

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. M.L
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE HEMORAGIK DI
RUANGAN PENYAKIT DALAM (RPD) III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

**FLORENTINA ANITA MOI SENDE
NIM. PO. 5303202210011**

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

2024

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



**OLEH :
FLORENTINA ANITA MOI SENDE
NIM : PO.5303202210011**

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

2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Florentina Anita Moi Sende

NIM : PO. 5303202210011

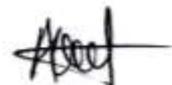
Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE HEMORAGIK 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. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende 05 September 2024

Yang membuat pernyataan



FLORENTINA ANITA MOI SENDE
PO. 5303202210011

LEMBAR PERSETUJUAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M.L DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE HEMORAGIK DI
RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

FLORENTINA ANITA MOI SENDE
NIM. PO5303202210011

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk
diujikan

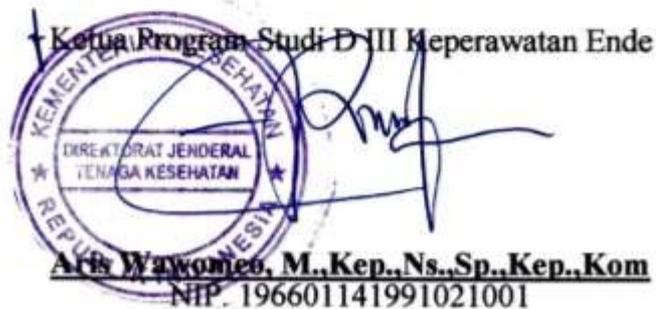
Pembimbing



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

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. ML DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE HEMORAGIK DI
RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

OLEH:

FLORENTINA ANITA MOI SENDE
NIM. PO. 5303202210011

Proposal karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan pada
tanggal 05 September 2023

Penguji Ketua



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 196904091989032002

Penguji Anggota



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

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL
LAYANAN KESEHATAN

Arif Wawoheo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis hanturkan ke hadiarat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi tugas akhir pada Program Studi DIII Keperawatan Ende.

Selama melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, masukan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ungkapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Irfan, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M. Kep.,Ns.,Kep.Kom selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh Pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. Anatolia K. Doondori, S, Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dan penguji yang telah meluangkan waktu serta pikiran dalam proses bimbingan karya tulis ilmiah ini.
4. Yustina P. M. Paschalia, S. Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji yang telah memberikan masukan terkait penyempurnaan karya tulis ilmiah ini
5. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende.
6. Kedua orang tua, Bapak Yosef Kristoforus Wiku dan Mama Fransiska

Senggo yang telah memberikan dukungan kepada penulis serta doa bagi kelancaran penyusunan karya tulis ilmiah ini.

7. Kedua adik saya Benedikta Mariani Ririn Sende dan Maria Vallyn Sende yang sudah menjadi salah satu alasan penulis ingin menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman penulis yaitu Anita Mola, Elda Ndoa, Karlin Mbupu, Nhita Djami, Ren Juana, Riny Sama dan Vivin Seto yang selalu membantu menguatkan Ketika penulis merasa kesulitan dan putus asa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Ferdinandus Dala Wajo sebagai support system yang selalu memberikan motivasi dan dukungnan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Tn. M. L dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
11. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberi dukungan dalam penyusunan karya ilmiah ini.

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

Ende, 05 September 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M.L Dengan Diagnosa Medis Stroke Hemoragik Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende

Florentina Anita Moi Sende⁽¹⁾

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

Latar belakang: Stroke hemoragik adalah kondisi medis yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan menyebabkan pendarahan didalam otak.

Tujuan studi kasus untuk meningkatkan wawasan dan pola pikir penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M. L dengan penyakit stroke hemoragik melalui pendekatan proses keperawatan.

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

Hasil dari hasil studi kasus dilakukan pengkajian ditemukan data-data keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh pusing, kelemahan anggota gerak bagian kiri. Diagnosa yang ditemukan pada Tn. M.L yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, implementasi yang dilakukan yaitu sesuai dengan intervensi yang ditentukan dan hari dan hasil evaluasi dua masalah keperawatan sebagian teratasi yaitu risiko perfusi serbral tidak efektif sebagian teratasi, gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi, dan gangguan pola tidur teratasi.

Disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus Tn. M. L. Oleh karena itu pasien stroke sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor-faktor yang memperburuk keluhan seperti merokok, mengkonsumsi alcohol, pola makan yang tidak baik, rutin berolahraga dan mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan serta mengkonsumsi obat secara teratur.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan *Stroke Hemoragik (SH)*

Keterangan :(1) Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Patients Mr. M.L With Medical Diagnosis Hemorrhagic Stroke in Internal Medicine Room III Ende Regional Hospital

Florentina Anita Moi Sende⁽¹⁾

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

Background: Hemorrhagic stroke is a medical condition that occurs when blood vessels in the brain burst and cause bleeding in the brain. The aim of the case study is to increase the author's insight and mindset in providing nursing care to Mr. M. L with hemorrhagic stroke using a nursing process approach.

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

As a result of the case study, it was found that data from the patient's family stated that the patient complained of dizziness and weakness in the left limb. The diagnosis found in Mr. M.L is the risk of ineffective cerebral perfusion related to aortic atherosclerosis, impaired physical mobility related to neuromuscular disorders, and disturbed sleep patterns related to environmental obstacles. Nursing interventions were carried out based on the nursing problems found, the implementation carried out was in accordance with the prescribed interventions and the day and results of the evaluation. Two nursing problems were partially resolved, namely the risk of ineffective cerebral perfusion was partially resolved, physical mobility disorders were partially resolved, and sleep pattern disturbances were resolved.

It was concluded that there was a gap between the theory and Mr. M. L. Therefore, stroke patients should modify a healthier lifestyle by avoiding factors that worsen complaints such as smoking, consuming alcohol, poor diet, exercising regularly and controlling their health in health facilities and taking medication regularly.

Keywords: Hemorrhagic Stroke (SH) Nursing Care

Information: (1) Ende Nursing D III Study Program Student

(2) Ende Nursing D III Study Program Lecturer

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.Latar Belakang	1
B.Rumusan Masalah	5
C.Tujuan	5
D.Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A.Konsep Dasar Penyakit Stroke.....	8
B.Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	23
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	46
A.Jenis/ Rancangan/Desain Studi Kasus	46
B.Subyek Studi Kasus	46
C.Batasan Istilah (Definisi Operasional)	46
D.Lokasi dan Waktu Studi Kasus	47
E. Metode/ Prosedur Studi Kasus	47

F. Teknik Pengumpulan Data.....	47
G. Instrumen Pengumpulan Data	48
H. Keabsahan Data.....	48
I. Analisis Data	49
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	50
A. Hasil Studi Kasus	50
1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus.....	50
2. Pengkajian	50
3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)	53
4. Pemeriksaan Fisik	56
5. Tabulasi Data	60
6. Klasifikasi Data.....	61
7. Analisa Data.....	61
8. Diagnosa Keperawatan.....	62
9. Intervensi Keperawatan.....	64
10. Implementasi Keperawatan.....	67
11. Evaluasi Keperawatan.....	70
12. Catatan Perkembangan.....	72
B. Pembahasan.....	75
1. Pengkajian	75
2. Diagnosa Keperawatan.....	77
3. Intervensi Keperawatan.....	78
4. Evaluasi Keperawatan	80

BAB V PENUTUP	81
A. Kesimpulan	81
B. Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	84

DAFTAR GAMBAR

Patway.....	16
-------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan	86
Kartu Konsul KTI	95
Jadwal Kegiatan	100
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus	101
Informent Consent.....	102
Daftar Riwayat Hidup	103

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah salah satu kebutuhan manusia yang sangat utama, oleh karena itu setiap manusia berhak memiliki keadaan yang sehat. Namun, pada kenyataannya tidak semua orang memiliki derajat kesehatan yang optimal dikarenakan berbagai masalah, misalnya dari lingkungan yang tidak baik, sosial ekonomi yang rendah, serta pola hidup yang kurang sehat dimulai dari makanan, kebiasaan maupun lingkungan disekitarnya (Misbach, 2018). Stroke merupakan gangguan peredaran darah di otak atau penyumbatan darah di otak yang menyebabkan gangguan fungsi persyarafan.

Menurut WHO definisi stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda dan gejala yang berkembang secara cepat berupa defisit neurologic fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain pembuluh darah. Stroke juga dikenal sebagai penyakit pada pembuluh darah di otak (Kemenkes 2018). Data dari WHO menunjukkan stroke merupakan penyebab kematian terbesar, urutan ketiga di dunia. Sedangkan di Indonesia, data RISKESDAS 2018 menunjukkan stroke kematian nomor satu disemua umur yaitu sebesar 15,4%. Penyebab stroke non hemoragik paling utama adalah penyakit hipertensi. Selain hipertensi, penyebab stroke bisa dipengaruhi oleh Ras/suku, jemis kelamin

dan usia. Usia yang paling tinggi beresiko terkena stroke yaitu lansia ≥ 75 tahun.

Berdasarkan hasil riset Infodatin RI (2018), secara nasional prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur lebih dari 15 tahun yaitu sebesar 10,9 % atau diperkirakan sebanyak 2.120-362 orang. Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi stroke tertinggi terdapat di Sikka (9%), Kupang (5%), Flores Timur (7%), Manggarai (8%), Sumba Tengah (5%), dan di Kota Kupang (6%). (Risikesdas NTT). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang di dapat melalui laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, tercatat dalam 3 tahun terakhir kasus stroke, pada tahun pada tahun 2021 sebanyak 488 kasus, pada tahun 2022 mengalami penurunan, yakni 428 kasus, dan tahun 2023 kembali mengalami penurunan, yakni 137 kasus. Berdasarkan hasil laporan tahun 2021 di ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende jumlah kasus stroke sebanyak 8 orang terdiri dari 7 orang laki-laki dan 1 orang perempuan, pada tahun 2022 jumlah penderita stroke sebanyak 53 orang diantaranya 32 orang laki-laki dan 11 orang Perempuan, pada tahun 2023 jumlah penderita stroke sebanyak 22 orang, terdiri dari 11 orang laki-laki dan 11 orang perempuan, dan pada tahun 2024 jumlah kasus stroke pada bulan Februari - April sebanyak 25 orang, terdiri dari 17 orang laki-laki dan 8 orang perempuan. (RSUD ENDE 2023)

Penyebab kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke *non hemoragik* dan stroke *hemoragik*. Penyebab stroke *non hemoragik*

diakibatkan karna adanya emboli pada pembuluh darah otak, stroke *hemoragik* terjadi karna adanya pembuluh darah otak yang pecah(Smeltzer, 2014 dalam Hasyim et al., 2022). Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan otak tidak berfungsi (Faskes, 2021 dalam Mihen et al., 2022).

Stroke apabila tidak ditangani dengan baik maka akan muncul komplikasi. Gejala yang paling sering muncul adalah kesulitan menggerakkan anggota gerak, tidak dapat merasakan sensasi diwajah, sulit untuk berbicara (afasia), bibir tidak simetris, sulit untuk menelan, hilang kesadaran bahkan kelumpuhan. Apabila tidak ditangani dengan baik stroke dapat menyebabkan kecacatan fisik bahkan kematian, maka dari itu penanganan stroke harus segera dilakukan dengan baik dan cepat. (Loveta et al., 2022). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dewi, 2020)) Berbagai dampak baik secara fisik dan psikologi dapat timbul pasca serangan stroke. Dampak fisik yang sering dialami penyandang stroke antara lain, hemiparase, hemiplegia, fatigue, afasia, dispagia, kekakuan otot sedangkan dari segi dampak psikologi penyandang stroke dapat mengalami stress, panic, sehingga berkontribusi pada penurunan kualitas hidup dan tertanggungnya pemenuhan aktivitas secara mandiri.

Upaya pencegahan pada penyakit stroke ini dilakukan dengan deteksi dini, untuk mengurangi faktor resiko terjadinya stroke adalah mengetahui faktor-faktor resiko yang dapat di ubah sedini mungkin yaitu

dengan menjaga tekanan darah, indeks masa tubuh, kolesterol pada ambang normal yaitu dengan menjaga pola makan dengan tepat dan berolahraga secara teratur, mengurangi kebiasaan merokok, hal ini perlu dilakukan terutama pada individu yang memiliki riwayat keluarga 3 generasi yang mengalami stroke. Upaya pencegahan terdiri dari: berhenti merokok, rutin berolahraga, cek gula darah, melakukan diet, melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin (Ferawati dkk, 2020).

Peran perawat dalam melakukan tindakan keperawatan untuk pasien stroke yaitu pasien dibantu untuk bergerak secara sistematis yang biasa disebut rentang gerak atau *Range Of Motion* (ROM). Di mana ROM adalah tindakan latihan otot atau persendihan yang diberikan kepada pasien yang mobilitasnya terbatas karena penyakit, disabilitas trauma baik secara aktif maupun pasif. ROM pasif yaitu latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat setiap melakukan gerak latihan (Praditya,2017). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurtanti Susana 2018 tentang stroke bahwa penderita stroke atau lumpuh separuh badan, biasanya akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas karena keterbatasan ruang gerak. Untuk mencegah hal tersebut maka perawat harus memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat kepada pasien stroke dengan latihan mobilisasi, ROM sehari 2x tindakan ini sangat efektif untuk mencegah kekakuan otot atrofi dan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun pasien tentang tujuan peningkatan mobilitas fisik.

Peran perawat di RSUD Ende dalam membantu pasien stroke, yaitu mengkaji dan memberikan edukasi. Peran perawat yang pertama, yaitu sebagai memberi asuhan keperawatan. Perawat dapat mengkaji kebutuhan pasien baik secara langsung atau dengan berkomunikasi dengan keluarga, hal ini bertujuan untuk mengetahui keadaan umum pasien dan merupakan salah satu poin penting untuk menentukan intervensi, dan implementasi keperawatan yang tepat.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnose medis stroke. Asuhan keperawatan yang profesional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, pembuatan intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimanakah gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Stroke di rumah sakit umum daerah (RSUD) Ende?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke di Ruang Penyakit Dalam (RPD) III RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan penyakit dalam (RPD) III RSUD Ende
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan dengan diagnosa medis stroke di ruangan penyakit dalam (RPD) III RSUD Ende
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan penyakit dalam (RPD) III RSUD Ende
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan penyakit dalam (RPD) III RSUD Ende
- e. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan penyakit dalam (RPD) III RSUD Ende
- f. Menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus dalam perawatan pasien stroke di ruangan penyakit dalam (RPD) III RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan diatas maka manfaat studi kasus ini untuk :

1. Bagi Peneliti

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

2. Bagi Insitusi Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan

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

3. Bagi Perkembangan Ilmu keperawatan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke

1. Pengertian Stroke

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

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

2. Etiologi

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

a. Stroke Non Hemoragik

Sekitar 80% kasus stroke menurut Sari (2021) adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau

terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia) stroke iskemik dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

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

b. Stroke hemoragik

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

- 1) Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol (hipertensi)
- 2) Overtreatment dengan antikogulan (pengencer darah)
- 3) Melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisme)

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

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

3. Faktor Risiko

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

a. Faktor risiko gaya hidup

1) Kelebihan berat badan atau obesitas

Ketidakeimbangan antara asupan makanan dengan pengeluaran energi menyebabkan kegemukan dan obesitas. Kelebihan berat

badan ataupun obesitas berhubungan dengan tingginya jumlah kolesterol jahat di dalam darah, sehingga dapat meningkatkan resiko stroke..

2) Ketidakaktifan fisik

Aktivitas fisik baik untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah. Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan bertambahnya berat badan yang meningkatkan resiko terjadinya stroke.

3) Konsumsi alkohol berlebih

Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan berbagai gangguan kesehatan. Termasuk di antaranya adalah stroke.

4) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin

Konsumsi obat-batan terlarang seperti kokain dan matamfitamin dapat menyebabkan stimulant sistem saraf pusat yang kuat pada penggunaanya, disertai dengan energy tinggi dan peningkatan kepercayaan diri.

b. Faktor risiko medis

1) Memiliki tekanan darah lebih tinggi 120/80 mmHg \

Tekanan darah tinggi dapat merusak arteri di seluruh tubuh menciptakan kondisi yang membuat arteri bisa pecah atau tersumbat lebih mudah.

2) Merokok atau terpapar asap rokok bekas

Merokok dapat merusak jantung dan pembuluh darah. Nikotin dapat meningkatkan tekanan darah, sedangkan karbon monoksida bisa mengurangi jumlah oksigen yang dibawa di dalam darah.

3) Kolesterol tinggi

Meningkatnya kolesterol jahat (low density lipoprotein/LDL) dalam darah bisa menyebabkan penumpukan plak di pembuluh darah otak yang dapat menimbulkan aterosklerosis (sumbatan atau penyempitan pembuluh darah).

4) Diabetes

Kadar gula darah yang terlalu tinggi dalam darah dapat menyebabkan terbentuknya sumbatan dan deposit lemak di pembuluh darah. Ketika pembuluh darah tersumbat, suplai oksigen dan darah ke otak akan terganggu sehingga terjadinya penyakit stroke.

5) Apnea tidur obstruktif

Apnea tidur obstruktif suatu bentuk gangguan pernapasan saat tidur. Hal ini terjadi karena penyumbatan saluran napas (apnea tidur obstruktif) atau karena otak tidak mengontrol pernapasan dengan benar.

6) Penyakit kardiovaskular, termasuk gagal jantung, cacat jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal

7) Riwayat pribadi atau keluarga terkait stroke, serangan jantung, atau serangan iskemik transien

c. Faktor-faktor lain yang terkait dengan risiko stroke, termasuk :

1) Usia, Orang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang yang lebih mudah.

2) Ras. Orang Afrika-Amerika memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang-orang di Ras lain.

3) Jenis kelamin. Pria memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dari pada wanita. Perempuan biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.

4) Hormon. Penggunaan pil KB atau terapi hormon yang termasuk estrogen, serta peningkatan kadar estrogen dari kehamilan dan persalinan.

4. Patofisiologi

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

Stroke Non Hemoragik atau stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 20 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan otak dan

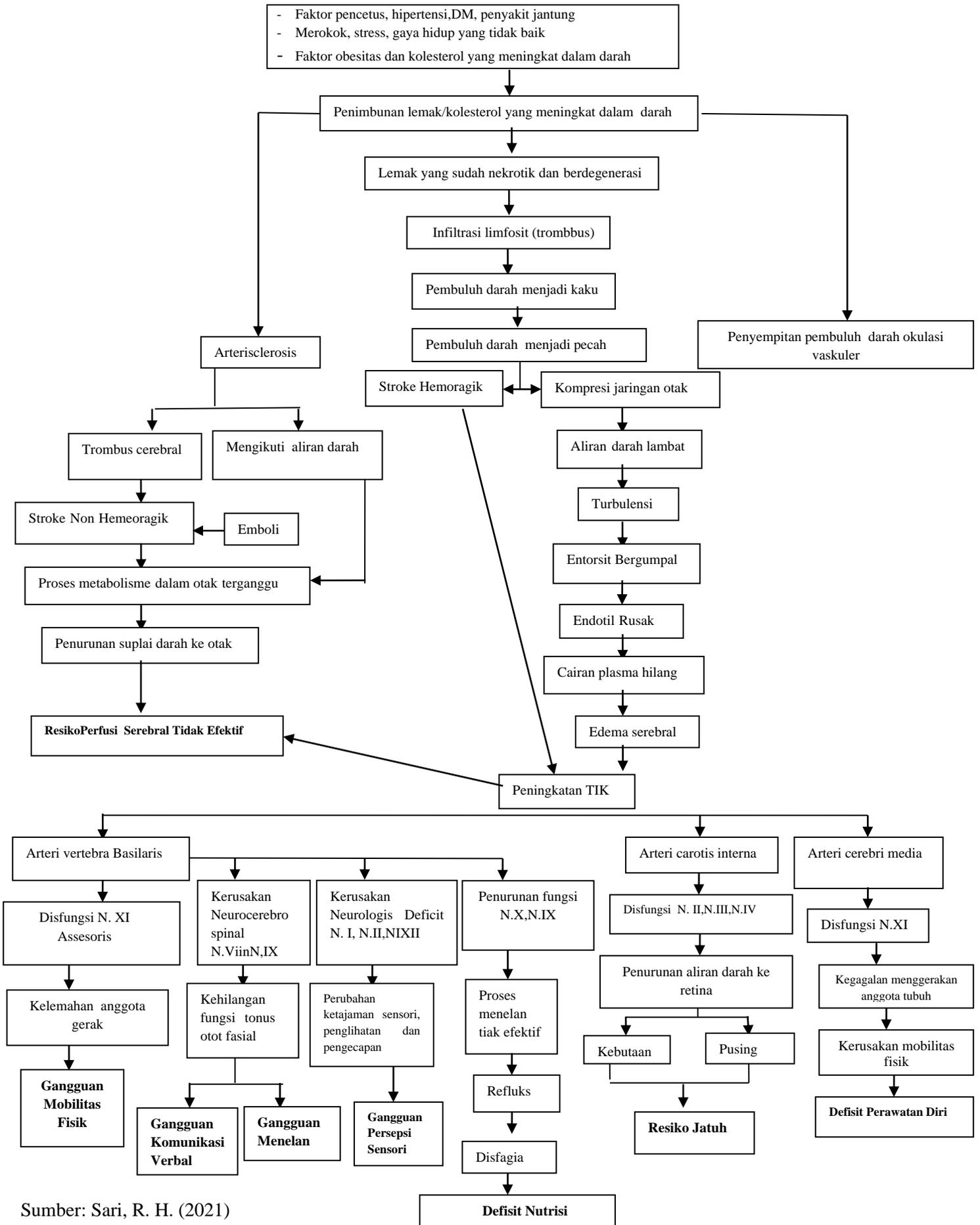
membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dan fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat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

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasi darah keparenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah aneurisma dan malformasi arteriovenous (AVM). Ekstrasvasi darah

keparenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma.

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

5. Pathway



Sumber: Sari, R. H. (2021)

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Menurut Heltty (2023) Stroke sebagai berikut:

a. Kelumpuhan (paralisis) total pada 1 sisi tubuh

Kelumpuhan bisa terjadi karena sebagian otak mengalami kerusakan akibat penyakit stroke, tentu kondisi ini menyebabkan pesan dari otak menuju otot terganggu.

b. Kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur

Kehilangan penglihatan terjadi ketika pembuluh darah di retina mengalami penyumbatan.

c. Pusing

Stroke yang dimulai di arteri karotis atau pembuluh utama di leher yang mengalirkan darah ke otak dapat menyebabkan pusing/sakit kepala.

d. Kebingungan

Stroke adalah salah satu jenis kerusakan otak. Jika kerusakan ini terjadi pada area yang mengontrol fungsi seperti memori, pemecahan masalah, konsentrasi, komunikasi, maka dapat menimbulkan kebingungan.

e. Mual muntah

Perubahan bahan kimia dan hormon otak setelah mengalami stroke, bahan kimia dan hormon otak terganggu akibat miskomunikasi antara otak dan usus.

f. Kesulitan menelan (disfagia)

Kesulitan menelan pada penderita stroke terjadi apabila mengenai area otak yang mengatur fungsi menelan, yakni di kortes (lapisan luar) dan batang otak.

g. Penurunan kesadaran

Penurunan kesadaran karena kebutuhan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah ke otak tidak terpenuhi akibat pecahnya pembuluh darah.

Manifestasi klinis Menurut Sari (2021)

- a. Kesulitan berbicara dan kebingungan. Pasien yang mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata-kata dan/atau mengalami kesulitan memahami ucapan.
- b. Kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki. Penderita stroke bisa mengalami mati rasa tiba-tiba, kelemahan atau kelumpuhan diwajah, lengan atau kaki. Hal ini sering terjadi di satu sisi tubuh.
- c. Kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata. Penderita stroke akan mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan kabur atau hitam disatu atau kedua mata.
- d. Sakit kepala. Sakit kepala yang tiba-tiba dan parah, yang mungkin disertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, mungkin menunjukkan bahwa seseorang mengalami stroke.

- e. Kesulitan berjalan. Penderita stroke mungkin tersandung atau mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan, atau kehilangan koordinasi.

7. Komplikasi Stroke

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

- a. Edema otak

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

- b. Pneumonia

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

- c. Infeksi saluran kemih atau inkontinensia/ retensi urine

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

d. Kejang

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

e. Decubitus

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

f. Kekakuan sendi (kontraktur) dan atrofi otot

Hal ini dikarenakan kurangnya pergerakan sendi dan immobilisasi pada pasien stroke

g. Depresi dan kecemasan

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

8. Pemeriksaan Diagnostik

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

- a. Pemeriksaan fisik. Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui gejala apa yang dialami, kapan gejala mulai dirasakan, dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut. Selain itu riwayat kesehatan, riwayat konsumsi obat-obatan, dan cedera juga perlu dicatat.

- b. Tes darah. Pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi.
- c. Pemeriksaan CT scan. CT scan menggunakan serangkaian sinar-x untuk membuat gambar detail dari otak. CT scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke, dan kondisi lainnya.
- d. Pencitraan resonansi magnetic (MRI). MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak.
- e. USG karotis. Dalam tes ini, gelombang suara menciptakan gambar terperinci dari bagian dalam arteri karotid di leher. Tes ini menunjukkan penumpukan deposit lemak (plak) dan aliran darah di arteri carotid.
- f. Angiogram serebral. Dalam tes ini, dokter memasukan tabung tipis (kateter) tipis melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha) melalui arteri utama dan ke arteri karotid atau vertebral.
- g. Ekokardiogram (EKG). Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk membuat detail dari jantung ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Yulidirim, (2018) antara lain:

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Trombolitik (*streptokinase*)
- 2) Antikoagulan (*heparin*)
- 3) Hemorragik (*pentoxifylin*)
- 4) Antagonis serotonin (*noftidrofuryl*)
- 5) Antagonis kalsium (*nomodipin, piracetam*)

Penatalaksanaan Medis ada 2 yaitu :

- Penatalaksanaan medis khusus
 - 1) Atasi kejang (konvulsan)
 - 2) Atasi dekompresi (kraniotomi)
- Penatalaksanaan Medis faktor resiko
 - 1) Atasi hiper uresemia
 - 2) Atasi hipertensi
 - 3) Atasi hiperglikemia

b. Penatalaksanaan perawat

- 1) Melatih *Range Of Motion* (ROM) sehari 2x
- 2) Memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun pasien tentang tujuan peningkatan mobilitas fisik
- 3) Tirah baring setiap 2 jam sekali

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengumpulan Data

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

1) Identitas

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

2) Keluhan utama

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

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) Pengkajian perpola

a) Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pada pasien stroke pemahamannya kurang dalam upaya memelihara kesehatannya seperti ketidakpatuhan dalam minum obat, mengkonsumsi alkohol, merokok, dan penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada fase akut. Sering mengkonsumsi masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, dan nafsu makannya menurun. Pada pasien stroke adanya ketergantungan mengkonsumsi minuman yang mengandung alkohol.

c) Pola Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan gangguan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, pada pola eliminasi BAK pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegia, kesukaran untuk istirahat.

e) Pola sensori dan kognitif

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

f) Pola Tidur dan Istirahat

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

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan mudah kooperatif. Pasien stroke sering mengalami perubahan persepsi dan konsep diri. Sehingga cenderung kehilangan dalam motivasi hidup dan merasa sedih menganggap dirinya menyusahkan bagi orang lain.

h) Pola Hubungan dan Peran

Pada pasien yang mengalami stroke biasanya akan mengalami kesulitan berinteraksi sosial dengan lingkungan sekitarnya. Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami perubahan peran seperti tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. Contohnya peran sebagai kepala keluarga/tulang punggung keluarga, tetapi karena mengalami stroke ia tidak bisa bekerja.

i). Pola Reproduksi Seksual

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

j). Pola Penanggulangan Stress

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

k). Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pola tata nilai dan kepercayaan klien biasanya jarang melakukan ibadah karena, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

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

b) Tanda-tanda vital

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

c) Kepala

Adanya hemato atau riwayat operasi.

d) Mata

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

e) Hidung

Adanya gangguan pada penciuman kerena terganggu pada nervus olfaktorius (vervus I).

f) Dada

Inspeksi : Bentuk simetris

Palpasi : Tidak adanya masa dan benjolan

Perkusi : Nyeri tidak, ada bunyi jantung lup-dup

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

g) Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi : Bising usus agak lemah

Perkusi : Nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

h) Ekstremitas

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

Nilai 0 : bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.

Nilai 1 : bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi

Nilai 2 : bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi.

Nilai 3 : bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak melawan tekanan pemeriksaan.

Nilai 4 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya kurang.

Nilai 5 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh. (Purwanto, 2016).

i) Pemeriksaan fungsi saraf kranialis

Fungsi saraf kranial menurut Wahyudha, (2022).

(1)Nervus I (Olfaktorius)

Biasanya pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

(2)Nervus II (Optikus)

Biasanya pada pasien stroke ketidakmampuan untuk melihat benda yang jaraknya jauh dari pasien

(3)Nervus III (Okulomotori)

Gerakan mata dan respon pupil

(4)Nervus IV (Toklearis)

Biasanya pasien dapat melihat mengikuti arah tangan perawat.

(5)Nervus V (Trigeminus)

Biasanya pasien dapat menyebut lokasi rangsangan nyeri

(6)Nervus VI (Adusen)

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

(7) Nervus VII (Facialis)

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

(8) Nervus VIII (Auditoris)

Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.

(9) Nervus IX (Glosfaringeus)

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

(10) Nervus X (Vagus)

Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan.

(11) Nervus XI (Assessorius)

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

(12) Nervus XII (Hipoglosus)

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

j) Reflek patologis

Reflek patologis menurut Rahmawati, (2022)

(1) Reflek hoffiman tromer

Tangan pasien ditumpu oleh tangan pemeriksa, kemudian ujung jari tangan pemeriksa yang lain disentilkan ke ujung jari tengah tangan penderita. Kita lihat respon jari tangan penderita, yaitu fleksi jari-jari yang lain, aduksi dari ibu jari. Reflek positif bilateral bisa dijumpai pada 25 % orang normal, sedangkan unilateral Hoffmann indikasi untuk suatu lesi UMN.

(2) Grasping reflek

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

(3) Reflek palmomental

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

(4) Mayer reflek

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

(5) Reflek Babinski

Lakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit ke arah jari melalui sisi lateral, orang normal akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki penarikan tungkai. Pada lesi UMN maka akan timbul respon jempol kaki akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain akan menyebar atau membuka.

(6) Reflek Chaddock

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

(7) Reflek Rossolimo

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

(8) Reflek Mendel-Bacstrerew

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

b. Tabulasi Data

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

c. Klasifikasi Data

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

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

d. Analisa Data

1) Sign/symptom

Data subyektif : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data obyektif : Penurunan Kesadaran, gelisah, tampak mengiris

- Etiologi : Embolisme
- Problem : Resiko perfusi cerebral tidak efektif
- 2) Sign/symptom
- Data subyektif : Kelemahan anggota gerak sebelah badan
- Data obyektif : Kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.
- Etiologi : Gangguan neuromuskuler
- Problem : Gangguan mobilitas fisik
- 3) Sign/symptom
- Data subyektif : -
- Data obyektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi
- Etiologi : Penurunan sirkulasi serebral
- Problem : Gangguan komunikasi verbal
- 4) Sign/symptom
- Data subyektif : Mual, dan muntah,kesulitan menelan, nafsu makan menurun
- Data obyektif : Mual, dan muntah
- Etiologi : Ketidakmampuan menelan makanan
- Problem : Defisit nutrisi
- 5) Sign/symptom
- Data subyektif : Mengeluh sulit menelan
- Data obyektif : Batuk sebelum menelan, tersedak, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan

Etiologi : Gangguan saraf kranial

Problem : Gangguan menelan

6) Sign /symptom

Data subyektif : Lemah

Data obyektif : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri

Etiologi : Kelemahan, gangguan neuromuskuler

Problem : Defisit perawatan diri

7) Sign/symptom

Data subyektif : Mengeluh penglihatan kabur

Data obyektif : -

Etiologi : gangguan penglihatan

Problem : resiko jatuh

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke menurut Sari, R. H (2021) dengan label diagnose keperawatan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) antarlain:

1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme yang di tandai dengan :

DS : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

DO : Penurunan Kesadaran, gelisah

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yang di tandai dengan :

DS : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO : Kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yang ditandai dengan :

DS : -

DO : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan yang ditandai dengan :

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

DO : Mual dan muntah

5) Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial yang ditandai dengan:

DS : Mengeluh Sulit Menelan

DO : Batuk Sebelum Menelan, Tersedak, Makanan Tertinggal Dirongga Mulut, Sulit Mengunyah Dan Muntah Sebelum Menelan.

6) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan gangguan neuromuskuler yang ditandai dengan:

DS : Lemah

DO : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri.

6) Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

DS : -

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

3. Perencanaan Keperawatan (intervensi keperawatan) SDKI, SLKI, SIKI, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018)

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

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :

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

Intervensi :

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial :

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

Rasional : Mengetahui penyebab tik dan segera melakukan tindakan yang tepat

- 2) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Rasional : Mengetahui keadaan umum pasien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya.

3) Berikan posisi semi fowler

Rasional : meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.

4) Cegah terjadinya kejang

Rasional : Mengurangi tekanan intracranial dan intraabdominal sehingga menghindari peningkatan tik

5) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

Rasional : untuk mencegah terjadinya kejang

b. Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil :

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

Intervensi :

Dukungan mobilisasi:

1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional : Mengetahui keluhan lain pasien dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan

2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

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

3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional : Mengetahui kondisi kesehatan pasien

4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

Rasional : Mencegah terjadinya cedera pada pasien

5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : Keluarga mampu melatih pasien secara mandiri.

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

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil :

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

Intervensi :

Promosi komunikasi defisit bicara :

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

Rasional : Mengetahui perkembangan pasien

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

Rasional : Agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik

3) Ulangi apa yang di sampaikan pasien

Rasional : Dapat memastikan ucapan yang di sampaikan pasien

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

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi meningkat

Kriteria hasil:

1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat

2) Kekuatan otot pengunyah meningkat

3) Kekuatan otot menelan meningkat

4) Nafsu makan membaik

Intervensi

Manajemen nutrisi:

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk mengetahui nutrisi yang di peroleh pasien

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : Mengetahui apakah pasien ada alergi terhadap makanan dan minuman.

3) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : Menambah nafsu makan pasien

4) Monitor asupan makanan

Rasional : Mengetahui porsi makan pasien sudah dihabiskan

5) Monitor berat badan

Rasional : Mengetahui ada atau tidaknya penurunan berat badan

6) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : Mempertahankan status gizi pasien

7) Anjurkan posisi duduk, jika mampu

Rasional : Mencegah terjadinya refluks atau berbaliknya makanan dari lambung ke kerongkongan

8) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional : Agar pasien mengetahui diet yang sedang dijalani

d. Diagnosa 5 : Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial

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

Kriteria hasil :

1) Reflek menelan meningkat

2) Kemampuan mengunyah meningkat

- 3) Usaha menelan meningkat
- 4) Frekuensi tersedak menurun

Intervensi :

Dukungan perawatan diri : makan/minum

- 1) Identifikasi diet yang dianjurkan
- 2) Monitor kemampuan menelan
- 3) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- 4) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafu makan
- 5) Jelaskan posii makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam
- 6) Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesic, antiemetik), sesuai indikasi

- e. Diagnosa 6: Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan neuromuskuler

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat

Kriteria hasil :

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

Intervensi :

Dukungan perawatan diri

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Monitor tingkat kemandirian
- 2) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
- 3) Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- 4) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri
- 5) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

f. Diagnosa 7 : risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat jatuh menurun

Kriteria hasil :

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

Intervensi :

Pencegahan jatuh

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis gangguan penglihatan)

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

4. Implementasi keperawatan

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

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi yang diharapkan pada akhir studi kasus yaitu masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dimana ditemukan tingkat kesadaran meningkat, tekanan intra cranial menurun, sakit kepala

dan gelisah menurun. Gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dimana ditemukan pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, dan kaku sendi menurun. Gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dimana ditemukan kemampuan berbicara meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, pelo menurun, gagap menurun, pemahaman komunikasi membaik. Defisit nutrisi dapat teratasi dimana ditemukan porsi makan yang dihabiskan meningkat, kekuatan otot pengunyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, nafsu makan membaik. Gangguan menelan dapat teratasi dimana ditemukan mempertahankan makanan di mulut meningkat, reflek menelan meningkat, kemampuan mengunyah meningkat, usaha menelan meningkat, frekuensi tersedak menurun, muntah menurun. Defisit perawatan diri dapat teratasi dimana ditemukan kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat. Resiko jatuh tidak terjadi dimana ditemukan pasien tidak terjatuh saat berdiri, duduk, maupun berjalan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis/ Rancangan/Desain Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien dengan diagnosa medis Stroke yang di rawat di RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien Stroke di RSUD Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus ini hanya berjumlah satu orang yakni Tn. M. L dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini yaitu Asuhan Keperawatan dan Stroke

1. Asuhan keperawatan merupakan rangkaian tahapan dalam proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak, yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah ataupun dikarenakan adanya halangan akibat gumpalan darah sehingga menyebabkan defisit neurologis. Akibatnya penderita stroke akan mengalami ketidakefektifan perlindungan yaitu keadaan dimana seseorang

kurang mampu untuk melindungi dirinya sendiri dari suatu ancaman, yang ditandai dengan adanya gangguan mobilisasi, gangguan keseimbangan dan koordinasi, kelemahan, kelelahan, gangguan pembekuan darah, dan gangguan neurosensorik.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus akan dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende Jalan Prof. Dr.W.Z.Yohanes, pada tanggal 25-27 Juni 2024.

E. Metode/ Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian mengurus surat ijin penelitian dari kampus kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala ruangan penyakit dalam. Setelah mendapatkan ijin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan *Informend Consent* setelah itu dilanjutkan dengan pengumpulan Data, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data kemudian merumuskan diagnosa, melakukan perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan selama proses asuhan keperawatan berlangsung mulai dari tahap pengkajian hingga pada tahap evaluasi. Untuk

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

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien. Pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan membaca serta mencatat hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan medis yang termuat di dalam status pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi : biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu serta hasil observasi dan pemeriksaan fisik pada pasien selama 3 hari perawatan di rumah sakit.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga dan data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik seperti data laboratorium pasien.

I. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan 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 dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang tepat dan di implementasikan pada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil

interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus dimana penulis membandingkan kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata pada pasien dengan diagnosa medis stroke di RSUD Ende.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus yang dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 3 ruangan perawatan dalam 19 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang gudang, 1 ruang pantry, memiliki 16 orang perawat, 1 orang admin dan 2 orang cleaning service.

2. Pengkajian

a. Identitas Klien

Pengkajian dilakukan pada Tn. M. L pada tanggal 25 Juni 2024

Klien berinisial Tn M. L usia 50 tahun, klien beragama katolik, status klien sudah menikah, pendidikan terakhir klien SMP, pekerjaan buru. Klien tinggal di Bhoanawa, klien masuk rumah sakit pada tanggal 16 Juni 2024 dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik (SH). Penanggung jawab klien Ny. D.S usia 49 tahun yang merupakan istri dari klien.

b. Status Kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1. Keluhan utama

Keluarga klien mengatakan pasien mengeluh pusing, kelemahan pada anggota gerak bagian kiri dan mulut mencong ke kiri.

2. Riwayat keluhan utama

Keluarga klien mengatakan klien pada tanggal 16 juni 2024 jam 01.30 pagi klien mengeluh kelemahan anggota gerak badan sebelah kiri, kaki dan tangan klien terasa kaku Pada saat jam 01.50 pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara dan mulutnya mencong ke kiri. Klien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien di bawah ke RSUD Ende karena merasa pusing, mengalami kelemahan anggota gerak badan sebelah kiri, kaki dan tangan klien terasa kaku sejak tanggal 16 juni 2024 jam 01.30 pagi. Lalu istri klien menggosok tangan dan kaki klien menggunakan minyak GPU dan minyak kayu putih. Pada saat jam 01.50 pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara dan mulutnya mencong. Karena tidak bisa diatasi di rumah akhirnya pasien dibawah ke RSUD Ende sekitar jam 02.00 pagi.

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga klien mengatakan sebelum antar ke rumah sakit tangan dan kaki klien digosok dengan minyak GPU dan minyak kayu putih.

b) Status Kesehatan Lalu

1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan ia mempunyai penyakit hipertensi sejak tahun 2022.

2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan ini kali pertama ia dirawat. Selama ini klien cuman periksa kesehatannya di Klinik Martin de Pores.

3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi di makanan/minuman maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol dll)

Keluarga klien mengatakan klien biasanya minum kopi di pagi hari dan sore hari. Pasien biasanya menghabiskan rokok sehari 1 bungkus dan sering mengkonsumsi alcohol. Tetapi dari bulan Februari 2024 klien sudah tidak lagi mengkonsumsi alcohol.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien mengatakan di keluarganya tidak ada penyakit yang sama seperti yang dialami klien dan tidak ada penyakit lainnya.

d) Diagnosa Medis dan Therapy Yang Di Dapat Sebelumnya

Keluarga klien mengatakan klien mendapatkan obat captropil dan obat amlodipine karena pasien memiliki penyakit hipertensi sejak tahun 2022, tetapi pasien tidak rutin untuk mengkonsumsi obat

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan kesehatannya sangatlah penting, kebersihan dan lingkungan rumah selalu diperhatikan. Klien mengatakan ia mengalami penyakit hipertensi. Pada saat ia sakit ia biasanya pergi periksa di Klinik Martin de Pores.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan pasien makan 3x sehari, tidak ada keluhan, porsi makan dihabiskan, dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, tahu, tempe kadang-kadang makan ubi/pisang, klien juga biasa makan gorengan, daging, dan ikan asin. Klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengkonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 2000 cc air.

Saat ini : keluarga klien mengatakan klien sulit untuk makan karena kesulitan untuk mengunyah makanan. Porsi makan tidak dihabiskan, makan cuman 4-5 sendok saja. Jenis makanan nasi, ikan, sayur dan tahu tempe. Klien minum air dalam sehari kurang lebih 1600 cc.

c. Pola Eliminasi

1. BAB

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB lancar, tidak ada keluhan, BAB 2x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, dan berbau khas feses.

Saat ini : klien mengatakan selama di rumah sakit ia belum pernah BAB.

2. BAK

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 4-5 kali/hari, warna kuning, bau khas dan tidak ada keluhan saat BAK, jumlah urine 800cc/hari.

Saat ini : klien terpasang kateter, urine bewarna kuning, bau khas dan tidak ada keluhan.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Keluarga klien mengatakan aktivitas klien semuanya dibantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah.

e. Pola kognitif dan Persepsi

Klien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya klien menjawab tanggal lahirnya 07 September 1974 klien masih mengingat dengan baik, penglihatan klien masih jelas.

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri : Klien mengatakan ia menyukai seluruh bagian tubuhnya, kecuali bagian kaki dan tangannya sebelah kiri yang sulit untuk digerakan.

Harga diri : Klien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar

Ideal diri : Klien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga dan mau melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri : Klien mengatakan ia berperan sebagai kepala keluarga/yang mencari nafkah.

Identitas diri : Klien mengatakan ia adalah seorang pria berumur 50 tahun, dan merupakan seorang suami dan bapak dari kedua anaknya

g. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit : keluarga mengatakan klien biasanya tidur siang 1-2 jam dan malam hari biasanya tidur di jam 22.00 dan biasanya bangun di jam 05.30 pagi. Keluarga mengatakan tidurnya nyenyak dan tidak ada gangguan.

Saat ini : keluarga mengatakan klien susah tidur karena cegukan dan sesak nafas terus. Pada siang hari klien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di malam hari klien tidur di jam 21.30.

h. Pola Peran dan Hubungan

Keluarga mengatakan selama dirawat, hubungan klien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit hubungan klien dengan keluarga, tetangga sekitar juga baik dan klien aktif dalam bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

Keluarga klien mengatakan jika mengalami masalah klien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari istri dan anak-anaknya.

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien rajin ke gereja, klien selalu yakin dan percaya bahwa Tuhan Yesus dan Bunda Maria selalu menyertainya. Pada saat klien sakit ia cuman berdoa dalam hati mohon perlindungan dan penyembuhan.

4. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Lemah, tingkat kesadaran somnolen, GCS = E : 4, V: 5, M : 3 =12. Tanda-tanda vital = TD: 140/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO₂: 97%. Berat badan sebelum sakit : 65 kg, berat badan saat ini : 63 kg, tinggi badan 175 cm.

2) Pengkajian Fisik

Kepala : Bentuk simetris, rambut tampak kering, terdapat ketombe, tidak ada nyeri tekan, rambut tidak mudah rontok. Mata : Konjungtiva anemis, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu penglihatan, reflek cahaya (+), pupil isokor, dan ada lingkaran hitam di mata (mata panda). Hidung : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, tidak ada serumen, tampak simetris. Telinga : tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada alat bantu pendengaran. Mulut : Bentuk bibir tidak simetris, mukosa bibir kering, gigi tampak sedikit kuning, terdapat karang gigi, lidah tampak kotor. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar

tyroid, tidak ada nyeri tekan. Dada : tampak simetris, frekuensi napas 20x/mnt, terdapat penggunaan alat bantu pernapasan. Abdomen : tidak ada pembengkakan, bunyi timpani, tidak ada nyeri tekan, peristaltic usus 20x/mnt. Genitalia : klien berjenis kelamin laki-laki, terpasang kateter. Integument : kulit tampak kering. Ekstermitas atas : terpasang infuse NaCl 20 tpm di tangan sebelah kiri, terasa lemah dan tidak bisa digerakan karena kekakuan otot, ekstermitas kanan atas tidak ada oedema dan bisa digerakan. Ekstermitas bawah kaki kiri sulit untuk digerakan.

Nilai kekuatan otot :

1	4
2	4

3) Pemeriksaan Saraf Kranial

1. Nervus I Olfaktorius

Fungsi penciuman klien baik, klien mampu mencium bau aroma minyak kayu putih.

2. Nervus II Optikus

Meminta klien menutup salah satu matanya lalu menanyakan klien berapa angka yang ditunjukkan perawat jarak klien dan perawat sekitar 6 meter. Penglihatan klien baik saat di periksa.

3. Nervus III Okulomotorik

Dilatasi pupil, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.

4. Nervus IV Trochlearis

Klien mampu mengikuti arah benda yang di gerakan perawat baik ke atas, bawah, ke kiri maupun ke kanan.

5. Nervus V Trigemini

Klien dapat membedakan benda yang halus dan tajam. Meminta klien untuk menutup mata dan perawat memberikan rangsangan pada area wajah dengan menggunakan kapas dan tusuk gigi.

6. Nervus VI Abducens

Klien dapat mengikuti arah benda yang dijauhkan perawat ataupun yang didekatkan perawat.

7. Nervus Fasialis

Klien dapat tersenyum, bersiul, klien mampu mengangkat alisnya dan klien dapat menyebutkan AIUEO.

8. Nervus VIII Auditorius

Pendengannya klien normal. Klien mendengar suara gesekan tangan perawat.

9. Nervus IX Glosfaringeus

Meminta klien untuk minum air (tidak ada kesulitan saat meminum air), dan reflek muntah pada klien baik

10. Nervus X Vagus

Tidak terdapat gangguan saat menelan makanan

11.Nervus XI Assesorius

Ekstermitas kiri atas dan ekstermitas kiri bawah lemah saat bergerak penuh, ekstermitas kanan atas dan bawah dapat di bergerak seperti biasa

12.Nervus XII Hipoglosus

Menyuruh klien untuk menjulurkan lidah, klien mampu menggerakan lidah ke kiri dan kekanan.

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal

WBC 8,85 (nilai normal 3.80 – 10.60)

HGB 15.0 (nilai normal 13.2 – 17.3)

PLT 199 (nilai normal 150 – 450)

5) Terapi Pengobatan

Citicolin 2 x 500 mg/iv (untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala)

Mecobalamin 2 x 500 mg/iv (untuk neuropati perifer (kerusakan saraf perifer).

Ranitidin 2 x 70 mg/iv (untuk mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih)

Paracetamol 3 x 1 gr/iv (untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam)

Ondansetron 3 x 4 mg/iv (untuk mencegah mual dan muntah)

5. Tabulasi Data

Keluarga klien mengatakan klien mengeluh pusing, mengalami kelemahan anggota gerak bagian kiri, mulut mencong sejak tanggal 16 juni 2024 jam 01.30 pagi. Saat di kaji badan sebelah kiri susah di gerakan, klien masih merasa pusing dan sesak nafas. Klien tidak ada pantangan dalam makanan/minuman maupun obat-obatan, nafsu makan klien menurun, aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti makan/minum, mandi, berpakaian, dan toileting, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, klien tampak lemah, tampak meringis, gigi sedikit bewarna kuning, rambut kering, kulit tampak kering, klien nampak sering cegukan, sesak napas batuk, tampak sering menguap dan terdapat lingkaran hitam dibawah mata (mata panda), terpasang infus di tangan sebelah kiri. Kekuatan otot menurun di ekstermitas kiri atas dan ekstermitas kiri bawah. Tanda-tanda vital= TD:140/60mmHg, S:36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, terpasang infus pada ekstermitas kiri atas 20 tpm dan terpasang O2 nasal kanul 3 lpm.

Kekuatan Otot :

1	4
2	4

6. Klasifikasi Data

DS : Keluarga klien mengatakan klien mengeluh pusing, mengalami kelemahan anggota gerak bagian kiri.

DO : Keadaan umum lemah, kesadaran somnolen, mulut mencong ke kiri, aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting. Klien tampak meringis, konjungtiva anemis, klien tampak lemah, tampak meringis, gigi sedikit bewarna kuning, rambut kering, kulit tampak kering, klien nampak sering cegukan, sesak napas batuk, tampak sering menguap dan terdapat lingkaran hitam dibawah mata (mata panda), terpasang infus di tangan sebelah kiri. Kekuatan otot menurun di ekstermitas kiri atas dan bawah. Kekuatan otot tangan kiri nilai 1, kaki kiri nilai 2, tangan dan kaki kanan nilai 4. TD:140/60 mmHg, S:36,5°C, N:70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂:97%, terpasang infus NaCl pada ekstermitas kiri atas 20 tpm dan terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm.

7. Analisa Data

1) Sign/Symptom : DS : keluarga klien mengatakan tangan dan kaki klien susah untuk digerakan, dan klien juga mengeluh pusing. DO : keadaan lemah, kesadaran somnolen, mulut mencong ke kiri, konjungtiva anemis, tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan. TTV= TD:140/60 mmHg, S: 36,5°C. N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%, terpasang infus NaCl 20 tpm pada ekstermitas kiri atas.

Etiologi : Aterosklerosis aorta

Problem : Risiko perfusi serebral tidak efektif

- 2) Sign/Symptom : DS : Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan terasa berat dan lemas, klien sulit untuk melakukan aktivitas. DO : Klien tampak lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, kekuatan otot menurun, tangan kiri nilai 1, kaki kiri nilai 2, tangan kanan dan kaki kanan nilai 4. Aktivitas di bantu oleh keluarga. TTV= TD: 140/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%.

Etiologi : Gangguan neuromuscular

Problem : Gangguan mobilitas fisik

- 3) Sign/Symptom : DS : Keluarga klien mengatakan klien susah untuk tidur. Pada siang hari klien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di malam hari klien tidur tidak nyenyak karena cegukan dan sesak nafas. DO : Keadaan lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, klien tampak sering menguap, ada lingkaran hitam di mata (mata panda), klien juga tampak sering cegukan dan sesak nafas. TTV= TD: 140/60 mmHg, S : 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%.

Etiologi : Hambatan Lingkungan

Problem : Gangguan pola tidur

8. Diagnosa Keperawatan

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta ditandai dengan DS : keluarga klien mengatakan tangan dan kaki klien susah untuk digerakan, klien juga mengeluh

pusing. DO : keadaan lemah, kesadaran samnolen, mulut mencong ke kiri, konjungtiva anemis, tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan. TTV= TD:140/60 mmHg, S:36,5°C. N:70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%, terpasang infus NaCl 20 tpm pada ekstermitas kiri atas

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan DS : Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan terasa berat dan lemas, klien sulit untuk melakukan aktivitas. DO : Klien tampak lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, kekuatan otot menurun, tangan kiri nilai 1, kaki kiri nilai 2, tangan kanan dan kaki kanan nilai 4. Aktivitas di bantu oleh keluarga. TTV= TD:140/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%.
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Keluarga klien mengatakan klien susah untuk tidur. Pada siang hari klien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di malam hari klien tidur tidak nyenyak karena cegukan dan sesak nafas. DO : Keadaan lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, klien tampak sering menguap, ada lingkaran hitam di mata (mata panda), klien juga tampak sering cegukan dan sesak nafas. TTV= TD:140/60 mmHg, S : 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%.

9. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka prioritas masalah keperawatan adalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Gangguan Mobilitas Fisik, Gangguan Pola Tidur.

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta ditandai dengan DS : keluarga klien mengatakan tangan dan kaki klien susah untuk digerakan, klien juga mengeluh pusing. DO : keadaan lemah, kesadaran somnolen, mulut mencong ke kiri, konjungtiva anemis, tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan. TTV= TD:140/60 mmHg, S: 36,5°C. N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%, terpasang infus NaCl 20 tpm pada ekstermitas kiri.
Tujuan/kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat, tekanan intra kranial menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun.

Intervensi Keperawatan

1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Rasional : Mengetahui penyebab TIK dan segera melakukan tindakan yang tepat. 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Rasional : Mengetahui keadaan umum klien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya. 3. Berikan posisi semi fowler, Rasional : Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan. 4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Rasional : Dengan lingkungan yang nyaman akan merasakan rileks dan tenang. 5. Pertahankan suhu tubuh normal, Rasional : Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal.

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan DS : Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan terasa berat dan lemas, klien sulit untuk melakukan aktivitas. DO : Klien tampak lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, kekuatan otot menurun. Aktivitas di bantu oleh keluarga. TTV= TD: 140/60 mmHg, S: 36,5°C, N:70x/mnt, RR:20x/mnt, SPO₂: 97%. **Tujuan/kriteria hasil** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : pergerakan

ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun.

Intervensi Keperawatan

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Rasional : Mengetahui keluhan lain klien dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan.
 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Rasional : Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.
 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Rasional: Mengetahui kondisi kesehatan klien.
 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, Rasional : Mencegah terjadinya cedera klien.
 5. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, Rasional : Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan.
 6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. melakukan gerakan ROOM).
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS : Keluarga klien mengatakan klien susah untuk tidur. Pada siang hari klien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di malam hari klien tidur tidak nyenyak karena cegukan dan sesak nafas.
- DO : Keadaan lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, klien tampak sering menguap, ada lingkaran hitam di mata (mata panda), klien juga tampak sering cegukan dan sesak nafas. TTV= TD: 140/60 mmHg, S:36,5°C, N:70x/mnt, RR:20x/mnt, SPO₂:97%.

Tujuan/kriteria hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun.

Intervensi Keperawatan

1. Identifikasi faktor pengganggu tidur, Rasional : Mengetahui hal apa yang menyebabkan pola tidur terganggu. 2. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan), Rasional: Lingkungan yang baik, aman, dan tenang dapat menambah kualitas tidur yang baik. 3. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit, Rasional: Menambah energy untuk mempercepat proses penyembuhan.

10. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Tn.M. L dilakukan selama 3 hari pada tanggal 25-27 April 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnose keperawatan.

a. Hari Pertama Pada Tanggal 25 Juni 2024

1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 140/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%. Jam 08.10 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil : Klien mengatakan merasa pusing, wajah tampak meringis, tekanan darah meningkat 140/60 mmHg. Jam 08.20 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, hasil : klien tampak memperhatikan dan mengerti apa yang di ajarkan perawat, namun klien tampak sulit

untuk melakukan teknik napas dalam tersebut. Jam 09.00 Memposisikan klien semi fowler. 09.10 Memberikan klien O2 nasal kanul 3 lpm. Jam 10.30 Melayani injeksi mecobalamine 500gr/iv.

- 2) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 140/60 mmHg, S:36,5°C, N:70x/mnt, RR:20x/mnt, SPO₂: 97%. Jam 09.30 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : Klien tampak tidak bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya. Jam 09.40 Melatih gerakan otot klien yang kaku, hasil : klien mampu melakukan tindakan yang di ajarkan. Jam 10.10 Mengukur kekuatan otot :

1	4
2	4

- 3) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 140/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%. Jam 08.30 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil : klien mengatakan sulit tidur dikarenakan cegukan dan sesak nafas. 09.20 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat.

b. Hari Kedua Pada Tanggal 26 Juni 2024

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil :

TD: 160/80 mmHg, S: 36,3°C, N: 87x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO₂: 99%. Jam 08.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil: Klien mengatakan masih merasa pusing, dan klien tampak meringis, tekanan darah meningkat 160/80 mmHg. Jam 09.00 Mengajarkan kembali teknik relaksasi napas dalam, hasil : Klien tampak memperhatikan tindakan yang di ajarkan dan klien sudah mulai mengikuti tindakan relaksasi napas dalam dan klien merasa sudah lebih nyaman . Jam 10.00 Melayani injeksi citicolin 500 mg/iv.

2) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 160/80 mmHg, S:36,3°C, N:87x/mnt, RR:22x/mnt, SPO₂: 99%. Jam 09.30 Mengidentifikasi adanya nyeri tekan, hasil : Klien mengatakan tidak ada nyeri saat di tekan di ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Jam 09.40 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : klien tidak bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya. Jam 10.30 Memfasilitasi melakukan pergerakan rom, hasil : klien mau mengikuti perawat untuk melakukan rom pasif pada kedua tangan dan kakinya. Jam 10.50 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan, hasil : Keluarga klien selalu membantu klien dalam makan/minum dan berpindah. Jam 11.00 mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana, hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan

untuk memiringkan badannya ke kiri, namun klien masih mengalami kesulitan untuk memiringkan badannya ke kanan.

- 3) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 160/80 mmHg, S: 36,3°C, N: 87x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO₂: 99%. Jam 11.20 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar klien dapat beristirahat. Jam 11.30 Memberitahu pada klien dan keluarga tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatannya, hasil : klien dan keluarga mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat tentang pentingnya tidur dan klien sudah mulai tidur cukup lama.

11. Evaluasi Keperawatan

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

a. Tanggal 25 Juni 2024 jam 14.00

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif

S : Klien mengatakan kepala masih terasa pusing, tangan dan kaki sebelah kiri masih susah untuk digerakan. O : Keadaan lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis. TTV= TD: 150/80 mmHg, S: 36,2°C, N: 85x/mnt, RR: 23x/mnt, SPO₂: 99%. A:

Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum terjadi. P :
Intervensi dilanjutkan no 1-4

2. Gangguan mobilitas fisik

S: Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan, terasa lemah dan berat aktivitasnya dibantu oleh keluarga. O: Keadaan lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, pasien sudah bisa memiringkan badannya ke kanan dengan bantuan keluarga. TTV: TD: 150/80 mmHg, S: 36,2°C, N: 85x/mnt, RR: 23x/mnt, SPO₂: 99%. A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan no 1-5

3. Gangguan pola tidur

S: Pasien mengatakan masih sulit untuk tidur nyenyak karena terus menerus cegukan dan sesak napas. O: Keadaan umum lemah, kesadaran samnolen, pasien masih sering menguap terus. TTV: TD: 150/80 mmHg, S: 36,2°C, N: 85x/mnt, RR: 23x/mnt, SPO₂: 99%. A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

b. Tanggal 26 Juni 2024 jam 14.00

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif

S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa pusing. O: Keadaan lemah, kesadaran composmetis, TD: 150/60 mmHg, S: 36°C, N: 88x/mnt, SPO₂: 97%, RR: 20x/mnt, terpasang infuse NaCl 20 tpm di tangan kanan dan terpasang 02 nasal kanul 3 lpm. A: Masalah

resiko perfusi serebral tidak efektif belum terjadi. P: Intervensi dilanjutkan

2. Gangguan mobilitas fisik

S: Klien mengatakan tangan dan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakan sedikit-sediki. O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, tampak meringis, aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. TTV = TD: 150/60 mmHg, S: 36°C, N: 88x/mnt, SPO₂: 97%, RR: 20x/mnt, terpasang infuse NaCl 20 tpm di tangan kiri dan 02 nasal kanul 3 lpm. A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan

3. Gangguan pola tidur

S: Pasien mengatakan ia tidak bisa tidur karena cegukan dan merasa sesak nafas. O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, TD: 150/60 mmHg, S: 36°C, N : 88x/mnt, SPO₂: 97%, RR: 20x/mnt. A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi4h7o. P: Intervensi dilanjutkan

12. Catatan Perkembangan

a. Tanggal 27 Juni 2024

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Jam 08.00

S : Klien mengatakan pusingnya sudah berkurang. O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD:140/70mmHg, S:36,4°C, N: 76x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 99%. A: Masalah risiko

perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I : Jam 08.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil: Klien mengatakan masih merasa pusing, dan klien tampak meringis. 09.00 Mengajarkan kembali teknik relaksasi napas dalam, hasil : klien melakukan tindakan yang di ajarkan dan klien merasa lebih nyaman. Jam 09.20 Mengedukasi kepada keluarga pasien untuk minum air labu siam yang sudah di parut agar dapat membantu menurunkan darah tinggi, hasil: keluarga pasien tampak mengerti dan paham dengan apa yang telah di jelaskan. 09.30 Mengedukasi kepada klien dan keluarga untuk rutin minum obat captropil dan amlodipine agar tekanan darah klien bisa membaik. E: Jam 14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan pusingnya sudah berkurang, TD : 140/80 mmHg, S: 36,3°C, N: 85x/mnt, RR: 21x/mnt, SPO₂: 97%. Masalah sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

2. Gangguan mobilitas fisik

S: Klien mengatakan tangan kiri dan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakan sedikit-sedikit. O:Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tangan dan kaki kiri klien sudah bisa di gerakan secara bertahap. TD: 140/70mmHg, S:36,4°C, N: 76x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 99%. A: Masalah gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 08.40 Mengidentifikasi adanya nyeri tekan, hasil : Klien mengatakan

tidak ada nyeri saat di tekan di kepala, ekstermitas atas dan bawah. Jam 09.40 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : klien sedikit-sedikit sudah bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya. Jam 10.00 Memfasilitasi melakukan pergerakan rom, hasil: klien mau mengikuti perawat untuk melakukan rom pasif pada kedua tangan dan kakinya, tangan kiri dan kaki kiri klien sudah bisa di gerakan sedikit-sedikit. Jam 10.30 Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga untuk sering melakukan pergerakan room 2x sehari agar otot-otot klien tidak kaku. Jam 10.35 Mengedukasi kepada pasien dan keluarga untuk tetap menjaga pola hidup sehat seperti tidak mengkonsumsi alkohol, tidak merokok, menjaga pola makan, sering berolahraga. E: Jam 14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan tangan dan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakan, aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. TD:140/80mmHg, S: 36,3°C, N: 85x/mnt, RR: 21x/mnt, SPO₂: 97%. Masalah sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

3. Gangguan pola tidur

S: Klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, tidak lagi merasa sesak nafas, cegukan sudah berkurang. O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien tidak lagi terpasang 02 nasal kanul, cegukan pada klien sudah berkurang. TD: 140/70mmHg, S:36,4°C, N: 76x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 99%. A: Masalah gangguan pola

tidur teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 11.00 Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat. Jam 11.10 Memberitahu kepada klien tentang pentingnya tidur. Jam 11.20 Menyampaikan kepada keluarga tidak bicara dengan klien saat tidur. E: 14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Masalah teratasi. Intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

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

1. Pengkajian

Secara teoritis pada pasien stroke di dapatkan data sebagai berikut: kelumpuhan (paralisis) total atau sebagian pada 1 sisi tubuh, kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur, pusing, kebingungan, kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain, mual muntah, kesulitan menelan (disfagia), Sakit kepala yang tiba-tiba, penurunan kesadaran Helty (2023).

Sedangkan pada kasus klien Tn. M. L ditemukan keluarga klien mengatakan klien mengeluh kelemahan anggota gerak bagian kiri, pusing,

sakit kepala dan mulut mencong ke kiri. Hal ini, menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana kasus pada Tn. M. L tidak ditemukan kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur dikarenakan tidak terjadi tersumbatnya pembuluh darah di retina, dan pada saat melakukan pemeriksaan mata menggunakan kartu snellen pasien dapat melihat dan menyebutkan dengan benar abjad dan angka yang ditunjukkan oleh perawat dengan jarak 6 meter, sehingga dapat disimpulkan bahwa Tn M. L tidak terdapat gangguan pada penglihatan. Selain itu, pada kasus pada Tn. M. L mengalami sedikit penurunan kesadaran hal ini dikarenakan dilihat dari nilai GCS yaitu 12 (somnolen), saturasi oksigennya dalam batas normal yaitu 97%, dan tekanan darahnya melebihi batas normal yaitu 140/60 mmHg dan walaupun kondisi klien stroke namun kemungkinan bahwa aliran darah pasien masih terpenuhi, pada kasus Tn. M. L tidak mengalami mual-muntah dikarenakan klien tidak terjadi peningkatan gangguan pada otak, malnutrisi, dan pasien tidak mengalami gangguan menelan, dan pada kasus Tn. M. L tidak mengalami kebingungan dikarenakan stroke tidak terjadi di area yang mengendalikan fungsi seperti komunikasi, memori, pemecahan masalah dan konsentrasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ningrum (2020) di Ruang Rawat Inap RSUD Bangil Pasuruan pada pasien stroke Ny Y mengalami badan sebelah kiri susah digerakan, pasien merasa pusing dan pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Hal ini sama dengan kasus pada Tn. M. L ditemukan dengan tanda dan gejala yang sama.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus stroke menurut Sari, R. H (2021) bahwa masalah/diagnosa yang ditemukan pada kasus stroke adalah risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, namun pada kasus Tn. M. L hanya ditemukan 3 diagnosa yaitu, risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagnosa keperawatan pada kasus Tn. M. L, dimana pada kasus pada Tn. M. L tidak ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dikarenakan klien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi dan klien berbicara dengan jelas sehingga dapat dipahami oleh orang lain, dan pada kasus Tn M. L tidak ditegakkan diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan hal ini dikarenakan klien mampu mengkonsumsi diet yang diterapkan, dan pada kasus Tn M. L tidak

ditegakkan diagnosa resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan hal ini dikarenakan saat di kaji pasien tidak mengalami gangguan pada penglihatan lalu pasien menggunakan pengaman (pagar tempat tidur) selalu terpasang serta pasien selalu di dampingi oleh keluarga, sehingga kemungkinan tidak memungkinkan pasien terjatuh dan pada kasus Tn. M. L tidak ditegakkan diagnosa gangguan menelan hal ini dikarenakan pasien mampu mengkonsumsi diet yang diterapkan.

Adapun diagnosa keperawatan tambahan yang ditegakkan pada kasus Tn. M. L yaitu gangguan pola tidur hal ini dikarenakan saat pengkajian ditemukan data-data yang mendukung yaitu pasien mengalami kesulitan saat tidur, klien juga tampak sering menguap, dan terdapat lingkaran hitam di mata (mata panda). Menurut hasil penelitian Turwoto (2022) dengan masalah stroke yaitu, risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, pola napas tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, diagnosa yang diangkat pada penelitian Turwoto (2022) sama dengan kasus Tn M. L, tapi ada beberapa diagnosa yang tidak ada pada penelitian Turwoto (2022), yaitu gangguan pola tidur, hal ini dikarenakan pada setiap pasien akan menunjukkan tanda dan gejala yang berbeda-beda. Pada kasus Tn M. L tidak ditemukan masalah gangguan komunikasi verbal, defisit nutrisi, defisit perawatan diri.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn. M. L disusun berdasarkan teori

menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Intervensi keperawatan baik pada tinjauan teoritis maupun kasus dilaksanakan berkat kerja sama keluarga dan pasien, namun tidak semua intervensi pada tinjauan teoritis dilakukan pada kasus Tn. M. L hanya beberapa saja yang dilakukan.

Untuk intervensi resiko perfusi serebral tidak efektif pada tinjauan teoritis sebanyak 5 intervensi, namun pada kasus nyata sebanyak 5 intervensi yang dilakukan dan intervensi yang tidak dilakukan yaitu cegah terjadinya kejang dan kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan hal ini dikarenakan pada kasus Tn. M. L tidak ditemukan tanda dan gejala terjadinya kejang seperti, kebingungan, gangguan penglihatan, pendengaran, dan penciuman, kesulitan berbicara, kesemutan, dan tatapan kosong. Untuk diagnosa gangguan mobilisasi fisik pada tinjauan teoritis sebanyak 5 intervensi sedangkan pada kasus nyata sebanyak 6 intervensi yang dilakukan. Adapun diagnosa tambahan yang tidak ada pada teori namun ada pada kasus yaitu gangguan pola tidur berdasarkan SIKI sebanyak 16 intervensi sedangkan pada kasus nyata 3 intervensi yang dilakukan.

Implementasi Keperawatan

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 25 Juni- 27 Juni 2024.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn. M. L dapat dijalankan dengan baik karena di dukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas Kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang di rencanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. M. L dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan. Pada Tn. M. L di evaluasi bahwa masalah risiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pusingnya sudah berkurang. Gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi dengan hasil klien mengatakan tangan dan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakan, tetapi aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. Gangguan pola tidur teratasi dengan hasil pasien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III pada tanggal 25 Juni – 27 Juni 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut : Tn. M.L usia 50 tahun dengan Stroke Hemoragik:

1. Pengkajian

Keluarga klien mengatakan klien mengeluh pusing, kelemahan pada anggota gerak bagian kiri dan mulut mencong ke kiri, klien sulit tidur dikarenakan cegukan dan sesak nafas, keadaan umum lemah, kesadaran samnolen, GCS = E:4, V: 5, M; 3=12, TTV= TD: 140/60mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO₂ : 97%, BB sebelum sakit 65kg, BB saat ini 63Kg, TB:175 cm.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. M. L adalah sebagai berikut : 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Aterosklerosis Aorta. 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular. 3) Gannguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan Pada Tn. M. L dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik, ditetapkan sesuai dengan 3 masalah keperawatan yang ditemukan dengan tujuan akhir dapat teratasi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi kegiatan dari perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. M. L dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende yang dilakukan selama 3 hari perawatan dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah yang ditemukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari semua tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. M. L dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilakukan selama 3 hari. Hasil evaluasi menunjukkan tindakan keperawatan yang dilakukan mampu mengatasi sebagian masalah keperawatan yang ditemukan.

Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus nyata dan data yang ada pada teori. Data yang ditemukan pada kasus pasien terdapat 3 diagnosa pada kasus Tn M. L 2 ada pada teori yaitu : 1).

Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, 2) Gangguan Mobilitas Fisik. Dan satu diagnosa tambahan yaitu : Gangguan Pola Tidur.

B. Saran

1. Bagi perawat

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat digunakan informasi tentang kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dari hasil studi kasus ini rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan

3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan dan meningkatkan kualitas Pendidikan

4. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan, menjaga kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, L., Astrid, M., & Supardi, S. (2020). Analisis Pengaruh Latihan Rentang Gerak Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Dan Aktifitas Perawatan Diri Pasien Stroke Di RSUD Kota Depok. *Edu Dharma Journal: jurnal penelitian dan pengabdian masyarakat*, 4(2), 13:28. Diakses 8 Maret 2023
- Dinkes Kabupaten Ende. Profil Kesehatan Penyakit Stroke Kabupaten Ende. Ende: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- Dwi, R. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien stroke. *Nem*. <http://openjournal.wdh.ac.id/index.php/edudharma/article/view/52>
- Ferawati, dkk. (2020). *STROKE : BUKAN AKHIR SEGALANYA* (cegah dan atasi sejak dini). Bogor : Guepedia.
- Hasyim, H., Septeria, I. P., Sari, D. T., Wahyuni, G. T., & Anliyanita, R. (2022). *Tuberkulosis masalah kesehatan dunia : tinjauan literatur*. 7.
- Helty. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jawa Tengah: PT Nasya Expanding Management
- Kariasa, I. M. (2022). *Antisipasi Serangan Stroke Berulang*. Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Management.
- Kemkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemntrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699
- Loveta, A., Suka, G., Kasih, L. C., & Safuni, N. (2022). Asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke iskemik di ruang saraf pria : suatu studi kasus *Nursing Care For Patients With Ischemic Stroke In The Men ' s Nervous Room* :1(2), 141–147.
- Misbach, J. (2018). *Stroke : Maspek Diagnosis, Patolog, Manajemen*. Jakarta: Badan Pernebut FUKI.
- Nurtanti Susana, 2018. Efektifitas Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Penderita Stroke. *Jurnal Keperawatan GSH (e-journal)*, Vol. 7 (No. 1) : 14-18. Tersedia di : <http://journal.akpergshwng.ac.id/index.php/gsh/article/view/63> (Diakses pada tanggal 12 April 2021).
- Praditya, (2017). *Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke*. Surakarta

- Pratama. (2021). Pengaruh Pemberian Dual Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Kasus Stroke Iskemik. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 3(2), 32–40. Diakses 1 April 2023
- Rahmawati, M. F., Hanif, A., & Rakhma, T. (2022). Kelainan Vakular Intrakranial pada Perempuan 49 Tahun dengan Suspek Dural Arteriovenosa Fistula (DAVF): Laporan Kasus. *Proceeding Book Call for Papers Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta*, 554-559. Diambil 4 Juni 2023. Diakses 1 Juni 2023
- Sari, R. H. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: pustaka baru press.
- SDKI DPP PPNI, 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (1 st ed)*. Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.
- SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- SLKI DPP PPNI, 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*, Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.
- Tarwoto, 2013. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Wijaya, A. Saferi dan Mariza, P. Yessie, 2013, *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Yıldırım, S. (2018). peningkatan kekuatan motorik pasien stroke non hemoragik (Issue 21).



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



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M. L. DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM II
RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Juni 2024

I. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. M. L
Umur : 50 tahun
Jenis kelamin : Laki-Laki
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Buru
Agama : Katolik
Alamat : Bhoanawa
Dx. Medik : Stroke Hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. D. S
Umur : 49 tahun
Hubungan dengan klien : Istri pasien
Alamat : Bhoanawa

II. Keadaan Umum

a. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama : Keluarga klien mengatakan pasien mengeluh pusing, kelemahan pada anggota gerak bagian kiri dan mulut mencong ke kiri.

2) Riwayat keluhan utama : Keluarga klien mengatakan klien pada tanggal 16 juni 2024 jam 01.30 pagi klien mengeluh kelemahan anggota gerak badan sebelah kiri, kaki dan tangan klien terasa kaku Pada saat jam 01.50 pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara dan mulutnya mencong ke kiri. Klien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Klien di bawah ke RSUD Ende karena merasa pusing, mengalami kelemahan anggota gerak badan sebelah kiri, kaki dan tangan klien terasa kaku sejak tanggal 16 juni 2024 jam 01.30 pagi. Lalu istri klien menggosok tangan dan kaki klien menggunakan minyak GPU dan minyak kayu putih. Pada saat jam 01.50 pasien tiba-tiba tidak bisa berbicara dan mulutnya mencong. Karena tidak bisa diatasi di rumah akhirnya pasien dibawah ke RSUD Ende sekitar jam 02.00 pagi.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga klien mengatakan sebelum antar ke rumah sakit tangan dan kaki klien digosok dengan minyak GPU dan minyak kayu putih.

b. Status Kesehatan Lalu

1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan ia mempunyai penyakit hipertensi sejak tahun 2022.

2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan ini kali pertama ia dirawat. Selama ini klien cuman periksa kesehatannya di Klinik Martin de Pores.

3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi di makanan/minuman maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol dll)

Keluarga klien mengatakan klien biasanya minum kopi di pagi hari dan sore hari. Pasien biasanya menghabiskan rokok sehari 1 bungkus dan sering mengkonsumsi alcohol. Tetapi dari bulan Februari 2024 klien sudah tidak lagi mengkonsumsi alcohol.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien mengatakan di keluarganya tidak ada penyakit yang sama seperti yang dialami klien dan tidak ada penyakit lainnya.

6) Diagnosa Medis dan Therapy Yang Di Dapat Sebelumnya

Keluarga klien mengatakan klien mendapatkan obat captropil dan obat amlodipine karena pasien memiliki penyakit hipertensi sejak tahun 2022, tetapi pasien tidak rutin untuk mengkonsumsi obat

III. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien mengatakan kesehatannya sangatlah penting, kebersihan dan lingkungan rumah selalu diperhatikan. Klien mengatakan ia mengalami penyakit hipertensi. Pada saat ia sakit ia biasanya pergi periksa di Klinik Martin de Pores.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit : keluarga klien mengatakan pasien makan 3x sehari, tidak ada keluhan, porsi makan dihabiskan, dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, tahu, tempe kadang-kadang makan ubi/pisang, klien juga biasa makan gorengan, daging, dan ikan asin. Klien tidak memiliki pantangan apapun dalam mengkonsumsi makanan dan klien biasa minum kurang lebih 2000 cc air.

Saat ini : keluarga klien mengatakan klien sulit untuk makan karena kesulitan untuk mengunyah makanan. Porsi makan tidak dihabiskan, makan cuman 4-5 sendok saja. Jenis makanan nasi, ikan, sayur dan tahu tempe. Klien minum air dalam sehari kurang lebih 1600 cc.

c. Pola Eliminasi

1. BAB

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB lancar, tidak ada keluhan, BAB 2x sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, dan berbau khas feses.

Saat ini : klien mengatakan selama di rumah sakit ia belum pernah BAB.

2. BAK

Sebelum sakit : klien mengatakan BAK 4-5 kali/hari, warna kuning, bau khas dan tidak ada keluhan saat BAK, jumlah urine 800cc/hari.

Saat ini : klien terpasang kateter, urine berwarna kuning, bau khas dan tidak ada keluhan.

3. Pola Aktivitas dan Latihan

Keluarga klien mengatakan aktivitas klien semuanya dibantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah.

a. Pola kognitif dan Persepsi

Klien masih bisa merespon dengan baik ketika diajak bicara, saat ditanya tentang beberapa hal seperti tanggal lahirnya klien menjawab tanggal lahirnya 07 September 1974 klien masih mengingat dengan baik, penglihatan klien masih jelas.

b. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri : Klien mengatakan ia menyukai seluruh bagian tubuhnya, kecuali bagian kaki dan tangannya sebelah kiri yang sulit untuk digerakan.

Harga diri : Klien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar

Ideal diri : Klien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga dan mau melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri : Klien mengatakan ia berperan sebagai kepala keluarga/yang mencari nafkah.

Identitas diri : Klien mengatakan ia adalah seorang pria berumur 50 tahun, dan merupakan seorang suami dan bapak dari kedua anaknya

c. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit : keluarga mengatakan klien biasanya tidur siang 1-2 jam dan malam hari biasanya tidur di jam 22.00 dan biasanya bangun di jam 05.30 pagi. Keluarga mengatakan tidurnya nyenyak dan tidak ada gangguan.

Saat ini : keluarga mengatakan klien susah tidur karena cegukan dan sesak nafas terus. Pada siang hari klien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di malam hari klien tidur di jam 21.30.

d. Pola Peran dan Hubungan

Keluarga mengatakan selama dirawat, hubungan klien dengan petugas kesehatan baik, sebelum sakit hubungan klien dengan keluarga, tetangga sekitar juga baik dan klien aktif dalam bersosialisasi dengan masyarakat sekitar.

e. Pola Toleransi Stress-Koping

Keluarga klien mengatakan jika mengalami masalah klien selalu berbicara dan tidak pernah menutupi dari istri dan anak-anaknya.

f. Pola Nilai- Kepercayaan

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien rajin ke gereja, klien selalu yakin dan percaya bahwa Tuhan Yesus dan Bunda Maria selalu menyertainya. Pada saat klien sakit ia cuman berdoa dalam hati mohon perlindungan dan penyembuhan.

IV. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Lemah, tingkat kesadaran somnolen, GCS = E : 4, V: 5, M : 3 =12. Tanda-tanda vital = TD: 140/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO₂: 97%. Berat badan sebelum sakit : 65 kg, berat badan saat ini : 63 kg, tinggi badan 175 cm.

b. Pengkajian Fisik

Kepala : Bentuk simetris, rambut tampak kering, terdapat ketombe, tidak ada nyeri tekan, rambut tidak mudah rontok. . Mata : Konjungtiva anemis, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat

bantu penglihatan, reflek cahaya (+), pupil isokor, dan ada lingkaran hitam di mata (mata panda). Hidung : terpasang O₂ nasal kanul 3 lpm, tidak ada serumen, tampak simetris. Telinga : tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada alat bantu pendengaran. Mulut : Bentuk bibir tidak simetris, mukosa bibir kering, gigi tampak sedikit kuning, terdapat karang gigi, lidah tampak kotor. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan. Dada : tampak simetris, frekuensi napas 20x/mnt, terdapat penggunaan alat bantu pernapasan. Abdomen : tidak ada pembengkakan, bunyi timpani, tidak ada nyeri tekan, peristaltic usus 20x/mnt. Genitalia : klien berjenis kelamin laki-laki, terpasang kateter. Integument : kulit tampak kering. Ekstermitas atas : terpasang infuse NaCl 20 tpm di tangan sebelah kiri, terasa lemah dan tidak bisa digerakan karena kekakuan otot, ekstermitas kanan atas tidak ada oedema dan bisa digerakan. Ekstermitas bawah kaki kiri sulit untuk digerakan.

V. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal

WBC 8,85 (nilai normal 3.80 – 10.60)

HGB 15.0 (nilai normal 13.2 – 17.3)

PLT 199 (nilai normal 150 – 450)

V. Terapi Pengobatan

Citicolin 2 x 500 mg/iv (untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala)

Mecobalamin 2 x 500 mg/iv (untuk neuropati perifer (kerusakan saraf perifer).

Ranitidin 2 x 70 mg/iv (untuk mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih)

Paracetamol 3 x 1 gr/iv (untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam)

Ondansetron 3 x 4 mg/iv (untuk mencegah mual dan muntah)

LAMPIRAN 2



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



LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Florentina Anita Moi Sende
NIM : PO.5303202210011
Pembimbing Utama : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

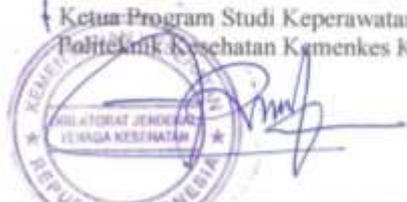
No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	29 Agustus 2023	Konsul Judul	ACC	
2	15 September 2023	BAB 1	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cover depan sesuai panduan - Perbaiki latar belakang - Tujuan harus sesuai dengan panduan 	
3	15 November 2023	BAB 1	Perbaiki Bab 1 <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan pengantar terlebih dahulu lalu ke definisi stroke - Data riskesdas, prevalensi buat seperti piramida terbalik dari tahun 2021-2023 dari bulan januari-oktober. - Perbaiki di bagian dampak - Tambahkan peran perawat - Perbaiki tujuan harus sesuai dengan panduan 	
4	12 Desember 2023	BAB 1	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki latar belakang di bagian data riskesdas di kabupaten ende kasus stroke ada berapa % - Tambahkan faktor penyebab - Tambahkan peran perawat di RSUD Ende dalam menangani stroke - Perbaiki tujuan khusus 	

5	15 Mei 2024	BAB I dan BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki data Dinkes - Perbaiki ketikan tahun 2022 - Perbaiki data di tahun 2023 - Tambahkan data snh tahun 2024 - Perbaiki tulisan bulan April (A) harus huruf besar - Tambahkan hasil penelitian orang lain di bagian dampak dan peran perawat - Perbaiki tujuan umum. 	
6	21 Mei 2024	BAB I DAN BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - Masuk ke bab II - Perbaiki tulisan prevalensi - Perbaiki dampak stroke - Perbaiki penomoran di halaman kalau yang ada bab di bagian bawah kalau tidak pake bab nomornya di atas - Di faktor risiko di jelaskan semua - Di phatway masalah keperawatan harus di bold - Masuk BAB III - Perbaiki daftar pustaka 	
7	22 Mei 2024	BAB I dan BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki peran perawat di ringkas saja - Perbaiki bab III 	
8	28 Mei 2024	BAB I, BAB II, Dan BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cover depan - Perbaiki pengetikan di kata pengantar - Perbaiki daftar isi spasi 1,5 - Perbaiki peran perawat di hasil penelitian orang lain dan bawah jurnal - Perbaiki tujuan - Tambahkan sumber di phatway 	

9	29 Mei 2024	BAB 1	Perbaiki Tujuan Khusus	
10	3 Juni 2024	ACC	Siap Ujian	
11	26 Juni 2024	Pengkajian- Implementasi hari 1 dan 2	Lengkapi Pengkajian	
12	27 Juni 2024	Pengkajian- Implementasi hari -3	Lengkapi dari pengkajian- evaluasi dan di ketik	
13	03 July 2024	Pengkajian- Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cara penulisan di alamat klien - Perbaiki riwayat keluhan utama - Perbaiki di bagian pola persepsi dan manajemen kesehatan- pola eliminasi - Perbaiki di pemeriksaan saraf cranial yang ke 7,8,10 dan 12 - Perbaiki di implementasi keperawatan 	
14	10 July 2024	Hasil Studi Kasus	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cara pengetikan - Perbaiki di pemeriksaan fisik - Perbaiki di bagian implementasi – evaluasi 	
15	23 July 2024	Hasil Studi Kasus	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki di bagian nervus 5 dan 10 - Perbaiki di tabulasi data tambahkan data pola tidur - Perbaiki di klasifikasi data - Perbaiki implementasi hari pertama di Dx Risiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik - Perbaiki di evaluasi keperawatan untuk semua diagnose - Perbaiki catatan perkembangan sesuai penjelasan - Lanjut Pembahasan 	

16	02 Agustus 2024	Pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki di pembahasan bagian pengkajian tambahkan data pusing dan sakit kepala dan dibahas satu persatu data yang tidak ditemukan di klien. - Perbaiki diagnosa keperawatan-intervensi keperawatan 	
17	06 Agustus 2024	Pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengkajian bahas satu persatu yang berbeda dengan kasus - Perbaiki diagnose keperawatan 	
18	27 Agustus 2024	ACC	Siap Ujian	

Mengetahui:


 Ketua Program Studi Keperawatan Ende
 Politeknik Kesehatan Kamenkes Kupang
Acis Wawonco, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
 NIP. 196601141991021001



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



LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama : Florentina Anita Moi Sende
NIM : PO.5303202210011
Nama Penguji : Yustina P.M. Paschalia S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Penguji
1.	Selasa, 10 September 2024	Cover, bab I- daftar pustaka	1. Tambahkan judul stroke hemoragik 2. Perbaiki abstrak 3. Perbaiki pengetikan di bab IV 4. Perbaiki pemeriksaan saraf cranial 5. Perbaiki data DS dan DO 6. Perbaiki pengkajian dipembahasan 7. Perbaiki penulisan daftar pustaka	
2.	Rabu, 12 September 2024	Pembahasan	1. Perbaiki Pembahasan pada bagian pengkajian	
3.	Kamis, 12 September 2024	Pembahasan	ACC	

Ende,.... September 2024

Mengetahui:

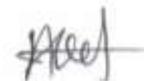
Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan KEMENKES KUPANG



Acis Wawonco, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

LAMPIRAN 4**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Stroke Hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis *Stroke Hemoragik* Di Ruang penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Stroke Hemoragik* Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081239098339

Peneliti**Florentina Anita Moi Sende****NIM : PO5303202210011**

LAMPIRAN 5**INFORMED CONSET**

(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 Florentina Anita Moi Sende dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE HEMORAGIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III 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 tanpa sanksi apapun.

Ende, 25 Juni 2024

Saksi

Ny. D. S

Yang Memberikan Persetujuan

Tn. M. L

Peneliti

Florentina Anita Moi Sende

PO.5303202210011

LAMPIRAN 6

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**1. Data Diri**

Nama : Florentina Anita Moi Sende
 Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 20 Juni 2003
 Alamat : Jl. Gatot Subroto KM4
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Katolik
 Nama Ayah : Yosef Kristoforus Wiku
 Nama Ibu : Fransiska Senggo

2. Riwayat Pendidikan

SDK Ende 8 : 2009-2015
 SMPK St. Ursula Ende : 2015-2018
 SMAN I Ende : 2018-2021
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,
 Program Studi D III Keperawatan Ende : 2021-2024

MOTTO

“Karena masa depan sungguh ada, dan harapanmu tidak akan hilang”