

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. J.J.O
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT
DALAM I DAN II RSUD ENDE
TANGGAL 10 – 12 JUNI 2023.**



OLEH :

NINING KARLINA LERO
NIM : PO.530320219945

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

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. J.J.O
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT
DALAM I DAN II RSUD ENDE
TANGGAL 10 – 12 JUNI 2023.**

**Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma
III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende**



OLEH :

NINING KARLINA LERO
NIM : PO.530320219945

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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama : Nining Karlina Lero
Nim : PO 530320219945
Program studi : D III Keperawatan Ende
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. J.J.O
Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di
Ruangan Penyakit Dalam 1 dan 2 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 atau perbuatan tersebut.

Ende, 10 Juni 2023
Yang membuat pernyataan



Nining Karlina Lero
Nim : PO 530320219945

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASU ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. J.J.O
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT
DALAM I DAN II RSUD ENDE
TANGGAL 10 – 12 JUNI 2023.**

OLEH :

NINING KARLINA LERO

NIM : PO.530320219945

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui

Oleh Pembimbing untuk diujikan

Ende, 13 Juli 2023

Pembimbing



Svaputra Artama, S.Kep.Ns,M.Kep

NIP. 19881110202012002

Mengetahui

† Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 1966011419910210

LEMBAR PENGESAHAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. J.J.O
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT
DALAM I DAN II RSUD ENDE
TANGGAL 10 – 12 JUNI 2023.

NINING KARLINA LERO
NIM: PO. 530320219947

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan Dan Dipertanggung Jawabkan
Pada tanggal, 17 Juli 2023

Penguji Ketua



Maria Salestina Sekunda, SST,M.Kes
NIP. 19810124290912200

Penguji Anggota



Syaputra Artama S.Kep,Ns,M.Kep
NIP. 19881110202012002

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 1966011419910210

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatnya yang telah dilimpahkan kepada penulis, maka Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis stroke non hemoragik” dapat terlaksanakan dengan baik.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk melakukan penelitian guna mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. Sebagai manusia yang lemah, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan. Namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji dan syukur kesulitan maupun hambatan tersebut dapat dilalui, oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu :

1. Irfan, SKM, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemekkes Kupang yang telah megijinkan penulis menimah ilmu di instansi ini.
2. Aris Wawomeo, M.Kep,Ns,Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi Keperawatan Ende.
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. Syaputra Artama, S.Kep,Ns,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik dan sekaligus Penguji Anggota yang telah menggambarkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberi masukan yang berguna bagi penulis.

5. Maria Salestina Sekunda,SST.M.Kes selaku Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji hasil Karya Tulis Ilmiah.
6. Paulina Marta Palla S.Kep.,Ns selaku kepala Ruangan RPD I yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan studi kasus di ruangan yang dipimpinnya.
7. Ny. J.J.O yang telah bersedia untuk dijadikan sebagai subjek dalam studi kasus ini.
8. Orang tuaku, keluarga, saudara-saudari serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.
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 memberi 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, 10 Juni 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. J.J.O DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM 1 DAN 2 RSUD ENDE.

Nining Karlina Lero⁽¹⁾

Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep⁽²⁾

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. J.J.O dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruangan perawatan penyakit dalam 1 dan 2 di RSUD Ende.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah studi kasus dengan cara pendekatan, asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan melakukan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus pada pasien Ny. J.J.O ditemukan data bahwa Keluarga pasien mengatakan bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan dan bicara pelo, demam, aktivitas pasien sehari-hari dibantu oleh keluarga, kesadaran samnolen, keadaan umum lemah, tampak pucat, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰c, Spo2 : 81%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang selang NGT, dan terpasang kateter urine. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien Ny. J.J.O diantaranya bersihan jalan napas tidak efektif, resiko perfusi serebral tidak efektif, hipertermi, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan intoleransi aktivitas. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap Ny. J.J.O diperoleh hasil bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian, hipertermi sudah teratasi, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagaian, masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian, dan masalah 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 : 15 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 THE PATIENT MRS. J.O MEDICAL DIAGNOSIS OF NON-HEMORRHAGIC STROKE IN INTERNAL MEDICINE ROOM 1 AND 2 OF ENDE HOSPITAL.

Nining Karlina Lero⁽¹⁾

Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep⁽²⁾

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. J.J.O with a Medical Diagnosis of Non-Hemorrhagic Stroke in Internal Medicine Room 1 and 2 at Ende General Hospital.

The method used in this scientific paper is a case study approach, nursing care is carried out for 3 days by conducting assessments, nursing diagnoses, nursing interventions, nursing implementation and evaluation.

The results of the case study on Mrs. J.J.O found data that the patient's family said the left side of the body could not be moved and spoke sluggishly, had a fever, the patient's daily activities were assisted by the family, awareness was somnolen, general condition was weak, looked pale, BP: 130/80 mmHg, pulse: 118x/ m, temperature: 38.60c, Spo2: 81%, Nacl infusion 0.9% 20 tpm, O2 nasal cannula installed 3 lpm, NGT tube attached, and urine catheter attached. Nursing problems found in Mrs. J.J.O include ineffective airway clearance, risk of ineffective cerebral perfusion, hyperthermia, impaired physical mobility, impaired verbal communication, and activity intolerance. After 3x24 hours of care and treatment for Mrs. J.J.O found that the problem of airway clearance was partially resolved, the risk of cerebral perfusion was partially resolved, hyperthermia was resolved, impaired physical mobility was partially resolved, the problem of impaired verbal communication was partially resolved, and the problem of activity intolerance 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 : 15 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
KOVER DALAM.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN...	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan	3
D. Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Teori Stroke Non Hemoragik	6
B. Konsep Masalah Keperawatan Stroke Non Hemoragik.....	12
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik.....	17
BAB III METODE STUDI KASUS	37
A. Rancangan/ Desain Studi Kasus.....	37
B. Subjek Studi Kasus.....	37
C. Batasan Istilah	38

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	38
E. Prosedur Studi Kasus.....	38
F. Teknik Pengumpulan Data.....	38
G. Instrumen Pengumpulan	39
H. Keabsahan Data.....	40
I. Analisis Data.....	40
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Studi Kasus.....	42
B. Pembahasan	73
BAB V PENUTUP	80
A. Kesimpulan.....	80
B. Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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. *Center For Disease Control* tahun 2020 melaporkan di bahwa di Amerika Serikat satu orang meninggal setiap empat menit karena stroke. Berdasarkan hasil Riskesdas (2018) prevalensi stroke tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi Kalimantan Timur sebanyak (14,7%) terbilang 9.696 dan terendah terdapat di Provinsi Papua sebanyak (4,1%) terbilang 8.317, di NTT prevalensi stroke sebanyak (6,1%) terbilang 12.777. Berdasarkan hasil laporan tahunan di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende, kasus stroke tahun 2021 dengan jumlah penderita stroke sebanyak 28 orang diantaranya stroke non hemoragik 20 orang dan stroke hemoragik 8 orang, sedangkan pada tahun 2022 dengan jumlah 44 orang diantaranya stroke non hemoragik 34 orang dan stroke hemoragik 10 orang (Profil RSUD Ende, 2022).

Kemungkinan bisa saja mengalami peningkatan dikarenakan kurangnya kepedulian terhadap kesehatan diantaranya gaya hidup yang tidak sehat ataupun tidaksesuai dapat beresiko terhadap kesehatan misalnya mengkonsumsi makanan yang tidak seimbang, kebiasaan merokok, dan kurangnya aktivitas fisik (Alfiyanto & Muflihatin, 2018).

Kondisi seseorang yang mengalami stroke jika tidak ditangani 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)

Dampak stroke bisa tinggi dikarenakan pola makan yang tidak sehat. Hampir setengah kasus stroke diakibatkan pola diet yng tidak sehat, diantaranya sayuran dan buah-buahan jarang di konsumsi. Sekitar satu dari empat kasus stroke mengalami kadar kolesterol yang tinggi (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas dan sehubungan dengan pravelensi kejadian Stroke masih tinggi serta masih adanya resiko dampak kematian yang di timbulkan akibat Stroke maka dari itu penulis tertarik untuk mengangkat masalah

tersebut dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. J. J. O dengan Stroke Non Haemoragik” di RSUD Ende.

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. J.J.O dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam I dan II ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Strok Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.

2. Tujuan khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat menggambarkan :

- a. Pengkajian proses asuhan keperawatan pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.
- b. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.
- c. Penyusunan perencanaan tindakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit dalam I dan II RSUD Ende.

- d. Pelaksanaa implementasi keperawatan pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.
- e. Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit dalam I dan II RSUD Ende.
- f. Kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien Ny. J.J.O di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.

D. Manfaat

1. Peneliti

Sebagai bahan acuan untuk menambah pengetahuan, memperluas wawasan, dan pemahaman penulis pada pasien dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende.

2. Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende.

3. Pelayanan kesehatan

Sebagai sumber informasi atau bahan masukan bagi institusi terkait di wilayah Nusa Tenggara Timur dan menentukan kebijakan terhadap pencegahan dan penanganan terhadap kejadian Stroke Non Hemoragik.

4. Bagi pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang Stroke Non Hemoragik yang diderita pasien dan mengetahui apa penanganan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

BAB II

TINJAUAN KASUS

A. Konsep Dasar Teori Stroke Non Hemoragik

1. Defenisi

Menurut World Health Organization (2018), stroke merupakan tanda-tanda klinis dari gangguan fungsi serebral fokal atau global yang berkembang secara cepat berlangsung lebih dari 24 jam dapat menyebabkan kematian.

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, Hadi, 2016).

Stroke Non Hemoragik merupakan sindrom klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler dan disfungsi *neurologic* yang dimanifestasikan dengan kehilangan fungsi motoric, sensoric, dan visual (Puspati, N.W.A, 2020).

Stroke merupakan kondisi yang terjadi ketika peredaran darah ke otak mengalami gangguan atau berkurangnya pasokan darah ke otak akibat penyumbatan yang disebut stroke non hemoragik dan pecahnya pembuluh darah disebut strok hemoragik.

2. Etiologi

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke antara lain :

a. Trombosis Cerebral

Trombosis cerebral ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral.

b. Emboli Serebral

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik

c. Haemorrhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena *atherosklerosis* dan *hypertensi*. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan

membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

d. Hipoksia umum

Hipoksia diakibatkan karena penurunan pemasukan oksigen ke jaringan sampai dibawah tingkat fisiologi meskipun perfusi jaringan oleh darah memadai, hal ini terjadi akibat berkurangnya tekanan oksigen diudara. Hipoksia disebabkan oleh hipertensi yang parah, henti jantung paruh dan curah jantung turun akibat aritma yang mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu. (Purwanto & Hadi, 2016)

3. Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskuler) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung).

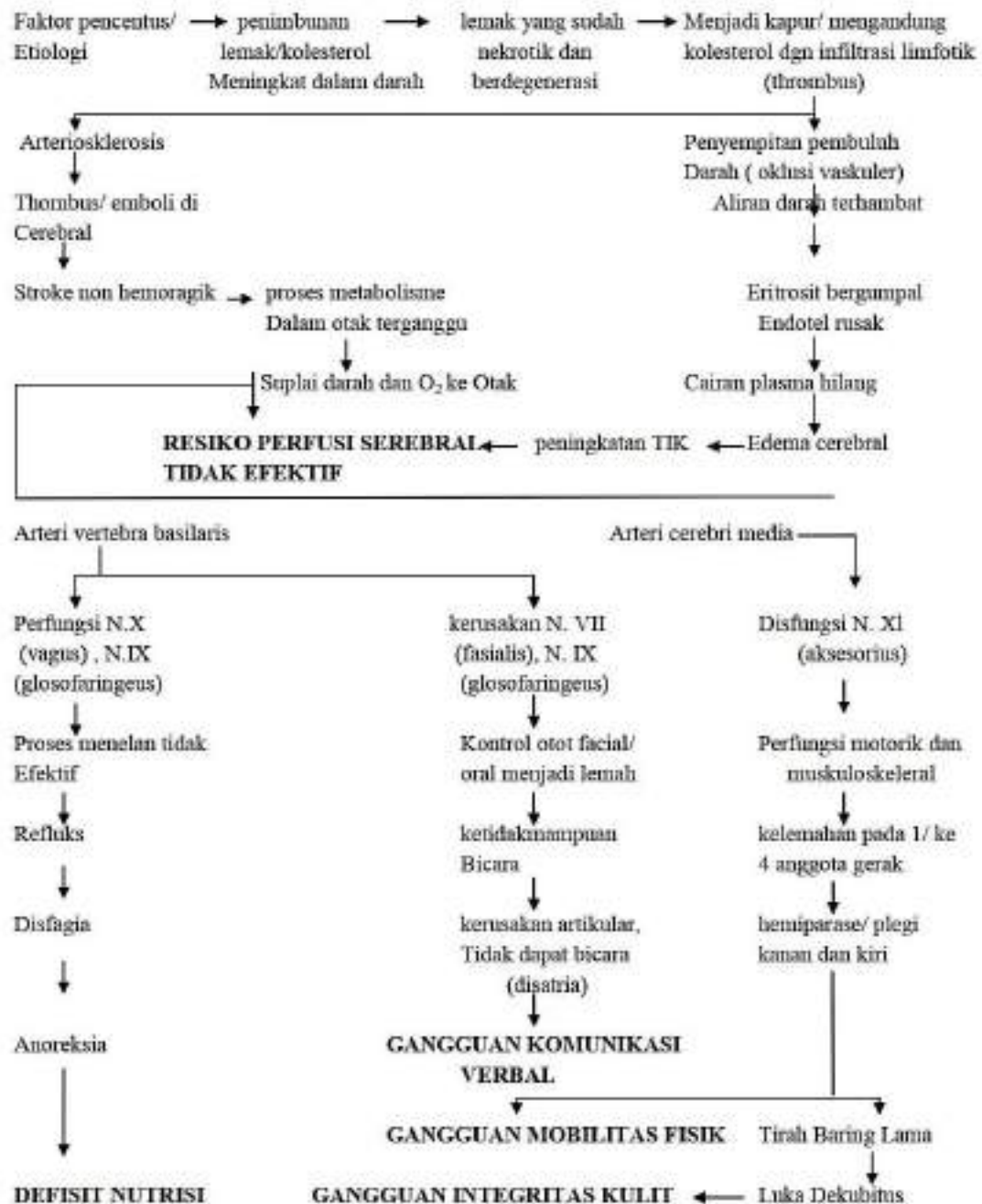
Arteriosklerosis sering sebagai factor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan :

a. Iskemia jaringan yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan.

b. Edema dan kongesti di sekitar area.

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena itu thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya *cardiac arrest* (Purwanto, Hadi, 2016).

4. Pathway



(Haryono, 2019)

5. Manifestasi Klinis

- a. Kehilangan/menurunnya kemampuan motorik
- b. Kehilangan/menurunnya kemampuan komunikasi
- c. Gangguan persepsi
- d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik
- e. Disfungsi : 12 saraf kranial, kemampuan sensorik, refleks otot, kandung kemih (Purwanto, Hadi, 2016)

6. Komplikasi Stroke

Stroke memiliki resiko tinggi terjadinya komplikasi diantaranya :

- a. Hipoksia serebral
Suatu kondisi yang terjadi saat otak kekurangan oksigen.
- b. Penurunan aliran darah serebral
Penurunan aliran darah ke otak menyebabkan terjadinya daerah penumbra (daerah otak) dan berkembang menjadi daerah infrak.
- c. Embolisme serebral
Sumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara.
- d. Pneumonia aspirasi
Suatu kondisi dimana penderita stroke keterbatasan bergerak atau permasalahan menelan yang menyebabkan makanan masuk ke saluran pernapasan.
- e. ISK, Inkontinensia
Suatu kondisi dimana penderita stroke sangat rentan mengalami ISK dikarenakan aliran darah ke otak terhambat sehingga mengganggu sinyal

otak ke otot-otot detrusor yang mengatur kandung kemih serta saluran kencing untuk berfungsi secara normal.

(Purwanto, Hadi, 2016)

7. Penatalaksanaan Stroke

Untuk mengobati keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor kritis sebagai berikut :

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

B. Konsep Masalah Keperawatan

Adapun masalah-masalah yang muncul pada pasien dengan stroke antara lain :

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Merupakan : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

- a. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial

- b. Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c. Aterosklerosis aorta
- d. Embolisme
- e. Infark miokard akut.

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

2. Defisit Nutrisi

Merupakan : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- a. Ketidakmampuan menelan makanan
- b. Ketidakmampuan mencerna makanan
- c. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d. Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e. Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Tidak ada

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

Gejala dan tanda minor :

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

Objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin

turun, rambut rontok berlebihan, diare. (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016).

3. Gangguan Mobilitas Fisik

Merupakan : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu arah atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Penurunan kendali otot
- d. Penurunan kekuatan otot
- e. Kekakuan sendi
- f. Nyeri

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

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

Gejala dan tanda minor :

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

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

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

4. Gangguan Integritas Kulit/ jaringan

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

Penyebab :

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi
- c. Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Proses penuaan

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Tidak ada

Objektif : kerusakan jaringan atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : Tidak ada

Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

5. Gangguan Komunikasi Verbal

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

Penyebab :

- a. Penurunan sirkulasi serebral
- b. Gangguan neuromuskuler
- c. Gangguan pendengaran
- d. Gangguan musculoskeletal
- e. Kelainan palatum

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Tidak ada

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

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : Tidak ada

Objektif : 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.

6. Nyeri Akut

Merupakan : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. Tertabrak, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, tertabrak, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : tidak ada

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Stroke terdiri atas 5 tahap yaitu pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu tahap dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

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

Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah 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 koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

c) Riwayat penyakit keluarga

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

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 persepsi kesehatan

Pada pola persepsi pasien mengetahui atau tidak tentang penyakit stroke yang dideritanya.

b) Pola nutrisi metabolik

Pada pola ini pasien mengalami kehilangan berat badan yang mendadak dan nafsu makan menurun.

c) Pola eliminasi

Urine dalam jumlah banyak atau sedikit, urin berwarna kuning atau pucat, perubahan atau tidak dalam BAK atau BAB, feses encer atau tidak.

d) Pola aktivitas dan latihan

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

e) Pola tidur dan istirahat

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

f) 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

g) Pola persepsi dan konsep diri

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

h) Pola hubungan dan peran

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

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

i) Pola reproduksi seksual

Klien biasanya mengalami penurunan gairah seks dan haid jadi tidak teratur.

j) Pola coping dan toleransi stress

Mengalami stress yang berat baik emosional atau fisik, emosi labil dan depresi.

k) Pola kepercayaan

Tergantung dari kebiasaan, ajaran dan aturan dari agama yang dianut oleh individu tersebut, nervus, tegang, gelisah dan cemas.

6) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

(1) Kesadaran : umumnya mengalami penurunan kesadaran

Glasgow Coma Scale (GCS)

Eye (Respon membuka mata)	Spontan membuka mata	4
	Buka mata dengan perintah suara	3
	Buka mata dengan rangsangan nyeri	2
	Tidak membuka mata	1
Verbal (Respon verbal)	Berorientasi dengan baik	5
	Bingung, bicara kacau	4
	Kata-kata tidak sesuai/tidak tepat	3
	Mengarang	2
	Tidak bersuara	1
Motor (respon motorik)	Mengikuti perintah	6
	Melokalisir nyeri	5
	Menarik extremitas menjauhi nyeri	4
	Fleksi abnormal	3
	Ekstensi abnormal	2
	Tidak ada gerakan	1

(2) Suarabicara : kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara

(3) Tanda-tanda vital : tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

b) Kepala

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

c) Wajah

Nyeri hebat pada wajah, pipi atau rahang akibat gangguan *nervus V trigeminus*.

d) Mulut

Lidah tidak bisa merasa asam, manis, asin dikarenakan gangguan *nervus VII facialis*. Adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan *nervus X vagus*, adanya kesulitan dalam menelan. Adanya gangguan fungsi menelan dan bersuara akibat gangguan *nervus IX glossofaringeus*.

e) 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*).

f) Hidung

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

g) Telinga

Gangguan fungsi pendengaran, gangguan keseimbangan, pendengaran menurun akibat gangguan (*nervus VIII vestibulocochlearis*).

h) Dada

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

i) Abdomen

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

j) 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

k) Pemeriksaan neurologi

(1) Pemeriksaan *nervus cranialis*

Umumnya terdapat gangguan *nervus cranialis* VII (*nervus fasialis*) dan XII (*nervus hipoglossus*).

(2) Pemeriksaan motorik

Umumnya terdapat gangguan pada *nervus okulomotoris* (III), *nervus troklearis* (IV), *nervus abduksen* (VI) dan *nervus asesorius* (XI).

(3) Pemeriksaan sensorik

Umumnya terdapat gangguan pada *nervus olfaktorius* (I), *nervus optikus* (II) dan *nervus auditorius* (VIII).

(4) Pemeriksaan reflex

Umumnya terdapat gangguan pada *nervus trigeminus* (V), *nervus fasialis* (VII) dan *nervus Vagus* (X).

l) Pemeriksaan Penunjang

(1) Pemeriksaan radiologi

(a) CT scan : didapatkan hiperdens fokal, kadang-kadang masuk ventrikel atau menyebar kepermukaan otak.

(b) MRI untuk menunjukkan area yang mengalami infark, hemoragik.

(2) Pemeriksaan laboratorium

(a) Fungsi lumbal : Menunjukkan adanya tekanan normal dan cairan tidak mengandung darah atau jernih.

- (b) Pemeriksaan darah rutin
- (c) Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.
- (d) Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.
- (e) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri (Purwanto, Hadi, 2016).

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, ketidakmampuan 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

- 1) Data subyektif : nyeri pada ekstermitas, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, mengeluh nyeri, menyatakan sering kesal.
- 2) Data obyektif : 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*

Data subyektif : mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data obyektif : Penurunan Kesadaran , gelisah

Etiologi: Embolisme

Problem : Resiko perfusi serebral tidak efektif

2) *Sign/symptom*

Data subjektif : kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

Data objektif : berat badan menurun, membran mukosa pucat.

Etiologi : ketidak mampuan mencerna makanan

Problem : defisit nutrisi

3) *Sign/symptom*

Data subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan gerakan

Data objektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, fisik lemah.

Etiologi : gangguan muskuloskeletal

Problem : gangguan mobilitas fisik

4) *Sign/symptom*

Data subjektif : tidak ada

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

Etiologi : gangguan muskuloskeletal

Problem : gangguan komunikasi verbal

5) *Sign/symptom*

Data subjektif : tidak ada

Data objektif : kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan kemerahan.

Etiologi : penurunan mobilitas

Problem : gangguan integritas kulit/ jaringan

6) *Sign/symptom*

Data subjektif : mengeluh nyeri

Data objektif : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah.

Etiologi : agen pencedera fisiologi

Problem : nyeri akut

2. Diagnosa Keperawatan (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016)

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien stroke diantaranya :

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme yang ditandai dengan :

Data Subjektif : mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data Objektif : Penurunan Kesadaran, gelisah

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi yang ditandai dengan :

Data subjektif : mengeluh nyeri

Data objektif : tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah.

- 3) Defisit nutrisi berhubungan ketidak mampuan mencerna makanan yang ditandai dengan:

Data subjektif : kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun

Data objektif : berat badan menurun, membran mukosa pucat.

- 4) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang ditandai dengan :

Data subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan gerakan

Data objektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, fisik lemah

- 5) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang ditandai dengan :

Data subjektif : tidak ada

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

- 6) gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas yang ditandai dengan :

Data subjektif : tidak ada

Data objektif : kerusakan jaringan atau lapisan kulit dan kemerahan.

3. Intervensi Keperawatan (TIM POKJA SIKI DPP PPNI, 2018)

1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah

Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi

Kriteria hasil :

- a) Tingkat kesadaran meningkat
- b) Tekanan intra kranial menurun
- c) Sakit kepala menurun
- d) Gelisah menurun

Intervensi : Menejemen peningkatan TIK

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

Rasional : peningkatan tekanan intrakranial disebabkan oleh peningkatan volume otak

- b) Monitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial.

Rasional : tekanan intrakranial meningkat maka dapat mengancam nyawa

- c) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

Rasional : sebagai terapi anti kejang.

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah

nyeri akut dapat teratasi

Kriteria hasil :

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Kesulitan tidur menurun
- e) Pola napas membaik
- f) Tekanan darah membaik

Intervensi : Menejemen Nyeri

- a) Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

Rasional : nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh pasien untuk merencanakan penanganan yang efektif.

- b) Identifikasi skala nyeri

Rasional : mengkaji skala nyeri dan mengetahui ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien

- c) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri

Rasional : teknik nonfarmakologi merupakan teknik relaksasi distraksi untuk membantu menghilangkan nyeri.

- d) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

Rasional : tindakan farmakologi yang mampu mengurangi rasa nyeri.

3) Defisit nutrisi berhubungan ketidak mampuan mencerna makanan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan defisit nutrisi dapat teratasi dengan

Kriteria hasil :

- a) kekuatan otot mengunyah dan menelan membaik
- b) nyeri abdomen menurun
- c) nafsu makan membaik
- d) membran mukosa membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi

a) Kaji TTV

Rasional : TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi.

b) Identifikasi status nutrisi

Rasional : status nutrisi adalah suatu kondisi tubuh akibat mengkonsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi.

c) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : makanan yang disukai mampu membantu proses peningkatan nafsu makan pada pasien.

d) Monitor asupan makanan

Rasional: asupan makanan yang di konsumsi dapat meningkatkan status gizi pada pasien.

e) Monitor berat badan

Rasional : berat badan normal atau tidak dapat mempengaruhi status gizi pada pasien.

4) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan

Kriterial hasil :

- a) Pergerakan ekstermitas meningkat
- b) Kekuatan otot meningkat
- c) Rentang gerak meningkat
- d) Kaku sendi menurun
- e) Kelemahan fisik menurun
- f) Nyeri menurun

Intervensi: Tindakan dukungan mobilisasi

a) Kaji TTV

Rasional : TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi.

b) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik

Rasional : keluhan nyeri atau kelemahan pada fisik pada pasien dapat menentukan tindakan selanjutnya.

c) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi

Rasional : kesiapan fisik dalam melakukan ambulansi dapat membantu meningkatkan kekuatan tubuh.

d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulansi

Rasional : kondisi umum pasien saat setelah melakukan ambulansi apakah tampak lemah.

e) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi

Rasional : Ambulansi merupakan latihan atau tindakan yang dapat diberikan apabila pasien sudah mampu miring kiri dan kanan, duduk dari posisi terlentang, berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, duduk ke berdiri dan berdiri secara mandiri.

5) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan muskuluskeletal

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan

Kriteria hasil :

- a) kemampuan berbicara membaik
- b) kemampuan mendengar membaik
- c) berbicara pelan menurun
- d) respon perilaku membaik
- e) pemahaman komunikasi membaik

Intervensi : Tindakan defisit bicara

a) Kaji TTV

Rasional : TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi.

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

Rasional : mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas dan volume bicara

c) Gunakan metode komunikasi alternatif

Rasional : komunikasi alternatif merupakan teknik yang membantu komunikasi tanpa menggunakan bahasa lisan.

6) Gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan

Kriteria hasil :

- a) kerusakan jaringan menurun
- b) kerusakan lapisan kulit menurun
- c) kemerahan menurun
- d) suhu kulit membaik

Intervensi : Perawatan integritas kulit

a) Kaji TTV

Rasional : TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi.

b) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Rasional : penyebab terjadinya integritas kulit dapat membantu menentukan intervensi selanjutnya.

c) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional : mengurangi resiko penekanan pada satu sisi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian Kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Leniwita, H & Yanti, A. 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah laporan tertulis tentang hasil (kemajuan pasien terhadap tujuan), format dibuat agar dapat menghemat waktu dan memberikan kesempatan penilaiia cepat tentang kondisi pasien terkini, catatan perkembangan dibuat secara berurutan dari waktu ke waktu mengikitu kemajuan pasien (Leniwita, H & Yanti, A. 2019).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

Karya Tulis Ilmiah ini menggambarkan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk Karya tulis Ilmiah. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Ariyanti, Yati, 2020).

Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada klien dengan diagnose medic Stroke di wilayah Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic pada Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non hemoragik di wilayah kerja Rumah Sakit Umum Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Nomor	Pernyataan	Definisi Operasional
1	Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada pasien.
2	Stroke	Adalah disfungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba akibat sirkulasi darah otak yang tidak normal disertai gejala maupun tanda klinis local dan sistemik, berlangsung selama lebih dari 24 jam atau dapat mengakibatkan kematian.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan selama 3 hari pada tanggal 10-12 Juni 2023 di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode kepustakaan, wawancara, observasi dan konsultasi. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik pada pasien dengan Strike Non Hemoragik.

F. Teknik Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala ruangan penyakit dalam, kemudian kepala ruangan menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan Informend Consent. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

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

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. Instrument Pengumpulan data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi D III Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi , biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga), yaitu istri dan keluarga yang mengerti dan dekat dengan pasien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah dan di laporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisis Data

Analisi data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa

keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian hingga evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien stroke.

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 diruangan Penyakit Dalam 1 dengan jumlah kamar 5 untuk kamar VIP dan II kamar untuk 3 ruangan dengan kapasitas untuk penampungan 1-4 orang dalam 1 ruangan. Terdapat 10 orang perawat diantaranya 3 orang perawat dengan gelar Nurse dan 7 perawat dengan gelar Ahli Madya keperawatan.

2. Pengkajian

Pasien berinisial Ny. J.J.O lahir pada tanggal 22 Februari 1970, berumur 53 tahun, berjenis kelamin perempuan, tinggal di jalan Sultan Hasanudin, beragama Katolik, pendidikan S1 Guru Sekolah Dasar, pekerjaan Guru dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

Pasien berinisial Ny. J.J.O lahir tanggal 22 Februari 1970 tinggal di jalan Sultan Hasanudin, dan beragama Katolik, pendidikan terakhir S1 Guru Sekolah Dasar, pekerjaan Guru, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 4 Juni 2023. Penanggung jawab pasien adalah suaminya dengan inisial Tn. H.N umur 56 tahun dan pekerjaan guru.

2) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan dan bicara pelo.

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga mengatakan setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pada tanggal 09 Juni 2023, pasien mengalami demam dan batuk, bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan, bicara pelo, terpasang selang NGT, kaki sebelah kanan terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm dan pasien tampak lemah dan terpasang O2 nasal kanul 3 lpm.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga mengatakan pasien sudah 9 bulan mengalami stroke, pada bulan Agustus 2022 pasien pernah di rawat di RSUD Ende selama 5 hari dan keluar lalu keluarga meminta surat rujukan ke Maumere.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit turunan dan hanya pasien saja yang mengalami penyakit stroke.

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit keluarga segera mengantar pasien ke RSUD Ende.

b) Pola nutrisi metabolik

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari dan minum air sekitar 8 gelas perhari, makanan yang sering di makan seperti nasi, sayur, ikan dan tempe. Porsi makan yang disiapkan selalu dihabiskan. Saat ini pasien diet cair melalui selang NGT yang di pasang di hidung selama 4 jam sekali dengan jumlah 200 cc/ NGT dan air putih 100 cc/ NGT, tinggi badan 168 cm, dan berat badan 57 kg ditimbang terakhir kali sebelum pasien mengalami stroke. Berat badan ideal adalah 59,3 dan IMT adalah 20,2.

c) Pola eliminasi

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien BAB lancar 1-2 hari sekali dengan konsistensi padat dan lembek danb tidak ada keluhan saat BAB, sedangkan BAK biasanya 3 kali sehari warna kuning, berbau khas urine dan tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini pasien BAB 1 hari sekali dengan konsistensi cair dan menggunakan pempers, sedangkan BAK pasien menggunakan kateter urine dengan jumlah 100 cc pada tanggal 10 Juni 2023 pada jam 08.00 WITA.

d) Pola aktivitas dan latihan

Keluarga mengatakan sebelum, sakit pasien 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.

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum				3	
Mandi			2		
Toileting				3	
Berpakaian			2		
Berpindah			2		

Keterangan:

0 : mandiri, 1 : alat bantu, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu orang lain dan alat, 4 : tergantung total

e) Pola istirahat dan tidur

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai jam 20.00-05.00 pagi dan pasien jarang tidur siang. Saat ini pasien hanya hanya tertidur saja.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

Keluarga mengatakan pasien saat diajak bicara pasien hanya terdiam dan terbaring lemas.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Keluarga mengatakan pasien mempunyai 1 orang anak tetapi sudah meninggal dan menjadi istri yang baik dan taat pada suami, pasien mempunyai hubungan baik dengan tetangga dan keluarga serta masyarakat yang ada di lingkungannya.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stress

Keluarga mengatakan pasien merupakan seorang guru, pasien mempunyai hubungan baik dengan anggota keluarga, keluarga mendukung atas kesembuhan pasien, semua masalah dan keputusan selalu menceritakan kepada suami.

i) Pola sistem dan kepercayaan

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien setiap hari minggu selalu ke gereja tetapi saat sakit pasien tidak bisa ke gereja dan hanya terbaring lemas di tempat tidur.

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : lemah, kesadaran samnolen (GCS 7-9 dengan jumlah E : 2, V : 2, M : 3).

b) Tanda-tanda vital

TD : 130/80 mmHg, nadi : 118 x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36 x/m,
SPO2 : 81 %.

c) Keadaan fisik

(1) Kepala :

I : Kepala tampak bersih, rambut warna putih bercampur hitam, tidak mudah 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 anemis, sklera mata tidak ikterik, bentuk mata simetris antara mata kiri dan kanan, tampak ada kotoran mata, tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata.

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, lidah tampak kotor, tidak ada karies gigi.

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

(7) Leher :

I : Bentuk simetris, tidak ada 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 ronchi.

(9) Abdomen :

I : Bentuk simetris.

A : Terdengar bising usus 14 kali permenit.

P : Tidak ada nyeri tekan.

P : Terdengar suara timpani.

(10) Genetalia : terpasang kateter urine, tampak bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada daerah pemasangan kateter.

(11) Integumen : kulit tampak kering dan terkelupas seperti pergantian kulit.

(12) Ekstermitas atas : jari tangan kiri dan kanan lengkap, tangan kiri susah digerakan, akral teraba panas, kulit tidak pucat, CRT pada pasien normal dan kembali dalam waktu 3 detik.

(13) Ekstermitas bawah : kedua jari kaki kiri dan kanan lengkap, kaki kiri susah digerakan, kaki kanan terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm kali permenit, akral teraba dingin, CRT >3 detik.

6) Pemeriksaan penunjang

Darah lengkap (Tanggal 05 Juni 2023)

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	Berat
1.	Afonestatin	1 x 1	20 mg
2.	Domparidon	3 x 1	1 tablet
3.	Paracetamol	3 x 1	500 mg
4.	Amoldipin	1 x 1	10 mg
5.	Sucralfate Syrup	3 x 1	500 mg
6.	Asam tranexamat	3 x 1	500 mg/Iv
7.	Citicoline Sodium	2 x 1	500 mg/Iv
8.	Mecobalamin	2 x 1	500 mg/Iv
9.	Omeprazole Sodium	2 x 1	40 mg/Iv
10.	Diet Cair	6 x 1	100 cc/4 jam

b. Tabulasi Data

Keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk, bagian badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara pelo, keadaan umum lemah, kesadaran samnolen (GCS 7-9 dengan jumlah E : 2, V : 2 dan M : 3), terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang oksigen nasal kaul 3 lpm, adanya bunyi napas ronchi, tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, terpasang selang NGT, terpasang kateter urien dengan jumlah 100 cc dan kulit tampak terkelupas dan kering seperti pergantian kulit, berat badan 57 kg dan tinggi badan 168 cm ditimbang terakhir sebelum pasien mengalami stroke, akral teraba dingin, CRT >3 detik.

c. Klasifikasi Data

Ds : keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk, bagian badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara pelo, aktivitas pasien sehari-hari dibantu oleh keluarga, berat badan 57 kg dan tinggi badan 168 cm ditimbang terakhir sebelum pasien mengalami stroke.

Do : kesadaran samnolen (GCS 7-9 dengan jumlah E : 2, V : 2, M : 3), keadaan umum lemah, tampak pucat, mukosa bibir kering, tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36x/m,

Spo2 : 81 %, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, adanya bunyi napas ronchi, terpasang selang NGT, dan terpasang kateter urine, akral teraba dingin, CRT >3 detik.

d. Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Ds : - Do : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6 ⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, akral teraba dingin, CRT >3 detik.	Embolisme	Resiko perfusi cerebral tidak efektif
2.	Ds : keluarga pasein mengatakan bahwa pasien mengalami batuk. Do : pasien batuk berlendir, mukosa bibir kering, adanya bunyi napas ronchi, terpasang O2 nasal kaul 3 lpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6 ⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.	Penumpukan secret	Bersihkan jalan napas tidak efektif
3.	DS : keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan. DO : pasien tampak lemah, ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri tidak bisa digerakan, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6 ⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

4.	<p>DS : keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk.</p> <p>Do : pasien tampak lemah, demam, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^oc, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.</p>	Proses penyakit	Hipertermi
5.	<p>Ds : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien bicara pelo</p> <p>Do : pasien tampak lemah, bicara pelo, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^oc, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.</p>	Gangguan neuro muscular	Gangguan komunikasi verbal
6.	<p>Ds : keluarga pasien mengatakan bahwa semua aktivitas pasien sehari-hari di bantu.</p> <p>Do : Keadaan umum samnolen, pasien tampak lemas dan terbaring di atas tempat tidur, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, menggunakan pempers, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^o c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.</p>	Imobilitas/Tirah Baring	Intoleransi aktivitas

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret yang ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk.

Data objektif : pasien batuk berlendir, mukosa bibir kering, adanya bunyi napas ronchi, terpasang oksigen nasal kaul 3 lpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %,

- b. Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme yang ditandai dengan :

Data subjektif : -

Data objektif : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, akral teraba dingin, CRT >3 detik

- c. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yang ditandai dengan:

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk.

Data objektif : pasien tampak lemah, demam, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan.

Data objektif : pasien tampak lemah, ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri tidak bisa digerakan, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,60c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

- e. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuro muskular ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien bicara pelo.

Data objektif : pasien tampak lemah, bicara pelo, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^oc, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas/ tirah baring yang ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa semua aktivitas pasien sehari-hari di bantu.

Data objektif : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemas dan terbaring di atas tempat tidur, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, menggunakan pempers, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^o c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

4. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah diatas maka masalah bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan secret merupakan masalah utama karena mengancam nyawa harus segera mendapatkan pengobatan dan

perawatan, sedangkan resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuro muskular dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas/ tirah baring merupakan masalah yang mengancam keselamatan.

Intervensi keperawatan untuk diognosa bersihan jalan napas tidak efektif. **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil batuk efektif menurun, produksi sputum menurun, bunyi napas ronchi menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik. **Intervensi manajemen jalan napas** : 1) ukur TTV tiap 2 jam sekali. Rasional : dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi, 2) monitor pola napas. Rasional : dapat mengetahui frekuensi, kedalaman dan usaha napas, 3) mengetahui bunyi napas tambahan. Rasional : mengetahui apakah bunyi napas gurgling, mengi, wheezing atau ronchi, 4) monitor sputum. Rasional : mengetahui jumlah, warna dan aroma sputum, 5) posisikan semi fowler atau fowler. Rasional : posisi semi fowler atau fowler dapat mengurangi sesak napas, 6) beri air hangat rasional : memperlancar dan mengencerkan secret, 7) berikan oksigen. Rasional : membantu dalam proses pernapasan. Intervensi untuk diagnosa resiko perfusi cerebral tidak efektif **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah

resiko perfusi cerebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, tekanan intra karnial menurun, sakit kepala menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah diastolic membaik dan gelisah menurun. **Intervensi manajemen peningkat tekanan intrakarnial** : 1) ukur TTV tiap 2 jam sekali. Rasional : dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi, 2) 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. 3) kolaborasi pemberian obat. Rasional : memberikan pengobatan kepada pasien dan mempercepat penyembuhan.

Intervensi untuk diagnosa hipertermi **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hipertermi dapat teratasi dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik dan tekanan darah membaik. **Intervensi manajemen hipertermi** : 1) ukur TTV tiap 2 ajam sekali. Rasional : dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi, 2) identifikasi penyebab hipertermi. Rasional: mengetahui penyebab terjadinya hipertermi, 3) monitor suhu tubuh. Rasional : mengetahui apakah suhu tubuh meningkat atau normal, 4) kompres dingin pada daerah lipatan seperti ketiak dan paha. Rasional mampu mengurangi suhu tubuh, 5) kolaborasi pemberian antiparetik. Rasional : mengurangi peningkatan suhu tubuh secara terapeutik.

Intervensi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik **Tujuan** : setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, kelemahan fisik menurun. **Intervensi dukungan mobilisasi :**

- 1) ukur TTV tiap 2 jam sekali. Rasional : dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi,
- 2) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. Rasional : mengetahui dan memahami prosedur melakukan mobilisasi,
- 3) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Rasional : membantu pasien dalam memudahkan pergerakan,
- 4) Ajarkan melakukan ROM pasif (gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan). Rasional : untuk melihat perkembangan pasien dan meningkatkan pergerakan sendi,
- 5) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Rasional : mengetahui kondisi saat setelah melakukan mobilisasi.

Intervensi untuk diagnosa gangguan komunikasi verbal **Tujuan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil : kemampuan bicara membaik, bicara pelo menurun, dan respon perilaku membaik. **Intervensi defisit bicara :**

- 1) ukur TTV tiap 2 jam sekali. Rasional : dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi,
- 2) monitor kecepatan, ketepatan, kuantitas, volume, dan diksi bicara. Rasional : mengetahui kecepatan,tekanan,kuantitas dan volume bicara,
- 3) gunakan metode komunikasi alternative. Rasional : membantu dalam

proses komunikasi. Intervensi untuk diagnose intoleransi aktivitas **Tujuan** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : saturasi oksigen membaik, frekuensi napas membaik, kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat. **Intervensi manajemen energi** : 1) ukur tanda-tanda vital tiap 2 jam sekali. Rasional : dapat mengetahui perkembangan pasien secara mandiri dengan cara mengobservasi, 2) identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Rasional : untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan, 3) monitor pola dan jam tidur. Rasional : kecukupan tidur dan istirahat dapat menghindari kelelahan akibat kurangnya istirahat, 4) anjurkan tirah baring. Rasional : istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi.

5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan masing masing diagnosa keperawatan :

a. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada hari pertama Sabtu 10 Juli 2023.

1) Bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan secret. Jam 08.00 WITA mengukur TTV dengan hasil TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^oc, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %. Jam 08.00 memonitor pola napas dengan hasil pasien bernapas dengan tidak teratur (cepat), frekuensi napas 36x/m. Jam 08.03 mengetahui bunyi

- napas tambahan dengan hasil adanya bunyi napas ronchi. Jam 08.03 memonitor sputum dengan hasil adanya sputum dengan jumlah sedikit, warna putih kental. Jam 08.03 memposisikan semi fowler atau fowler dengan hasil pasien diposisikan semi fowler dengan meninngikan kepala. Jam 08.05 memberikan air hangat dengan hasil pasien diberikan air hangat dengan jumlah 100 cc melalui selang NGT. Jam 08.03 mengkolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 lpm dengan hasil pasien tampak lemas, sesak napas sedikit berkurang.
- 2) Resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d embolisme. Jam 08.00 memonitor sirkulasi (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstermitas) dengan hasil nadi : 81x/m, tidak ada adanya edema pada ekstermitas, CRT >3 detik dan akral terasa dingin. Jam 08.10 WITA mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil pasien mendapatkan terapi afonestatin 20 mg/IV, amoldipin 10 mg/IV, asam traneksamat 500 mg/oral, citicoline sodium 500 mg/IV, mecobalamin 500 mg/IV.
- 3) Hipertemi b/d proses penyakit. Jam 08.00 WITA memonitor suhu tubuh dengan hasil suhu badan pasien 38,6^oc. jam 09.00 mengkompres pada daerah lipatan seperti ketiak dan paha dengan hasil pasien masih panas. Jam 08.10 mengkolaborasi pemberian antiparetik dengan hasil pasien mendapatkan terapi paracetamol 500 mg/IV.

- 4) Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot. Jam 09.20 WITA menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil keluarga mampu mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi. Jam 09.25 melibatkan keluarga untuk membantu pergerakan dengan hasil keluarga pasien membantu pasien dalam mengatur posisi yang nyaman mungkin dan membantu meluruskan kaki dan tangan. Jam 09.30 mengajarkan melakukan ROM pasif dengan hasil tidak ada respon dari pasien dan pasien hanya terbaring saja. Jam 09. 45 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien tampak lemah dan hanya tertidur saja.
 - 5) Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan neuro muskular. Jam 10.00 WITA memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dengan hasil saat pasien dipanggil pasien hanya tidur dan tidak ada respon. Jam 10.05 menggunakan metode komunikasi alternative dengan hasil pasien tidak memberi respon dan hanya tertidur.
 - 6) Intoleransi aktivitas b/d imobilisasi/ tirah baring. Jam 11.20 WITA mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan dengan hasil bagian tubuh sebelah kiri pasien yang mengalami kelemahan. Jam 11. 30 memonitor pola tidur dan jam tidur dengan hasil keluarga mengatakan pasien tidur tidak teratur.
- b. Pelaksanaan intervensi keperawatan hari kedua Minggu 11 Juli 2023.
- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan secret. Jam 14.00 WITA mengukur TTV dengan hasil TD : 120/80 mmHg, nadi :

- 93x/m, suhu : 38,0⁰c, Spo2 : 96 %, RR : 24x/m. Jam 14.00 memonitor pola napas dengan hasil pasien bernapas belum teratur, frekuensi napas 24x/m. jam 14.03 mengetahui bunyi napas tambahan dengan hasil adanya bunyi napas ronchi. Jam 14.03 memonitor sputum dengan hasil adanya sputum dengan jumlah sedikit, warna putih kental. 14.04 memposisikan semi fowler atau fowler dengan hasil pasien diposisikan semi fowler dengan meninggikan kepala. Jam 14.07 memberikan air hangat dengan hasil pasien diberikan air hangat dengan jumlah 100 cc melalui selang NGT.
- 2) Resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d embolisme. Jam 16.00 memonitor sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstermitas) dengan hasil nadi : 93x/m, tidak adanya edema pada ekstermitas, CRT >3 detik dan akral teraba dingin. Jam 16.02 WITA mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil pasien mendapatkan terapi asam tranexamat 500 mg/oral.
- 3) Hipertermi b/d proses penyakit. Jam 14.00 memonitor suhu tubuh dengan hasil suhu tubuh 38,0⁰c. jam 14.10 mengkompres pada daerah lipatan dengan hasil pasien panas mulai menurun. Jam 16.00 mengkolaborasi pemberian antiparetik dengan hasil pasien mendapatkan terapi paracetamol 500 mg/IV.
- 4) Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot. Jam 15.15 WITA mengajarkan melakukan ROM pasif dengan hasil pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, pasien

belum mampu menekukan kaki dan jari-jari tangan. Jam 15. 30 memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil pasien tampak lemah.

- 5) Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan neuro muskular. Jam 14.30 WITA memonitor kecepatan, ketepatan, kuantitas, volume dan diksi bicara dengan hasil saat pasien dipanggil pasien mampu menjawab “iya” meskipun dengan volume suara kecil dan tidak lantang. Jam 14.45 menggunakan komunikasi alternatif dengan hasil pasien mampu melambaikan tangan sebelah kanan saat memanggil suaminya, pasien mampu memberi kode saat badannya sakit dan pasien mampu mengucapkan kata “sakit”.
- 6) Intoleransi aktivitas b/d imobilisasi/ tirah baring. Jam 15.00 WITA memonitor pola dan jam tidur dengan hasil keluarga mengatakan pasien tidur sudah mulai teratur.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama Sabtu, 10 Juni 2023

Diagnosa I bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan secret.

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih sesak napas.

O : Pasien tampak lemas, pasien tampak sesak napas, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110 x/m, RR : 24x/m, suhu : 38,0⁰c, Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, adanya lender, batuk, mukosa bibir kering, bunyi napas ronchi, kaki kanan

terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, dan terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5, dan 6.

Diagnosa II resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d embolisme.

S : - (tidak ada keterangan)

O : Pasien tampak lemah, akral teraba dingin, CRT >3 detik, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110 x/m, RR : 24x/m, suhu : 38,0⁰c, Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm dan terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Diagnosa III hipertermi b/d proses penyakit.

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih panas.

O : Keadaan umum lemah, pasien masih panas, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, RR : 24x/m, suhu : 38,0⁰c, Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan hipertermi belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1,2 dan 3.

Diagnosa IV gangguan mobilitas fisik b/ penurunan kekuatan otot.

S : Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring dan tertidur saja, bagian badan sebelah kiri belum bisa digerakan dan keluarga mengatakan memahami tujuan dan prosedur mobilisasi.

O : Pasien tampak lemah dan hanya tertidur saja, bagian ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri belum bisa digerakan, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 112x/m, suhu : 38,0⁰c, RR : 24x/m, Spo2 : 81%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, trpasang selang NGT, terpasang kateter urin.

A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Diagnos V gangguan komunikasi verbal b/d gangguan neuro muscular.

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien hanya tertidur saja semenjak dipindahkan dari ruangan ICU.

O : Pasien tampak lemah, pasien tidak ada respon saat diajak bicara dan hanya tertidur saja, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 112x/m, suhu : 38,0⁰c, RR : 24x/m, Spo2 : 81 x/m, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpsang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Diagnosa VI intoleransi aktivitas b/d imobilitas/ tirah baring.

S : Keluarga mengatakan bahwa pasien belum bisa melakukan aktivitas secara sendiri dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

O : Pasien tampak lemah, pasien hanya terbaring dan tertidur saja, bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan digerakan, semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 112x/m, suhu : 38,0⁰c, RR : 24x/m, Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Evaluasi hari kedua Minggu, 11 Juni 2023

Diagnosa I bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan secret.

S : Keluarga mengatakan bahwa pasien masih sesak napas dan batuk.

O : Pasien tampak lemah, pasien tampak sesak napas, batuk, bunyi napas ronchi, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR : 20x/m, suhu : 37,8⁰c, Spo2 : 82%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, mukosa bibir kering, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efekti teratasi sebagian. **P** : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6.

Diagnosa II resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d embolisme.

S : - (tidak ada keterangan).

O : Pasien tampak lemah, akral teraba dingin, CRT >3 detik, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR : 20x/m, suhu : 37,8⁰c, Spo2 : 82%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan

terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan resiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Diagnosa III hipertermi b/d proses penyakit.

S : Keluarga mengatakan bahwa pasien masih panas.

O : Pasien tampak lemah, panas mulai menurun, mengukur TTV pasien
TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR : 20x/m, suhu : 37,8⁰c, Spo2 : 82%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus nasal kanul 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan hipertermi teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi : 1,2 dan 3.

Diagnosa IV gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot.

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri belum bisa digerakan.

O : Pasien tampak lemah, bagian ekstermitas atas dan bawah belum bisa digerakan, saat digerakan ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri tidak ada respon dari pasien.

A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Diagnosa V gangguan komunikasi verbal b/d gangguan neuro muscular.

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa saat pasien membutuhkan sesuatu pasien melambatkan tangan kanan dan mengucapkan kata “Haaa” jika membutuhkan sesuatu dan pasien memberikan respon yang baik saat diajak bicara.

O : Pasien tampak lemah, saat dipanggil pasien menjawab “iya”, pasien mampu mengucapkan kata “sakit” jika merasakan sakit, saat ditanya pasien hanya mengangguk, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR : 20x/m, suhu : 37,8⁰c, Spo2 : 82%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus nasal kanul 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

Diagnosa VI intoleransi aktivitas b/d imobilitas/ tirah baring.

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.

O : Pasien tampak lemah, pasien hanya terbaring dan tertidur saja, bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan digerakan, semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR : 20x/m, suhu : 37,8⁰c, Spo2 : 82%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus nasal kanul 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1.

7. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan Senin, 12 Juni 2023

Diagnosa I bersihan jalan napas tidak efektif b/d penumpukan secret

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sesak napas sudah berkurang dan sudah tidak batuk.

O : Pasien tampak lemah, sesak napas sudah berkurang, pasien sudah tidak batuk, tidak adanya lendir, tidak terdapat bunyi napas ronchi, mukosa bibir lembab, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi 1,2 dan 3.

I : Jam 13.00 WITA ukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi :85x/m, suhu 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96x/m, jam 13.00 memposisikan pasien semi fowler, jam 13.10 berikan air hangat 100 cc/NGT.

E : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sesak napas sudah berkurang, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, posisi pasien semi

fowler, pasien sudah tidak batuk, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.

Diagnosa II resiko perfusi cerebral tidak efektif b/d embolisme.

S : Keluarga pasien mengatakan keadaan pasien sudah agak baik.

O : Pasien tampak lemah, mukosa bibir lembab, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, CRT >3 detik, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan resiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi 1.

I : Jam 14.00 kolaborasi pemberian terapi obat asam tranexamat 500 mg/NGT, afonestatin 20 mg/IV, amoldipin 10 mg/IV, citicoline sodium 500 mg/IV, mecobalamin 500 mg/IV.

E : Keluarga pasien mengatakan bahwa keadaan pasien sudah agak baik, mukosa bibir lembab, CRT >3 detik, suhu : 37,5⁰c, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.

Diagnosa III hipertermi b/d proses penyakit

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak panas.

O : Pasien tampak lemah, pasien sudah tidak panas, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, mukosa bibir lembab, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan hipertermi teratasi.

P : Intervensi dihentikan.

I : Jam 13.00 monitor suhu tubuh.

E : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak panas, suhu : 37,5⁰c, mukosa bibir lembab, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, pasien masih dirawat inap, intervensi dihentikan.

Diagnosa IV gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri pasien sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit.

O : Pasien tampak lemah, jari tangan sebelah kiri sudah bisa diluruskan dengan bantuan keluarga ataupun perawat, bagian kaki kiri sedikit demi sedikit sudah bisa digerakan, kekuatan otot masih lemah, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi 1,2 dan 3.

I : Jam 13.20 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 13.22 ajarkan melakukan ROM pasif, monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan.

E : Keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit, keadaan umum lemah, kekuatan otot masih lemah, jari-jari tangan sebelah kiri sudah bisa diluruskan sedikit demi sedikit, kaki bagian kanan sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.

Diagnosa V gangguan komunikasi verbal/d gangguan neuro muscular

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah bisa diajak bicara dan memberi respon yang baik saat diajak bicara.

O : Keadaan umum lemah, pasien memebrikan respon yang baik saat diajak bicara, saat dipanggil namanya pasien mampu menjawab “iya” meskipun belum terlalu lantang, pasien mampu mengucapkan kata “sakit” saat pasien merasa kesakitan, saat ditanya pasien mampu mengerti pertanyaan dan memberi respon dengan menganggukan kepala, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpaasang oksigen

nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

I : Jam 13.25 monitor kecepatan, tekanan, volume dan diksi bicara. Jam 13.30 gunakan metode komunikasi verbal.

E : Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah bisa diajak bicara dan memberikan respon baik saat diajak bicara, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.

Diagnosa VI intoleransi aktivitas b/d imobilitas/tirah baring

S : Keluarga pasien mengatakan bahwa semua kativitas sehari-hari pasien dibantu oleh keluarga dan bagian badan sebelah kiri sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit.

O : Keadaan umum lemah, bagian badan sebelah kiri sudah bisa digerakasn sedikit demi sedikit, semua aktivitas pasien masih dibantu keluarga, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.

A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

P : Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

I : Jam 13.35 identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Jam 13. 40 monitor pola tidur dan jam tidur.

E : Keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri pasien sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit, semua aktivitas sehari-hari pasien masih dibantu oleh keluarga, pasien tidur sudah mulai teratur, keadaan umum lemah, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.

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.

Pada pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam I dan II 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. J.J.O berumur 53 tahun dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik ditemukan data keluarga mengatakan bagian badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara pelo, saat dilakukan pemeriksaan fisik pasien tampak pucat, lemah, kesadaran somnolen, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, dan aktivitas pasien dibantu keluarga.

Menurut Purwanto, Hadi (2016) dimana data yang ditemukan pada kasus Stroke Non hemoragik yaitu gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologi, kehilangan/menurunnya kemampuan motorik,

kehilangan/menurunnya komunikasi dan disfungsi 12 saraf karnial, kemampuan sensorik dan reflek otot.

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 sedangkan yang ditemukan pada kasus kehilangan/menurunnya kemampuan motorik, kehilangan/ menurunnya komunikasi dan disfungsi 12 saraf kranial, kemampuan sensorik dan reflek otot. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan pada manifestasi klinis pada Ny. J.J.O. Dari pengkajian diatas proses pengkajian dilakukan sama seperti studi kasus Sulistia Wati dengan teknik observasi dan wawancara pada pasien dan ditemukan adanya kesenjangan antara kasus pada Ny. J.J.O dan hasil studi kasus Sulistia Wati.

2. Diagnosa Medis

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Ny. J.J.O ada 6 diantaranya bersihan jalan napas tidak efektif, resiko perfusi serebral tidak efektif, hipertermi, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan intoleransi aktivitas.

Secara teori menurut SDKI (2016) diagnosa medis untuk kasus stroke non hemoragik ada 6 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, dan gangguan integritas kulit dan nyeri akut.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus diangkat 6 diagnosa sedangkan di teori terdapat 6 diagnosa. Adapun diagnosa keperawatan yang di dapat pada kasus dan teori yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan komunikasi verbal, selain itu diagnosa gangguan integritas kulit, nyeri akut dan defisit nutrisi tidak diangkat karena pada saat dikaji tidak ditemukan pada pasien. Pada studi kasus Sulistia Wati adanya kesamaan diagnosa keperawatan yang di dapatkan pada kasus Ny. J.J.O dan teori. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita Stroke Non Hemoragik akan ditegakan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi dan kecepatan dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Ny.J.J.O dilaksanakan sesuai 6 diagnosa keperawatan diantaranya intervensi manajemen jalan napas, intervensi manajemen peningkatan tekanan intrakranial, intervensi manajemen hipertermi, intervensi dukungan mobilisasi, intervensi defisit bicara dan intervensi manajemen energi.

Secara teori menurut (TIM POKJA SIKI DPP PPNI,2018) intervensi keperawatan pada kasus stroke non hemoragik diantaranya manajemen peningkatan TIK, manajemen nyeri, manajemen nutrisi,

tindakan dukungan mobilisasi, tindakan defisit nutris dan perawatan integritas kulit.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus nyata dan teori. Pada studi kasus Sulistia Wati pelaksanaa intervensi dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan. Dari hal tersebut di dapatkan adanya kesenjangan antara kasus Ny.J.J.O dan teori.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik, berdasarkan 6 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 bersihan jalan napas tidak efektif, resiko perfusi cerebral tidak efektif, hipertermi, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal dan intoleransi aktivitas. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan 6 masalah keperawatan dapat teratasi.

Menurut Leniwati,H & Yanti,A (2019) implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Pada studi kasus Sulistia Wati hasil implementasi diharapkan setelah melakukan tindakan keperawatan masalah keperawatan dapat teratasi. Dari pernyataan diatas adanya kesenjangan antara kasus Ny.J.J.O dengan teori dan studi kasus Sulistia Wati.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny. J.J.O 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. J.J.O yaitu untuk masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian, masalah hipertermi teratasi, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian dan masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Menurut teori Leniwati, H dan Yanti, A (2019) evaluasi keperawatan adalah laporan tertulis tentang hasil (kemajuan pasien terhadap tujuan, format dibuat agar dapat menghemat waktu dan memberikan kesempatan penilaian cepat tentang kondisi pasien terkini, catatan perkembangan dibuat secara berurutan dari waktu ke waktu mengikuti kemajuan pasien.

Berdasarkan data tersebut adanya kesenjangan antara kasus nyata dan teori dimana perkembangan yang dialami pasien dilaporkan dan di buat catatan perkembangan apakah semua masalah keperawatan pada pasien teratasi atau tidak. Pada studi kasus Sulistia Wati pada tahap evaluasi dilakukan sama persis pada kasus Ny. J.J.O sesuai dengan masalah keperawatan pada pasien. Dari hal tersebut adanya kesenjangan antara studi kasus Sulistia Wati dengan kasus Ny.J.J.O dan teori.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

1. Data pengkajian pada pasien Ny. J.J.O dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik ditemukan hampir sama sesuai dengan teori. Keluarga pasien mengatakan bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan dan bicara pelo, lemah dan semua aktivitas pasien di bantu keluarga seperti ganti pempers, ganti pakian dan saat miring kiri atau kanan, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰c, RR : 36 x/m, Spo2 : 81 %.
2. Terdapat enam diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. J.J.O yaitu bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuro muskular, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas/ tirah baring.
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. J.J.O diperoleh hasil bahwa masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian, hipertermi sudah teratasi, gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian, dan intoleransi aktivitas teratasi sebagian. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada teori dan kasus.
5. Evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny.J.J.O evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan dari masing-masing diagnosa pada kasus Ny.J.J.O yaitu untuk masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian, masalah hipertermi teratasi, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, masalah gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian dan masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

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

- Alfiyanto,S & Muflihatin,S.K. (2018). *Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien Stroke Hemoragik dengan Intervensi Inovasi Minyak Biji Bunga Matahari (Sunflower Oil) untuk Mencegah Dekubitus di Ruang Stroke RSUD AW Sjahranie Samarinda.*
- Leniwita,H & Yanti,A. (2019). *Modul Dokumentasi Keperawatan.* Universitas Kristen Indonesia.
- P2PTM Kemenkes RI. (2018). *Apa Saja Bahaya Stroke.* Kuningan : Kementrian Kesehatan RI.
- P2PTM Kemenkes RI. (2017). *Stroke Dapat Dicegah, Kenali Faktor Resiko dan Gejalanya.* Kuningan : Kementrian Kesehatan RI.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Indikator Diagnostik,* Edisi 1. Jakarta :DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan,* Edisi 1. Jakarta :DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Tindakan Keperawatan,* Edisi 1. Jakarta :DPP PPNI
- Profil RSUD Ende. (2020). *Data Stroke tahun 2021 dan Bulan Januari tahun 2021.* Ende : Rumah Sakit Umum Daerah Ende.
- Purwanto, Hadi. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta Selatan : Pusdik SDM Kesehatan.*
- Puspita, N.W. A. (2020). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Heamoragik dengan Defisit Perawatan Diri (Mandi) di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya Tahun 2020.* Poltekes Denpasar.
- RISKESDAS. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.* Kementrian Kesehatan RI.
- WHO. (2018). *The WHO STEP wise approach to stroke surveillance.*
- WHO. (2018). *Gambaran Derajat Keparahan Stroke Berdasarkan National Institutes Of Health Stroke Scale (Nihss).* Diakses : 13 Maret 2022. <https://repository.unsri.ac.id/40453/>

WSO. (2022). *Global Stroke Fact Sheet 2022*. International Jurnal Of Stroke.

Wati, Sulistia. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik*. Samarinda. Diakses : 17 Agustus 2023.
<https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id>



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.W.U

DENGAN DIAGNODSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK

DI RUANGAN PENYAKIT DALAM I, II DI RSUD ENDE

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Biodata

1) Identitas pasien.

Nama : Ny. J.J.O
Umur : 53 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : Serjana Pendidikan Guru Sekolah Dasar
Pekerjaan : Guru
Alamat : Jln. Sultan Hasanudin.

2) Identitas penanggung jawab.

Nama : Tn. H.N
Umur : 56 tahun
Hubungan dengan pasien : Suami
Alamat : Jln. Sultan Hasanudin.
Pendidikan : Serjana Pendidikan Guru
Pekerjaan : Guru SMA

Waktu dan tanggal pengobatan : 31 Mei 2023

b. Riwayat kesehatan.

1) Keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan dan bicara pelo.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga mengatakan setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk, bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan, bicara, terpasang selang NGT, kaki sebelah kanan terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm dan pasien tampak lemah dan terpasang O2 nasal kanul 3 lpm.

3) Riwayat kesehatan masalalu

Keluarga mengatakan pasien sudah 9 bulan mengalami stroke, pada bulan Agustus 2022 pasien pernah di rawat di RSUD Ende selama 5 hari dan keluar lalu keluarga meminta surat rujukan ke Maumere.

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga mengatakan didalam keluarga tidak ada yang mengalami penyakit turunan dan hanya pasien saja yang mengalami penyakit stroke.

5) Pengkajian perpola

a) Pola presepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga pasien mengatakan jika pasien sakit keluarga segera mengantar pasien ke RSUD Ende.

b) Pola nutrisi metabolik

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari dan minum air sekitar 8 gelas perhari, makanan yang sering di makan seperti nasi, sayur, ikan dan tempe. Porsi makan yang disiapkan selalu dihabiskan. Saat ini pasien diet cair melalui selang NGT yang di pasang di hidung selama 4 jam sekali dengan jumlah 200 cc/ NGT dan air putih 100 cc/ NGT, tinggi badan 168 cm, dan berat badan 57 kg ditimbang terakhir kali sebelum pasien mengalami stroke.

c) Pola eliminasi

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien BAB lancar 1-2 hari sekali dengan konsistensi padat dan lembek danb tidak ada keluhan saat BAB, sedangkan BAK biasanya 3 kali sehari warna kuning, berbau khas urine dan tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini pasien BAB 1 hari sekali dengan konsistensi cair dan menggunakan pempers, sedangkan BAK pasien menggunakan kateter urine dengan jumlah 100 cc pada tanggal 10 Juni 2023 pada jam 08.00 WITA.

d) Pola aktivitas dan latihan

Keluarga mengatakan sebelum, sakit pasien 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.

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum				3	
Mandi			2		
Toileting				3	
Berpakaian			2		
Berpindah			2		

Keterangan:

0 : mandiri, 1 : alat bantu, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu orang lain dan alat, 4 : tergantung total

e) Pola istirahat dan tidur

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai jam 20.00-05.00 pagi dan pasien jarang tidur siang. Saat ini pasien hanya tertidur saja.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

Keluarga mengatakan pasien saat diajak bicara pasien hanya terdiam dan terbaring lemas.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Keluarga mengatakan pasien mempunyai 1 orang anak tetapi sudah meninggal dan menjadi istri yang baik dan taat pada suami, pasien mempunyai hubungan baik dengan tetangga dan keluarga serta masyarakat yang ada di lingkungannya.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stress

Keluarga mengatakan pasien merupakan seorang guru, pasien mempunyai hubungan baik dengan anggota keluarga, keluarga mendukung atas kesembuhan pasien, semua masalah dan keputusan selalu menceritakan kepada suami.

i) Pola sistem dan kepercayaan

Keluarga mengatakan sebelum sakit pasien setiap hari minggu selalu ke gereja tetapi saat sakit pasien tidak bisa ke gereja dan hanya terbaring lemas di tempat tidur.

6) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : lemah, kesadaran samnolen

b) Tanda-tanda vital

TD : 130/80 mmHg, nadi : 118 x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36 x/m,
SPO2 : 81 %.

c) Keadaan fisik

(1) Kepala :

I : Kulit kepala tampak bersih, rambut warna putih bercampur hitam, tidak mudah 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 mata tidak ikterik, bentuk mata simetris antara mata kiri dan kanan, tampak ada kotoran mata, tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata.

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, tidak ada 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 : terpasang kateter urine.

(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 pada pasien normal dan kembali dalam waktu 3 detik.

(13) Ekstermitas bawah : kedua jari kaki kiri dan kanan lengkap, kaki kiri susah digerakan, kaki kanan terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm kali permenit.

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	Berat
1.	Afonestatin	1 x 1	20 mg
2.	Domparidon	3 x 1	1 tablet
3.	Paracetamol	3 x 1	500 mg
4.	Amoldipin	1 x 1	10 mg
5.	Sucralfate Syrup	3 x 1	500 mg
6.	Asam tranexamat	3 x 1	500 mg/Iv
7.	Citicoline Sodium	2 x 1	500 mg/Iv
8.	Mecobalamin	2 x 1	500 mg/Iv
9.	Omeprazole Sodium	2 x 1	40 mg/Iv
10.	Diet Cair	6 x 1	100 cc/4 jam

2. Tabulasi Data

Keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk, bagian badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara pelo, keadaan umum lemah, kesadaran samnolen (GCS 7-9 dengan jumlah E : 2, V : 2 dan M : 3), terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang oksigen nasal kaul 3 lpm, adanya bunyi napas ronchi, tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m,

suhu : 38,60 c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, pasien tampak pucat, mukosa bibir kering, terpasang selang NGT, terpasang kateter urien dengan jumlah 100 cc dan kulit tampak terkelupas dan kering seperti pergantian kulit, berat badan 57 kg dan tinggi badan 168 cm ditimbang terakhir sebelum pasien mengalami stroke, WBC : 17.11+, akral teraba dingin, CRT >3 detik.

3. Klasifikasi Data

Ds : keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk, bagian badan sebelah kiri pasien tidak bisa digerakan, bicara pelo, aktivitas pasien sehari-hari dibantu oleh keluarga, berat badan 57 kg dan tinggi badan 168 cm ditimbang terakhir sebelum pasien mengalami stroke.

Do : kesadaran samnolen (GCS 7-9 dengan jumlah E : 2, V : 2, M : 3), keadaan umum lemah, tampak pucat, mukosa bibir kering, tekanan darah : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,60 c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, adanya bunyi napas ronchi, terpasang selang NGT, dan terpasang kateter urine, WBC : 17.11+, akral teraba dingin, CRT >3 detik.

4. Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds : -</p> <p>Do : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, WBC : 17.11+, akral teraba dingin, CRT >3 detik.</p>	Embolisme	Resiko perfusi cerebral tidak efektif
2.	<p>Ds : keluarga pasein mengatakan bahwa pasien mengalami batuk.</p> <p>Do : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, batuk berlendir, mukosa bibir kering, adanya bunyi napas ronchi, terpasang O2 nasal kaul 3 lpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %.</p>	Penumpukan secret	Bersihkan jalan napas tidak efektif
3.	<p>DS : keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan.</p> <p>DO : kesadaran umum samnolen, menurun, tampak lemah, ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri tidak bisa digerakan, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.</p>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

4.	<p>DS : keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk.</p> <p>Do : keasadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, demam, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^oc, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.</p>	Proses penyakit	Hipertermi
5.	<p>Ds : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien bicara pelo</p> <p>Do : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, bicara pelo, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^oc, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.</p>	Gangguan neuro muscular	Gangguan komunikasi verbal
6.	<p>Ds : keluarga pasien mengatakan bahwa semua aktivitas pasien sehari-hari di bantu.</p> <p>Do : Keadaan umum samnolen, pasien tampak lemas dan terbaring di atas tempat tidur, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, menggunakan pempers, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6^o c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.</p>	Imobilitas/Tirah Baring	Intoleransi aktivitas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret yang ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami batuk.

Data objektif : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, batuk berlendir, mukosa bibir kering, adanya bunyi napas ronchi, terpasang oksigen nasal kaul 3 lpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %,

2. Resiko perfusi cerebral berhubungan dengan embolisme yang ditandai dengan :

Data subjektif : -

Data objektif : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,60 c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %, WBC : 17.11+, akral teraba dingin, CRT >3 detik.

3. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yang ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa setelah pasien dipindahkan dari ruangan ICU pasien mengalami demam dan batuk.

Data objektif : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, demam, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6oc, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan.

Data objektif : kesadaran umum samnolen, menurun, tampak lemah, ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri tidak bisa digerakan, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,60c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuro muskular ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa pesien bicara pelo.

Data objektif : kesadaran umum samnolen, pasien tampak lemah, bicara pelo, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,60c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas/ tirah baring yang ditandai dengan :

Data subjektif : keluarga pasien mengatakan bahwa semua aktivitas pasien sehari-hari di bantu.

Data objektif : kasadaran umum samnolen, pasien tampak lemas dan terbaring di atas tempat tidur, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, menggunakan pempers, terpasang O2 nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl

0,9% 20 tpm, TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m,
 suhu : 38,60 c, RR : 36x/m, Spo2 : 81%.

C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan bersihan jalan napas dapat teratasi dengan kriteria hasil :batuk efektif menurun, produksi sputum menurun, bunyi napas ronchi menurun, frekuensi napas membaik, pola napas membaik.	a) Ukur TTV tiap 2 jam sekali b) Monitor pola napas c) Mengetahui bunyi napas tambahan d) Monitor sputum e) Posisikan semi fowler atau fowler f) Berikan air hangat g) Berikan oksigen.	a) Dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi b) Dapat mengetahui frekuensi, kedalaman dan usaha napas c) Mengetahui apakah bunyi napas gurgling, mengi, wheezing, atau ronchi d) Mengetahui jumlah, warna dan aroma sputum e) Posisi semi fowler atau fowler dapat membantu dalam proses pernapasan f) Memperlancar dan mengencerkan secret g) Membantu dalam proses pernapasan.
2.	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	a) Ukur TTV tiap 2 jam b) Monitor sirkulasi perifer (mis.	a) Dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara

		<p>masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, tekanan intrakranial menurun, sakit kepala menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan diastolic membaik, gelisah menurun.</p>	<p>Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstermitas) c) Kolaborasi pemberian obat</p>	<p>mengobservasi b) Penurunan atau tidak adanya nadi dapat menggambarkan cedera vaskuler dan perlunya evaluasi medis segera terhadap status sirkulasi c) Memberikan pengobatan kepada pasien dapat mempercepat penyembuhan.</p>
3.	Hipertermi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan hipertermi dapat teratasi dengan kriteria hasil : suhu tubuh membaik dan tekanan darah membaik.</p>	<p>a) Ukur TTV tiap 2 jam b) Identifikasi penyebab hipertermi c) Kompres dingin pada daerah lipatan seperti ketiak dan paha d) Kolaborasi pemberian antipiretik.</p>	<p>a) Dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi b) Mengetahui apakah suhu tubuh meningkat atau normal c) Mampu mengurangi suhu tubuh d) Mengurangi peningkatan suhu tubuh secara terapeutik.</p>
4.	Gangguan mobilitas fisik	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria</p>	<p>a) Ukur TTV tiap 2 jam sekali b) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam</p>	<p>a) Dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi b) Mengetahui dan memahami prosedur melakukan</p>

		hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, kelemahan fisik menurun.	meningkatkan pergerakan d) Ajarkan e) Monitor melakukan ROM pasif (gerakan meluruskan dan menekukan jari-jari tangan) kondisi umum selama melakukan mobilisasi.	mobilisasi c) Membantu pasien dalam melakukan pergerakan d) untuk melihat perkembangan pasien dan meningkatkan pergerakan sendi e) Mengetahui kondisi saat setelah melakukan mobilisasi.
5.	Gangguan komunikasi verbal	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil : kemampuan bicara membaik, kemampuan mendengar membaik, bicara pelo menurun, respon perilaku membaik.	a) Ukur TTV tiap 2 jam sekali b) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara c) Gunakan metode komunikasi alternatif.	a) Dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi b) Mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, dan volume bicara c) Membantu dalam proses komunikasi.
6.	Intoleransi aktivitas	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil: saturasi oksigen	a) Ukur TTV tiap 2 jam b) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan c) Monitor pola tidur dan jam tidur	a) Dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi b) Sebagai intervensi selanjutnya pada organ yang mengalami

		meningkat, frekuensi napas membaik, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat.	d) Anjurkan tirah baring.	gangguan c) Kecukupan tidur dan istirahat pasien dalam batas normal dapat menghindari kelelahan akibat kurang istirahat d) Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi.
--	--	--	---------------------------	---

D. Implementasi Keperawatan

Hari Pertama :

Hari/Tgl	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
10-06-2023	1	08.00	1) Mengukur TTV dengan hasil TD : 130/80 mmHg, nadi : 118x/m, suhu : 38,6 ⁰ c, RR : 36x/m, Spo2 : 81 %.	S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih sesak napas. O : pasien tampak lemas, pasien tampak sesak napas, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, RR : 24x/m, suhu : 38,0 ⁰ c, Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, dan terpasang kateter urine.
		08.00	2) Memonitor pola napas dengan hasil pasien bernapas dengan tidak teratur, frekuensi napas 36x/m.	
		08.03	3) Mengetahui bunyi napas tambahan dengan hasil adanya sputum dengan jumlah sedikit, warna putih kental.	
		08.03	4) Memposisikan semi fowler dengan meninggikan kepala.	
		08.05	5) Memberikan air hangat dengan hasil pasien diberikan air hangat dengan jumlah 100 cc melalui selang NGT.	A : masalah keperawatan bersihan jalan napas belum teratasi. P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6.

		08.03	6) Mengkolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 lpm dengan hasil pasien tampak lemas, sesak napas sedikit berkurang.	
10-06-2023	2	08.00	1) Memonitor sirkulasi (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstermitas) dengan hasil nadi : 81x/m, tidak adanya edema pada ekstermitas, CRT>3 detik dan akral teraba dingin.	S : - O : pasien tampak lemah, akral teraba dingin, CRT>3 detik, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, RR : 24x/m, suhu : 38,0 ⁰ , Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus nasal nacl 0,9% 20 tpm dan terpasang selang NGT, terpasang kateter urine. A : masalah keperawatan resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1 dan 2.
		08.10	2) Mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil pasien mendapatkan terapi afonestatin 20 mg/IV, amoldipin 10 mg/IV, asam tranexamat 500 mg/oral, citicolene sodium 500 mg/IV, mecobalamin 500 mg/IV.	
10-06-2023	3	08.00	1) Memonitor suhu tubuh dengan hasil suhu badan pasien 38,6 ⁰ c.	S : keluarga mengatakan pasien masih panas. O : keadaan umum lemah, pasien masih panas, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, RR 24x/m, suhu 38,0 ⁰ c, Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.
		09.00	2) Mengkompres pada daerah lipatan seperti ketiak dan paha dengan hasil pasien masih panas.	
		08.10	3) Mengkolaborasi pemberian antiparetik dengan hasil pasien mendapatkan terapi paracetamol 500 mg/IV..	

				<p>A : masalah keperawatan hipertermi belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1,2 dan 3.</p>
10-06-2023	4	<p>09.20</p> <p>09.25</p> <p>09.30</p> <p>09.45</p>	<p>1) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil keluarga mampu mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi.</p> <p>2) Melibatkan keluarga untuk membantu pergerakan dengan hasil keluarga pasien membantu pasien dalam mengatur posisi yang nyaman mungkin dan membantu meluruskan kaki dan tangan.</p> <p>3) Mengajarkan melakukan ROM pasif dengan hasil tidak ada respon dari pasien dan pasien hanya terbaring saja.</p> <p>4) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil tampak lemah dan hanya tertidur saja.</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien hanya terbaring dan tertidur saja, bagian badan sebelah kiri belum bisa digerakan, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, suhu : 38,0⁰, RR : 24x/m, Spo2 : 81%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpmx/m, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang selang NGT dan terpasang kateter urine.</p> <p>O : pasien tampak lemah dan hanya tertidur</p> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1 dan 2.</p>
10-06-2023	5	10.00	<p>1) Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dengan hasil saat di panggil pasien hanya tertidur dan tidak ada respon.</p> <p>2) Menggunakan metode komunikasi alternative dengan hasil pasien tidak memberikan respon dan hanya tertidur.</p>	<p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien hanya tertidur saja semenjak di pindahkan dari ruangan ICU.</p> <p>O : pasien tampak lemah, pasien tidak ada respon saat diajak bicara dan hanya tertidur saja, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, suhu : 38,0⁰,</p>

				<p>RR : 24x/m, Spo2 : 81%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpmx/m, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang selang NGT dan terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1 dan 2.</p>
10-06-2023	6	11.20	1) Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan dengan hasil bagian tubuh sebelah kiri pasien yang mengalami kelemahan.	S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien belum bisa melakukan aktivitas secara sendiri dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.
		11.30	2) Memonitor pola tidur dan jam tidur dengan hasil keluarga mengatakan pasien tidur tidak teratur.	<p>O : pasien tampak lemah, pasien hanya terbaring dan tertidur saja, bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan, semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, suhu : 38,0⁰, RR : 24x/m, Spo2 : 81%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpmx/m, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang selang NGT dan terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1 dan 2.</p>

Hari Kedua

Hari/Tgl	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
11-06-2023	1	14.00	1) Mengukur TTV dengan hasil TD : 120/80 mmHg, nadi : 93x/m, suhu : 38,0 ⁰ c, RR : 24x/m, Spo2 : 96 %.	S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih sesak napas dan batuk. O : pasien tampak lemas, pasien tampak sesak napas, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR : 20x/m, suhu : 37,8 ⁰ c, Spo2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, dan terpasang kateter urine.
		14.00	2) Memonitor pola napas dengan hasil pasien bernapas dengan tidak teratur, frekuensi napas 24x/m.	
		14.03	3) Mengetahui bunyi napas tambahan dengan hasil bunyi napas rochi.	
		14.03	4) Memonitor sputum dengan hasil adanya sputum dengan jumlah sedikit, warna putih kental.	
		14.04	5) Memposisikan semi fowler dengan meninggikan kepala.	A : masalah keperawatan bersihan jalan napas teratasi sebagian.
		14.07	6) Memberikan air hangat dengan hasil pasien diberikan air hangat dengan jumlah 100 cc melalui selang NGT.	P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5 dan 6.
			7) Mengkolaborasi pemberian oksigen nasal kanul 3 lpm dengan hasil pasien tampak lemas, sesak napas sedikit berkurang.	
10-06-2023	2	16.00	1) Memonitor sirkulasi (nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstermitas) dengan hasil nadi : 93x/m, tidak adanya edema pada ekstermitas, CRT>3 detik dan akral teraba dingin.	S : - O : pasien tampak lemah, akral teraba dingin, CRT>3 detik, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR : 20x/m, suhu : 37,8 ⁰ , Spo2 : 96%, terpasang oksigen

		16.02	2) Mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil pasien mendapatkan terapi asam tranexamat 500 mg/oral.	nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus nasal nacl 0,9% 20 tpm dan terpasang selang NGT, terpasang kateter urine. A : masalah keperawatan resiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian. P : intervensi dilanjutkan 1 dan 2.
10-06-2023	3	14.00 14.10 16.00	1) Memonitor suhu tubuh dengan hasil suhu badan pasien 38,0 ⁰ c. 2) Mengkompres pada daerah lipatan seperti nketiak dan paha dengan hasil pasien panas mulai turun. 3) Mengkolaborasi pemberian antiparetik dengan hasil pasien mendapatkan terapi paracetamol 500 mg/IV..	S : keluarga mengatakan pasien masih panas. O : keadaan umum lemah, panas mulai menurun, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, RR 20x/m, suhu 37,8 ⁰ c, Spo2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine. A : masalah keperawatan hipertermi teratasi sebagian. P : intervensi dilanjutkan 1,2 dan 3.
10-06-2023	4	15.15 15.30	1) Mengajarkan melakukan ROM pasif dengan hasil pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, pasien belum mampu menekukan kaki dan jari-jari tangan. 2) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	S : keluarga mengatakan pasien hanya terbaring dan tertidur saja, bagian badan sebelah kiri belum bisa digerakan, keluarga mengatakan memahami tujuan dan prosedur mobilisasi. O : pasien tampak lemah dan hanya tertidur, bagian ekstermitas

			dengan hasil tampak lemah.	<p>atas dan bawah sebelah kiri belum bisa digerakan, pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, suhu : 37,8⁰, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpmx/m, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang selang NGT dan terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1 dan 2.</p>
10-06-2023	5	14.30	<p>1) Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dengan hasil saat di panggil pasien mampu menjawab “iya” meskipun dengan volume suara kecil dan tidak lantang.</p> <p>2) Menggunakan metode komunikasi alternative dengan hasil pasien mampu melambaikan tangan sebelah kanan saat memanggil suaminya, pasien mampu memberikan kode saat badannya sakit dan pasien mampu memberikan kode saat badannya sakit dan pasien mampu mengucapkan kata “sakit”.</p>	<p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa saat pasien membutuhkan sesuatu pasien melambaikan tangan kanan dan mengucapkan kata “haaa” jika membutuhkan sesuatu dan pasien memberikan respon yang baik saat diajak bicara.</p> <p>O : pasien tampak lemah, saat di panggil pasien menjawab “iya”, pasien mampu mengucapkan kata “sakit” jika merasakan sakit, saat ditanya pasien hanya mengangguk, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, suhu : 37,8⁰, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang infus Nacl</p>

				<p>0,9% 20 tpmx/m, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang selang NGT dan terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1 dan 2.</p>
10-06-2023	6	15.00	1) Memonitor pola tidur dan jam tidur dengan hasil keluarga mengatakan pasien tidur sudah mulai teratur.	<p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien belum bisa melakukan aktivitas secara sendiri dan semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga.</p> <p>O : pasien tampak lemah, pasien hanya terbaring dan tertidur saja, bagian badan sebelah kiri tidak bisa digerakan, semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 81x/m, suhu : 37,8⁰, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpmx/m, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang selang NGT dan terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1</p>

			<p>pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, CRT >3 detik, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi cerebral tidak efektif teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1.</p> <p>I : jam 14.00 kolaborasi pemberian terapi obat asam tranexamat 500 mg/NGT, afonestatin 20 mg/IV, amoldipin 10 mg/IV, citicoline sodium 500 mg/IV, mecobalamin 500 mg/IV.</p> <p>E : keluarga pasien mengatakan bahwa keadaan pasien sudah agak baik, mukosa bibir lembab, CRT >3 detik, suhu : 37,5⁰c, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.</p>
12-06-2023	Hipertermi b/d proses penyakit	10.00	<p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih panas.</p> <p>O : keadaan umum lemah, pasien masih panas, mengukur TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 110x/m, RR : 24x/m, suhu : 38,0 0c, Spo2 : 81%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.</p>

		14.00	<p>A : masalah keperawatan hipertermi belum teratasi.</p> <p>P : jam 13.00 monitor suhu tubuh.</p> <p>E : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah tidak panas, suhu : 37,5⁰c, mukosa bibir lembab, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, pasien masih dirawat inap, intervensi dihentikan. lanjutkan intervensi 1,2 dan 3.</p>
12-06-2023	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot	10.00	<p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri pasien sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit.</p> <p>O : pasien tampak lemah, jari tangan sebelah kiri sudah bisa diluruskan dengan bantuan keluarga ataupun perawat, bagian kaki kiri sedikit demi sedikit sudah bisa digerakan, kekuatan otot masih lemah, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2 dan 3.</p> <p>I : jam 13.20 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</p>

		14.00	<p>pergerakan, 13.22 ajarkan melakukan ROM pasif, monitor kondisi umum selama melakukan pergerakan.</p> <p>E : keluarga pasien mengatakan bahwa bagian badan sebelah kiri sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit, keadaan umum lemah, kekuatan otot masih lemah, jari-jari tangan sebelah kiri sudah bisa diluruskan sedikit demi sedikit, kaki bagian kanan sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.</p>
12-06-2023	Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan neuro muscular	10.00	<p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah bisa diajak bicara dan memberi respon yang baik saat diajak bicara.</p> <p>O : keadaan umum lemah, pasien memebrikan respon yang baik saat diajak bicara, saat dipanggil namanya pasien mampu menjawab “iya” meskipun belum terlalu lantang, pasien mampu mengucapkan kata “sakit” saat pasien merasa kesakitan, saat ditanya pasien mampu mengerti pertanyaan dan memberi respon dengan menganggukan kepala, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpaasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kanan</p>

			<p>terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1 dan 2.</p> <p>I : jam 13.25 monitor kecepatan, tekanan, volume dan diksi bicara. Jam 13.30 gunakan metode komunikasi verbal.</p> <p>E : keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sudah bisa diajak bicara dan memberikan respon baik saat diajak bicara, pasien masih dirawat inap, intervensi teteap dilanjutkan.</p>
12-06-2023	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas	10.00	<p>S : keluarga pasien mengatakan bahwa semua kativitas sehari-hari pasien dibantu oleh keluarga dan bagian badan sebelah kiri sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit.</p> <p>O : keadaan umum lemah, bagian badan sebelah kiri sudah bisa digerakasn sedikit demi sedikit, semua aktivitas pasien masih dibantu keluarga, TTV pasien TD : 120/80 mmHg, nadi : 85x/m, suhu : 37,5⁰c, RR : 20x/m, Spo2 : 96%, terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm, kaki kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tidak terpasang selang NGT, terpasang kateter urine.</p> <p>A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1 dan 2.</p> <p>I : jam 13.35 identifikasi gangguan fungsi tubuh yang</p>

		14.00	<p>mengakibatkan kelelahan. Jam 13. 40 monitor pola tidur dan jam tidur.</p> <p>E : keluarga pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri pasien sudah bisa digerakan sedikit demi sedikit, semua aktivitas sehari-hari pasien masih dibantu oleh keluarga, pasien tidur sudah mulai teratur, keadaan umum lemah, pasien masih dirawat inap, intervensi tetap dilanjutkan.</p>
--	--	-------	--

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Daftar Diri.

Nama : Nining Karlina Lero.
Tempat/tanggal lahir : Kelitembu, 23 Februari 2001.
Alamat : Jln. Samratulangi, Kabupaten Ende .
Jenis kelamin : Perempuan.
Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan.

1. Tahun 2008-2012 : SDK Impres Kelitembu.
2. Tahun 2014-2016 : SMPK Sinar Pelita.
3. Tahun 2017-2019 : SMA Negeri 1 Ende

MOTO

Kesuksesan Tidak Akan Bertahan Jika Dicapai Dengan Jalan Pintas

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny.J.J.O Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam I,II RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan anak pada pasien dengan masalah *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam I,II RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui tentang *Stroke Non Hemoragik*. klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan *Stroke Non Hemoragik*. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak / Ibu / Saudara
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081238728804

Ende, 10 Juli 2023

Peneliti



Nining karlina Lero
PO.530320219945

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Maria Angelina Wawo, dengan judul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK di Ruang RPD 1 dan 2 RSUD Ende.

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 10 Mei 2023

Saksi



Keluarga

Yang Memberikan Persetujuan



Pasien

Peneliti



NINING KARLINA LERO
NIM. PO530320219945



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG








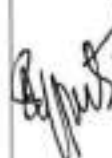
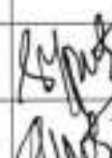
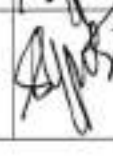
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Nining Karlina Lero
NIM : PO530320219945
PEMBIMBING : Syaputra artama Syarifuddin,s.Kep.,Ns.,M.kep.

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi Proposal	Paraf
1.	Kamis, 10 Maret 2022	Judul yang di konsultasi adalah penyakit Stroke dan membawa data-data dari prevelance WHO, RISKESDAS 2018, dan data di rumah sakit RSUD Ende	Judul di ACC dan dilanjutkan menuliskan BAB I dan mengambil data 5 tahun terakhir	
2.	Selasa, 15 Maret 2022	Bab I yang dikonsultasikan terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan, dan manfaat	Perbaiki cara penulisan dan jarak-jarak sesuai panduan, dan bagian latar belakang ditulis mulai dari paragraf pertama pengertian penyakit secara konsep, paragraf kedua pengertian penyakit stroke, paragraf ketiga data sesuai paramida terbalik penyebab kemungkinan stroke meningkat, paragraf ketiga kondisi seseorang yang mengalami stroke jika tidak cepat ditangani akan menyebabkan apa, paragraf ke empat	

			bagaimana dampak stroke bisa tinggi, dan paragraf ke lima alasan kita mengambil kasus stoke	
3.	Selasa, 22 Maret 2022	Bab II yang dikonsultasikan terdiri dari konsep bio medis dan konsep dasar asuhan keperawatan	Perbaiki cara penulisan dan jarak-jarak sesuai panduan dan di bagian bab II sumbernya harus dari buku dan ditambahkan pathway dan ditambahkan lampiran format pengkajian	
4.	Jumat, 25 Maret 2022	Bab III yang dikonsultasikan terdiri dari rencana studi kasus, subjek studi kasus, batasan istilah, lokasi dan waktu studi kasus, prosedur studi kasus, teknik pengumpulan data, instrumen pengumpulan data, keabsahan data, dan analisa data	Perbaiki cara penulisan dan jarak sesuai panduan, pada bagian tabel harus spasi 1.	
5.	Rabu, 30 Maret 2022	Cover, daftar isi, dan daftar pustaka	Buat nomor halaman dan daftar pustaka ditus sesuai panduan	
6.	Kamis, 31 Maret 2022	Bab I, Bab II, Bab III, daftar pustaka, kata pengantar, cover	ACC	

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi Karya Tulis Ilmiah	Paraf
1.	Jumat, 13 Juli 2023	Hasil Studi Kasus	Lengkapi kasus dan perbaiki pengetikan.	
2.	Selasa, 14 Juli 2023	Hasil studi kasus di bagian diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi	1) Tambahkan diagnosa keperawatan 2) Intervensi, implementasi dan evaluasi buat dalam bentuk bagan.	
3.	Rabu, 15 Juli 2023	Bab I,II,III,IV,V dan Pembahasan	ACC	
4.	Jumat, 16 Juli 2023	Konsul PPT	PPT di ACC dan hubungi penguji	

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114 199102 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

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 PEMBIMBING
PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH
LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING
PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA : Nining Karlina Lero
NIM : PO530320219945
PEMBIMBING : Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes.

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi Proposal	Paraf
1.	Senin, 05 Juli 2023	Revisi Proposal	1) Perbaiki pengetikan 2) Bagian tujuan di tujuan khusus harus ada 6 tujuan. 3) Perbaiki pengetikan	
2.	Rabu, 07 Juli 2023	Revisi Proposal	1) Perbaiki cara penulisan dan jarak-jarak sesuai panduan 2) Perbaiki pengetikan	
3.	Kamis, 08	Revisi Proposal	ACC dan urus surat penelitian.	

NO	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi Karya Tulis Ilmiah	Paraf
1.	Kamis, 17 Agustus 2023	Revisi Karya Tulis Ilmiah	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cover harus spasi 1 2) Perbaiki pengetikan 3) Di konsep dasar medis defenisi harus disimpulkan 4) Di bagian pola aktivitas harus 11 pola 5) Di pemeriksaan neurologis harus 12 pasang saraf 6) Pembahasan harus buat perbandingan KTI orang lain. 	
2.	Selasa, 29 Agustus 2023	Revisi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Abstrak harus tambahkan metode penelitian 2) Pemeriksaan fisik harus masulan GCS 3) NIP dosen agak masuk 4) Intervensi, Implementasi dan evaluasi dinarasikan 5) Perbaiki pengetikan. 	
3.	Jumad, 15 September 2023	Revisi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bagian tujuan harus di ganti menggambarkan 2) Di bagian rasional jangan menggunakan kata mengetahui 3) Daftar isi sesuaikan 4) Bagian pembahasan satukan degan 	

			KTI orang lain.	
4.	Jumad, 22 september 2023	Revisi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di abstrak harus huruf 10 2. Analisa data tanpa kolom 3. Pembahasan ditambah kesenjangan menurut siapa 4. Bab V bagian kesimpulan harus 	
	Senin, 25 september 2023	Revisi KTI	Acc	

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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