CARE FOR PATIENTS Mrs.M.J WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF NON-HEMORRHORAGIC STROKE IN THE INTERNAL DISEASE ROOM III OF ENDE HOSPITAL ON 06 SEPTEMBER -08 SEPTEMBER 2022

Minarni Mina Modhe⁽¹⁾
Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep⁽²⁾

According to the World Stroke Organization (2020), stroke is the second deadly disease and the third leading cause of death and disability in the world. Stroke is a clinical sign of focal or global cerebral function disorder that develops rapidly, lasting more than 24 hours, can cause death, other than vascular, there are no other causes (World Health Organization, 2018). According to the World Health Organization (2018), around 7.75 million people in the world die as a result of stroke. The purpose of this case study is to be able to apply nursing care to Mrs. M.J with a Medical Diagnosis of Non-Hemorrhagic Stroke in Internal Medicine Room III Ende General Hospital.

The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnoses, nursing interventions, nursing implementation and evaluation.

The results of the case study on Mrs.M.J patient found data that the cler's family said that tha hands and if they were difficult to move because they felt and right when cleaned every moring by the family, happy to faal dizzy, edema on the legs, eyesight blurred consciousness composmentis unam looking pale BP: 180/100 mmHg, pulse: 92x /m, temperature: 36.60c, Spo2: 99%, Nacl infusion 0.9% 20 tpm, Nursing problems found in Mrs .M.J includes impaired physical mobility associated with musculoskeletal disorders,cerebral perfunctory is not effective reletad to hearing embolisme, impaired skin integritas, should not be realated to hearing. . After 3x24 hours of care and treatment for Mrs. M.J obtained the results that the problem of impaired physical mobility was partially resolved, the problem of cerebral perfunctory was partially , the problem of skin integrity was partially resolved.

Every patient with a non-hemorrhagic stroke has different signs and symptoms depending on the length of time a person has suffered so that the symptoms are not too severe, so it is recommended for non-hemorrhagic stroke sufferers to maintain a healthy pattern and adhere to treatment.

Libraries : 20 pieces (2016-2022).

Keywords : Nursing Care, Non Hemorrhagic Stroke.

1. Study Program D III Nursing Ende.

2. Advisory Lecturer in Ende D III Nursing Study Program.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	3
C. Tujuan penelitian.....	3
D. Manfaat penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Medis Stroke.....	5
B. Konsep Masalah Keperawatan	12
C. Konsep Asuhan Keperawatan	14
BAB III METODE STUDI KASUS	31
A. Desain studi kasus	31
B. Subjek studi kasus	31
C. Batasan istilah	31
D. Lokasi dan waktu studi kasus	32
E. Metode studi kasus	32
F. Teknik pengumpulan data	33
G. Instrument pengumpulan data	33
H. Keabsahan data.....	34
I. Analisa data	35

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	36
A. Hasil Studi Kasus	36
B. Pembahasan	56
BAB V PENUTUP	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	63
LAMPIRAN	65

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke masih menjadi salah satu masalah utama kesehatan, bukan hanya di Indonesia namun di dunia. Beberapa faktor resiko stroke yaitu: hipertensi, peningkatan kadar lemak dan diabetes melitus, merokok, tingkat aktivitas fisik lemah, obesitas, penyakit jantung (Kemenkes RI, 2018). 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 (Purwanto, 2016).

Menurut WHO tahun 2018 (di kutip dalam Hisni et al., 2022) sekitar 7,75 juta orang meninggal karena stroke di dunia. Setiap tahun lebih dari 795.000 orang yang mengalami stroke berulang, di antaranya 87% adalah iskemik, 10 % adalah ICH_s (intracerebral hemorrhagie), dan 3% adalah SAH_s (subarachnoid hemorrhagie) (Virani et al., 2021). Di Indonesia stroke menempati urutan ketiga setelah asma dan kanker. Hasil Riskesdas 2018 jumlah presentasi stroke berjumlah 4,4% (Riskesdas, 2018). Selain itu data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi stroke tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Kalimantan timur (14,7%), dan terendah di provinsi papua (4,1%), prevalensi stroke di sumatera selatan adalah (10,9%) Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi stroke di NTT adalah (6,06%) (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur dengan kasus tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%) dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun (1,2%). Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi stroke pada laki-laki (50,1%) hampir sama dengan perempuan (49,9%). Prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada penduduk yang memiliki pendidikan tamat SD (29,5%) berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan (63,9%) lebih tinggi di banding perdesaan (36,1%) (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan hasil laporan tahunan 2021 di ruang penyakit Penyakit Dalam III kasus stroke dengan jumlah 15 orang 12 di antaranya laki-laki dan 3 di antaranya perempuan (RSUD Ende, 2021), sedangkan pada tahun 2022 bulan Januari dengan jumlah 4 orang 3 di antaranya laki-laki dan 1 di antaranya perempuan (RSUD Ende,2022).

Kondisi seseorang yang mengalami stroke jika tidak di tangani dengan cepat akan berbahaya diantaranya kerusakan jaringan saraf pada tubuh sehingga anggota tubuh yang penting tidak bisa berfungsi dengan baik dan otak tidak bisa bekerja sama dengan anggota tubuh lainnya, sulit berbicara juga merupakan gangguan akibat stroke yang menyebabkan kerusakan di area otak dengan gejala diantaranya berbicara yang tidak berurutan, cadel serta sulit dalam mengeluarkan kata-kata, serta stroke juga dapat mengakibatkan penglihatan kabur dimana bagian saraf otak yang menuju ke penglihatan terganggu sehingga pandangan mata kabur atau tidak jelas dan jika di biarkan akan mengakibatkan kebutaan karena fungsi penglihatannya benar-benar rusak (Kemenkes RI,2018) . Salah satu upaya untuk menurunkan tingkat kejadian stroke dengan melakukan pencegahan sejak dini

pada pasien stroke, baik sebelum maupun sesudah terjadinya serangan. Pencegahan penyakit stroke terdiri dari pencegahan primer dan pencegahan sekunder, sehingga masyarakat dapat terhindar dari serangan stroke (Nainggolan & Utama, 2019).

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti akan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke. Asuhan keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Rumah Sakit Umum Ende ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mampu menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Strok Non Hemoragik di RSUD Ende dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan yang disusun secara sistematis dan kompherensif.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat menggambarkan

- a. Pelaksanaan pengkajian proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende.
- b. Pelaksanaan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- c. Perencanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- d. Pelaksanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- e. Pelaksanaan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende
- f. Menganalisis kesenjangan teori kasus dan pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Sebagai bahan acuan untuk menambah pengetahuan, memperluas wawasan, dan pemahaman penulis tentang Stroke Non Hemoragik.

2. Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

3. Bagi pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang Stroke Non Hemoragik yang diderita pasien dan mengetahui cara penanganan pasien dengan Stroke Non Hemoragik

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Stroke

1. Pengertian

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 (Purwanto, 2016).

Menurut Wijaya dan Mariza (2013) di kutip dalam santoso,L.E (2018) Stroke diklasifikasikan menjadi 2 golongan yaitu Stroke Hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi akibat adanya perdarahan pada otak serebral atau subarknoid, sehingga terjadi pecah pembuluh darah pada otak dan Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat adanya emboli dan trombosis sereberal, pada stroke non hemoragik tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia sehingga dapat menimbulkan hipoksia yang dapat memicu edema sekunder tetapi kesadaran umum pasien tidak mengalami penurunan atau bisa dikatakan baik.

2. Etiologi

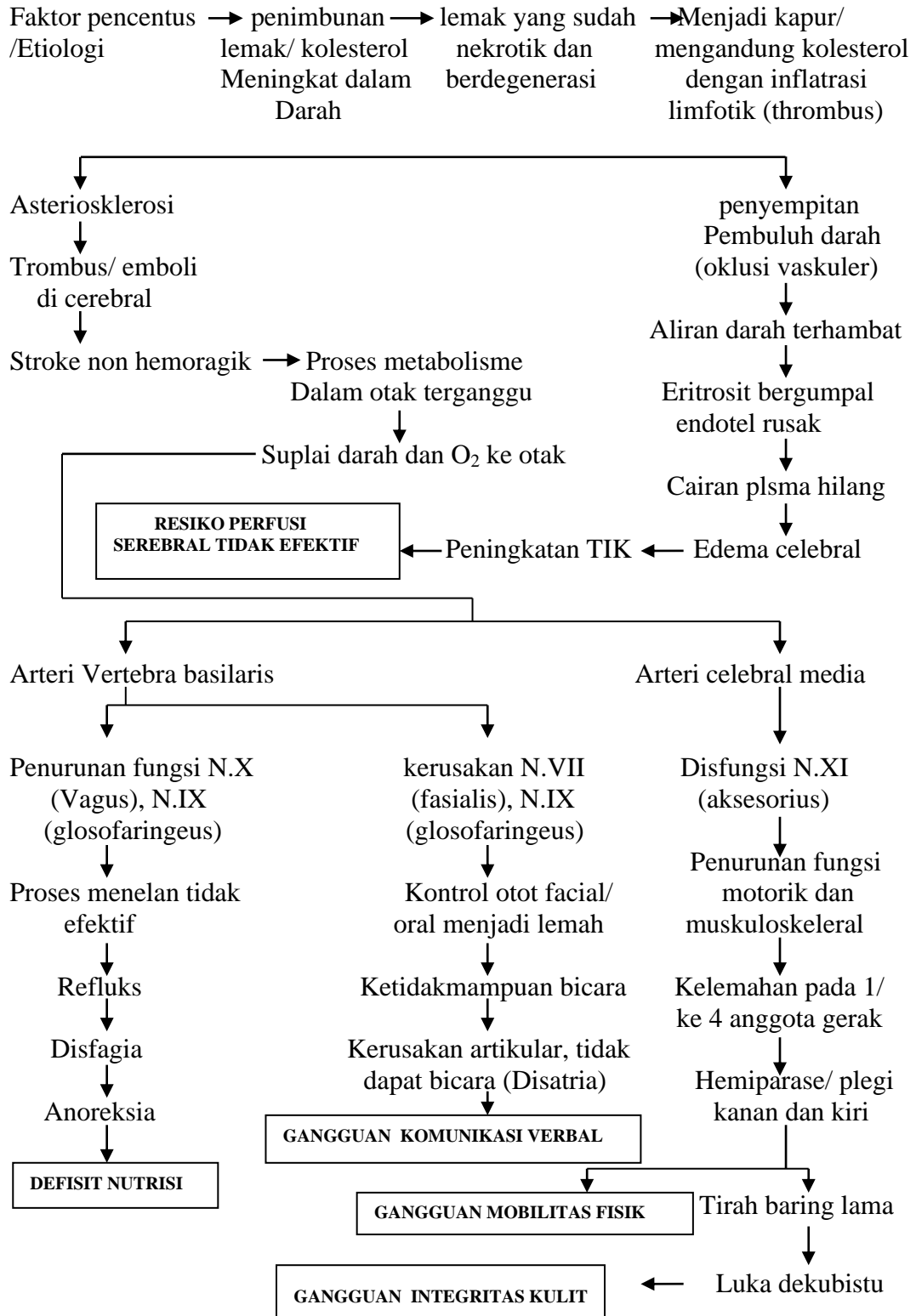
Menurut (Purwanto, 2016) beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan stroke antara lain :

- a. Trombosis Cerebral yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak.
Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara.
- b. Haemorrhagi yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.
- c. Hipoksia yaitu kondisi kekurangan oksigen dalam sel dan jaringan tubuh

3. Patofisiologi

Menurut Satyanegara (2012), adanya gangguan perdarahan darah ke otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme pertama yaitu adanya penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya sebagian otak akan tidak adekuat, selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Apabila hal ini terjadi terus menerus, dapat menimbulkan nekrosis (infark). Kedua yaitu diakibatkan oleh dinding arteri serebral pecah sehingga akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemoragi). Selanjutnya, pembesaran pembuluh darah yang menekan jaringan otak (misalnya: malformasi angiomatosa, aneurisma). Adanya odema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstisial jaringan otak.

4. Pathway



(Gambar 1.4)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Septiandini (2017), manifestasi klinis stroke sebagai berikut

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan yang timbul mendadak
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- c. Bicara cadel atau pelo
- d. Kesulitan dalam bicara
- e. Nyeri kepala hebat
- f. Kesulitan menelan
- g. Mual, muntah
- h. Perubahan status mental yang mendadak

6. Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke menurut Purwanto (2016), antara lain :

- a. Hipoksia serebral (tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh).
- b. Penurunan aliran darah serebral (karena pasokan darah ke otak terganggu dan berkurangnya sumbatan pembuluh darah yang mengarah ke otak, sebab darah tidak sampai ke otak, sehingga menyebabkan asupan oksigen pada otak menjadi minimum dan membuat pengidapnya mengalami gangguan pada sirkulasi serebral)
- c. Embolisme serebral (suatu penyumbatan supali darah kebagian otak yang disebabkan oleh gumpalan)

- d. Pneumonia aspirasi adalah infeksi dan peradangan pada paru-paru akibat masuknya benda asing ke dalam paru-paru
- e. Kontraktur merupakan suatu kondisi kekakuan jaringan di dalam tubuh yang seharusnya bersifat fleksibel dan mudah digerakan
- f. Tromboplebitis adalah suatu kondisi saat gumpalan darah di pembuluh darah menyebabkan peradangan dan nyeri

7. Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan stroke menurut Wijaya dan Mariza (2018)

a) Penatalaksanaan Medis

- 1) Trombolitik (streptokinase): Obat untuk melarutkan gumpalan darah yang terbentuk di dalam pembuluh darah.
- 2) Antikoagulan (heparin): Obat untuk mengatasi dan mencegah penggumpalan darah.
- 3) Hemorragik (pentoxifylin): Obat untuk pelancar aliran darah.
- 4) Antagonis serotonin (naftidrofuryl): Obat untuk meningkatkan aliran darah guna memperbaiki sirkulasi oksigen yang ada pada darah.
- 5) Antagonis kalsium (nomodipin, piracetam): Obat untuk menurunkan tekanan darah.

b) Penatalaksanaan Khusus/Komplikasi

- 1) Atasi kejang (anti konvulsan): Obat untuk mencegah atau mengatasi kejang atau epilepsy.
- 2) Atasi dekompresi (kraniotomi): Obat yang di gunakan untuk mengatasi pembengkakan otak.

- c) Untuk penatalaksanaan fakto resiko
 - 1) Atasi hiperuresemia
 - 2) Atasi hipertensi
 - 3) Atasi hiperglikemia
- d) Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan :
 - a) Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, pemasangan oksigenasi, jika perlu lakukan trakeostomi.
 - b) Mengontrol tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi
 - 2) Berusaha menemukan dan memperbaiki aritma jantung
 - 3) Merawat kandung kemih, sedapat mungkin jangan memakai kateter
 - 4) Menempatkan pasien dalam posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif(Purwanto, Hadi, 2016).

8. Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke menurut Santoso, L.E (2018) dalam Dellima D R,(2019) sebagai berikut:

- a. Angiografi serebral
Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri adanya titik okulasi atau raftur.
- b. Elektro encefalography (EEG)
Mengidentifikasi masalah didasrkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

c. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

d. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis/ aliran darah /muncul plaque / arterosklerosis)

e. CT Scan (Computer Tomografi Scan)

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

f. Magnetic Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik.

g. Pemeriksaan Laboratorium

1) Fungsi lumbal: Tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial.

2) Pemeriksaan darah rutin: Pemeriksaan kimia darah, pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum.

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif (SDKI,2016) D.0017

Defenisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko : Embolisme

2. Defisit Nutrisi (SDKI,2016) D.0130

Defenisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab : Ketidak mampuan menelan makanan

Gejala dan tanda mayor :

Ds : Tidak ada

Do : Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor :

Ds : Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

Do : Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

3. Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, 2016) D. 0058

Defenisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu arah atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab : Penurunan kekuatan otot

Gejala dan tanda mayor :

Ds : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Do : Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

Gejala dan tanda minor :

Ds : Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Do : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

4. Gangguan Integritas Kulit/ jaringan (SDKI,2016) D.0129

Defenisi : Kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul, sendi, ligament).

Penyebab : Penurunan mobilitas

Gejala dan tanda mayor :

Ds : Tidak ada

Do : Kerusakan jaringan atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor :

Ds : Tidak ada

Do : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

5. Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI,2016) D.0119

Defenisi : penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol.

Penyebab : Gangguan muskuluskeletal

Gejala dan tanda mayor :

Ds : Tidak ada

Do : Tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai

Gejala dan tanda minor :

Ds : Tidak ada

Do : Afasia, disfasia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, pelo, gagap, tidak ada kontak mata, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, sulit mengungkapkan kata-kata.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke

1. Pengkajian

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)

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

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

2) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan atau gejala saat awal di lakukan pengkajian yang menyebabkan klien berobat (Hidayat,2021). Pada pasien stroke biasanya menunjukkan tanda dan gejala seperti sakit kepala, muntah,pusing, kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi,dan penurunan tingkat kesadaran,

3) 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 kougulan, 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.

4) Riwayat Psikososial dan spiritual

Peran pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga yang tidak harmonis, status dan pekerjaan, dan apakah pasien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

5) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola aktivitas dan latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, mudah lelah

b) Pola tidur dan istirahat

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejangotot/nyeri otot.

c) Pola hubungan dan peran

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

d) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, tidak kooperatif.

e) Pola sensori dan kognitif

Pada pola sensori pasien mengalami gangguan penglihatan, keaburan pandangan, perabaan, sentuhan menurun pada muka dan ekstermitas yang sakit. Pola kognitif biasanya terjadi penurunan memori dan proses berpikir

f) Pola reproduksi seksual

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

6) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Kesadaran: Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (somnia), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apatis), mengantuk yang dalam (stupor), stupor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan composmentis dengan GCS 13-15.

b) Tingkat Kesadaran : GCS

1. Respon Membuka Mata

Membuka mata spontan	: 4
Membuka mata karena perintah	: 3
Membuka mata karena rangsangan nyeri	: 2
Tidak ada respon	: 1

2. Respon Verbal

Orientasi baik dan dapat bercakap-cakap	: 5
Bingung/konfusi	: 4
Kata-kata tidak sesuai/tidak tepat	: 3
Suara tidak jelas (menggumam)	: 2
Tidak ada respon	: 1

3. Respon Motorik

Mematuhi/mengikuti perintah	: 6
Melokalisir nyeri (melindungi daerah nyeri)	: 5
Menarik diri terhadap nyeri (menghindar)	: 4
Fleksi abnormal	: 3
Ekstensi abnormal	: 2
Tidak ada gerakan	: 1

c) Suara bicara : Kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara

d) Tanda-tanda vital : Tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi

7) Pemeriksaan Head To Toe

a) Kepala

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemato atau riwayat operasi

b) Mata

Penglihatan adanya kabur 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 kelateral (*nervus VI*)

c) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada *nervus olfaktorius (nervus I)*

d) Mulut

Adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan *nervus vagus*, adanya kesulitan dalam menelan

e) Dada

Dalam pemeriksaan dada dilakukan dengan beberapa tahap pemeriksaan diantaranya inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

f) Abdomen

Dalam melakukan pemeriksaan pada abdomen dapat dilakukan dengan beberapa tahap diantaranya inspeksi, auskultasi, dan perkusi

g) Ekstermitas

Pada pasien dengan stroke biasanya ditemukan hemiplegi paralisa atau hemiparase, mengalami kelemahan otot dan perlu juga dilakukan pengukuran otot diantaranya :

(1) Nilai 0 : Bila tidak terlihat kontraksi sama sekali

(2) Nilai 1 : Bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan sendiri

(3) Nilai 2: Bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan grafitasi

(4) Nilai 3 : Bila dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan

(5) Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang

(6) Nilai 5 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh

b. Tabulasi Data

Nyeri pada ekstermitas, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgo kulit menurun, kram/nyeri pada abdomen, nafsu makan menurun, berat badan menurun, mukosa bibir pucat, mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, fisik lemah, gerakan terbatas, mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, menyatakan sering kesal, respons tidak sesuai, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu/tempat/orang/situasi, tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, berbicara pelo, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menyusun kalimat, sulit mengungkapkan kata-kata, kerusakan jaringan/lapisan kulit, kemerahan pada kulit.

c. Klasifikasi Data

Ds : Nyeri pada ekstermitas, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak,

enggan melakukan pergerakan, mengeluh nyeri, menyatakan sering kesal.

Do : Nadi perifer menurun/tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgo kulit menurun, berat badan menurun, membran mukosa pucat, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, fisik lemah, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, respon tidak sesuai, melamun, konsentrasi buruk, disorientasi waktu/tempat/orang/situasi, tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, berbicara pelo, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menyusun kalimat, sulit mengungkapkan kata-kata, kerusakan jaringan/lapisan kulit, kemerahan pada kulit.

d. Analisa Data

1. *Sign/symptom*

Ds : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Do : Penurunan Kesadaran , gelisah

Etiologi: Embolisme

Problem : Resiko perfusi serebral tidak efektif

2. *Sign/symptom*

Ds : Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan gerakan

Do : Kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, fisik lemah.

Etiologi : Penurunan kekuatan otot

Problem : Gangguan mobilitas fisik

3. *Sign/symptom*

Ds : Tidak ada

Do : Tidak mampu berbicara atau mendengarkan, menunjukkan respon tidak sesuai, berbicara pelo, sulit memahami komunikasi, sulit menyusun kalimat, sulit mengungkapkan kata-kata.

Etiologi : Gangguan muskuloskeletal

Problem : Gangguan komunikasi verbal

4. *sign/symptom*

Ds : Kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

Do : Berat badan menurun, membran mukosa pucat.

Etiologi : Ketidak mampuan mencerna makanan

Problem : Defisit nutrisi

5. *Sign/symptom*

Ds : Tidak ada

Do : Kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan kemerahan.

Etiologi : Penurunan mobilitas

Problem : Gangguan integritas kulit/ jaringan

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI , 2016)

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien stroke antara lain:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) berhubungan dengan embolisme yang ditandai dengan :

Ds : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Do : Penurunan Kesadaran, gelisah

- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang di tandai dengan :

Ds : Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyri saat bergerak, enggan melakukan gerakan

Do : Kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, fisik lemah

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuluskeletal yang ditandai dengan :

Ds: Tidak ada

Do: Tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai, berbicara pelo, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menyusun kalimat, sulit mengungkapkan kata-kata.

- d. Defisit nutrisi berhubungan ketidak mampuan mencerna makanan yang ditandai dengan:

Ds : Kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

Do: Berat badan menurun, membran mukosa pucat.

- e. Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas yang ditandai dengan :

Ds : Tidak ada

Do : Kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan kemerahan.

3. Perencanaan Keperawatan (SIKI, SLKI 2018)

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) berhubungan dengan embolisme

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah

Resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi

Kriteria hasil (L.02014) :

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

Intervensi keperawatan (I.09325)

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

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

- b) Berikan posisi semi fowler 30°

Rasional : Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.

c) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

Rasional : Mencegah terjadinya kejang

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

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

Kriteria Hasil (L. 05042) :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuaran otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kaku sendi menurun

Intervensi keperawatan (I.05173)

a) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional : Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.

b) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional : Mengetahui kondisi kesehatan pasien

c) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional : Mencegah terjadinya cedera pada pasien

d) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : Membantu keluarga dalam melatih pasien secara mandiri.

- c. Gangguan komunikasi verbal (D.0119) berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

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

Kriteria hasil (L.13118) :

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

Intervensi keperawatan (I.13492) :

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

Rasional : Mengetahui perkembangan pasien

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

Rasional : Supaya pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik

- c) Ulangi apa yang di sampaikan pasien

Rasional : Dapat memastikan ucapan yang di sampaikan pasien

- d. Defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan mencena makanan

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

Kriteria hasil (03030) :

- 1) Kekuatan otot mengunyah dan menelan membaik
- 2) Nyeri abdomen menurun
- 3) Nafsu makan membaik
- 4) Membran mukosa membaik

Intervensi keperawatan (I.03199)

- a) Identifikasi status nutrisi

Rasional : Mengetahui nutrisi yang di konsumsi

- b) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : Mengetahui makanan yang disukai

- c) Monitor asupan makanan

Rasional: Mengetahui asupan makanan yang di konsumsi

- d) Monitor berat badan

Rasional : Mengetahui apakah berat badan normal atau tidak

- e. Gangguan integritas kulit (D.0129) berhubungan dengan penurunan mobilitas

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi

Kriteria hasil (L.14125) :

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 3) Suhu kulit membaik
- 4) Kemerahan menurun

Intervensi keperawatan (I.11353)

a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Rasional : Mengetahui penyebab terjadinya integritas kulit

b) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional : Mengurangi resiko penekanan pada satu sisi

f. Prioritas Masalah

1) Resiko perfusi serebral tidak efektif

2) Gangguan mobilitas fisik

3) Gangguan komunikasi verbal

4) Defisit nutrisi

5) Gangguan Integritas Kulit/jaringan.

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi keperawatan

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

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

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

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

B. Subyek Studi Kasus

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

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Pernyataan :

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang di tandai dengan kelumpuhan wajah atau anggota badan sebagian atau seluruh anggota gerak, kesadaran menurun, bicara pelo, kesulitan dalam bicara.

Defenisi operasional :

Asuhan Keperawatan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang meliputi kebutuhan biologis, psikologis, social, dan spiritual yang diberikan langsung kepada pasien dengan stroke di mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

1. Tempat

Penelitian ini dilakukan pada pasien dengan stroke di RSUD Ende di Ruang Penyakit Dalam III.

2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan selama 3 hari pada tanggal 06 – tanggal 08 September 2022.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Setelah mendapatkan surat ijin penelitian selanjutnya peneliti melakukan pendekatan dengan pihak Puskesmas dalam memfasilitasi pasien sebagai kasus kelolaan. Selanjutnya penulis mengunjungi pasien dan menjelaskan tentang maksud dan tujuan pelaksanaan studi kasus serta meminta kesediaan pasien dengan menandatangani format informed consent. Dalam pengkajian penulis menggunakan metode studi dokumentasi, wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Data studi kasus diperoleh dari pasien dan keluarga berupa hasil pengukuran, observasi dan wawancara.

F. Teknik Pengumpulan Data

Dalam studi kasus ini menggunakan metode pengumpulan data dalam penelitian deskriptif yaitu :

1. Wawancara

Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga. Dalam mencari informasi penelitian melakukan dua jenis wawancara, yaitu autoanamnese (wawancara yang dilakukan dengan subjek atau klien dan aloanamnese (dengan keluarga klien) .

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

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

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Ende

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian KMB mulai dari pengumpulan data dan sampai analisa data sesuai ketentuan yang berlaku.

H. Keabsahan Data

1. Kredibilitas

Peneliti menyajikan data hasil penelitian sesuai bentuk format pengkajian sehingga hasil penelitian yang dilakukan tidak dapat diragukan sebagai sebuah karya ilmiah. Data yang diperoleh melalui beberapa sumber yang terdiri dari pasien dan keluarga klien telah dianalisis oleh peneliti sehingga menghasilkan kesimpulan tentang asuhan keperawatan terhadap pasien dengan stroke. Peneliti telah melakukan *member check* dengan tiga sumber data sehingga data yang peneliti peroleh dari pasien, perawat dan keluarga adalah data yang benar.

2. Validitas Eksternal

Menunjukkan derajat ketepatan atau hasil penelitian dapat diterapkan kepopulasi dimana sampel tersebut diambil. Hasil penelitian dapat diterapkan kepada klien lain dengan masalah yang sama yaitu stroke di RSUD Ende.

3. Reliabilitas

Peneliti dalam melakukan penyusunan studi kasus ini terus berkomunikasi dengan pembimbing, dimulai dari menentukan masalah, melakukan penelitian, memilih sumber data, melaksanakan analisis data, melakukan uji keabsahan data sampai pada pembuatan laporan. Hal ini dapat dilihat dari lembar konsultasi studi kasus.

4. Obyektivitas

Peneliti dengan disetujui oleh pembimbing siap untuk melakukan uji terhadap proses penyusunan karya ilmiah ini di depan dewan penguji.

I. Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti mulai di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan atau menggambarkan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti kemudian dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di ruangan Penyakit Dalam 3 dengan jumlah ruangan 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan.

2. Pengkajian

Pasien berinisial Ny.M.J berumur 69 tahun berjenis kelamin perempuan dan pendidikan terakhir klien SMA, beralamatkan jalan Udayana dan beragama Katolik dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH)

a. Pengumpulan data

1) Biodata

Pasien berinisial Ny. M.J berumur 69 tahun beralamat di jalan Udayana pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Pasien beragama Katolik dan pendidikan terakhir adalah SMA. Klien sudah menikah dan memiliki 5 anak, tanggal masuk Rumah Sakit 4 September 2022. Penanggung jawab pasien adalah anaknya sendiri dengan inisial Tn.S.S umur 44 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaan Swasta.

2) Keluhan utama

Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit di gerakan karena terasa berat dan lemah, sering merasa pusing, pusing yang di rasakan hilang muncul, dengan skala nyeri 3 (nyeri sedang), edema di kaki, aktivitas di bantu total oleh keluarganya, klien hanya berbaring di tempat tidur, terpasang infus Nacl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 14 (E:3 V:5 M:6), dan pemeriksaan kekuatan Otot di dapatkan bagian Ekstremitas kiri Sulit di gerakan.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga klien mengatakan riwayat stroke sebelumnya sudah 1 tahun.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit Stroke.

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga klien dan klien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau di fasilitas kesehatan dan klien selalu minum obat yang di berikan pada klien. Klien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola nutrisi metabolik

Keluarga klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dan minum sekitar 6-8 gelas per hari, jenis makanan yang di makan seperti nasi, sayur, ikan, tahu-tempe dan sesekali di sertai buah. Porsi makanan yang disediakan dapat di habiskan. Saat ini klien makan 3 kali sehari, jenis makanan bubur, ikan, tahu tempe, sayur. Klien tidak menghabiskan porsi makan yang di berikan, klien mengikuti anjuran diet rendah garam.

c) Pola eliminasi

Klien mengatakan BAB sebelumnya 1x sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien bisa dengan 4-5 kali sehari warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini klien BAB 1-2 hari sekali, dengan konsisten padat, klien BAB di bantu keluarga, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 4-6 kali

sehari, warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK, klien menggunakan Pampers.

d) Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktifitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil,) Saat ini aktifitas klien di bantu total oleh keluarga seperti makan, BAB, BAK, dan berpakaian.

e) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari jam 09.00- 05.00 total tidur 8 jam untuk tidur malam, sedangkan tidur siang dari jam 14.00-16.00 total tidur 2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur. Saat ini keluarga klien mengatakan klien tidur mulai jam 20.00-06.00, tidur siang jam 13.00-15.00, tidak ada keluhan pada saat tidur.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

Klien dan keluarga mengatakan sudah satu tahun pengelihatannya mulai kabur karna faktor umur, tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Sebelum sakit klien merupakan kepala keluarga dengan 5 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk sembuh,

klien mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan selaluh aktif dalam kegiatan yang ada dimasyarakat. Saat ini klien merupakan kepala keluarga, klien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan semua keputusan selalu di bicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk cepat sembuh, tetangga sering datang untuk mengunjungi klien ketika sedang sakit.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stress

Klien merupakan kepala keluarga dengan 2 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada di dalam keluarga selalu di bicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat.

i) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit keluarga klien mengatakan klien rajin beribadah ke gereja. Saat sekarang klien tidak pernah melakukan ibadah di gereja karna sakit yang dialaminya, klien merasa lemah klien sudah jarang beribadah di rumah sakit.

5) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : composmentis, nadi: 92x/m, suhu $36,6^{\circ}$ c, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/m, Spo2 99%, GCS: E:3 V:5 M:6, Kekuatan otot 5/5

1. Kepala: Tampak bersih, testur rambut lembut, penyebaran rambut rata, tidak rontok, tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.
2. Mata: Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, fungsi penglihatan kabur.
3. Telinga: Tidak ada serume, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.
4. Hidung: Bentuk simetris, tidak ada lesi,
5. Mulut: Mukosa bibir pucat, dan kering, lidah tidak kotor, gigi lengkap,
6. Wajah: Tampak bersih, bentuk simetris, klien tampak pucat, tampak kusam,
7. Leher: Bentuk simetris, adanya warna hitam pekat pada kulit dan adanya lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis
8. Dada: Bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada masa, tidak adanya nyeri tekan.
9. Abdomen: Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, peristaltik usus 20x/m.
10. Genetelia: Tidak dilakukan pemeriksaan genetelia karna klien tidak mengeluh sakit pada daerah genetelia.
11. Ekstermitas atas : Adanya gangguan pada bagian ekstremitas kiri, terpasang infus Nacl 20 tpm,

12. Ekstremitas bawah: Akral dingin, terdapat edema di kaki bagian kanan dan kiri, CRT >3 detik, kulit tampak pucat, kekuatan otot 5/5.

6) Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap

Result	Flages	Unit	Reference Range
WBC	17.11+	10 ³ /uL	3.60-11.00
LYMPH#	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%	2.6	%	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 ⁶ /uL	3.80-5.20
HGB	11.4-	g/dL	11.7-15.5
HCT	37.7	%	35.0-47.0
MCV	92.6	fL	80.0-100.0
MCH	28.0	Pg	26.0-34.0
MCHC	30.2-	g/dL	32.0-36.0
RDW-SD	62.1-	fL	37.0-54.0
RDW-CV	18.4+	%	11.5-14.5
PLT	142-	10 ³ /uL	150-440
MPV	11.8	fL	9.0-13.0
PCT	0.17	%	0.17-0.35
PDW	15.3	fL	9.0-17.0
P-LCR	37.4	%	13.0-43.0

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Faal Hati		
Albumin	3,53	3.4-4.8 g/Dl

Terapi

No	Nama Obat	Dosis
1.	Mecobalamin	3x500 gram
2.	Omeprazole	1x40 gram
3.	Citicolen	2x 250 gram
4.	Paracetamol	3x 1 gram
5.	Levemir	1x6 unit
6.	Novarapid	3x4 unit
7.	Diazepam	K/p

a) Tabulasi data

Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit di gerakan karena terasa berat dan mengeluh lemah, sering merasa pusing, pusing yang di rasakan hilang muncul, dengan skala nyeri 3 (nyeri sedang, edema di kaki, terpasang infus Nacl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, aktifitas klien dibantu total, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, mukosa bibir pucat, dan kering, CRT >3 detik, akral teraba dingin, Kulit tampak pucat, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰ C, RR: 20x/menit, Spo₂ : 99%, GCS: E:3 V: 5 M: 6, Kesadaran : Composmentis, pemeriksaan kekuatan Otot didapatkan bagian Ekstremitas kiri sulit di gerakan 5/5/1/1.

b) Klasifikasi data

Data Subjektif : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah, sering merasa pusing, pusing yang di rasakan hilang muncul, dengan skala nyeri 3 (nyeri sedang).

Data Objektif : Keadaan Umum klien lemah, terpasang infus Nacl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, aktifitas klien di bantu total, mukosa bibir pucat, dan kering, edema di kaki, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, terpasang infus NACL 0,9%, CRT >3 detik, Kulit tampak pucat, akral teraba dingin, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰ C, RR: 20x/menit, Spo₂ : 99%, GCS: E:3 V: 5 M: 6, Kesadaran: Composmentis, pemeriksaan kekuatan Otot di dapatkan bagian Ekstremitas kiri sulit di gerakan 5/5/1/1.

b. Analisa data

No	Sing/symptom	Etiologi	Problem
1	Ds: - Do: Tampak lemah, mukosa bibir pucat, edema pada kaki, kesadaran: Composmentis, GCS : 3/5/6, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/menit, SpO ₂ : 98%, N: 92x/dan S: 36,6 ⁰ c	Embiolisme	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2	Ds : Klien mengatakan sering merasa pusing, pusing yang di rasakan hilang muncul, dengan skala nyeri 3 (nyeri sedang). Do : Klien tampak pucat, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/menit, SpO ₂ : 98%, N: 92x/dan S: 36,6 ⁰ c	Agen pencedera fisiologis (iskemia)	Nyeri akut
3.	Ds : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit di gerakan karena merasa berat. Do : Tampak lemah, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6 ⁰ c, RR : 20x/m, Spo ₂ : 99 %.	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

4.	Ds: Klien mengatakan aktifitas di bantu oleh keluarganya. Do: Pucat, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/menit, SpO2: 98%, N: 92x/dan S: 36,6 ⁰ c	Imobilitas	Intoleransi aktivitas
----	---	------------	-----------------------

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko Perfusi Serebral tidak efektif berhubungan dengan embiolisme di tandai dengan

Ds: -

Do: Klien tampak lemah, mukosa bibir pucat dan kering, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, edema pada kaki, kesadaran: Composmentis, GCS: 3-5-6, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6 ⁰C, RR: 20x/menit, SpO2: 99%, CRT >3 detik.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis di tandai

Ds: Klien mengatakan sering mengeluh pusing, pusing yang di rasakan hilang muncul, skala nyeri 3, (skala sedang).

Do: Klien tampak pucat, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6 ⁰C, RR: 20x/menit, Spo2 : 99%.

- c. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di tandai dengan :

Ds: Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat, anggota gerak bagian kiri sulit di gerakan, kekuatan tonus otot 5533.

Do : Klien tampak lemah, klien hanya berbaring di atas tempat tidur

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan kelemahan/imobilitas di tanda dengan Ds: Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh keluarganya.

Do: Klien tampak lemah, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, tanda-tanda vital : TD: 180/100 Mmhg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6 °C, RR: 20x/menit, Spo2 : 99%.

4. Intervensi Keperawatan

- a. Berdasarkan masalah di atas maka masalah resiko perfusi serebral tidak efektif merupakan masalah utama karena mengancam nyawa harus mendapat pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan mobilitas berhubungan dengan kekuatan otot, dan sintoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas merupakan masalah yang mengancam keselamatan.

Intervensi keperawatan untuk diagnose resiko perfusi serebral tidak efektif **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan **Kriteria Hasil** : a) keadaan umum klien baik, b) mukosa bibir lembab, c) akral teraba hangat, tidak ada lagi edema pada kaki d) CRT <3 detik. **Rencana Tindakan** 1) Monitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas)
Rasional : penurunan atau tidak adanya nadi dapat menggambarkan

cedera vaskuler dan perlunya evaluasi medik segera terhadap status sirkulasi. 2) kolaborasi memberikan obat, Rasional : memberikan pengobatan kepada pasien dan mempercepat penyembuhan. Intervensi untuk diagnose gangguan Mobilitas fisik

Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan masalah Untuk diagnosa nyeri akut. **Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nyeri akut menurun. **Kriteria Hasil:** keluhan nyeri menurun,tampak meringis menurun,kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik. **Rencana Tindakan:** 1) ukur TTV tiap 2 jam sekali. Rasional : TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. 2) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri. Rasional : Nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh pasien untuk merencanakan penanganan yang efektif. 3) identifikasi skala nyeri, Rasional : Mengkaji skala nyeri dan mengetahui ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien . 4) anjurkan teknik relaksasi. Rasional : Mengurangi nyeri yang di rasakan. 5) kolaborasi pemberian analgesik. Rasional : untuk megurangi rasa nyeri.

Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan **Kriteria Hasil** : a) klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah dapat digerakan, b) klien tidak mengeluh lemah, pusing, c) aktivitas tidak lagi

dibantu total, d) akral teraba hangat, kaki tidak lagi edema, kulit tidak pucat, e) kekuatan tonus otot meningkat. **Rencana Tindakan** 1). Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Rasional : Mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan otot dan dapat memberikan informasi bagi pemulihan. 2) kaji vital sign, Rasional : untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah saat akan melakukan mobilitas fisik. 3) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Rasional : untuk mengetahui kondisi umum saat melakukan mobilisasi. 4) anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Rasional : untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan kontraktur, menurunkan terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis. 5) Ajarkan melakukan ROM pasif (gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan). Rasional: Untuk melihat perkembangan klien dan meningkatkan pergerakan sendi. Intervensi untuk diagnosa Intoleransi aktivitas . **Tujuan** : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan intoleransi aktivitas meningkat. **Kriteria Hasil** : keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. **Rencana Tindakan:** 1) ukur TTV pasien tiap 2 jam sekali. Rasional : TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. . 2) Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Rasional : Sebagai intrevensi selanjutnya pada organ yang mengalami gangguan. 3) monitor pola dan jam tidur. Rasional :

Kecukupan tidur dan istirahat pasien dalam batas normal dan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat , 4) anjurkan tirah baring.

Rasional : Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi.

5. Implementasi

Pelaksanaan implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan.

a. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada hari pertama selasa 06 September 2022.

1. Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif b/d embiolisme. Jam 09.05 mengukur TTV dengan hasil TD: 160/90 MmHg, nadi: 85x/menit, suhu: 37,2⁰C, RR: 21x/menit, Spo2: 98%. Jam 11.00 mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil: Klien mendapat terapi obat : Paracetamol 3x1 gram, omeprazole 2x40 gram, citicolin 2x500 gram, mecobalamin 2x500 gram, ceftriaxone 2x1 gram.
2. Diagnosa nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Jam 08.00 mengukur TTV dengan hasil: TD: 180/100 mmHg, RR: 18x/menit, SpO2: 99%, N: 92x/menit, S: 36^oc. 08.05 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri dengan hasil: pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala. 08.10 mengidentifikasi skala nyeri yang di rasakan dengan hasil: nyeri yang dirasakan pasien nyeri sedang dengan skala 3. 08.15 mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil: pasien mampu melakukan teknik

relaksasi napas dalam untuk menurangi nyeri. 08.45 melayani obat oral betahistine masilate, captropil, paracetamol 3x1.

3. Diagnosa gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot. Jam 09.00 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil: klien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya karena merasa berat, badan terasa lemah . 09. 05 Mengukur vital sign Dengan hasil: TD: 180/100 mmhg, N: 92x/menit, Suhu: 36,6 °C, RR: 20x/menit, SpO2: 99%, 09. 10 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil: klien tampak lemah, 10.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil: keluarga tampak antusias dan memperhatikan apa yang dijelaskan untuk membantu klien dalam ROM 10. 35 mengajarkan ROM pasif (melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan) dengan hasil: klien belum mampu menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.
4. Diagnosa intoleransi b/d imobilitas. Jam 08.55 mengukur TTV pada pasien TD:180/100 mmHg, RR:20x/menit, SpO2 : 99%, N:122x/menit, S:36,°c. 09.00 mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 09.05 memonitor pola dan jam tidur. 09.10 menganjurkan tirah baring.

b. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada hari pertama Selasa 07 September 2022.

1. Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif b/d embolisme. Jam 09.05 mengukur TTV dengan hasil TD: 160/90 mmHg, nadi: 85x/menit, suhu: 37,2⁰C, RR: 21x/menit, SpO₂: 98%. Jam 11.00 mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil: Klien mendapat terapi obat : Paracetamol 3x1 gram, omeprazole 2x40 gram, citicolin 2x500 gram, mecobalamin 2x500 gram, ceftriaxone 2x1 gram.

2. Diagnosa nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. 07.30 melayani obat oral betahistine mesilate, captropil, paracetamol 3x1. 08.10 mengukur TTV pada pasien TD: 170/90 mmHg, N:116x/menit, S:36,1⁰c, RR:16x/menit, SpO₂ 96%. 08.15 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 08.20 mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan oleh pasien.

3. Diagnosa gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot. Jam 09.00 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil: klien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya karena merasa berat, badan terasa lemah. 09.05 Mengukur vital sign Dengan hasil: TD: 180/100 mmhg, N: 92x/menit, Suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%, 09.10 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil: klien tampak lemah, 10.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil: keluarga tampak antusias dan memperhatikan apa yang dijelaskan untuk

membantu klien dalam ROM 10. 35 mengajarkan ROM pasif (melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan) dengan hasil: klien belum mampu menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.

4. Diagnosa intoleransi aktivitas b/d imobilitas. Jam 08.00 mengukur TTV pada pasien TD: 170/90 mmHg, N:116x/menit, S:36,1°C, RR:16x/menit, SpO2 99%. 08.30 mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

6. Evaluasi

Evaluasi hari pertama pada hari Selasa, 06 September 2022 : **Diagnosa I** resiko perfusi serebral tidak efektif. Evaluasi yang dilakukan Subjektif: -
Objektif: keadaan umum lemah. Mukosa bibir pucat dan kering, kulit tampak pucat, Vital sign nadi : 85x/menit, CRT: > 3 detik, suhu: 37,2 °C, akral teraba dingin - edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat Assesment: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi Planning: Intervensi di lanjutkan (1,2). **Diagnose II** nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Evaluasi yang dilakukan: Subjek: Pasien mengatakan masih merasa pusing. Objek : Pasien tampak meringis mengukur TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO2 : 98%, N:122x/menit, S:36°C, tangan kirir terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. Assesment : masalah keperawatan nyari akut belum teratasi. Planing: lanjutkan intervensi (1 dan 2). **Diagnose III** gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot. Evaluasi yang di lakukan Subjektif: Klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit digerakan, badan masih

lemah, dan masih pusing. Objektif: keadaan umum: lemah, vital sign TD: 160/90 MmHg, nadi: 85x/menit, suhu: 37,2⁰C, RR: 21x/menit, Spo2: 98%, akral teraba dingin, edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat, klien belum mampu menekuk dan membuka jari-jari tangan, kekuatan tonus otot klien 5/5

Assesment: Masalah Gangguan Mobilitas fisik belum teratasi

Planing: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5). **Diagnose IV** intoleransi

aktivitas b/d imobilitas. Evaluasi yang dilakukan: Subjek pasien mengatakan masih merasa lemah. Objek tampak lemah TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO2 : 98%, N:122x/menit, S:36^oc, tangan kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. Assesment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. Planing : lanjutkan intervensi

Evaluasi hari kedua pada hari rabu , 07 September 2022 : **Diagnosa I** resiko perfusi serebral tidak efektif. Evaluasi yang dilakukan Subjektif: -

Objektif: keadaan umum lemah. Mukosa bibir pucat dan kering, kulit tampak pucat, Vital sign nadi : 85x/menit, CRT: > 3 detik, suhu: 37,2 ⁰c, akral teraba dingin - edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat Assesment: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi Planning: Intervensi di lanjutkan (1,2). **Diagnose II** nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Evaluasi yang dilakukan: Subjek: Pasien mengatakan masih merasa pusing. Objek : Pasien tampak meringis mengukur TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO2 : 98%, N:122x/menit, S:36^oc, tangan kirir terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.

Assesment : masalah keperawatan nyari akut belum teratasi. Planing: lanjutkan intervensi 1 dan 2 . **Diagnosa III** Subjektif: Klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit digerakan, badan masih lemah, dan masih pusing. Objektif: keadaan umum: lemah, vital sign TD: 160/90 MmHg, nadi: 85x/menit, suhu: 37,2⁰C, RR: 21x/menit, Spo2: 98%, akral teraba dingin, edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat, klien belum mampu menekuk dan membuka jari-jari tangan, kekuatan tonus otot klien 5511

Assesment: Masalah Gangguan Mobilitas fisik belum teratasi

Planing: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5). **Diagnose IV** intoleransi aktivitas b/d imobilitas. Evaluasi yang dilakukan: Subjek pasien mengatakan masih merasa lemah. Objek tampak lemah TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO2 : 98%, N:122x/menit, S:36^oc, tangan kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. Assesment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. Planing : lanjutkan intervensi 1.

Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan hari kamis , 08 September 2022 :

Diagnosa I resiko perfusi serebral tidak efektif b/d embiolisme. **S** : keluarga klien mengatakan keadaan klien baik. **O** : Klien tampak baik, mukosa bibir lembab.TTV pada klien, TD : 140/80mmHg, Nadi : 75x/menit, Suhu : 36^o c, RR : 21x/menit, Spo2 : 99%, tangan kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, CRT > 3 detik . **Assesment:** Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi.

Planning: Intervensi di lanjutkan (1,2). I 13. 00 monitir sirkulasi (mis, nadi perifer, suhu, edema. E : Keadaan umum klien baik, Mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat, bagian kaki tidak lagi edema, nadi : 80x/menit, CRT: < 3 detik, suhu: 36,8 0c, GCS: E: 3 V: 5 M: 6, intervensi di hentikan (pasien di pulangkan). **Diagnose II** nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. **S:** pasien mengatakan pusing sudah berkurang. **O:** tidak tampak meringis , TTV pada pasien, TD: 150/ 80 mmHg, N: 124x/menit, S: 36°C, RR: 19x/menit, SpO2 98%, tangan kiri terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm. **A:** masalah keperawatan nyeri akut tertasi. **P:** lanjutkan intervensi 1. **I:** jam 13.00 identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. **E:** pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang. **Diagnose III** gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot. S: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah bisa digerakan secara perlahan O: Keadaan Umum baik, TD: 140/80 MmHg, N: 80x/menit, Suhu: 36,80C, RR: 21x/menit, Spo2: 98%, klien tidak pucat, klien sudah mampu menggerakan tangan dan kaki kiri secara bertahap. **Assesment:** Masalah Gangguan Mobilitas fisik teratasi **Planning:** Intervensi dilanjutkan (1,2,3) **I:** Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, mengukur vital sign, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. **Evaluasi:** 14. 00 Keadaan umum klien baik, anggota gerak bagian kiri klien sudah dapat digerakan secara perlahan, kekuatan tonus otot klien 5533, klien sudah tidak lagi pucat. Kebutuhan klien masih di bantu oleh keluarga. **Diagnosa IV** intoleransi aktivitas b/d

imobilitas. Evaluasi yang dilakukan: **S:** pasien mengatakan masih merasa lemah. **O:** tampak lemah TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO₂ : 98%, N:122x/menit, S:36°C, tangan kiri terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm. **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P:** lanjutkan intervensi.

B. Pembahasan

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder, baik yang bersifat objektif maupun yang bersifat subjektif). Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data yang dimaksud adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu ditegakan diagnosa keperawatan pun ditegakan dimana komponen penyusunannya terdiri dari problem, etiologi, *sing and symptom*. *Sing and symptom* (diagnosa akut), *problem* dan *etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa resiko/ resiko tinggi).

Intervensi atau perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan, dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi.

Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana keperawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikian asuhan keperawatan pada Ny. M. J dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada Ny.M.J dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian pada Ny. M.J berumur 69 tahun dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik ditemukan data, klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah , saat dilakukan pemeriksaan fisik pasien tampak pucat, lemah, kesadaran composmentis, TD : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : 20x/m, Spo2 : 99 %, dan aktivitas pasien dibantu keluarga.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data yang tidak ditemukan pada kasus Stroke Non Hemoragik yaitu gangguan presepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik namun kehilangan/ menurunnya kemampuan motorik, kehilangan/ menurunnya komunikasi dan disfungsi 12 saraf kranial, kemampuan sensorik dan reflek otot ditemukan dalam kasus nyata

maupun di teori (Purwanto, Hadi, 2016). Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan pada manifestasi klinis pada Ny.M.J. proses pengkajian ini melakukan teknik observasi dan wawancara pada pasien.

2. Diagnosa Medis

Secara teori diagnosa medis untuk kasus stroke non hemoragik ada 5 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan gangguan integritas kulit. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Ny. M.J ada 4 diantaranya resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut gangguan mobilitas fisik, dan intoleransi aktivitas.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus hanya diangkat 4 diagnosa saja sedangkan di teori terdapat 5 diagnosa. Adapun diagnosa keperawatan pada kasus dan teori yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut gangguan mobilitas fisik, dan intoleransi aktivitas. Selain itu diagnose defisit nutrisi dan gangguan komunikasi verbal tidak diangkat karena pada saat dikaji tidak ditemukan pada pasien. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita Stroke Non Hemoragik akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi dan kecepatan dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan.

3. Intervensi Keperawatan

Semua intervensi keperawatan baik pada tinjauan teoritis maupun pada kasus sama. Intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya. Semua intervensi keperawatan dari 4 diagnosa keperawatan telah dilaksanakan dengan baik dikarenakan adanya peran serta pasien dan keluarga dalam membantu perawat saat melakukan intervensi keperawatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny.M.J dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik, berdasarkan 4 diagnosa keperawatan yang telah ditemukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan mulai dari mengukur TTV, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri pada pasien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut gangguan mobilitas fisik, dan intoleransi aktivitas. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan 3 masalah keperawatan dapat teratasi.

Implementasi hari pertama dilakukan pada tanggal 06 september 2022, implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal 08 september. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat kerja sama antara pasien, keluarga dan perawat. Tidak ada perbedaan teori dan

kasus nyata, semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah serta memberi hasil yang baik dimana pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny.M.J evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana keperawatan dari masing-masing diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus nyata pada pasien Ny. M .J yaitu Untuk masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif klien tampak lemah, mukosa bibir pucat dan kering, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, edema pada kaki, untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dimana klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan lemah. Untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pecedera fisiologis dimana klien mengatakan sering pusing. Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot belum teratasi dan tindakan dilanjutkan. Untuk masalah keperawatan intoleransi aktivitas klien dibantu total oleh keluarga, klien tampak lemah, klien tampak berbaring lemah ditempat tidur. Untuk 4 masalah keperawatan sebagian teratasi sehingga rencana keperawatan tetap dilanjutkan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dari studi kasus pada pasien Ny.M.J dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Data pengkajian pada pasien Ny.M.J dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik ditemukan hampir sama sesuai dengan teori. Klien mengatakan tangan dan kaki sulit digerakan dan terasa berat dan lemah, klien di bantu total oleh keluarganya, sering merasa pusing, edema di kaki. TD : 180/100 mmHg, nadi: 92x/m, suhu : 36,6⁰c, RR : 20 x/m, Spo2 : 90 %. Setelah data dikumpulkan kemudian dianalisa, ditemukan masalah keperawatan yaitu perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan intoleransi aktivitas
2. Terdapat empat diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny M.J yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan embiolisme, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dilaksanakan dengan kemampuan serta kesepakatan antara pasien dengan keluarga.

4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerja sama dan peran serta pasien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkonsumsi obat stroke secara teratur. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap pasien Ny. M.J diperoleh hasil bahwa masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian, nyeri akut teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, dan intoleransi aktivitas teratasi sebagian. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada teori dan kasus.

B. Saran

1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan stroke non hemoragik.

2. Bagi institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dan praktek laboratorium yang efektif.

3. Bagi pasien

Agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk minum obat serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- GBD, L. R. of S., Feigin, V. L., Nguyen, G., Cercy, K., Johnson, C. O., & Alam, T. (2018). Global, Regional, and Country-Specific Lifetime Risks of Stroke, 1990 and 2016. *The New Engl and Journal of Medicine Original*, 379(25), 2429–2437. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1804492>
- Hisni, D., Saputri, M. E., & Jakarta, N. (2022). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik di instalasi fisioterapi rumah sakit pluit*. 2(1).
- Imanda, A., Martini, S., & Artanti, K. D. (2019). Post hypertension and stroke: A case control study. *Kesmas: National Public Health Journal*, 13(4), 164–168. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v13i4.2261>
- Kemendes RI. (2018). *Stroke Dont Be The One*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi.
- Kim, J., Thayabaranathan, T., Donnan, G. A., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., Feigin, V., Norrving, B., Owolabi, M., Pandian, J., Liu, L., Cadilhac, D. A., & Thrift, A. G. (2020). Global Stroke Statistics 2019. *International Journal of Stroke*, 15(8), 819–838. <https://doi.org/10.1177/1747493020909545>
- Nainggolan, S. S., & Utama, A. Y. (2019). *Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis*. 22(1), 549–553. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>
- Novita, R. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- PPNI, (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*, Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <file:///E:/KMB-2-Komprehensif.pdf>
- Riskesdas, (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementerian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.

- RSUD ENDE, (2022). *Data Prevalensi Penyakit Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Ende Tahun 2022*. Ende: Rumah Sakit Umum
- Satyanegara, (2012). *Ilmu Bedah Saraf Edisi IV*.
- Santoso Lois Elita, (2018), *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi Di Ruang Flamboyan Rsud Jombang)*, Skripsi Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. <http://repo.stikesicmejbg.ac.id/749/1/14.3210077%20Elita%20Santoso%20skripsi.pdf>
- Septiandini, A. D. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang ICU RSUD Salatiga*.
- Tarwoto, (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, gangguan sistem persyarafan*. CV. Sagung Seto.
- Virani, S. S. 2021, Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Callaway, C. W., Carson, A. P., Cheng, S., Elkind, M. S. V, Evenson, K. R., Ferguson, J. F., Knutson, K. L., Lee, C. D., Lewis, T. T., Loop, M. S., Lutsey, P. L., Mackey, J., & Matchar, D. B. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update A Report from the American Heart Association. *Circulation*, E254–E743. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
- Wijaya, A. Saferi and Mariza,P.Yessie,2013, *Keperawatan Medikal Bedah Pertama*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 47, Issue 6). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai Proposal Karya Tulis Ilmiah yang akan dilakukan oleh Minarni Mina Modhe dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik di RPD III RSUD Ende”.

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

Ende, 06... September 2022

Saksi


(MADA MARGARETA MODHE)

Yang Memberi Persetujuan


(SIMDU SAMBU.....)

Lampiran I

Kode Responden

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah mahasiswa dari Program Studi Keperawatan Ende dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik di RPD III RSUD Ende”.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan studi kasus pada klien dengan Stroke Non Hemoragik. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengambil data pada klien yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit, serta melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silakan menghubungi peneliti pada nomor Hp : 081236600220

Peneliti,



Minarni Mina Modhe



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



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

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.M.J

DENGAN DIAGNODSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK

DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DI RSUD ENDE

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Biodata

1) Identitas pasien.

Nama : Ny.M.J

Umur : 69 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Pendidikan: SMA

Pekerjaan: Ibu Rumah Tangga

Alamat : Jln. Udayana

2) Identitas penanggung jawab.

Nama : Tn. S.S

Umur : 44 tahun

Hubungan dengan pasien : Anak

Alamat : Jln. Udayana

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Swasta

b. Riwayat kesehatan.

1) Keluhan utama

klien mengatakan tangan dan kaki kiri msulit digerakan karena terasa berat dan lemah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah, sering merasa pusing, pusing yang di rasakan hilang muncul, dengan skala nyeri 3 (skala sedang), aktivitas klien di bantu total oleh keluarganya, klien hanya berbaring di atas tempat tidur, klien tampak pucat, terpasasng infus Nacl 20x tetes/permenit tangan sebelah kanan, dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 14 (E : 3 V:5 M: 6), dan pemeriksaan kekuatan otot di dapatkan bagian ekstermitas kiri sulit di gerakan.

3) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga klien mengatakan riwayat stroke sebelumnya sudah 1 tahun.

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit stroke.

5) Pengkajian perpola

a) Pola presepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga klien dan klien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau fasilitas kesehatan dan klien selalu minum obat yang di berikan pada klien . klien dan keluarga tidak pernah berpikir kalau

sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola nutrisi metabolik

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari dan minum air sekitar 6-8 gelas perhari, makanan yang sering di makan seperti nasi, sayur, ikan dan tempe, sesekali di sertai buah. . Porsi makanan yang disiapkan selalu dihabiskan. Saat ini klien makan 3 kali sehari, jenis makanan bubur, tahu tempe, sayur. klien tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, klien mengikuti anjur diet rendah garam.

c) Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit BAB 1x sehari, dengan konsisten pada dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien bisa dengan 4-5 kali sehari warna kuning keruh, berbau urine tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini klien BAB 1-2 hari sekali dengan konsisten padat, klien BAB di bantu oleh keluarga, tidak ada keluhan saat BAB, BAK saat ini 4-6 x sehari, warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK, klien menggunakan pampers

d) Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien melakukan aktivitas sendiri seperti : makan, mandi, berpakaian, buang air kecil dan air besar.

Saat ini aktivitas pasien dibantu seperti makan, minum, berpakaian buang air kecil dan air besar dibantu keluarga dan alat.

e) Pola istirahat dan tidur

klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari jam 21.00-05.00 total tidur 8 jam untuk tidur malam, sedangkan tidur siang dari jam 14.00-16.00 total tidur 2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur. Saat ini keluarga klien mengatakan klien tidur mulai dari jam 20.00-06.00, tidur siang jam 13.00-15.00, tidak ada keluhan saat tidur.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

klien dan keluarga mengatakan sudah satu tahun penglihat klien mulai kabur karna faktor umur, tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

sebelum sakit klien merupakan kepala keluarga dengan 5 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk sembuh, klien mempunyai hubungan baik dengan masyarakat dan selalu aktif dalam kegiatan yang ada dimasyarakat. Saat ini klien merupakan kepala keluarga dan semua keputusan selalu berbicara sama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk cepat sembuh, tetangga sering datang untuk mengunjungi klien ketika sakit.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap

klien merupakan kepala keluarga dengan 5 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada di dalam keluarga selalu dibicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat .

i) Pola sistem dan kepercayaan

sebelum sakit keluarga klien mengatakan klie rajin beribadah kegerja. Saat sakit klien tidak pernah melakukan ibadah di gereja karena sakit yang dialaminya.

6) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : composmentis

b) Tanda-tanda vital

TD : 180/100 mmHg, nadi :92 x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : 20 x/m,
SPO2 : 99 %.

c) Keadaan fisik

(1) Kepala :

I : Kulit kepala tampak teksur rambut lembut, penyebaran rambut rata, tidak ketombe, tidak rontok.

P : Tidak ada massa dan tidak ada nyeri tekan.

(2) Wajah :

I : Tampak pucat, tampak bersih, bentuk wajah simetris.

P : Tidak terdapat nyeri tekan dan benjolan pada muka.

(3) Mata :

I : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikteris, bentuk mata simetris, fungsi penglihatan kabur.

P : Tidak terdapat nyeri tekan ataupun benjolan di area mata.

(4) Telinga :

I : Tidak adanya serum, bentuk simetris antara telinga kiri dan kanan, tidak menggunakan alat bantu dengar.

P : Tidak ada nyeri tekan serta tidak ada benjolan ditelinga.

(5) Hidung :

I : Bentuk simetris, tidak ada lesi, terpasang selang NGT dan oksigen nasal kanul.

P : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan pada area hidung.

(6) Mulut :

I : Bentuk simetris, mukosa bibir kering, tampak kotor, lidah tampak kotor, tidak ada karies gigi.

P : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan pada area mulut.

(7) Leher :

I : Bentuk simetris, adanya warna hitam pekat pada kulit dan adanya lesi.

P : Tidak adanya nyeri tekan, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada kelenjar getah bening.

(8) Dada :

I : Bentuk simetris, adanya penggunaan otot bantu napas.

P : Tidak ada nyeri tekan.

P : Bunyi suara sonor.

A : Bunyi napas ronci.

(9) Abdomen :

I : Bentuk simetris.

A : Terdengar bising usus 14 kali permenit.

P : Tidak ada nyeri tekan.

P : Terdengar suara timpani.

(10) Genetalia : Adanya keputihan.

(11) Integumen : Kulit tampak kering dan kusam.

(12) Ekstermitas atas : Jari tangan kiri dan kanan lengkap, tangan kiri susah digerakan, akral teraba panas, kulit tidak pucat, CRT detik pada pasien normal dan kembali dalam waktu 3 detik, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit di tangan bagian kanan.

(13) Ekstermitas bawah : Kedua jari kaki kiri dan kanan lengkap, kaki kiri susah digerakan.

1) Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap

Result	Flages	Unit	Reference Range
WBC	17.11+	10 ³ /uL	3.60-11.00
LYMPH#	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%	2.6	%	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 ⁶ /uL	3.80-5.20
HGB	11.4-	g/dL	11.7-15.5
HCT	37.7	%	35.0-47.0
MCV	92.6	fL	80.0-100.0
MCH	28.0	Pg	26.0-34.0
MCHC	30.2-	g/dL	32.0-36.0
RDW-SD	62.1-	fL	37.0-54.0
RDW-CV	18.4+	%	11.5-14.5
PLT	142-	10 ³ /uL	150-440
MPV	11.8	fL	9.0-13.0
PCT	0.17	%	0.17-0.35
PDW	15.3	fL	9.0-17.0
P-LCR	37.4	%	13.0-43.0

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Faal Hati		
Albumin	3,53	3.4-4.8 g/Dl

Terapi

No	Nama Obat	Dosis
1.	Mecobalamin	3x500 gram
2.	Omeprazole	1x40 gram
3.	Citicolen	2x 250 gram
4.	Paracetamol	3x 1 gram
5.	Levemir	1x6 unit
6.	Novarapid	3x4 unit
7.	Diazepam	K/p

1. Tabulasi Data

klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah, sering merasa pusing, pusing yang dirasakan hilang muncul, dengan skala nyeri 3 (nyeri sedang), edema di kaki, terpasang infus Nacl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, aktifitas dibantu total oleh keluarga, klien mengatakan lemah dan pusing, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, mukosa bibir pucat, CRT > 3 detik, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, keadaan umum kesadaran composmentis, terpasang infus 20 tpm, terpasang infus 20x tetes/menit tekanan darah : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : 20x/m, Spo2 : 90 %. GCS : E : 3 V : 5 M : 6 kekuatan otot di dapatkan bagian ekstermitas kiri sulit digerakan 5/5/1/1.

2. Klasifikasi Data

Ds : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah, sering merasa pusing, pusing yang dirasakan hilang muncul, dengan skala nyeri 3 (nyeri sedang).

Do : Keadaan umum klien lemah, terpasang infus Nacl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, klien mengatakan aktifitas klien dibantu total oleh keluarganya, mukosa bibir pucat dan kering, edema pada kaki, terpasang infus Nacl 0,9%, CRT >3 detik, kulit tampak pucat, akral teraba dingin tekanan darah : 170/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : 20x/m, Spo2 : 99 %, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm. Kesadaran : composmentis , pemeriksaan kekuatan otot di dapatkan bagaian ekstermitas kiri sulit di gerakan 5/5/1/1.

3. Analisa Data

No	Sing/symptom	Etiologi	Problem
1	Ds: - Do: Tampak lemah, mukosa bibir pucat, edema pada kaki, kesadaran: Composmentis, GCS : 3/5/6, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/menit, SpO2: 98%, N: 92x/dan S: 36,6 ⁰ c	Embiolisme	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2	Ds : Klien mengatakan sering merasa pusing. Do : Klien tampak pucat, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/menit, SpO2: 98%, N: 92x/dan S: 36,6 ⁰ c.	Agen pencedera fisiologis (iskemia)	Nyeri akut
3.	Ds : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit di gerakan karena merasa berat dan lemah Do : Tampak lemah, pucat terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6 ⁰ c, RR : 20x/m, Spo2 : 99 %.	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

4.	Ds: Klien mengatakan aktifitas di bantu oleh keluarganya, seperti makan, minum, di bantu. Do: Pucat, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/menit, SpO2: 98%, N: 92x/dan S: 36,6 ⁰ c	Imobilitas	Intoleransi aktivitas
----	---	------------	-----------------------

B. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme yang ditandai

Ds : -

Do : Klien tampak lemah, mukosa bibir pucat, edema pada kaki. kesadaran composmentis, GCS : 3/5/6, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : 20x/m, Spo2 : 99%.CRT > 3 detik.

2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (iskemia) yang ditandai

Ds : Klien mengatakan sering merasa pusing.

Do : Klien tampak pucat, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : 20x/m, Spo2 : 99%.

3. Gangguang mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan :

Ds : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit di gerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah.

Do : Tampak lemah, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : 20x/m, Spo2 : 99%.

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas yang ditandai dengan :

Ds : Klien mengatakan aktivitas di bantu total oleh keluarganya, seperti makan, minum di bantu.

Do : Klien tampak lemah, pucat, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD 180/100 mmHg, nadi : 92x/m, suhu : 36,6⁰ c, RR : x/20m, Spo2 : 99 %.

C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Keadaan umum klien baik b. Mukosa bibir lembab c. Akral teraba hangat d. Tidak ada lagi edema pada kaki. e. CRT > 3 detik.	a) Monitor sirkulasi perifer(mis. Nadi perifer ed edema, CRT, waran, suhu pada ekstermitas) . b) Kolaborasi pemberian obat	a) Penurunan atau tidak adanya nadi dapat menggambarkan cedera vaskuler dan perluhnya evaluasi medik segera terhadap status sirkulasi. b) Untuk memberikan pengobatan kepada pasien dan mempercepat penyembuhan.

2.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil:keluhan nyeri menurun,tampak meringis menurun,gelisah menurun,kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik	<ul style="list-style-type: none"> a)Ukur TTV tiap 2 jam sekali b) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri. c) identifikasi skala nyeri. d) anjurkan teknik relaksasi. e) kolaborasi pemberian analgesik 	<ul style="list-style-type: none"> a) TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. b) nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh pasien untuk merencanakan penanganan yang efektif. c) mengkaji skala nyeri dan mengetahui ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien.mengurangi nyeri yang dirasakan. untuk mengurangi rasa nyeri
3.	Gangguan mobilitas fisik	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Klien mengatakan tangan dan kaki	<ul style="list-style-type: none"> a) Kaji TTV b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c) Monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan d) Anjurkan keluaraga untuk membantu 	<ul style="list-style-type: none"> a) Dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan mengobservasi b) Mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan otot dan dapat memberikan informasi bagi pemulihan. c) Untuk mengetahui kondisi

		<p>kiri sudah bias di gerakan</p> <p>b. Klien tidak mengeluh lemah, pusing</p> <p>c. aktivitas tidak di bantu total.</p>	<p>pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>e) Ajarkan melakukan ROM pasif (gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.</p>	<p>umum saat melakukan mobilitas.</p> <p>d) Untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</p>
4.	Intoleransi aktivitas	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : Keluhan lemah menurun, perasaan lemah menurun, dapat melakukan aktivitas meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari meningkat.</p>	<p>a) Ukur TTV klien tiap 2 jam sekali</p> <p>b) Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>c) Monitor pola dan jam tidur</p> <p>d) Anjurkan tirah baring.</p>	<p>a) TTV dapat mengetahui perkembangan klien secara dini dengan cara mengobservasi.</p> <p>b) Sebagai intervensi selanjutnya pada organ yang mengalami gangguan.</p> <p>c) Kecukupan tidur dan istirahat klien dalam batas normal dan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat.</p> <p>d) Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi.</p>

D. Implementasi Keperawatan

Hari Pertama : Hari selasa, 06 September 2022

Hari/Tgl	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
06-09-2022	1	09.00 09.05	1) Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT >3 detik, warna, suhu pada ekstermitas. 2) Mengkolaborasi pemberian obat	S : Keluarga klien mengatakan keadaan klien belum membaik O : Klien tampak lemah, mukosa bibir kering dan pucat, kulit tampak pucat, akral teraba dingin A : masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : intervensi dilanjutkan (1,2
06-09-2022	2	08.00 08.05 08.10	1).Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,duras,f rekuensi,kaulitas dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada kepala. 2).Menidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyerinya berada di skala 3 dengan nyeri sedang. 3). Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi dengan hasil: pasien dapat melakukan teknik relaksasi seperti napas dalam untuk mengurangi nyari.	S:Pasien mengatakan masih merasa pusing. O: Pasien tampak meringis A:masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. P:intervensi di lanjutkan
06-09-2022	3	11.00 11.10	1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2) Mengukur vital sign TD : 180/100 mmHg S : 36,6 °c	S : a. Klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit gerakan, badan masih lemah, dan masih pusing.

		11.30	RR : 20x/menit Spo2 : 99%	b. Keluarga klien mengatakan kebutuhannya di bantu oleh keluarga
		11.35	3) Memonitori kondisi umum selama melakukan mobilisasi	O : Klien tampak lemah, kebutuhan di bantu oleh keluarga, tampak pucat, klien belum mampu menekuk dan
		12.00	4) Melibatkan keluarganya untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	membuka jari-jari tangan, kekuatan tonus otot klien 5511
			5) Mengajarkan ROM pasif melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan	A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
06-09-2022	4	10.00	1) Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil klien mengatakan badannya terasa lemah.	S : Klien mengatakan masih merasa lemah, dan aktivitas di bantu oleh keluarga. O : Tampak lemah A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi P :Intervensi di lanjutkan .
		10.05	2) Memonitor pola dan jam tidur dengan hasil : klien dalam sehari bisa tidur siang sekitar 2 jam dan tidur malam mulai dari pukul 21.00 dan bangun pada pukul 05.00	

Hari Kedua

Hari/Tgl	DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
07-09-2022	1	09.00 09.15	1) Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT >3 detik, warna, suhu pada ekstermitas. 2) Mengkolaborasi pemberian obat	S : Keluarga klien mengatakan keadaan klien sudah membaik O : Klien tampak lemah, mukosa bibir sudah tidak kering dan pucat, akral teraba hangat A : masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : intervensi di hentikan
07-09-2023	2	10.00 10.10 10.15	1).Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,duras,f rekuensi,kaulitas dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada kepala. 2).Menidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyerinya berada di skala 3 dengan nyeri sedang. 3) Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi dengan hasil: pasien dapat melakukan teknik relaksasi seperti napas dalam untuk mengurangi nyari	S:Pasien mengatakan pusing sudah berkurang. O: Tidak meringis A:masalah keperawatasn nyeri akut teratasi sebagian P:intervensi di hentikan.

07-09-2022	3	08.00 08.05 08.10 08.15	1) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2) Mengukur vital sign TD : 180/100 mmHg S : 36,6 °c RR : 20x/menit Spo2 : 99% 3) Memonitori kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4) Melibatkan keluarganya untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S : a. Klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit gerakan, badan masih lemah, dan masih pusing. b. Keluarga klien mengatakan kebutuhannya di bantu oleh keluarga O : Klien tampak lemah, kebutuhan di bantu oleh keluarga, tampak pucat, klien belum mampu menekuk dan membuka jari-jari tangan, kekuatan tonus otot klien 5511 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : intervensi di hentikan
07-09-2022	4	10.00	Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil klien mengatakan badannya sudah tidak merasa lemah seperti hari kemarin.	S : Klien mengatakan badannya sudah tidak merasa lemah seperti hari kemarin. O : Klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa. A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian P : Intervensi di hentikan.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Daftar Diri

Nama : Minarni Mina Modhe
Tempat Tanggal Lahir : Nangamboa, 12 April 1999
Alamat : Jln. Prof. W.Z. Yohanes
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2007-2013 : SDK NANGAMBOA
2. Tahun 2014-2016 : SMP N.5 NANGAPANDA
3. Tahun 2017-2019 : SMA N.1 NANGAPANDA

MOTTO

**“SETIAP KALI KAMU MERASA BERUNTUNG,
ITU BERARTI SALAH SATU DO’A DARI IBUMU
YANG TELAH DIKABULKAN”**



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

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



LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : MINARNI MINA MODHE
NIM : PO530320219944
PEMBIMBING : IRWAN BUDIAN, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

N No	Hari/tanggal	Hasil konsul	Paraf
1.	Sabtu, 21 Mei 2022	<p style="text-align: center;">PROPOSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki latar belakang - Dibagian cover tambahkan dengan nama ruangan - Tambahkan peran perawat atau masalah asuhan keperawatan - Pengetikan harus rata antar rata kiri dan kanan. - Sumber yang diambil 5 tahun terbaru. 	
2.	Minggu, 22 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Spasi menggunakan 2 spasi - Bahasa asing harus di garis miring - Tambahkan sumber pada phatway - Ditujuan penulisan dibagian tujuan khusus tambahkan lagi mahasiswa mampu mendokumentasi keperawatan pada pasien dengan stroke 	
3.	Senin, 23 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengetikan harus rapi antara rata kiri dan kanan - Dibagian kata pengantar menggunakan 2 spasi 	
4.	Rabu ,25 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan 5 proses asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Setelah titik dua awalan harus huruf besar. - Tambahkan dengan defenisi keluhan utama dan sumbernya. 	f
5.	Jumad ,27 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Dibagian cover depan buatlah piramida terbalik - Perhatikan lagi teknik pengetikan 	f
6.	Sabtu, 28 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - ACC siap di seminarkan - Kontrak waktu dengan penguji. 	f
7.	Senin,19 Se ptember 2022	<p style="text-align: center;">KTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengetikan. - Nama pasien harus di singkat. - Menggunakan 2 spasi - Diganosa yang diambil sesuai dengan buku diganosa 	f
8.	Senin,17 September 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki data pengkajian khususnya di keluhan utama pada pasien - Lanjut ketik sampai BAB V 	f
9.	Rabu,19 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Spasi menggunakan 1 setengah - Kata pengantar masih proposal harus di ganti dengan karya tulis ilmiah - Daftar pustaka paling bawah setelah penutup - Dipembahasan jelaskan perbedaan dan persamaan sumber-sumber yang lain 	f
10.	Kamis,20 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Acc studi kasus dan hubungi dosen penguji. 	f

Mengetahui
 Ketua program studi D III keperawatan Ende


Aris Wawarneo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
 Nip. 1966011419910211001



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
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



LEMBAR KONSULTASI PENGUJI
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : MINARNI MINA MODHE

NIM : PO530320219944

PENGUJI : MARIA SELESTINA SEKUNDA ,SST.M.Kes.

No	Hari/tanggal	Hasil konsul	Paraf
1.	Selasa, 09 Juni 2022	<p style="text-align: center;">REVISI PROPOSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan penyetikan sesuai panduan yang diberikan . - Ukuran huruf harus 12. - Perubahan pada tanda baca. - Tambahkan pemeriksaan hend to toe - Tambahkan dengan intervensi di bagian diagnose resiko perfusi serebral tidak efektif. 	
2.	Sabtu -09 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penyetikan . - Perubahan pada judul proposal - Tambahkan dengan upaya-upaya - Ukuran huruf 12 	
3.	Rabu ,31 Agustus 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan dengan penatalaksanaan - Prioritas masalah pindah di intervensi - Dibagian rasional perbaiki semua rasionalnya. - Perbaiki cara penyetikan. - Perbaiki pad a penulisan dan refrensi. - Perbaiki penulisan bahasa menggunakan italic/miring. 	
4.	Kamis,1 September	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penyetikan - Penambahan pada teori tentang 	

	2022	<p>hipertensi minimal 3 teori.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyimpulkan kembali isi teori menggunakan bahasa sendiri. - Etiologi duluh baru klasifikasi - Tambahkan dengan 11 pola 	SP
5.	Sabtu, 03 September 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Acc - Lanjut ambil kasus. 	SP
6.	selasa , 25 Juli 2023	<p>REVISI KTI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan diagnose nyeri akut - Perhatikan pengetikan dan tanda baca <p>Tambahkan dengan GCS Di metode studi kasus di bagian lokasi dan waktu studi kasus cantumkan dengan bulan yang turun penelitian.</p>	SP
7.	Rabu,06 September 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Bagian cover menggunakan 1 spasi dan piramida terbalik - Perbaiki pengetikan - Di bagian resional tidak boleh mungkinkan kata untuk - Perbaiki diagnose sesuai urutan nomor - Tambahkan dengan skala nyeri, 	SP
8.	Senin, 11 September 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Acc revisian KTI 	SP

Mengetahui
Ketua program studi D III keperawatan Ende



Aris Wawameo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
 Nip. 1966011419910211001