

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. H. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS
STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG PENYAKIT DALAM I-II
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH:

MARNINCE BANGU KAH
NIM: PO 5303202201218

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. H. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS
STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG PENYAKIT DALAM I-II
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

MARNINCE BANGU KAHI

NIM : PO 5303202201218

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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. H. K DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG PENYAKIT
DALAM I-II RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

OLEH:

**Marnince Bangu Kahi
NIM. PO5303202201218**

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggungjawabkan

Pada, Tanggal 06 September 2023

Penguji Ketua

Penguji Anggota



**Maria Salestina Sekunda.SST.,M.Kes
NIP. 198101242009122001**



**Try Ayu Patmawati, S, Kep., Ns., M.Kep.
NIP.199212282020122009**

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. H. K DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG PENYAKIT
DALAM I-II RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

Marnince Bangu Kahi
NIM. PO5303202201218

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

Ende, 01 September 2023

Pembimbing



Trv Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 199212282020122009

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marnince Bangu Kahi
NIM : PO. 5303202201218
Program Studi : D III Keperawatan Ende
judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PAD TN. A. H. K
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON
HEMORAGIK (SNH) DI RPD I-II RSUD ENDE

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

Ende, 06 September 2023
Yang Membuat Pernyataan



Marnince Bangu Kahi
Nim. PO. 5303202201218

KATA PENGANTAR

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

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

1. Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep.Ns.,Sp.Kep.,Kom selaku Kaprodi Program Studi D III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengenyam pendidikan di Program Studi D III Keperawatan Ende
3. Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing karya tulis ilmiah yang telah berjasa untuk meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing penulis dari awal hingga selesainya tulisan

4. Maria Salestina Sekunda, S.ST.,M.Kes. Selaku penguji yang telah memberikan masukan banyak dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Tn. A. H. K yang telah bersedia untuk dijadikan sebagai subjek dalam studi kasus ini.
6. Keluarga pasien yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Orang tuaku, keluarga, saudara-saudari serta teman-teman semua yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung memberikan masukan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membantu demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, September 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A. H. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG PENYAKIT DALAM I-II RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE

Marnince Bangu Kahi¹ Try Ayu Patmawati² Maria Salestina Sekunda²

¹Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Ende

²Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

Latar belakang: Stroke iskemik atau stroke non hemoragik adalah stroke yang terjadi penyumbatan pada pembuluh darah di otak atau di leher, penyumbatan dapat disebabkan oleh pembentukan gumpalan di pembuluh darah otak atau leher. Tujuan Studi kasus: Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn. A. H. K dengan melakukan pengkajian, menegakkan diagnosa, memberikan intervensi, implementasi dan evaluasi dengan cara wawancara pada pasien.

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

Hasil: Dari hasil studi kasus dilakukan pengkajian ditemukan data keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri susah digerakan karena terasa berat dan lemah, tidak bisa mengangkat barang berat. Diagnosa yang ditemukan pada Tn A. H. K yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (stress dan keengganan untuk makan), nyeri akut berhubungan dengan agen fisiologis (iskemia) dan ketidakpatuhan minum obat berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, implementasi yang dilakukan yaitu sesuai dengan intervensi yang ditentukan. Hasil evaluasi dilaksanakan selama 3 hari ada tiga masalah yang belum teratasi.

Kesimpulan: Melalui implementasi selama 3 hari pada kasus Tn. A. H. K hasil evaluasi menunjukkan bahwa ada 5 masalah keperawatan yang di temukan, ada 2 masalah keperawatan yang sudah teratasi, yaitu masalah defisit nutrisi dan masalah ketidakpatuhan minum obat. Untuk masalah yang belum teratasi ada 3 masalah yaitu nyeri akut, resiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik yang memerlukan tindak lanjut.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan *Stroke Non Hemoragik (SNH)*

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

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

NURSING CARE FOR MR. A. H. K PATIENTS WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF NON-HEMORRHAGIC STROKE (SNH) IN INTERNAL MEDICINE ROOM I-II ENDE REGIONAL GENERAL HOSPITAL

Marnince Bangu Kahi¹ Try Ayu Patmawati² Maria Salestina Sekunda²
¹Ende Nursing D III Study Program Student
²Lecturer in Ende Nursing D III Study Program

Background: ischemic stroke or non-hemorrhagic stroke is a stroke that occurs blockage in blood vessels in the brain or in the neck, The blockage can be caused by the formation of clots in the blood vessels of the brain or neck. Case study objective: To provide nursing care to Mr. A. H. K by conducting studies, establishing diagnoses, providing intervention, implementation and evaluation by means of interviews with patients.

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

Results: From the results of a case study conducted an assessment found data on the patient's family said the left body was difficult to move because it felt heavy and weak, unable to lift heavy items. The diagnosis found in Mr. A. H. K is that the risk of ineffective cerebral perfusion is associated with embolism, impaired physical mobility is associated with neuromuscular disorders, nutritional deficits are associated with psychological factors (stress and reluctance to eat), acute pain is associated with physiological agents (ischemia) and non-adherence to taking medication is associated with inadequate understanding. Nursing intervention is carried out based on the nursing problems found, the implementation of which is carried out that is in accordance with the prescribed intervention. The results of the evaluation carried out for 3 days there were three problems that had not been resolved.

Conclusion: Through the implementation for 3 days in the case of Mr. A. H. K, the evaluation results showed that there were 5 nursing problems found, there were 2 nursing problems that had been overcome, namely the problem of nutritional deficits and the problem of non-adherence to taking medication. For problems that have not been resolved there are 3 problems, namely acute pain, the risk of ineffective cerebral perfusion and impaired physical mobility that requires follow-up.

Keywords: Non-Hemorrhagic Stroke (SNH) Nursing Care

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

(2) Lecturer in Ende Nursing D III Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Studi Kasus	6
D. Manfaat Studi Kasus	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	8
A. Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik.....	8
B. Konsep Masalah Keperawatan Stroke Non Hemoragik.....	27
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik.....	32
BAB III METODE PENELITIAN	64
A. Desain Studi Kasus	64
B. Subyek Studi Kasus	64
C. Batasan istilah	64
D. Lokasi Dan Waktu Sru di Kasus	64
E. Metode/Prosedur Studi Kasus.....	65
F. Teknik Pengumpulan Data.....	65
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	66
H. Keabsahan Data.....	66S

I. Analisa Data	67
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	68
A. Hasil Studi Kasus	68
B. Pembahasan	108
C. Keterbatasan Studi Kasus	114
D. Implikasi Untuk Keperawatan	115
BAB V PENUTUP	118
A. Kesimpulan	118
B. Saran	120
DAFTAR PUSTAKA	121
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pemeriksaan darah lengkap.....	79
Tabel 4.2 Pemeriksaan laboraturium.....	80
Tabel 4.3 Terapi obat	80
Tabel 4.4 Analisa data	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway SNH.....	15
-----------------------------	----

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah yang diakibatkan karena adanya gangguan suplai darah ke otak dan manifestasi klinis dari gangguan pada otak baik focal ataupun global (merata), yang berlangsung cepat, jika berlangsung lebih dari 24 jam dapat menimbulkan kematian, tanpa disebabkan oleh hal lain, hanya disebabkan oleh gangguan vascular dengan gejala klinis yang kompleks (Mauliddiyah et al., 2022).

Stroke adalah kejadian defisit neurologis yang terjadi secara mendadak akibat berkurangnya atau terhambatnya suplai darah ke bagian otak tertentu (Fang et al., 2018 dalam Ariyanto et al., 2022). Secara umum, stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (Dutta et al., 2020). Stroke hemoragik adalah stroke yang dikarenakan bocor atau pecahnya pembuluh darah di otak, Sedangkan stroke non hemoragik adalah stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti (Ernasari et al., 2023).

Berdasarkan data dari *World Stroke Organization* Purnamayanti dalam Mihien *et al* (2022) bahwa angka kejadian stroke di dunia sejumlah 140/1000,000 orang. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat di bandingkan dengan tahun 2013 yaitu dari 7 % menjadi 10,9 %. Berdasarkan diagnosis dokter pada

penduduk umur > 15 tahun diperkirakan sebanyak 2.120.360 orang, tertinggi di Provinsi Kalimantan Timur (14,7 %) dan terendah di Provinsi Papua (4,1 %) (Darmawan et al., 2023).

Berdasarkan Riskesdas Kesetan Dasar (Riskesdas) 2018, prevalensi penderita stroke di NTT sebanyak 7,1 per 1000 penduduk. Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi Stroke di NTT adalah (6,06%) (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ende (Dinkes Kab Ende) (2023) tercatat 3 tahun terakhir kasus stroke, yakni jumlah penderita stroke di tahun 2020 sebanyak 466 orang, pada tahun 2021 sebanyak 488 orang, pada tahun 2021 sebanyak 428 orang, sedangkan pada tahun 2023 dalam rentang waktu 4 bulan terakhir ini terhitung dari bulan (Januari - April) sudah mencapai 261 orang.

Berdasarkan data rekam medik yang diperoleh dari Ruang Penyakit Dalam III (RPD-III) penderita penyakit stroke pada tahun 2021 sebanyak 13 orang diantaranya laki-laki 12 orang dan perempuan 1 orang, pada tahun 2022 sebanyak 53 orang diantaranya laki-laki 32 orang dan perempuan 21 orang dan pada tahun 2023 terhitung dari bulan (Januari – April) sebanyak 22 orang diantaranya laki-laki 11 orang dan perempuan 11 orang (Dinkes Kab Ende, 2023)

Penyebab kejadian stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke *non hemoragik* dan stroke *hemoragik*. Penyebab stroke *non hemoragik* diakibatkan karena adanya emboli pada pembuluh darah otak, stroke *hemoragik* terjadi karena 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 rupture, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan otak tidak berfungsi (Faskes, 2021 dalam Mihen et al., 2022).

Penatalaksanaan stroke dapat dibagi menjadi penatalaksanaan medis dan keperawatan. Penatalaksanaan medis terdiri dari penatalaksanaan umum (fase akut dan fase rehabilitasi), pembedahan dan terapi obat-obatan. Pemberian posisi head up 30 derajat merupakan salah satu dari penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada penanganan awal pasien stroke (Hasan, 2018). Posisi head up 30 derajat adalah posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar. Posisi telentang dengan disertai head up menunjukkan aliran balik dari inferior menuju ke atrium kanan cukup baik, karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk (venous return) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel kanan (preload) meningkat, yang dapat mengarah ke peningkatan stroke volume dan cardiac output. Posisi head up 30 derajat dapat meningkatkan aliran darah di otak dan memaksimalkan oksigenisasi jaringan serebral (Kusuma, et al, 2019).

Dampak penyakit stroke kalau tidak dilaksanakan dengan baik maka akan muncul dampak 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).

Fenomena penderita stroke di Indonesia berbeda-beda ada sebagian dari penderita mengalami kesempatan sembuh dengan secara keseluruhan, dan ada juga yang sebagian cacat atau bahkan sampai meninggal dunia. Pada penyakit ini tergolong berat perlu membutuhkan penanganan khusus serta perhatian tinggi untuk mencapai kesembuhan totalitas. Meskipun mematikan, tidak semua individu dengan penyakit stroke berujung kematian, tetapi ada juga yang berangsur membaik. Sedikitnya 2, 50 persen dari seluruh pasien penyakit stroke meninggal dunia. Adapun yang tidak meninggal umumnya mengalami kecacatan baik ringan maupun berat (Izza & Ariana, 2019 dalam Permatasari, 2023).

Upaya pencegahan pada penyakit stroke ini dilakukan dengan deteksi dini, untuk mengurangi faktor resiko terjadinya stroke adalah mengetahui faktor-faktor resiko yang dapat diubah sedini mungkin yaitu dengan menjaga tekanan darah, gula darah, indeks masa tubuh, kolesterol pada ambang normal yaitu dengan menjaga pola makan, memilih makanan dengan tepat dan berolahraga secara teratur, mengurangi kebiasaan merokok, hal ini perlu dilakukan terutama pada individu yang memiliki riwayat keluarga 3 generasi yang mengalami stroke (Kurniajati et al., 2022).

Peran perawat sebagai edukator sangat penting untuk dilaksanakan, karena keluarga pasien sangat cemas dengan kondisi keluarganya yang di rawat di unit stroke membutuhkan edukasi, kondisi pasien serta semangat dan mengembalikan percaya diri keluarga pasien supaya bisa memberi dukungan kepada pasien dan motivasi untuk sembuh (Utami et al., 2018). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuryati Susana 2018 tentang stroke sebelumnya bahwa Asuhan Keperawatan pada stroke ini maka masalah yang ditemukan salah satunya yaitu peningkatan kekuatan otot, karena pasien stroke akan merasa kehilangan kekuatan pada salah satu anggota gerak. Pada penderita stroke atau lumpuh separuh badan, biasanya penderita 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, memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun pasien tentang tujuan peningkatan mobilitas fisik.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis mengambil kasus stroke dikarenakan kurangnya tingkat pengetahuan akan kesadaran masyarakat dan keluarga mengenai bahaya stroke serta gaya hidup masyarakat terhadap kesehatannya menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka stroke, kalau stroke itu tidak ditangani maka itu akan berdampak lebih buruk bagi pasien. maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada

pasien dengan diagnosa Stroke yang professional melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi tindakan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Gambaran Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Tn. A. H. K dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik (SNH) Di Ruang Penyakit Dalam I-II Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende?”

C. Tujuan Studi Deskriptif

1. Tujuan umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Tn. A. H. K Dengan Stroke Non Hemorgik (SNH) Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

2. Tujuan khusus

- a. Menggambarkan pengkajian pada Tn. A. H. K dengan Stroke Non Hemorgik (SNH)
- b. Menggambarkan diagnosa keperawatan pada Tn. A. H. K dengan Stroke Non Hemorgik (SNH)
- c. Menggambarkan rencana asuhan keperawatan pada Tn. A. H. K dengan Stroke Non Hemorgik (SNH)
- d. Menggambarkan melakukan rencana keperawatan pada Tn. A. H. K dengan Stroke Non Hemorgik (SNH)

- e. Menggambarkan evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. A. H. K dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)
- f. Menggambarkan menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus kelolaan

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dan memberikan Asuhan Keperawatan pada Tn. A. H. K dengan stroke Non Hemoragik (SNH)

2. Bagi Institusi Rumah Sakit Dan Pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan Asuhan Keperawatan pada Tn. A. H. K dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang Asuhan Keperawatan pada Tn. A. H. K dengan Stroke Non Hemoragik

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Stroke

1. Definisi 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 adalah kondisi dimana hilangnya fungsi neurologis secara cepat karena adanya gangguan perfusi pembuluh darah pada otak. Stroke pada umumnya diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu stroke iskemik/non hemoragik dan stroke hemoragik (perdarahan). Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah otak sebagian atau keseluruhan terhenti sedangkan stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak (Dwi, 2023).

Jadi, Stroke merupakan penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik.

2. Klasifikasi Stroke

Berdasarkan jenisnya, stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke perdarahan (stroke hemoragik) dan stroke yang disebabkan suplai darah ke otak tersumbat (stroke iskemik). Secara garis besar, stroke dibagi menjadi stroke homoragik (stroke perdarahan) yang ditandai dengan terlalu sedikit darah untuk memasuk oksigen dan nutrisi supaya cukup ke bagian otak. Berikut jenis-jenis stroke:

- a. Stroke iskemik (stroke sumbatan), stroke yang paling sering terjadi
 - 1) *Stroke emboli*: bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh arteri besar yang tersangkut menuju otak.
 - 2) *Stroke trombotik*: bekuan darah atau plak yang terbentuk didalam pembuluh arteri yang menyuplai darah ke otak.

Stroke iskemik pada dasarnya disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak yang kemudian menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh thrombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah luar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan jenis stroke yang sering didapatkan, sekitar 80% dari semua stroke. Stroke jenis ini juga bisa disebabkan oleh berbagai hal yang menyebabkan terhentinya aliran darah otak antara lain, syok, hipovolemia, dan berbagai penyakit lain.

- b. Stroke *hemoragik* (stroke berdarah)
 - 1) Perdarahan intraserebral: pecahnya pembuluh darah masuk ke dalam jaringan yang menyebabkan sel-sel otak mati sehingga

berdampak pada otak berhenti. Penyebab tersering adalah hipertensi.

- 2) Perdarahan subarachnoid: pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah bocor diantara otak dan tulang tengkorak. Penyebabnya bisa berbeda-beda, tetapi biasanya karna pecahnya aneurisma (Kusyani & Khayudin, 2022)

3. Etiologi

Penyebab utama dari stroke yaitu pasien stroke yang terbiasa dalam mengkonsumsi makanan yang mengandung lemak jenuh yang bisa menimbulkan *aterosklerosis*, seperti menyempitnya pembuluh arteri yang disebabkan lemak menempel pada dinding arteri. Para ahli beranggapan bahwa *aterosklerosis* ialah penyebab utama stroke yang pada umumnya (yunik, 2022).

Menurut (Aryati, 2021 dikutip dari Rini nur'aeni y, 2017) Penyebab stroke adalah:

a. Thrombosit serebral

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi pada jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Thrombosis rentan terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tdur, hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala

neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah thrombosis, keadaan yang dapat menyebabkan thrombosis otak antara lain.

b. Ateroklerosis

Menumpuknya lemak, kolestrol, dan zat lain didalam dan didinding arteri, timbunan plak kolestrol didinding arteri yang menyebabkan terhalangnya aliran darah. Jika pecah gumpalan plak menyebabkan oklusi akut arteri.

1) Hiperkoagulasi pada polisitemia

Sindrom Pengentalan darah adalah keadaan klinis dimana mudah terjadi penggumpalan darah. Dalam keadaan normal penggumpalan darah terjadi sebagai mekanisme untuk menghentikan perdarahan. Pada kondisi tidak normal penggumpalan darah terjadi berlebihan sehingga membahayakan tubuh

2) Arteritis (radang pada arteri)

Peradangan pada pembuluh darah arteri didalam dan disekitar kulit kepala, penyebab peradangan pembuluh darah tidak diketahui dalam beberapa kasus, pembengkakan hanya mempengaruhi bagian arteri dengan bagian pembuluh normal berada di antaranya.

3) Emboli

Kondisi dimana benda atau zat asing seperti gumpalan darah atau gelembung gas tersangkut dalam pembuluh darah dan menyebabkan penyumbatan pada aliran darah.

c. Hemoragi

Peredaran intracranial atau intraserebral termasuk kedalam perdarahan subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat dari pecahnya pembuluh darah pada otak adalah pembesaran darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan sehingga otak membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak odema dan mungkin herniasi pada otak.

d. Hipoksia

Umum beberapa penyebab yang berhubungan dengan hiposia umum adalah Hipertensi yang parah, henti jantung-paru, curah jantung turun karena ritmia.

e. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat ini adalah spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

4. Faktor Risiko Stroke

Peningkatan risiko terjadinya stroke pada pasien yaitu disebabkan adanya riwayat keluarga, hipertensi, faktor usia, jenis kelamin, diabetes mellitus, kolesterol tinggi, fibrilasi atrial, obesitas, merokok atau penggunaan kontrasepsi secara oral dan konsumsi alkohol. Ada 2 tipe faktor risiko terjadinya stroke yaitu faktor risiko yang tidak dapat

dimodifikasi seperti faktor umur, jenis kelamin, ras dan riwayat keluarga, dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi dari segi medis seperti tekanan darah tinggi, fibrilas atrium, hiperkolesterol, diabetes mellitus dan riwayat stroke, sedangkan dari pola hidup seperti merokok, konsumsi alkohol atau obesitas (Permatasari, 2020).

5. 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

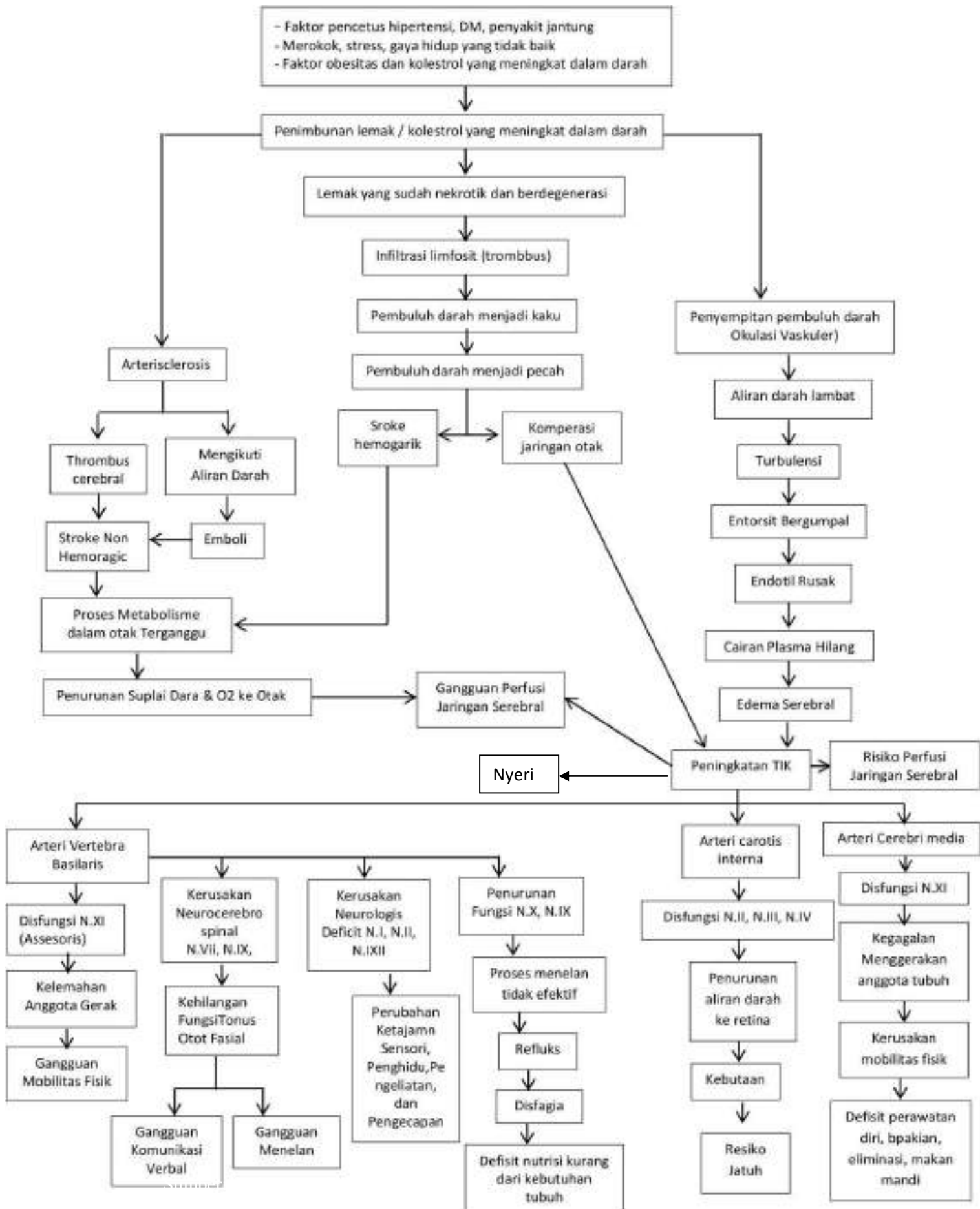
10cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini beresiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbat aliran darah adalah suatu proses biomelekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia. Setelah 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 ekstrasvasari darah keparenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah aneurisma dan malaformasi arteriovenous (AVM). Ekstrasvasasi 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.

6. Pathway



Sumber: Sari, R. H. (2021)

6. Manifestasi Klinis

Menurut Ariana (2022) Gejala stroke tergantung luas dan area otak yang mengalami gangguan stroke. Gejala secara umum yaitu sebagai berikut:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hanya satu sisi saja) yang timbul mendadak.
- b. Gangguan kepekaan antara satu atau lebih anggota badan.
- c. Perubahan mendadak status mental (bingung, mengigau, koma).
- d. Afasia (bicara tidak lancar, ucapan kurang, atau sulit memahami ucapan)
- e. Disatria (bicara pelo atau cadel)
- f. Gangguan penglihatan atau diplopia (penglihatan dobel)
- g. Ataksia (kesulitan gerakan)
- h. Vertigo, mual, dan muntah, atau nyeri kepala.

Dalam dunia medis, gejala stroke dikenal dengan istilah FAST. Segera cek dan lakukan langkah berikut jika anda atau orang lain yang mengalaminya:

- a. *Face* (wajah): salah satu sisi mulut atau wajah terlihat turun sebelah atau tidak simetris.
- b. *Arms* (Lengan): salah satu lengan mati rasa atau lemah. Atau jika kedua tangan diangkat, salah satu tangan terlihat lebih turun dari lengan satunya.

- c. *Speech* (Bicara): sulit berbicara atau berbicara tidak jelas atau bahkan tidak dapat berbicara.
- d. *Time* (Waktu): segera cari pertolongan medis

7. Pencegahan Stroke

Menurut Ariana (2022) pencegahan stroke yaitu sebagai berikut:

- a. Menghindari stress
- b. Menghentikan kebiasaan merokok
- c. Diet rendah garam dan lemak, memperbanyak makan sayur dan buah
- d. Olahraga teratur
- e. Mengontrol tekanan darah dan gula darah serta check up kesehatan secara teratur
- f. Kontrol teratur bila mengidap penyakit kronis seperti darah tinggi (hipertensi), kencing manis, (diabetes melitus), kolesterol tinggi, dan penyakit jantung
- g. Minum obat secara teratur sesuai petunjuk dokter

8. Komplikasi

Menurut Delima, (2019) komplikasi berdasarkan waktu terjadinya stroke yaitu sebagai berikut:

- a. Berhubungan dengan emobilisasi
- b. Infeksi pernafasan
- c. Nyeri berhubungan dengan daerah yang tertekan
- d. Konstipasi
- e. Tromboflebitis

- f. Berhubungan dengan mobilisasi
- g. Nyeri daerah punggung
- h. Dislokasi sendi
- i. Berhubungan dengan kerusakan otak
- j. Epilepsi
- k. Sakit kepala

Stroke dapat menyebabkan cacat sementara atau permanen, tergantung pada berapa lam otak kekurangan aliran darah dan bagian mana yang terdampak. Komplikasi yang bisa terjadi antara lain:

- a. Kelumpuhan atau hilangnya gerakan otot.

Penderita stroke bisa menjadi lumpuh di satu sisi tubuh atau kehilangan kendali otot-otot di satu sisi wajah atau bagian tubuh lain. Terapi fisik dapat membantu penderita kembali ke aktivitas yang terkena kelumpuhan, seperti berjalan, makan, dan berdandan.

- b. Kesulitan berbicara atau menelan

Stroke dapat mempengaruhi kontrol otot-otot di mulut dan tenggorokan, sehingga sulit bagi penderitanya untuk berbicara dengan jelas (disartria), menelan (disfagia), atau makan. Penderita stroke juga mungkin mengalami kesulitan dengan bahasa (afasia), termasuk berbicara atau memahami ucapan, membaca, atau menulis. Terapi dengan ahli bahasa bicara dapat membantu.

c. Kehilangan memori atau kesulitan berfikir

Banyak penderita stroke juga memahami kehilangan ingatan. Selain itu, penderita stroke juga dapat mengalami kesulitan berpikir, membuat penilaian, dan memahami konsep.

d. Masalah emosional

Orang-orang yang mengalami stroke lebih sulit mengendalikan emosi mereka atau mereka mungkin mengalami depresi.

e. Rasa sakit

Nyeri, mati rasa, atau sensasi aneh lainnya dapat terjadi di bagian tubuh yang terkena stroke. Misalnya, stroke dapat menyebabkan seseorang mati rasa di bagian lengan kirinya, sehingga penderita tersebut mengembangkan sensasi kesemutan yang tidak nyaman di lengan itu.

f. Orang juga mungkin sensitif dengan perubahan suhu dikenal sebagai nyeri stroke, terutama dingin ekstrim

Komplikasi ini di kenal sebagai nyeri sentral, kondisi ini umumnya berkembang beberapa minggu setelah stroke dan dapat meningkat seiring waktu. Perubahan perilaku dan kemampuan perawatan diri. Orang yang mengalami stroke mungkin terjadi lebih menarik diri dan kurang sosial atau lebih impulsif. Mereka mungkin lebih membutuhkan bantuan perawatan dan melakukan pekerjaan sehari-hari.

9. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke menurut Niken Dian Ningrun yang dikutip Delima D R, (2019) yaitu:

- a. Angiografi serebral
- b. Elektro encefalography
- c. Sinar x tengkorak dan Ultrasonography Doppler
- d. CT-Scan dan MRI
- e. Pemeriksaan foto thorax
- f. Pemeriksaan laboratorium

Untuk menentukan perawatan yang paling tepat untuk stroke, tim medis perlu mengevaluasi jenis stroke yang dialami pasien dan area otak mana yang terkena stroke. Mereka juga perlu menyingkirkan kemungkinan penyebab lain dari gejala, seperti tumor otak atau reaksi obat. Ada beberapa tes yang perlu dilakukan untuk menentukan risiko stroke, termasuk:

- a. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui gejala yang dialami, kapan gejala dimulai, dirasakan dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut. Selain itu, riwayat kesehatan, riwayat konsumsi obat-obatan, dan cedera juga perlu dicatat. Riwayat penyakit berkaitan jantung, serangan iskemik transien, dan stroke juga perlu mendapatkan perhatian khusus. Pemeriksaan fisik meliputi tekanan darah dan denyut jantung, serta pemeriksaan bruit di atas arteri leher (carotid)

untuk memeriksa adanya aterosklerosis. Pemeriksaan juga dapat melibatkan oftalmoskop untuk memeriksa tanda-tanda Kristal kolesterol kecil atau gumpalan di pembuluh darah di bagian belakang mata.

b. Tes darah

Pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepatnya gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi. Mengelola waktu pembekuan darah dan kadar gula serta bahan kimia utama lainnya akan menjadi bagian dari perawatan stroke.

c. Pemeriksaan CT-scan

CT-scan menggunakan serangkaian sinar-X untuk membuat gambar detail dari otak. CT-scan dapat menunjukkan peredaran, tumor, stroke, dan kondisi lainnya. Dokter mungkin menyuntikkan pewarna ke aliran darah pasien untuk melihat pembuluh darah di leher dan otak secara lebih detail.

d. Pencitraan resonansi magnetic (MRI)

MRI menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak. MRI dapat mendeteksi jaringan otak yang rusak oleh stroke iskemik dan perdarahan otak. Dokter akan menyuntikkan pewarna ke pembuluh darah untuk

melihat arteri dan vena dan menyoroti aliran darah (*magnetic resonance angiography* atau resonansi magnetic venografi).

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 memasukkan tabung tipis (kateter) tipis melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha), melalui arteri utama dan ke arteri akrotid atau vertebra. Selanjutnya, dokter akan menyuntikkan pewarna ke pembuluh darah untuk membuatnya terlihat di bawah X-ray. Prosedur ini memberikan gambaran rinci tentang arteri di otak dan leher.

g. Ekokardiogram

Ekokardiogram menggunakan suara untuk membuat gambar detail dari jantung. Ekokardiogram dapat mengemukakan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke. Pasien mungkin akan menjalani ekokardiogram transesofageal. Dalam tes ini, dokter akan memasukkan tabung fleksibel dengan perangkat kecil (transduser) yang terpasang ke tenggorokan dan turun ke dalam tabung yang menghun-bungkan bagian belakang mulut ke perut (esofagus). Hal ini dilakukan karna esophagus berada tepat di belakang jantung, sehingga

prosedur ini dapat membuat gambar yang jelas dan terperinci dari jantung dan gumpalan darah.

10. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan stroke dapat di bagi menjadi dua fase yaitu fase akut dan paska akut (Smeltzer & Bare, 2017).

1) Penatalaksanaan pada fase akut:

- a) Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Prioritas pada fase ini mempertahankan jalan nafas dan ventilasi.
- b) Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak di tinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- c) Intubasi indiotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karna henti pernapasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- d) Pasien diperiksa untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleksi jalan nafas, imobilitas dan hipoventilasi.
- e) Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda dan gejala jantung kongestif.

- 2) Penatalaksanaan pada fase paska akut:
- a) Mengatur posisi kepala dan badan atas setinggi 20-30 derajat, posisi miring jika muntah dan boleh dilakukan mobilitas secara bertahap jika hemodinamik stabil.
 - b) Memonitor tanda-tanda vital diusahakan dalam keadaan tetap stabil dan normal.
 - c) Menganjurkan pasien untuk tetap bedrest.
 - d) Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Berikan cairan intravena berupa koloid dan hindari penggunaan cairan glukosa murni atau cairan hipotonik.
 - e) Hindari kenaikan suhu tubuh, batuk, konstipasi dan suction secara berlebihan yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.
 - f) Nutrisi peroral hanya di berikan jika fungsi menelan baik dan jika kesadaran menurun atau tidak sadar segera pasang NGT.
 - g) Bila penderita tidak mampu menggunakan anggota gerak, gerakkan tiap anggota gerak secara pasif seluas anggota geraknya atau latif ROM pasif.
 - h) Berikan pengaman di tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh.
 - i) Perbaiki mobilitas dan mencegah deformitas:
 - (1) Posisi tidur datar dengan matras yang cukup kuat untuk menyokong tubuh.

- (2) Menggunakan papan kaki untuk mencegah foot drop.
- (3) Meletakkan satu bantal di aksila untuk mencegah adduksi bahu
- (4) Menggunakan roll trokhter untuk mencegah rotasi bahu
- (5) Jari-jari di posisikan agar fleksi dengan telapak tangan agak supinasi
- (6) Mengubah posisi latihan gerak

3) Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis untuk pasien stroke dapat dilakukan tindakan-tindakan berikut untuk mencegah terjadi stroke atau kematian otak yang luas (Smeltzer & Bare, 2017)

- a) Diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkatan maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.
- b) Antikoagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis dan embolisasi dari tempat lain dan sistem kardiovaskular.
- c) Medikasi anti trombosit karna trombosit memainkan peran dalam penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.
- d) Antibiotik untuk menghancurkan trombus
- e) Penanganan supprotif imun
- f) Memberikan pemeliharaan jalan napas dan ventilasi yang adekuat.
- g) Memberikan volume darah tekanan darah yang adekuat

- h) Koresi jantung gangguan antara lain gagal jantung atau atriumia
 - i) Meningkatkan aliran darah serebral (dilakukan pada stroke non hemoragik)
 - j) Evaluasi tekanan darah
 - k) Melakukan intervensi bedah
- 4) Ekspansi volume intravaskuler
- a) Berikan obat anti koagulan
 - b) Pengontrolan tekanan darah intrakranial dengan memberikan obat-obatan.

B. Konsep Masalah Keperawatan

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

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Merupakan : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

- a. Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b. Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c. Aterosklerosis aorta
- d. Embolisme
- e. Infark miokard akut

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

2. Gangguan Mobilitas Fisik

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

Penyebab :-

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

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

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

Gejala dan tanda minor :

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

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

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

3. Gangguan Komunikasi Verbal

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

Penyebab :

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

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Tidak ada

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

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : Tidak ada

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

4. Defisit Nutrisi

Merupakan : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

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

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Tidak ada

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

Gejala dan tanda minor :

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

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

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016).

5. Gangguan menelan

Merupakan : Fungsi menelan abnormal akibat defisit struktur atau fungsi oral, faring atau esofagus

Penyebab :

- a. Gangguan serebrovaskuler
- b. Gangguan saraf kranialis
- c. Paralisis serebral
- d. Abnormalitis laring
- e. Abnormalisis orofaring
- f. Anomali jalan napas

Gejala dan tanda mayor

Subyektif : Mengeluh sulit menelan

Obyektif : Batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak/ dan makanan tertinggal di rongga mulut.

Gejala dan tanda minor :

Subyektif : Tidak ada

Obyektif : Bolus masuk terlalu cepat, refluks nasal, tidak mampu membersihkan rongga mulut, makanan jatuh dari mulut dan makanan terdorong keluar dari mulut.

6. Defisit perawatan diri

Merupakan : Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab :

- a. Gangguan muskuloskeletal
- b. Gangguan neuromuskular
- c. Kelemahan
- d. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- e. Penurunan motivasi/minat

Gejala dan tanda mayor :

Subyektif : Menolak melakukan perawatan diri

Obyektif : Tidak mampu mandi/menggunakan pakaian /makan /ketoilet/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

7. Resiko jatuh

Merupakan : Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh

Penyebab :

- a. Usia > 65 tahun (pada dewasa) atau < 2 tahun (pada anak)
- b. Riwayat jatuh
- c. Anggota gerak bawah prostesis (buatan)
- d. Penggunaan alat bantu berjalan
- e. Penurunan tingkat kesadaran

f. Penurunan tingkat kesadaran

Kekuatan otot menurun

(Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2016)

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengumpulan data

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas tiga kegiatan, yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan perumusan diagnosis keperawatan.

a) Identitas klien

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

b) Keluhan utama

Biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan atau kelumpuhan seluruh badan, bicara pelo dan tidak dapat berkomunikasi.

c) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke biasanya berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala,

mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

d) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melilitus, obesitas, riwayat tinggi kolesterol, merokok, tinggi kolesterol, penyakit jantung, dan riwayat trauma kepala.

e) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit dalam keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (khaira, 2018).

2) Pengkajian berpola

a) Pola persepsi kesehatan

Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan Berkaitan dengan fungsi peran yang tergambar dari penyesuaian atau pencerminan diri yang tidak adekuat terhadap peran baru setelah stroke serta masih menerapkan pola tidak sehat yang dapat memicu serangan stroke berulang. Pengkajian perilaku adaptasi interdependen pada pasien paska stroke antara lain identifikasi sistem dukungan sosial pasien baik dari keluarga, teman, maupun masyarakat.

b) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien stroke sering mengalami disfagia yang menyebabkan gangguan intake dan pola nutisi. Respons adaptasi tidak efektif yang sering ditunjukkan pasien antara lain mual, muntah,

penurunan asupan nutrisi dan perubahan pola nutrisi. Stimulus fokal yang sering menyebabkan respons adaptasi tidak efektif pada pola nutrisi pasien stroke yaitu disfagia dan penurunan kemampuan mencerna makanan. Stimulus kontekstual yaitu kelumpuhan saraf kranial, faktor usia dan kurangnya pengetahuan tentang cara pemberian makanan pada pasien stroke yang mengalami disfagia. Stimulus residual yaitu faktor budaya serta pemahaman pasien dan keluarga tentang manfaat nutrisi bagi tubuh.

c) Pola Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi BAB dan BAK, konsistensi feses, jumlah dan warna urin, inkontinensia urin, inkontinensia bowel, dan konstipasi. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urin yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Sulit beraktivitas, kehilangan sensasi penglihatan, gangguan tonus otot, gangguan tingkat kesadaran.

e) Pola Tidur dan Istirahat

Mudah lelah, kesulitan istirahat (Nyeri atau kejang otot), gangguan tingkat kesadaran.

f) Pola Hubungan dan Peran

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

g) Pola Persepsi Dan Konsep Diri

Konsep diri merupakan pandangan individu tentang dirinya yang meliputi konsistensi diri, ideal diri, dan moral etika spiritual diri. terbentuk dari persepsi internal dan persepsi berdasarkan reaksi orang lain terhadap dirinya. Konsep diri terbagi menjadi dua aspek yaitu fisik diri dan personal diri. Fisik diri adalah pandangan individu tentang kondisi fisiknya yang meliputi atribut fisik, fungsi tubuh, seksual, status sehat dan sakit, dan gambaran diri. Personal diri adalah pandangan individu tentang karakteristik diri, ekspresi.

h) Pola Sensori dan Kognitif

Sinkop atau pingsan, vertigo, sakit kepala, penglihatan berkurang atau ganda, hilang rasa sensorik kontralateral, afasia motorik, reaksi pupil tidak sama.

i) Pola Penanggulangan Stress

Dalam hubungannya dengan kejadian stroke, keadaan stress dapat memproduksi hormone kortisol dan adrenalin yang berkontribusi pada proses aterosklerosis. Hal ini disebabkan oleh kedua hormon tadi meningkat jumlah trombosit dan produksi

kolestrol. Kortisol dan adrenalin juga dapat merusak sel yang melapisi arteri, sehingga lebih mudah bagi jaringan lemak untuk tertimbun di dalam dinding arteri.

j) Pola Tata Niai dan Kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

3) Pemeriksaan 12 pasang saraf pusat

a) Saraf I (N. olfaktorius)

Pemeriksaan dapat secara subyektif dan obyektif. Subyektif hanya ditanyakan apakah penderita masih dapat membauhi macam-macam bau dengan betul.

Obyektif dengan beberapa bahan yang biasanya sudah dikenal oleh penderita dan biasanya bersifat oromatik dan tidak merangsang seperti: golongan minyak wangi, sabun, tembakau, kopi, vanili dan sebagainya (3 atau 4 macam).

b) Saraf II (N. Opticus)

Pemeriksaan meliputi:

(1) Penglihatan sentral

Untuk keperluan praktis, membedakan kelainanan refraksi dengan digunakan PIN HOLE (apabila penglihatan menjadi jelas maka berarti gangguan visus akibat kelainan refraksi). Lebih tepat lagi dengan optotype Snellen. Yang lebih

sederhana lagi memakai jari-jari tangan dimana secara normal dapat dilihat pada jarak 30 m.

(2) Penglihatan perifer

Diperiksa dengan:

(a) Tes konfrontasi

- Pasien diminta untuk menutup satu mata, kemudian memeriksa mata dan menatap tempat lain
- Mata periksa juga ditutup pada sisi lain, agar sesuai dengan lapang pandang pasien
- Pasien diminta untuk menyaktakan bila meloyhat benda tersebut, bandingkan lapang pandang pasien dengan lapanh pandang pemerika.
- Syarat pemeriksaan tentunya lapang pandang pemeriksa harus normal

(b) Perimetri/Kampimetri

Biasanya terdapat dibagian mata dan hasilnya lebih teliti daripada tes konfrontasi.

(3) Melihat warna

Persepsi warna dengan gambar saling istirahat. Untuk mengetahui adanya polineuropati pada N II

(4) Pemeriksaan Fundus Occuli

Pemeriksaan ini menggunakan alat Oftalmoskop. Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat apakah pada pupil papilla

c) Saraf III (Okulomotor)

Saraf okulomotor memiliki fungsi mototrik berupa membantu pergerakan mata. Dalam hal ini, pergerakan mata yang dimaksud adalah mata bergerak ke arah yang ditentukan dan mata berkedip. Jadi, dapat dikatakan bahwa mata manusia dapat bergerak karena adanya fungsi dari saraf okulomotor. Bahkan, saraf okulomotor juga membantu mata dalam fokus terhadap suatu objek yang dilihatnya.

d) Saraf 4 (Trokllear)

Saraf trokllear merupakan saraf kranial yang memiliki fungsi motorik yang hampir sama dengan saraf okulomotor, yaitu menggerakkan otot mata. Namun pada saraf trokllear, otot mata yang akan digerakkan adalah otot oblikus superior. Dengan adanya saraf trokllear yang menggerakkan otot oblikus superior, maka bagian mata yang bergerak adalah bagian bawah. Selain itu, saraf trokllear berfungsi juga membuat mata menjadi melotot dan bisa kembali seperti semula.

e) Saraf 5 (Trigeminal)

Saraf trigeminal adalah saraf kranial yang memiliki fungsi motorik dan sensorik. Dalam hal ini, fungsi sensorik pada saraf trigeminal, seperti dapat merasakan sentuhan atau sensasi pada bagian wajah, leher atas, dan kulit kepala. Sementara itu, fungsi motorik dari saraf trigeminal, seperti memiliki peran dalam

mengontrol setiap gerakan otot yang ada di bagian mulut, telinga, dan rahang.

f) Saraf 6 (Abdusen)

Saraf abduksen memiliki keterkaitan dengan fungsi motorik pada mata. Dengan adanya saraf abduksen, maka mata manusia dapat bergerak untuk melihat ke arah samping dan dapat menggerakkan mata ke luar. Hal itu dapat terjadi juga karena saraf kranial dapat mengendalikan otot rektus lateral.

g) Saraf 7 (Fasialis)

Fungsi dari saraf fasialis ini tidak jauh dari anggota tubuh wajah. Saraf fasialis ini memiliki fungsi, seperti menyimpan kelenjer yang dapat menghasilkan air liur dan dapat mengeluarkan air mata, memberikan informasi sensoris dari lidah agar dapat merasakan berbagai macam rasa makanan, dan memberikan informasi motorik untuk mengontrol setiap gerakan otot yang berhubungan dengan ekspresi atau mimik wajah.

h) Saraf 8 (Vestibulokoklearis)

Fungsi sensorik pada saraf vestibulokoklearis ada dua, yaitu fungsi yang berkaitan dengan keseimbangan dan fungsi yang berkaitan dengan pendengaran, oleh karena itu, pada saraf vestibulokoklearis ada dua bagian, yaitu vestibular dan koklea. Vestibular memiliki fungsi berupa mengumpulkan setiap informasi yang berkaitan dengan bagian telinga dalam serta berkaitan

keseimbangan. Sedangkan nuklear memiliki fungsi berupa mendeteksi setiap adanya getaran yang berasal dari nada suara dan volume.

i) Saraf 9 (Glossofaringeal)

Saraf glossofaringeal memiliki fungsi berupa memberikan informasi sensorik yang berasal dari telinga bagian luar hingga pada rongga bagian tengah telinga. Selain itu, saraf glossofaringeal juga berfungsi memberikan informasi sensorik pada bagian belakang tenggorokan dan pada bagian lidah. Dengan kata lain, fungsi utama dari saraf glossofaringeal yaitu adanya suplai persarafan yang bersifat sensorik dari orofaring serta bagian belakang dari lidah.

j) Saraf 10 (Saraf vagus)

Saraf vagus memiliki beberapa fungsi yang berhubungan dengan organ dalam manusia. Adapun fungsi dari saraf vagus, seperti mengendalikan setiap gerakan jantung, paru-paru, hingga pita suara. Selain itu, saraf vagus juga memiliki fungsi mengontrol organ pencernaan, seperti lambung dan usus. Saraf vagus juga dapat membantu proses terjadinya hormon metabolisme tubuh dengan melakukan rangsangan terhadap kelenjer endokrin.

k) Saraf 11 (Aksesorius)

Saraf aksesorius letaknya ada di atas segitiga posterior dari leher, seperti, trapezius dan sternocleidomastoid. Saraf aksesorius ini merupakan saraf kranial yang kesebelas. Saraf ini juga dikenal dengan sebutan aksesori tulang belakang. Saraf ini terdiri dari dua bagian, pertama tengkorak, dan kedua, tulang belakang.

l) Saraf 12 (Hipoglosus)

Bagian otot-otot pada lidah ini bergerak karna adanya saraf hipoglosus. Apabila saraf hipoglosus mengalami gangguan, maka lidah akan sulit bergerak atau bahkan mengalami kelumpuhan. Kelumpuhan lidah ini biasanya terjadi pada satu sisi saja.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Tingkat kesadaran menurun karena terjadinya perdarahan yang menyebabkan kerusakan otak kemudian menekan batang otak. Evaluasi tingkat kesadaran secara sederhana dapat dibagi atas:

- (1) Compos mentis: kesadaran baik
- (2) Apatitis : perhatian kurang
- (3) Samnolen : kesadaran mengantuk
- (4) Stupor : kantuk yang dalam pasien dibangunkan dengan rangsangan nyeri yang kuat
- (5) Soparokomatus : keadaan tidak ada respon verbal

- (6) Tidak ada respon sama sekali
- b) Tanda-Tanda Vital
 - (1) Tekanan darah : pasien stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80 mmHg
 - (2) Nadi : pasien stroke nadi terhitung normal
 - (3) Pernapasan : pasien stroke mengalami nafas cepat dan terdapat gangguan pada bersihan jalan napas
 - (4) Suhu tubuh : pada pasien stroke tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik
- c) Pemeriksaan Head To Toe
 - (1) Pemeriksaan Kepala
 - (2) Kepala : Pada umumnya bentuk kepala pada pasien stroke normocephalik
 - (3) Rambut : Pada umumnya tidak ada kelainan pada rambut pasien
 - (4) Wajah: Biasanya pada wajah klien stroke terlihat miring kesalah satu sisi.
- d) Pemeriksaan Integumen
 - (1) Kulit: Biasanya pada klien yang kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek.

(2) Kuku: Biasanya pada pasien stroke hemoragik ini capillary refill timanya < 3 detik bila ditangani secara cepat dan baik

e) Pemeriksaan Dada

Pada inspeksi biasanya didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Pada auskultasi biasanya terdengar bunyi nafas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mentis, pada pengkajian inspeksi biasanya pernafasan tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan fremitus kiri dan kanan, dan pada auskultasi tidak didapatkan bunyi nafas tambahan.

f) Pemeriksaan Abdomen

Biasanya pada klien stroke didapatkan distensi pada abdomen, dapatkan penurunan peristaltik usus, dan kadang-kadang perut klien terasa kembung.

g) Pemeriksaan Genitalia

Biasanya klien stroke dapat mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk

menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril, inkontenesia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

h) Pemeriksaan Ekstremitas

(1) Ekstremitas Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius): biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

(2) Ekstremitas Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores

biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)).

(3) Penilaian GCS dan interpretasikan tingkat kesadaran

(a) Nilai GCS (15-14): Composmentis

(b) Nilai GCS (13-12): Apatis

(c) Nilai GCS (11-10) : Delirium

(d) Nilai GCS (9-7) : Samnolen

(e) Nilai GCS (6-5) : Sopor

(f) Nilai GCS (4) : Semi-coma

(g) Nilai GCS (3) : Coma

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 menelsan, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah

sebelum menelan, Lemah, Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Berdiri tidak seimbang dan menggunakan alat bantu.

c. Klasifikasi Data

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

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

d. Anilasi Data

a) Sign/symptom

Data subyektif: Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data obyektif: Penurunan kesadaran, gelisah, dan tampak meringis

Etiologi: Embolisme

Problem: Resiko perfusi serebral tidak efektif

b) Sign/symptom

Data subjektif: kelemahan anggota gerak sebelah badan

Data obyektif: kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

Etiologi: Gangguan neuromuskuler

Problem: Gangguan mobilitas fisik

c) Sign/symptom

Data subjektif: -

Data objektif: bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

Etiologi: Penurunan sirkulasi serebral

Problem: Gangguan komunikasi verbal

d) Sign/symptom

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

Data objektif: Mual, dan muntah

Etiologi: Ketidakmampuan menelan makanan

Problem: Defisit nutrisi

e) Sign/symptom

Data subjektif: Mengeluh sulit menelan

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

Etiologi: Gangguan saraf kranial

Problem: Gangguan menelan

f) Sign/symptom

Data subjektif: lemah

Data objektif: Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri

Etiologi: Kelemahan dan gangguan neuromuskuler

Problem: Defisit perawatan diri

g) Sign/symptom

Data subjektif: -

Data objektif: Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu

Etiologi: Gangguan penglihatan

Problem: Resiko jatuh

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan (Tim POKJA SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien stroke antara lain:

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

DS : mengeluh sakit kepala, tampak meringis

DO : Penurunan Kesadaran, gelisah

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

DS : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO : Kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

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

DS : -

DO : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

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

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

DO : Mual dan muntah

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

DS : Mengeluh sulit menelan

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

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

DS : Lemah

DO : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri

g. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan yang ditandai dengan:

DS : -

DO : Berdiri tidak seimbang menggunakan alat bantu

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

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

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

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Tekanan intracranial menurun
- 3) Sakit kepala menurun
- 4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 5) Tekanan darah diastolik membaik
- 6) Gelisah menurun

Intervensi:

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial:

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK

R/: Jaringan otak akan membengkak akibat dari luka atau penyakit

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

R/: Potensial peningkatan TIK

- 3) Monitor status pernapasan

R/: Pemantauan henti napas atau sesak napas

- 4) Monitor intake dan output cairan

R/: cairan tersebut mengandung hidrat arang dengan elektrolit yang rendah dan osmolalitas yang tinggi

Terapeutik

- 5) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

R/: Dengan lingkungan yang nyaman pasien akan merasakan rileks dan tenang

- 6) Berikan posisi semi fowler

R/: Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan

- 7) Cegah terjadinya kejang

R/: Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadinya dehidrasi karna suhu tubuh yang meningkat

- 8) Pertahankan suhu tubuh normal

R/: Suhu tubuh akan mempengaruhi oleh tingkat aktivitas, suhu lingkungan dan kelembaban

Kolaborasi

- 9) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

R /: Sebagai terapi anti kejang

- b. Diagnosa 2 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat

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

Intervensi:

Dukungan mobilisasi

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
R /: Nyeri dapat menyebabkan gangguan mobilisasi
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
R/: Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
R/: Mementau agar tidak terjadi kelelahan yang berlebihan pada pasien
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
R /: Memantau kondisi terkini pasien dan perubahan yang terjadi selama mobilisasi
- 5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi
R /: Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien

Terapeutik

6) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)

R /: Mencegah terjadinya jatuh pada pasien

7) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

R /: Meningkatkan status mobilitas fisik

8) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam peningkatan pergerakan

R /: Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien

Edukasi

9) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

R /: Mempertahankan fungsi tubuh

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

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keparawatan diharapkan masalah gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan Kriteria hasil:

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

Intervensi:

Promosi komunikasi defisit bicara:

Observasi

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

R /: Memantau kemampuan berbicara pada pasien

2) Monitor frustrasi marah, depresi atau hal-hal lain yang mengganggu berbicara

R /: Memudahkan pasien dalam mengontrol perilakunya

3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

R /: Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri

Terapeutik

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

R /: Pasien dapat mudah di mengerti

5) Sesuaikan gaya komunikasi dengan keluhan

R /: Menentukan kesulitan klien dengan sebagian atau keseluruhan

6) Ulangi apa yang disampaikan pasien

R /: Kepercayaan dari merupakan hal yang akan memudahkan perawat dalam melakukan pendekatan asuhan keperawatan

7) Berikan dukungan psikologis

R /: Dukungan psikologis dapat berupa penguatan tentang kondisi pasien, dan keaktifan pasien dalam asuhan keperawatan Edukasi

8) Anjurkan berbicara perlahan

R /: Membuat pasien nyaman mungkin saat berbicara

Diagnosa 4: Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah nutrisi dapat teratasi dengan Kriteria hasil:

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Kekuatan otot pengunyah meningkat
- 3) Kekuatan otot menelan meningkat
- 4) Diare menurun
- 5) Nafsu makan membaik

Intervensi:

Manajemen nutrisi:

Observasi

1) Identifikasi status nutrisi

R /: Pengkajian penting dilakukan untuk mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

R /: Diberikan makanan apa saja yang dianjurkan dan makanan yang tidak boleh di konsumsi

3) Identifikasi makanan yang disukai

R /: Jika makanan yang disukai pasien dapat dimasukkan dalam pencernaan makanan, maka mempermudah pasien dalam asupan nutrisi

4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

R /: Pemberian makanan tambahan dapat diharapkan dapat menambah kebutuhan nutrisi pasien

5) Monitor asupan makanan

R /: Pemberian makanan tambahan diharapkan dapat menambah kebutuhan nutrisi pasien

6) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

R /: Hasil lab, seperti glukosa, albumin, elektrolit dan Hb apakah hasil sudah dalam batas normal

Terapeutik

7) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

R /: Membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan nutrisinya

8) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

R/: Makanan yang tinggi serat dapat mencegah terjadinya konstipasi

9) Berikan makanan tinggi kalori dan protein

R /: Makanan yang tinggi kalori dan protein dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif

10) Berikan suplemen makanan

R /: Membantu menambah nafsu makan pasien

Edukasi

11) Ajarkan pasien dan keluarga pasien tentang diet yang diprogramkan

R /: Penjelasan pada keluarga dapat mengerti sehingga mau bekerja sama dengan perawat

Kolaborasi

12) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

R /: Meningkatkan selera makan pasien

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

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan klien membaik dengan Kriteria hasil:

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

Intervensi:

Dukungan perawatan diri: makan/minum

Observasi

- 1) Identifikasi diet yang dianjurkan

R /: Memantau keadaan dan kebutuhan nutrisi pasien sehingga dapat diberikan tindakan dan pengaturan diet yang adekuat

- 2) Monitor kemampuan menelan

R /: Nutrisi yang adekuat membantu meningkatkan kekuatan otot.

- 3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu

R /: Mencegah kekurangan cairan pada pasien

Terapeutik

- 4) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum

R /: Mempermudah pasien dalam mengonsumsi makanan

- 5) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan

R /: Memudahkan pasien dalam meminum air

- 6) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkat nafu makan

R /: Makan yang hangat akan membuat pasien mempunyai nafsu makan dan menelan

- 7) Sediakan makanan dan minuman yang disukai

R /: Meningkatkan nafsu makan pasien

- 8) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu

R /: Melatih tingkat kemandirian pasien

Edukasi

- 9) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam
- R /: posisi makan pasien dapat membantu pasien dalam pemenuhan nutrisi pasien

Kolaborasi

- 10) Kolaborasi pemberian obat (mis. Analgesik, antimetik) sesuai indikasi
- R /: Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan cara sederhana

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

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status perawatan diri klien membaik dengan Kriteria hasil:

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

Intervensi:

Dukungan perawatan diri

Observasi

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

R /: Partisipasi dalam aktivitas perawatan diri dan personal hygiene akan meningkatkan harga diri dan mempertahankan kebersihan diri pasien.

2) Monitor tingkat kemandirian

R /: Tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri akan membuat pasien lebih mandiri dan melakukan kegiatan dengan mandiri

3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

R /: Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal hygiene
Terapeutik

4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)

R /: Mengurangi faktor ketidaknyamanan pasien

5) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

R /: Pasien mungkin mengalami keterbatasan dalam rentang perhatian atau pemahaman

6) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

R /: Menjaga kerapian pasien

Edukasi

7) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

R /: Memudahkan perawatan dalam melaksanakan tugas perawatan

f. Diagnosa 7: Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status penglihatan klien membaik dengan Kriteria hasil:

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

Intervensi:

Pencegahan jatuh

Observasi

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, gangguan penglihatan)

R /: Faktor yang dapat menyebabkan resiko jatuh akan mempengaruhi kelemahan pada pasien

- 2) Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi

R /: Memastikan pasien mengalami resiko jatuh

- 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)

R /: Menghindari resiko jatuh dari lantai yang licin

- 4) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

R /: Memantau kemampuan untuk berpindah

Terapeutik

- 5) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci

R /: Tidak menambah resiko jatuh pada pasien

- 6) Pasang handrail tempat tidur

R /: mengurangi risiko jatuh pada pasien

- 7) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

R /: Memudahkan pasien bila melakukan mobilisasi

- 8) Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, walker)

R /: Melatih kekuatan otot

Edukasi

- 9) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin

R /: Dengan menggunakan alas kaki yang tidak licin dapat mengurangi resiko jatuh saat berjalan

- 10) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

R /: Jika membutuhkan bantuan perawat dapat memencet tombol di samping tempat tidur

4. Implementasi Keperawatan

Merupakan tahap dimana rencana keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai peningkatan kesehatan baik yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dan rujukan (Anggraini & Leniwita, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

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

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Studi Kasus

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian suatu unit penelitian secara intensif misalnya pasien, keluarga, kelompok dan komunitas. Dalam penelitian deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan dengan stroke. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn. A. H. K dengan masalah stroke.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus yang digunakan dalam studi kasus dalam keperawatan adalah Tn. A. H. K dengan diagnosa medis stroke di Ruang Penyakit Dalam I-II Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

C. Batasan istilah

Stroke adalah gangguan yang timbul karna terjadi gangguan peredaran darah dalam otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

D. Lokasi Dan Waktu Sru di Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini telah dilakukan selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing dan penguji studi kasus, maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin dikepala Ruangan RPD I-II, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent. Setelah pasien setuju maka penelitian dapat dilakukan dengan melaksanakan proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Setelah proses keperawatan selesai selanjutnya melakukan penyusunan laporan studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara digunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan, kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik, status mental, dan data laboratotium.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik (IPPA)

Observasi ini menggunakan observasi partisipasi adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan, pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada pasien. Metode pengumpulan data melalui 4 cara dalam pemeriksaan fisik yaitu: inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada tubuh pasien.

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data yaitu untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dari penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi.

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya, meliputi: biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga,

riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik, catatan medis dan data lain yang relevan

I. Analisa Data

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

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

2. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Biodata

Pasien berinisial Tn. A. H. K lahir pada tanggal 04 Juli 1975, berumur 48 tahun, berjenis kelamin laki-laki, tinggal di Jalan

Anggrek, beragama Katolik, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaannya wiraswasta, pasien sudah menikah dan sudah memiliki 3 orang anak. Penanggung jawab pasien adalah istrinya sendiri dengan inisial Ny. E. M. M, lahir pada tanggal umur 52 tahun, tinggal di Jln Anggrek, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga. Tanggal masuk di ruangan penyakit dalam I-II 29 Juli 2023, tanggal pengkajian 31 Juli 2023, No Register: 14 09 81, dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH), Terjadi ketika suplai darah ke bagian otak berkurang karna penyumbatan.

2) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien susah digerakkan, pusing, sakit kepala dan mual muntah, nyeri dikepala seperti ditusuk-tusuk karna ada peningkatan tekanan darah, skala nyeri 6 (nyeri sedang), nyeri saat bergerak dirasakan hilang muncul

3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga pasien mengatakan sejak tanggal 28 sore sebelum dibawah pasien ke rumah sakit, pasien badan di sebelah kiri tiba-tiba lemah dan, mual, muntah 3 kali di rumah konsistensi cair tidak ada isi, berwarna kuning kehijauan, dan pasien mengeluh pusing, nyeri sakit kepala dan langsung terduduk di atas tempat tidur, keluarga pasien mengatakan upaya yang

dilakukakan dirumah sebelum dibawa ke Rumah Sakit pasien digosok dengan minyak kayu putih di perut tangan kaki sebelah kiri, karna tidak ada perubahan, akhirnya keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke RSUD untuk dirawat lebih lanjut dan saat masuk IGD pasien berjalan dengan kaki kiri diseret, pasien didiagnosis mengalami penyakit stroke oleh dokter. Saat dikaji pasien masih mual-mual dan tidak muntah lagi, pasien masih merasa pusing, nyeri dan terasa berat di kepala dan badan sebelah kiri lemah. Setelah di rawat di RPD I-II selama 5 hari pasien dipindahkan ke ruang ICU, pada tanggal 02 Agustus 2023 siang, karna pasien tampak tidak tenang, meringis dan mengeluh kepala terasa berat dan nyeri, hasil dari CT-scan ada penyumbatan darah di otak.

b) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami penyakit Hipertensi dan penyakit stroke sejak 2 tahun lalu, sebelumnya pasien pernah dirawat di Puskesmas Kota. Keluarga pasien mengatakan diketahui pasien mengalami Hipertensi yaitu disaat melakukan pemeriksaan tekanan darah yaitu 200 ke atas obat yang di dapat yaitu katopril dan vitamin B kompleks. Pasien tidak mengalami alergi makanan ataupun obat-obatan dan untuk kebiasaan minum pasien sering mengkonsumsi minuman kopi hitam.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya ada yang mengalami sakit hipertensi yaitu bapak dan kakaknya.

4) Pengkajian Perpola

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

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

Keadaan Saat Ini: Pasien juga mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya karena hipertensi dan tidak rutin mengkonsumsi obat sehingga terjadi stroke berulang.

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Sebelum Sakit: pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi satu piring dan dihabiskan, pasien makan dengan menu seperti nasi, sayuran hijau, kadang-kadang lauk seperti ikan, telur, tahu tempe dan daging ayam, pasien juga sering dan lebih suka makan-makan lokal seperti ubi singkong, pisang dan keladi, Pasien minum 8 gelas/hari (1600 cc) dan minum kopi hitam 2 gelas/hari yaitu pagi dan sore. BB: 80 kg, TB: 180 cm.

Keadaan Saat Ini: keluarga pasien mengatakan saat sakit ini nafsu makan pasien mulai menurun karna pasien mual-mual, makan dalam sehari makan 3x, dengan porsi makan sedikit yaitu $\frac{1}{4}$ kadang $\frac{1}{2}$ di habiskan dan diet tinggi kalori dan protein seperti nasi, sayuran hijau, telur dan daging, namun pasien

tidak dapat menghabiskan dari porsi yang disediakan. Minum dalam sehari sekitar 600 cc/hari. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa pasien mengalami penurunan berat badan sebelumnya 80 kg sekarang belum pernah ditimbang dikarenakan kondisi pasien, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum.

c) Pola Eliminasi

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

Keadaan saat ini: Keluarga pasien mengatakan saat ini pasien memakai pampers warna urine berwarna kuning kecoklatan, bau khas urine, tidak ada nyeri saat BAK sedangkan BAB baru 1 kali dengan konsistensi cair berwarna coklat kehitaman karena ada pembuluh darah yang abnormal sehingga darah yang mengalir ke vena tidak melalui pembuluh darah kapiler, dengan bau khas feses dan tidak ada keluhan saat BAB.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit: Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit ini pasien melakukan aktivitasnya seperti biasa dengan secara mandiri, pasien sebagai pegawai swasta.

Keadaan Saat Ini: keluarga pasien mengatakan semenjak sakit ini pasien sudah tidak menjalankan tugasnya sebagai pegawai swasta karena sakit yang dideritanya, pasien hanya terbaring di tempat tidur dan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah, untuk toileting pasien dibantu oleh keluarga dan skala nyeri 6 (nyeri sedang)

e) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum Sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya tidur siang 1-2 jam dan di malam hari tidurnya 8-9 jam, dari jam 21.00 sampai terbangun jam 05. 30 Pagi. Pasien mengatakan tidurnya nyenyak dan nyaman.

Keadaan Saat Ini: Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit pasien juga sering tidur siang 3- 4 jam dengan nyenyak, untuk di malam hari pasien tidur 6/7 jam dari jam 21. 30 sampai jam 06.00 pasien juga sering terbangun di malam hari dengan mengeluh kepala pusing, nyeri dan terasa berat sehingga membuat pasien tidur tidak nyenyak.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

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

Keadaan Saat Ini: Pasien mengatakan bahwa tidak ada gangguan pada sistem penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan perasa.

g) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Sebelum Sakit: Pasien adalah seorang ayah dan kepala rumah tangga dan memiliki 3 orang anak. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, memiliki hubungan baik dengan lingkungannya, baik tetangga, teman ataupun keluarganya.

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

h) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stress

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

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

i) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

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

Keadaan Saat Ini: keluarga pasien mengatakan pasien hanya berdoa diatas tempat tidur bersama istrinya, pasien tetap percaya pasti Tuhan menyembuhkan penyakitnya melalui tangan parah medis.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum: Lemah, Kesadaran apatis (sikap acuh tak acuh) TD: 180/100 mmHg, Nadi: 68x/m, suhu: 36,0^oc/axilla, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Berat badan (BB): 80 kg, Tinggi badan: 180 cm, IMT 24, 69 Berat badan ideal.

b) Pemeriksaan head to toe

Kepala: inspeksi: Bentuk simetris rambut tampak kering, terdapat ketombe, rambut berwarna hitam dan bercampur putih dan tidak mudah rontok. **palpasi:** adanya nyeri tekan dikepala.

Mata: inspeksi: Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, tidak ada penggunaan alat bantu melihat.

Telinga: inspeksi: tidak ada serumen, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar. **Hidung: inspeksi:** bentuk simetris, **palpasi:** tidak ada lesi dan nyeri tekan, tidak ada polip, tidak ada deviasi septum, **auskultasi:** tidak ada napas

cuping hidung, Terpasang O₂ nasal kanul 2 Lpm. **Mulut:**
inspeksi: Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, gigi warna putih, ada karang gigi dan berlubang. **Wajah: inspeksi:** bentuk simetris, **Leher:** bentuk simetris, tidak ada lesi tidak ada pembesaran vena jugularis dan pembesaran tiroid. **Dada:**
inspeksi: bentuk simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi/irama napas 22x/menit, **palpasi:** tidak ada nyeri dada saat ditekan **auskultasi:** bunyi napas vesikuler, **Abdomen:**
inspeksi: tidak ada tampak pembengkakan, **perkusi:** bunyi timpani, **palpasi:** tidak ada nyeri tekan, **Auskultasi:** peristaltik usus 20x/menit. **Genetelia:** Pasien berjenis kelamin laki-laki dan untuk pemeriksaan kebersihan tidak dikaji karna pasien tidak mengizinkan dan merasa malu. **Integumen: inspeksi:** kulit tampak kering dan kusam, **palpasi:** turgor kulit elastis. **Ekstermitas: inspeksi:** ekstermitas kiri atas terdapat luka bekas infus, dan terasa lemah, **palpasi:** ekstermitas kanan atas tidak ada oedema, bisa digerakkan dan terpasang infus NaCL 0,9% 20 Tpm.

Kuantitas: GCS, kualitas: Apatis

Kuantitatif:

E: 4 (spontan)

V: 4 (orientasi terganggu, bicara kurang jelas)

M: 5 (melokasir nyeri)

Total GCS 13

(pasien sikap acuh tak acuh, orientasi kurang jelas, dan ekstermitas dapat digerakan dan melokalisasi nyeri).

Kekuatan otot:	1	4
	1	3

c) Pemeriksaan fungsi saraf kranialiss

1) Nervus I Olfaktorius

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

2) Nervus II Optikus

Fungsi sensori: fungsi penglihatan pasien baik, pasien dapat melihat dengan jelas.

3) Nervus III Okulomotorik

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

4) Nervus IV Toklearis

Fungsi motorik: Tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata. Otot mata dapat menggerakkan kebawah, kesamping, dan keatas.

5) Nervus V Trigeminalis

Fungsi motorik: Pasien tidak mengalami gangguan saat menelan

6) Nervus VI Abducent

Fungsi motorik: Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping

7) Nervus VII Fasialis

Fungsi motorik: Pasien tidak mampu berbicara dengan lancar, menunjukkan respon tidak sesuai, dan sulit mempertahankan komunikasi, seperti berbicara kurang jelas dan ekspresi wajah meringis.

8) Nervus VIII Vestibulokoklear

Fungsi sensorik: Pasien tidak ada gangguan pada pendengaran

9) Nervus IX Glossofaringeus

Fungsi motorik: Tidak terdapat kesulitan menelan

10) Nervus X Vagus

Fungsi motorik: Tidak ada gangguan pada saluran pencernaan, untuk labung pasien mual-mual.

11) Nervus XI Aksesorius

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

gerak kanan atas dan kanan bawah dapat bergerak seperti biasa. Untuk otot leher dan bahu dapat digerakkan

12) Nervus XII Hipoglosus

Fungsi motorik: Dapat menggerakkan lidah dengan baik

d) Pemeriksaan patologi

1) Reflek babinski

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

e) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap Tanggal 29 Juli (Data Primer RSUD Ende, 2023)

WBC	12.2*H	[10 ³ /uL]	(4.6 – 10.2)
LYM	3.3*	[10 ³ /uL]	(0.6 - 3.4)
MIO	0.9*	[10 ³ /uL]	(0.0 – 1.2)
GRA	8.0*H	[10 ³ /uL]	(1.5 – 7.0)
LYM%	26.7*	[%]	(10.0 – 50.0)
MIO%	7.6*	[%]	(4.0 – 18.0)
GRA%	65.7*	[%]	(40.0 – 74.0)
RBC	5.06	[10 ³ /uL]	(4.04 – 6.13)
HGB	15.4	[g/dl]	(12.2 – 16.1)
HCT	45.9	[%]	(37.7 – 53.7)
MCV	90,7	[fL]	(60,0 – 97,0)
MCH	30.4	[pg]	(27.0 – 31.4)
MCHC	33.6	[g/dL]	(31.8 – 35.6)
RDW	15.6 H	[%]	(11.6 – 14.6)
PLT	312	[10 ³ /uL]	(145 – 425)
MPU	7.7 H	[FL]	(0.0 – 0.0)

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 29 Juli (Data Primer RSUD Ende, 2022)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Kimia Darah		
Glukosa Sewaktu	98.97	70 -140 mg/dl
Faal Hati		
Sgot/Ast	27.58	0 – 35 U/ L
Sgpt/Alt	21.26	4 – 36 U/L
Faal Ginjal		
Ureum	13.95	10 – 50 mg/dl
Creatinin	0.84	0.6 – 23 mg/dl
Elektrolit		
Natrium	134. 7	135 – 145 mmol/ L
Kalium	3. 91	3.5 – 5.1 mmol/ L
Chlorida	114.4	98 – 106 mmol/ L

6) Terapi OBAT

Tabel 4.3 Terapi (Data primer RSUD Ende, 2023)

Terapi OBAT

Nama Obat	Dosis	Jumlah	Cara Pemberin	Indikasi
NaCl	Tetes/m nt	cc	Iv	Infus ini digunakan untuk mengembalikan elektrolit pada dehidrasi
Omeperazole	2x40 mg	I	Iv	Obat ini digunakan untuk mengatasi lambung dan keluhan yang mengikutinya. Obat ini

				umumnya digunakan untuk mengatasi gastrophageal reflux disease (GERD), sakit maag, (gastritis), atau tukak lambung.
Paracetamol	3 x 1 gr	II	Iv	Digunakan untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti dengue, tifoid, dan infeksi saluran kemih
Ondansentrom	3 x 4 mg	II	Iv	Digunakan untuk mencegah mual dan muntah
Mekobilamin	2x500 mg	II	Iv	Digunakan untuk mengobati neuropati perifer (saraf tepi) dan anemia megaloblastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12.
Citicolin	2x500 mg	III	Iv	Digunakan untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala.
Catopril	25 mg	X	/oral	Digunakan untuk menurunkan tekanan darah, serta meningkatkan persendian darah dan oksigen jantung
Ceftriaxone	2 x 1 gr	I	Iv	Digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri gramnegatif maupun gram positif

b. Tabulasi Data

Keluarga Pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien susah digerakkan dan pasien mengeluh sakit kepala, pusing, mual, muntah 3 kali di rumah konsistensi cair tidak ada isi, berwarna kuning kehijauan. Saat dikaji badan sebelah kiri susah digerakkan dan pasien masih mual-mual dan tidak muntah lagi, pasien masih merasa pusing, nyeri dan terasa berat dikepala seperti ditusuk-tusuk dirasakan hilang timbul saat bergerak, skala nyeri 6. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak rutin mengkonsumsi obat sehingga terjadi stroke berulang, pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum, nafsu makan pasien menurun aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, mukosa bibir kering, wajah simetris, konjungtiva anemis, pasien tampak lemah, tampak meringis, gigi warna putih, rambut tampak kering dan uban, akral teraba hangat, kulit tampak kering dan kusam, terdapat bekas luka infus di tangan kiri. kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 1, kaki kiri nilai 1, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4, BB: 80 kg, TB :180 cm, IMT: 24,69, TD: 180/100 mmHg, Nadi 68x/m, Suhu 36,0^oc/axilla, RR 22x/m, SpO₂: 98%, terpasang infus NaCL 20 TPM pada ekstermitas kanan atas dan O₂ nasal kanul 2 Lpm, CRT: < 3 detik.

c. Klasifikasi Data

DS: Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien susah digerakkan dan pasien mengeluh sakit kepala seperti ditusuk-tusuk,

pusing, mual, muntah 3 kali di rumah konsistensi cair tidak ada isi, berwarna kuning kehijauan. Saat dikaji pada pasien badan sebelah kiri susah digerakkan dan pasien masih mual-mual dan tidak muntah lagi, pasien masih merasa pusing, nyeri dan terasa berat dikepala seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, dirasakan hilang muncul saat bergerak, Pasien tidak ada pantangan dalam makan maupun minum, nafsu makan pasien menurun, aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, dan keluarga pasien mengatakan pasien tidak rutin mengkonsumsi obat sehingga terjadi stroke berulang.

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran apatis, aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, tampak meringis, mukosa bibir kering, wajah pasien bentuk simetris, konjungtiva anemis, pasien tampak lemah, gigi tampak berwarna putih, rambut tampak kering dan kasar, akral teraba hangat, kulit tampak kering dan kusam, terdapat luka bekas infus di tangan kiri, kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 1, kaki kiri nilai 1, kaki kanan nilai 3, tangan kanan 4, skala nyeri 6 (nyeri sedang), (CRT) : < 3 detik, BB : 80 kg, TB :180 cm, IMT : 24,69. TD: 180/100 mmHg, Nadi 68x/m, Suhu 36,0^oc/axilla, RR 22x/m, SpO₂ 98%, terpasang infus NaCL 20 TPM pada ekstermitas kanan atas dan O₂ nasal kanul 2 Lpm.

d. Analisa data

NO	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri susah digerakkan dan pasien mengeluh pusing, nyeri dikepala terasa berat.</p> <p>DO: Keadaan umum lemah, kesadaran apatis, konjungtiva anemis, GCS 13, tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, TTV TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36.0 C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang O₂ nasal kanul 2 Lpm</p>	Embolisme	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
2	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kakai kiri susah digerakkan. Aktivitasnya di bantu oleh keluarga, seperti makan, mandi, berpakaian dan toileting</p> <p>DO: Pasien tampak lemah, tampak meringis saat bergerak, kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan, kekuatan otot menurun, TTV TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan</p>	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan Mobilitas Fisik
3	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan pasien mual muntah 3 kali di rumah, konsistensi cair tidak ada isi, berwarna kuning kehijauan, makannya 3-4 sendok dan minumnya 200 cc.</p>	Faktor psikologis (stress dan keengganan untuk makan)	Defisit Nutrisi

	<p>DO: Pasien tampak lemah, dapat makan 3-4 sendok dan minum air 200 cc, BB: 80 kg, TB: 180 cm, Imt: 24,69, TTV TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° C, RR : 22x/m, SpO₂ : 98%.</p>		
4	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh pusing, nyeri kepala, dan terasa berat</p> <p>DO: Keadaan umum lemah, kesadaran apatis, tampak meringis.</p> <p>P: Karna ada peningkatan tekanan darah</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri dikepala</p> <p>S: Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang)</p> <p>T: Nyeri dirasakan saat bergerak dan hilang muncul</p> <p>TTV. TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (iskemia)</p>	<p>Nyeri akut</p>
5	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak rutin minum obat sehingga terjadi stroke berulang</p> <p>DO: Keadaan umum pasien lemah, tampak terjadi stroke berulang. TTV TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm</p>	<p>Ketidakadeguan pemahaman</p>	<p>Ketidakpatuhan minum obat</p>

e. Prioritas masalah

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, (iskemia)
- 2) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (stress dan keengganan untuk makan)
- 4) Gangguan mobilitas fisik berhubungan gangguan neuromuskular
- 5) Ketidapatuhan minum obat berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman

3. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) yang ditandai dengan :

DS: Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh pusing, nyeri dan terasa berat dikepala seperti ditusuk-tusuk karna ada peningkatan tekanan darah, nyeri hilang muncul saat bergerak, skala nyeri sedang

DO: Pasien tampak meringis.

P: Karna ada peningkatan tekanan darah

Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R: Nyeri dikelapa

S: Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang)

T: Nyeri dirasakan saat bergerak dan nyeri hilang muncul

TTV: TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36, 0° C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm.

- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme ditandai dengan:

DS: Keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri susah digerakan dan pasien mengeluh pusing kepala terasa berat

DO: Keadaan umum lemah, kesadaran apatis, GCS 13, konjungtiva anemi, tangan kiri dan kaki kiri susah digerakan, TTV TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm

- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (stress dan keengganan untuk makan) yang tandai dengan:

DS: Keluarga pasien mengatakan mual muntah 3 kali di rumah dengan konsistensi cair tidak ada isi, berwarna kuning kehijauan

DO: Pasien tampak lemah, pasien makan 2-3 sendok, BB: 80 kg, TB: 180 cm, Imt: 24,69, TTV: TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° c, RR: 22x/m, SpO₂ : 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm.

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromukular ditandai dengan:

DS: Keluarga pasien mengatakan tangan kiri dan kakai kiri susah digerakan terasa berat dan lemah, Aktivasnya di bantu oleh keluarga, seperti makan, mandi, berpakaian dan toileting

DO: Pasien tampak lemah, tampak meringis, kaki kiri dan tangan kiri susah digerakan, kekuatan otot menurun, TTV TD: 180/1000 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangaan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm.

- e. Ketidakpatuhan minum obat berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman yang ditandai dengan:

DS: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak rutin minum obat sehingga terjadi stroke berulang

DO: Keadaan umum pasien lemah, tampak terjadi stroke berulang. TTV TD: 180/100 mmHg, N: 68x/m, S: 36,0° C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tanagan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm

4. Intervensi Keperawatan

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

Intervensi keperawatan untuk diagnosa yang pertama Nyeri akut, **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan Kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun dan skala nyeri menurun. **Intervensi manajemen nyeri :** 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri, rasionalnya nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh pasien untuk merencanakan penanganan yang efektif, 2) identifikasi skala nyeri, rasionalnya dengan menggunakan skala ukur dan tunjukkan dengan keefektifan kemampuan perawat adalah sangat signifikan, 3) identifikasi respon nyeri non verbal, rasionalnya dengan tingkat kenyamanan pasien dapat mempercepat proses pemulihan, 4) berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, rasionalnya penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan endorphen, 5) fasilitasi istirahat dan tidur, rasionalnya kelelahan dapat mengganggu toleransi terhadap nyeri, 6) ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri rasionalnya tindakan yang diberikan kepada pasien dapat membantu dalam mengurangi rasa nyeri, 7) penatalaksanaan: pemberian analgetik, rasionalnya mempercepat proses penyembuhan pada pasien. Untuk intervensi kedua diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif, **Tujuannya:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil tingkat kesadaran

meningkat, sakit kepala menurun, demam menurun. **Intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial** : 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (Tekanan intrakranial) Rasional : Jaringan otak akan membengkak akibat dari luka atau penyakit, 2) monitor tanda dan gejala peningkatan TIK rasionalnya : potensial peningkatan Tik dan mengetahui keadaan umum, 3) monitor status pernapasan, rasionalnya, pemantauan henti napas atau sesak napas 4) minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, rasionalnya dengan lingkungan yang nyaman akan merasakan rileks dan tenang, 5) berikan posisi semi fowler, rasionalnya meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan, 6) pertahankan suhu tubuh normal, rasionalnya suhu tubuh dapat di pengaruhi oleh tingkat aktivitas, suhu lingkungan, kelembaban tinggi akan mempengaruhi panas dan dinginnya suhu tubuh. Untuk intervensi ke tiga diagnosa defisit nutrisi. Untuk intervensi ketiga diagnosa Defisit nutrisi, **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi dapat teratasi dengan Kriteria hasil Porsi makan dihabiskan meningkat, frekuensi makanan membaik, nafsu makan membaik dan membrane mukosa membaik. **Intervensi manajemen nutrisi** : 1) Identifikasi status nutrisi, rasionalnya membantu mengetahui tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, 2) identifikasi makanan yang disukai, rasionalnya sebagai dasar untuk menentukan intervensi, 3) monitor asupan makanan, rasionalnya untuk menilai asupan makanan yang adekuat, 4) lakukan oral hygiene

sebelum makan, rasionalnya mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan. 5) berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein, rasionalnya makan TKTP dibutuhkan ketika kebutuhan nutrisi tidak efektif, 6) ajarkan diet yang diprogramkan, rasionalnya diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi. Untuk intervensi keempat diagnosa gangguan mobilitas fisik **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun dan kelemahan fisik menurun.

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

dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi. Untuk intervensi ke lima diagnosa ketidakpatuhan minum obat, **Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil Verbalisasi kemampuan memenuhi program pengobatan meningkat, verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, perilaku mengikuti program pengobatan membaik, perilaku menjalankan anjuran membaik. **Intervensi dukungan kepatuhan program pengobatan :** 1) Identifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan rasionalnya mendorong kepatuhan terhadap program terapeutik pengobatan, 2) informasi program pengobatan yang harus dijalani rasionalnya informasi yang disampaikan kepada pasien harus lengkap dan jelas, yaitu cara pakai obat, efek samping, indikasi dan kontra indikasi, 3) informasi manfaat yang diperoleh jika teratur menjalankan program pengobatan rasionalnya meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada pasien, 4) identifikasi keterlibatan keluarga dalam perawatan rasionalnya diharapkan keluarga dapat membantu pasien dalam program pengobatan, 5) jelaskan kondisi pasien pada keluarga rasionalnya jika pasien dengan teratur mengkonsumsi obat maka kondisi pasien akan lebih baik, 6) anjurkan keluarga terlibat dalam pengobatan rasionalnya membantu memudahkan pasien dalam mengingat minum obat.

5. Implementasi

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan dari tanggal 31 Juli-02 Agustus 2023.

a. Hari Pertama, Senin 31 Juli 2023

1) Diagnosa Nyeri Akut

Tindakan keperawatan untuk mengatai masalah nyeri akut antara lain: pukul (09.18) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan kualitas nyeri. Hasil: P: karna ada peningkatan tekanan darah TD: 180/100 mmHg, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: di kepala, S: skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang), T: nyeri yang dirasakan saat bergerak dan hilang muncul, pukul (09.25) mengidentifikasi skala nyeri, Hasil: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 6 (nyeri sedang), pukul (09.50) mengidentifikasi respon nyeri non verbal. Hasil : pasien tampak meringis dan gelisah, (10.00) memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Hasil: pasien dapat memperhatikan dan mengerti dengan apa yang dijelaskan, (10.10) memfasilitasi istirahat dan tidur, Hasil: pasien tampak tidur dengan nyenyak, (10.30) mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Hasil: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dan pasien dapat mengerti dan mempraktekkan cara relaksasi napas dalam, (12.00) penatalaksanaan melayani injeksi obat ceftriaxone 1x1 gr/iv dan paracetamol 1x1 gr/iv.

2) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif antara lain: pukul (08.00) memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TD: 180/100 mmHg, S: 36,0° C, N: 68x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%, pukul (08.20) Memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil: pasien mengatakan sakit kepala terasa berat, dan pasien tampak meringis, pukul (09.00) meminimalkan stimulus penyediaan lingkungan yang tenang, hasil : membatasi pengunjung yang menjaga pasien. pukul, (09.10) mengatur pasien dalam posisi semifowler: pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini. Pukul (12.00) melayani injeksi obat citikolin 1x 500 mg/iv, injeksi mecobalamin 1x 500 mg/iv dan katoptil 25 mg/oral

3) Diagnosa Defisit Nutrisi

Tindakan dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: pukul (11.55) mengidentifikasi status nutrisi. Hasil: keluarga pasien mengatakan pasien mual-mual, tidak sempat muntah, berat badan 80 kg, pasien belum ditimbang kembali karena penyakit stroke yang dideritanya untuk TB 180 cm, pukul (11.57) mengidentifikasi makanan yang disukai. Hasil: klien mengatakan suka makan makanan local seperti ubi pisang, pukul (12.25) memonitor asupan makan. Hasil: pasien tampak menghabiskan makanan yang diberikan hanya 1/2 porsi makan dengan jenis

makanan sayur, tahu dan telur. Pukul (12.00) melayani injeksi obat omeperazole 1x40 mg/iv dan ondansentrum 1x 4 mg/iv.

4) Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik antara lain: pukul (09.53) mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil: pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya sakit bila di tekan dan diangkat, pukul (09.56) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil: pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kiri dan tangan kirinya, pukul (08.55) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil: memasang pagar tempat tidur, pukul (09.45) memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki. Pukul (12.00) melayani injeksi obat

5) Diagnosa Ketidapatuhan Minum Obat

Tindakan keperawatan untuk mengatasi ketidapatuhan minum obat antara lain: (09.20) mengidentifikasi kepatuhan menjalankan program pengobatan, Hasil: pasien dapat ruti minum obat saat dirumah sakit. (09.30) menginformasi program pengobatan yang harus dijalani, Hasil: pasien dan keluarga dapat mengerti dengan penjelasan terkait program pengobatan, (10.00) menginformasi manfaat yang diperoleh jika teratur menjalankan

program pengobatan, Hasil: dengan meminum obat dengan tepat dan benar secara rutin dapat mempercepat penyembuhan, (11.00) mengidentifikasi keterlibatan keluarga dalam perawatan, (11.30) menganjurkan keluarga pasien terlibat dalam pengobatan, Hasil: keluarga pasien dapat membantu pasien dalam memberikan obat oral.

b. Hari Kedua, Selasa 01 Agustus 2023

1) Diagnosa Nyeri Akut

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: pukul (09.10) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan kualitas nyeri. Hasil: P: karna ada peningkatan tekanan darah TD: 180/100 mmHg, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: di kepala, S: skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang), T: nyeri yang dirasakan hilang muncul, pukul (09.25) mengidentifikasi skala nyeri, Hasil: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 6 (nyeri sedang), pukul (09.50) mengidentifikasi respon nyeri non verbal. Hasil : pasien tampak meringis dan gelisah, (10.00) memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Hasil: pasien dapat memperhatikan dan mengerti dengan apa yang dijelaskan, (10.10) memfasilitasi istirahat dan tidur, Hasil: pasien tampak tidur dengan nyenyak keluarga pasien mengatakan pasien sering bangun karna merasa nyeri dikepala, (10.30) mengajarkan teknik nonfarmakologi

untuk mengurangi rasa nyeri, Hasil: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam pasien dapat melakukan cara relaksasi napas dalam, (12.00) penatalaksanaan melayani injeksi obat ceftriaxone 1x1 gr/iv dan paracetamol 1x1 gr/iv.

2) Diagnosa Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi efektif antara lain: pukul (08.00) memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TD: 180/100 mmHg, S: 36, 0° C, N: 68x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%, pukul (08.20) memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil: pasien mengatakan pusing, sakit kepala dan terasa berat, dan pasien tampak meringis, pukul (08.30) mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak melakukan teknik napas dalam tersebut, pukul (08.32) mengatur pasien dalam posisi semifowler: pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini, pukul (08.00) melayani obat citicolin 500 mg/iv, mecobalamin 500 mg/iv dan captopril 25 mg/oral.

3) Diagnosa Defisit Nutrisi

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: pukul (07.10) melayani makan pagi pada pasien. Hasil: pasien tampak menghabiskan makanan 1 porsi yang yang disediakan, pasien tampak tidak mual-mual dan muntah lagi, makannya sudah membaik, pukul (07.15) melakukan oral hygiene

sesudah makan dengan menggunakan tissue kering untuk mengangkat sisah makanan pada mulut pasien, pukul (07.20) menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering, pukul (07.15) memonitor asupan makanan. Hasil: pasien dapat menghabiskan makanan 1 porsi dengan jenis makanan sayur, daging ayam dan tahu, pukul (09.00) melayani obat omeprazole 40 mg/iv, ondansentrum 4 mg/iv.

4) Diagnosa gangguan mobilitas fisik

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik antara lain: pukul (08.55) mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil: pasien mengatakan badan sebelah kiri belum dapat di gerakkan, pukul (09.15) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil: pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kiri dan tangan kirinya, pukul (09.30) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil: memasang pagar tempat tidur, pukul (09.45) memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, kedua sendi tangan pasien sudah mengalami kekakuan saat dilakukan pergerakan, pukul (10.00) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan. Hasil: keluarga pasien tampak selalu membantu semua aktivitas pada pasien, pukul (10.05) mengajarkan dan membantu

dalam melakukan mobilisasi sederhana. Hasil: klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badanya ke kanan, namun pasien masih mengalami kesulitan untuk memiringkan badanya ke kiri.

c. Hari Ketiga, Rabu 02 Agustus 2023

1) Diagnosa Nyeri Akut

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: pukul (09.10) mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan kualitas nyeri. Hasil: P: karna ada peningkatan tekanan darah TD: 190/100 mmHg, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: di kepala, S: skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang), T: nyeri yang dirasakan hilang muncul, pukul (09.25) mengidentifikasi skala nyeri, Hasil: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu skala 6 (nyeri sedang), pukul (09.50) mengidentifikasi respon nyeri non verbal. Hasil : pasien tampak makin meringis dan gelisah tampak tidak tenang, (10.00) memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Hasil: pasien dapat memperhatikan dan mengerti dengan apa yang dijelaskan, (10.10) memfasilitasi istirahat dan tidur, Hasil: pasien tampak tidur tidak nyenyak keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit, nyeri, dan terasa berat di kepala, (10.30) mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Hasil: pasien dapat melakukan cara relaksasi napas dalam, (12.00)

penatalaksanaan melayani injeksi obat ceftriaxone 1x1 gr/iv dan paracetamol 1x1 gr/iv.

2) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif antara lain: pukul (08.15) memonitor tanda-tanda vital. Hasil: TD: 190/90 mmHg, S: 37, 1°C, N: 70x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 97%, pukul (08.23) memonitor tanda gejala peningkatan TIK. Hasil: pasien mengatakan sakit kepala, nyeri dan kepala terasa berat dan pasien tampak meringis dan tidak tenang, pukul (08.30) mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, Hasil: pasien tampak memperhatikan yang diajarkan namun pasien tampak sulit untuk melakukan teknik napas dalam tersebut, pukul (08.35) 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, (09.00) mengatur pasien dalam posisi semifowler: pasien tidur tampak tidak nyaman, tidak tenang, pasien selaalu mengangkat kepalanya, mengeluh nyeri, pukul (12.00) melayani obat citicolin 500 mg/ iv dan mecobalamin 500 mg/iv.

3) Diagnosa Defisit Nutrisi

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain: pukul (12.05) melayani makan siang pada pasien.

Hasil: menu makanan bubur, sup ayam dan sayur, pasien tampak tidak mual dan muntah lagi. pukul (12.15) melakukan oral hygiene sebelum makan dengan menggunakan tissue kering untuk mengangkat sisah makanan pada mulut pasien, pukul (12.30) menganjurkan pasien untuk makan dengan porsi kecil tapi sering, pukul (12.40) memonitor asupan makanan. Hasil: pasien tampak menghabiskan makanan sebanyak ½ porsi, pasien tampak tidak mual dan muntah, pukul (08.00) melayani obat omeprazole 40mg/iv, ondansentrom 4 mg/iv.

4) Diagnosa gangguan mobilitas fisik

Tindakan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik antara lain: pukul (08.55) mengidentifikasi adanya nyeri tekan. Hasil: pasien mengatakan kedua kaki dan tangan kirinya sakit bila di tekan dan diangkat, pukul (09.15) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Hasil: pasien tampak tidak bisa menggerakkan kaki kiri dan tangan kirinya, pukul (09.30) memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan memasang pengaman tempat tidur pasien. Hasil: memasang pagar tempat tidur, pukul (09.45) memfasilitasi melakukan pergerakan ROM pasif. Hasil: pasien tampak mau untuk melakukan latihan ROM pasif pada kedua tangan dan kaki pasien, kedua sendi tangan pasien sudah mengalami kekakuan saat dilakukan pergerakan, pukul (10.00) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam

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

6. Evaluasi keperawatan

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

a. Hari Pertama, Senin 31 Juli 2023

1) Diagnosa Nyeri Akut

S: Pasien mengatakan merasa pusing, nyeri dan kepala terasa berat,

O: Pasien tampak lemah, dan tampak meringis.

P: Karna ada peningkatan tekanan darah

Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R: Nyeri dikepala

S: Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang)

T: Nyeri dirasakan saat bergerak dan hilang muncul

TTV: TD: 180/100 mmHg S: 36.0°C, N: 69x/menit, RR: 22x/menit,
SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂
nasal kanul 2 Lpm

A: Masalah nyeri akut belum teratasi

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

2) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

S: Pasien mengatakan kepala pusing terasa sakit, nyeri dan terasa berat, dan nyaman dalam posisi seperti (semifowler).

O: Keadaan umum lemah, kesadaran apatis, TD: 180/100 mmHg,

S: 36, 0°C, N: 69x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%, terpasang NaCL 20 Tpm ditangan kanan.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi 1-6 dilanjutkan

3) Diagnosa Defisit Nutrisi

S: Keluarga pasien mengatakan pasien mual-mual dan tidak muntah

O: Pasien tampak lemah, tampak mual-mual, makanan yang dihabiskan hanya 1/4 porsi dengan jenis makanan sayur sawi, daging ayam dan tahu.

TTV: TD: 180/100 mmHg, S: 36.0°C, N: 69x/menit, RR: 22x/menit,

SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂
nasal kanul 2 Lpm

A: Masalah defisit nutrisi belum teratasi

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

4) Diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik

S: Pasien mengatakan badan sebelah kiri susah di gerakkan, terasa lemah dan berat, aktifitasnya di bantu oleh keluarga, seperti makan, mandi, berpakaian, dan toileting.

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

TTV: TD: 180/100 mmHg S: 36.0°C, N: 69x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan terpasang O₂ nasal kanul 2 Lpm.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

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

5). Diagnosa Ketidapatuhan Minum Obat

S: Pasien mengatakan mau mematuhi program pengobatan

O: Pasien dapat mengkonsumsi obat dengan teratur, seperti katopril
25 mg

A: Masalah ketidapatuhan minum obat teratasi

P: Intervensi dihentikan

b. Hari Kedua, Selasa, 01 Agustus 2023

1) Diagnosa Neri Akut

S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh nyeri dan terasa berat di kepala seperti ditusuk-tusuk dan hilang muncul.

O: Pasien tampak lemah, tampak meringis.

P: Karna ada peningkatan tekanan darah

Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R: Nyeri dikepala

S: Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang)

T: Nyeri dirasakan saat bergerak dan hilang muncul

TTV: TD: 180/100 mmHg S: 36.0°C, N: 69x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm.

A: Masalah nyeri akut belum teratasi

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

2) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit, nyeri dan terasa berat di kepala dan nyaman dalam posisi seperti (semifowler).

O: Keadaan umum lemah, kesadaran apatis, TD: 180/100 mmHg,

S: 36, 0°C N: 69x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%, terpasang infuse NaCL: 20 Tpm ditangan kanan kanan dan terpasang O₂ nasal kanul.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi 1-6 dilanjutkan

3) Diagnosa Defisit Nutrisi

S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mual-mual lagi dan tidak muntah

O: Pasien tampak lemah, makanan yang dihabiskan ½ porsi dengan jenis makanan sup ayam, sayur sawi, dan tahu.

A: Masalah defisit nutrisi dapat teratasi

P: Intervensi dihentikan

4) Diagnosa gangguan mobilitas fisik

S: Pasien mengatakan badan sebelah kiri susah di gerakkan dan lemah, aktifitasnya dibantu oleh keluarga, seperti makan, mandi, berpakaian dan toileting.

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

TTV: TD: 180/100 mmHg S: 36.0°C, N: 69x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 98%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

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

c. Hari Ketiga, Rabu, 02 Agustus 2023

1) Diagnosa Nyeri Akut

S: keluarga pasien mengatakan pasien masih mengeluh nyeri di kepala dan terasa berat seperti ditusuk-tusuk dan hilang muncul

O: pasien tampak meringis, tampak tidak tenang.

P: Karna ada peningkatan tekanan darah

Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R: Nyeri dikepala

S: Skala nyeri yang dirasakan pasien 6 (nyeri sedang)

T: Nyeri dirasakan saat bergerak dan hilang muncul

TTV: TD: 190/100 mmHg S: 37.1° C, N: 70x/menit, RR: 22x/menit,
SpO₂: 97%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂
nasal kanul 2 Lpm

A: Masalah nyeri akut belum teratasi

P: Intervensi di pertahankan dan pasien pindah ke ruang ICU

2) Diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif

S: Pasien mengatakan kepalanya makin sakit, nyeri, pusing dan
terasa berat sekali

O: Keadaan umum lemah, kesadaran apatis, tampak meringis dan
tampak tidak tenang

TTV: TD: 190/100, S: 37, 1°, N: 70x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂:
97%.

Terpasang infus NaCL 20 Tpm ditangan kanan kanan dan terpasang
O₂ nasal kanul.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi tetap dilanjutkan dan pasien pindah ke ruang ICU.

3) Diagnosa gangguan mobilitas fisik

S: Pasien mengatakan badan sebelah kiri susah digerakkan dan
terasa lemah, aktifitasnya di bantu oleh keluarga, seperti: mandi,
makan, berpakaian, dan toileting.

O: Pasien tampak terbaring lemah, sulit melakukan pergerakan, pasien tampak tidak tenang. Tampak aktifitasnya di bantu oleh keluarga.

TTV: TD: 190/100 mmHg S: 37.1° C, N: 70x/menit, RR: 22x/menit, SpO₂: 97%. Terpasang infus NaCL 20 Tpm di tangan kanan dan O₂ nasal kanul 2 Lpm

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: Intervensi di pertahankan dan pasien pindah ke ruang ICU

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. A. H. K di Ruang Penyakit Dalam I-II.

1. Pengkajian

Pengkajian pada teori didapatkan tanda dan gejala yang muncul pada pasien stroke sebagai berikut: kelumpuhan (paralisis) total atau sebagian pada 1 sisi tubuh, kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur, pusing, kebingungan, kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain, masalah dengan keseimbangan dan koordinasi, mual muntah, kesulitan menelan (disfagia), Sakit kepala yang tiba-tiba, penurunan kesadaran, kesulitan berbicara dan berkebingungan, kelumpuhan atau

mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki, kesulitan berjalan menurut Heltty (2023).

Pada kasus pasien Tn. A. H. K ditemukan keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri susah digerakan, pasien tampak kebingungan dan sulit untuk memahami saat berkomunikasi, sakit kepala, nyeri dikepala seperti ditusuk-tusuk dan kelemahan, Hal ini, menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana kasus pada Tn. A. H. K tidak ditemukan kehilangan penglihatan secara tiba-tiba atau kabur dikarenakan sumbatan pembuluh darah tidak menyerang bagian organ mata atau pada saraf optik salah satunya retina, selain itu, pada Tn. A. H. K mengalami mual muntah, dan pusing dikarenakan ada peningkatan tekanan di dalam otak yang menyebabkan pasien mengalami mual muntah dan pusing, kasus pada Tn. A. H. K mengalami sedikit penurunan kesadaran hal ini dikarenakan dilihat dari nilai GCS yaitu 13 (apatis), saturasi oksigennya dalam batas normal yaitu 98%, dan tekanan darahnya melebihi batas normal yaitu 180/100 mmHg dan walaupun kondisi pasien stroke namun kemungkinan bahwa aliran darah pasien masih terpenuhi. Kasus pada Tn. A. H. K mengalami nyeri dan terasa berat di kepala seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakn saat bergerak dan hilang muncul.

Berdasarkan data tersebut hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ningrum (2020) di Ruangannya Krissan RSUD Bangil Pasuruan pada pasien stroke Ny Y mengalami sakit kepala, badan sebelah kiri susah

digerakan, pasien mengatakan saat menyapu halaman tiba-tiba jatuh lalu tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan, kemudian pasien dibawa keluarganya ke IGD RSUD bangil untuk diperiksa, pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Hal ini sama dengan kasus pada Tn. A. H. K ditemukan dengan tanda dan gejala yang sama.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa pada teori didapatkan ada 7 diagnosa keperawatan yaitu : risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, namun pada kasus ada 5 diagnosa yang diangkat yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (stress dan keengganan untuk makan), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, dan ketidakpatuhan minum obat berhubungan dengan ketidakefektifan pemahaman. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagnosa keperawatan pada Kasus Tn. A. H. K, dimana pada kasus pada Tn. A. H. K tidak ditegakkan diagnosa keperawatan resiko jatuh berhubungan

dengan gangguan penglihatan hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami gangguan pada penglihatan dan pasien menggunakan pengaman (pagar tempat tidur) dan pasien selalu di dampingi oleh keluarga, dan pada kasus Tn. A. H. K tidak ditegakkan diagnosa gangguan menelan hal ini dikarenakan intervensi dan implementasi yang dilakukan sama dengan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Adapun diagnosa keperawatan tambahan yang ditegakkan pada kasus Tn. A. H. K yaitu nyeri akut hal ini dikarenakan pasien mengalami nyeri sekali di kepala dan ketidakpatuhan minum obat dikarenakan pasien tidak minum obat secara rutin di rumah sehingga menyebabkan stroke berulang. Diagnosa yang ditemukan pada penelitian Metris (2022) dengan masalah stroke yaitu, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan sirkulasi O₂ ke otak, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral, diagnosa yang diangkat pada penelitian Metris (2022) sama dengan kasus Tn. A. H. K, tapi ada beberapa diagnosa yang tidak ada pada penelitian Metris (2022), yaitu nyeri akut dan defisit nutrisi, hal ini dikarenakan pada setiap pasien akan menunjukkan tanda dan gejala yang berbeda-beda. Pada kasus Tn. A. H. K tidak ditemukan masalah intoleransi aktivitas.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn. A. H. K 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. A. H. K hanya beberapa saja yang dilakukan sesuai dengan keadaan pasien.

Untuk intervensi resiko perfusi serebral tidak efektif pada tinjauan teoritis sebanyak 9 intervensi sedangkan pada kasus hanya 6 intervensi yang dilakukan hal ini dikarenakan pada Tn. A. H. K mengalami badan sebelah kiri susah di gerakkan, sakit kepala, pusing dan nyeri di kepala. Untuk diagnosa gangguan mobilisasi fisik pada tinjauan teoritis sebanyak 9 intervensi sedangkan pada kasus nyata hanya 7 intervensi yang dilakukan hal ini dikarenakan pada Tn. A. H. K hanya mengalami kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot, dan penurunan kekuatan sendi dan aktifitas dibantu oleh keluarga. Untuk diagnosa defisit nutrisi pada tinjauan teoritis sebanyak 12 intervensi sedangkan pada kasus hanya 6 intervensi yang dilakukan hal ini dikarenakan pada Tn. A. H. K hanya mengalami penurunan porsi makan $\frac{1}{4}$ porsi dari sebelumnya dan mual muntal. Adapun diagnosa tambahan yang tidak ada pada teori namun ada pada kasus yaitu nyeri akut dan ketidakpatuhan minum obat. Berdasarkan

SIKI nyeri akut sebanyak 19 intervensi sedangkan pada kasus nyata 7 intervensi yang dilakukan hal ini dikarenakan pada Tn. A. H. K hanya mengalami sakit kepala, nyeri, dan terasa berat di kepala dan untuk ketidakpatuhan minum obat sebanyak 10 intervensi sedangkan pada kasus nyata 6 intervensi yang dilakukan hal ini dikarenakan pada Tn. A. H. K hanya perlu melihat kepatuhan minum obat, kerutinan minum obat, jelaskan, manfaaf minum obat dan butuh bantuan keluarga untuk membantu pasien dalam memberikan obat. Pada penelitian yang dilakukan (Fisik et al., 2018) pada pasien SNH untuk diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif yang direncanakan sebanyak 7 intervensi, untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yang direncanakan 9 intervensi.

4. Implementasi Keperawatan

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 31 Juli-02 Agustus 2023. Selama pelaksanaan keperawatan tidak ditemukannya kendala karena pasien dan keluarga kooperatif. Implementasi yang dilakukan pada Tn. A. H. K dengan diagnosa medis stroke non hemoragik berdasarkan empat diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realitas mulai dari mengkaji tanda-tanda vital, mengkaji keadaan umum, dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari nyeri akut, risiko

perfusi serebral tidak efektif, defisit nutrisi, gangguan mobilitas fisik. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kelima masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 31 Juli 2023, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 01 Agustus 2023, hari ketiga dilaksanakan 02 Juni 2023. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerja sama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan, Semua intervensi dilaksanakan dengan baik namun ada beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan dengan rutin seperti mengubah posisi pasien setiap dua jam sekali, dan masalah keperawatan ada empat yang belum teratasi dan dua sebagian teratasi serta memberi hasil yang baik, dimana pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah diterapkan melalui implementasi selama 3 hari. Pada kasus Tn. A. H. K evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi hari pertama diagnosa ketidakpatuhan minum obat teratasi hal ini dikarenakan pasien dan keluarga pasien mau mematuhi program pengobatan dan dapat mengkonsumsi obat secara teratur. Untuk 4 diagnosa belum teratasi yaitu: pada masalah nyeri akut belum teratasi hal ini dikarenakan pasien tampak meringis, pusing, nyeri di kepala, dan terasa berat. Untuk masalah resiko perfusi serebral tidak efektif pasien masih

mengalami pusing, sakit kepala, nyeri dan kepala terasa berat, TD: 180/100 mmHg, suhu: 37,1⁰c, Nadi: 70 x/menit, RR: 22 x/menit. Untuk masalah defisit nutrisi belum teratasi hal ini dikarenakan pasien masih mengalami penurunan porsi makan yaitu ¼ porsi makanan yang dihabiskan dan pasien masih mengalami mual-mual. Untuk masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi hal ini dikarenakan pasien masih mengalami kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot, dan penurunan kekuatan sendi dan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga.

Untuk evaluasi hari kedua diagnosa yang teratasi adalah defisit nutrisi hal ini dikarenakan porsi makan pasien mulai meningkat dimana pasien makan 1/2 sendok dari sebelumnya dan pasien tidak mual dan muntah lagi.

Untuk evaluasi hari ketiga diagnosa nyeri akut belum teratasi hal ini dikarenakan pasien tampak meringis dan mengeluh nyeri dan terasa berat di kepala, resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi hal ini dikarenakan pasien masih mengalami sakit kepala, nyeri dan kepala terasa berat serta pusing, dan untuk masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi hal ini dikarenakan pasien masih mengalami kelemahan fisik, penurunan kekuatan otot, dan penurunan kekakuan sendi, dan aktivitas pasien dibantu keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Fisik et al., 2018) pada pasien SNH yaitu masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dan masalah gangguan mobilitas fisik pada hari ketiga belum teratasi.

C. Keterbatasan Studi Kasus

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

D. Implikasi Untuk Keperawatan

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

1. Sebagai Pendidik

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

2. Sebagai Advokad

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

3. Sebagai Pemberi Perawatan

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

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil Studi Kasus pada Tn. A. H. K dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) Ruangan Penyakit Dalam I-II RSUD Ende dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Data pengkajian yang ditemukan pada Tn. A. H. K Keluarga Pasien mengatakan badan sebelah kiri pasien susah digerakkan dan pasien mengeluh sakit kepala, nyeri, pusing, mual, muntah 3 kali di rumah konsistensi cair tidak ada isi, berwarna kuning kehijauan dan pasien tidak rutin mengkonsumsi obat di rumah sehingga terjadi stroke berulang. Saat dikaji badan sebelah kiri susah di gerakkan dan pasien masih mual-mual dan tidak muntah lagi, pasien masih merasa pusing, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan terasa berat di kepala.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien Tn. A. H. K yang ditegakkan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (iskemia), risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (stress dan keengganan untuk makan), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, dan ketidakpatuhan minum obat berhubungan dengan ketidakefektifan pemahaman.

3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. A. H. K dengan diagnosa nyeri akut ada 7 intervensi, untuk diagnosa perfusi serebral tidak efektif ada 6 intervensi, untuk defisit nutrisi ada 6 intervensi, untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik ada 7 intervensi, dan untuk ketidakpatuhan minum obat ada 6 intervensi.
4. Implementasi pada masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. A. H. K dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah-masalah yang ditemukan.
5. Evaluasi hari pertama tidak ada diagnosa yang teratasi, untuk evaluasi hari kedua diagnosa yang teratasi adalah diagnosa defisit nutrisi dan untuk evaluasi hari ketiga diagnosa nyeri akut, resiko perfusi serebral tidak efektif, dan gangguan mobilitas fisik belum teratasi.
6. Adanya kesenjangan antara kasus nyata dan teori yaitu pada pengkajian pasien tidak di temukan penurunan kesadaran, gangguan pada penglihatan, namun kasus nyata yang ditemukan keluarga pasien mengatakan tangan badan sebelah kiri pasien susah digerakkan, pasien tampak kebingungan, sakit kepala, nyeri kepala, mual dan muntah, kelemahan, adapun diagnosa yang muncul pada pasien Tn. A. H. K yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) dan ketidakpatuhan minum obat.

B. Saran

1. Bagi penulis

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

2. Bagi pasien dan keluarga

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

3. Bagi perawat

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

4. Bagi RSUD Ende

Pelayanan dan perawatan sudah baik dan diharapkan agar dipertahankan sehingga dapat menjadi lebih baik lagi kedepannya. Meskipun dengan sarana terbatas, RSUD Ende tetap memberikan pelayanan yang maksimal bagi para pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Y., & Leniwita, H. (2020). Buku I : Modul keperawatan medikal bedah I. In *Universitas Kristen Indonesia*. Universitas Kristen Indonesia.
- Ariyanto, C. R., Novela, C., Yohan, D., Wahyu, I. D., Alhaq, I., Kedokteran, F., Tarumanagara, U., Iskemik, S., & Hemoragik, S. (2022). Hiji : Health Information Jurnal Penelitian Biomarker Terkini Untuk Membedakan Diagnosis Stroke Iskemik Dan Hemoragik Pada Pasien Dewasa Dan Lansia : Sebuah Review Pendahuluan Stroke Adalah Kejadian Defisit Neurologis Yang Terjadi Secara Mendadak Akibat B. *Literatur Reviuw*, 1–8.
- Penerapan mirror therapy untuk kekuatan otot lansia dengan stroke non hemoragik di keluarga karya, (2021).
- Chrisanto, E. Y., Ernita, C., Umsani, & Putri, E. L. (2022). Penyuluhan kesehatan tentang stroke. *Journal of Public Health Concerns*, 2(3), 1–23.
- Darmawan, I., Wahyuni, E., & Anugrahwati, R. (2023). *Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Hermina Bekasi Akademi Keperawatan Hermina Manggala Husada ummi ening @ gmail . com Pendahuluan Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dalam waktu cepat (tib. 6(1), 23–31.*
- Denny Pratama, A. (2021). Pengaruh Pemberian Dual Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Kasus Stroke Iskemik. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 3(2), 2021.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Ende (Dinkes Kab Ende). (2023). *Data stroke dinas kabupaten Ende*. Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- Dutta, A., Rastogi, A., & Jude, E. B. (2020). Diabetic foot infection: an update. *Diabetic Foot Journal*, 23(4), 26–30.
- <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=146962793&site=ehost-live>
- Dwi, R. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke*. Nem.
- Ernasari, Safruddin, Amir, H., Padhila, N. I., & Suhermi. (2023). *Penyuluhan Non Hemoragik Stroke pada Keluarga Pasien*. 3(01), 39–43.
- Fisik, M., Rsud, D. I., & Kulon, W. (2018). *Karya tulis ilmiah penerapan rom (range of motion) pada asuhan keperawatan pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di rsud wates kulon progo (yogyakarta)*.

- Hasyim, H., Septeria, I. P., Sari, D. T., Wahyuni, G. T., & Anliyanita, R. (2022). *Tuberkulosis Masalah Kesehatan Dunia : Tinjauan Literatur*. 7.
- Kurniajati, S., Paradi, I., Luchas, R., Ndaru, P., & Kristiani, Y. (2022). Peningkatan kemampuan deteksi dini faktor resiko stroke melalui pendidikan kesehatan metode pelatihan improving the ability of early detection of stroke risk factors through health education with training methods. *Jurnal Penelitian Perawatan*, 8(2), 122–134.
- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan keperawatan stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional*. Guepedia.
- 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 : I(2)*, 141–147.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik (SNH). *Journal of Management Nursing*, 2(1), 168–172. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74>
- Mihen, E. L., Ningsih, O. suyen, & Ndong, T. A. (2022). Hubungan antara dukungan keluarga dengan self-care pasien stroke di wilayah kerja puskesmas Ruteng tahun 2022. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 7(2), 61–67.
- Permatasari, N. A. (2023). Penyebab Stroke Perspektif Kesehatan Mental. *Jurnal Impresi Indonesia (JII)*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.58344/jii.v2i1.1790>
- Riskesdas. (2018a). Laporan riskesdas nasional 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*. <https://id.scribd.com/document/397428425/20181228-Laporan-Riskesdas-2018-Nasional-pdf>
- Riskesdas. (2018b). Laporan riskesdas ntt 2018. In R. Kesehatan Dasar (Ed.), *News.Ge*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB).
- Utami, N., Suhardianty, N. S., & Wati, N. L. (2018). Persepsi Pasien Stroke Terhadap Peran Perawat Dalam Pemenuhan Activity Daily Living (ADL) Di Ruang Rawat Inap RSAU Dr. M. Salamun Kota Bandung. *Jurnal Ilmiah JKA (Jurnal Kesehatan Aeromedika)*, 4(2), 57–64. <https://doi.org/10.58550/jka.v4i2.59>

KATA-KATA ISTILAH

Biomelekular	= Molekul
Subaraknoid	= Ruang antara otak dan membran
Aterosklerosis	= Penyempitan pembuluh darah
Hiperkoagulasi	= Sindrom kekentalan darah
Polisitemia	= Jumlah sel merah dalam tubuh terlalu banyak
Arteritis	= peradangan dinding pembuluh arteri
Oklusi	= kontak antara gigi geligi
Kaskade	= model untuk mengatasi retensi pasien
Ekstravasasi	= Kebocoran dari obat vesivan
Atelektasis	= paru-paru gagal
Rinitis	= peradangan pada saluran hidung
Meningioma	= tumor yang terjadi pada selaput yang melindungi otak
Ataksia	= kesulitan gerakan
Disatria	= bicar pelo
Afasia	= bicara tidak lancar
Diplopia	= penglihatan dobel
Disfagia	= menelan

LAMPIRAN

Lampiran 1: Penjelasan sebelum penelitian studi kasus

1. Saya adalah mahasiswi 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 Di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Stroke Di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Stroke Di Ruang Penyakit Dalam I-II RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karna 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 pekayanan keperawaatan 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 silahkan menghubungi saya pada nomor HP: 082211613528

Ende, 31 Agustus 2023



Marnince Bangu Kahi
NIM. PO5303202201218

Lampiran 2: informed Consent

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh **Marnince Bangu Kahi** dengan judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A. H. K DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG PENYAKIT DALAM I-II RSUD ENDE

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

Ende, 31 juli 2023

Saksi



Yohanes karenz

Yang memberikan Persetujuan



Maria Ertiana Meko

Peneliti,



Marnince Bangu Kahi

Lampiran 3: Instrumen Studi Kasus

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A.H.K
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK (SMA)
DI PUNTA PENYAKIT DALAM 1^o RSUD ENDE
TANGGAL 31 Juli - 02 Agustus 2023

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. A.H.K
Umur : 48 thn
Agama : Khatolik
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Status : sudah kawin
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : suasta
Suku Bangsa : Indonesia
Alamat : Jn. Angrek
Tanggal Masuk : 29 Juli 2023
Tanggal Pengkajian : 30 Juli 2023
No. Register : 19 09 21
Diagnosa Medis : stroke non hemoragik (SMA)

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Px. E.M.M
Umur : 52 tahun
Hub. Dengan Pasien : Istri
Pekerjaan : IAT
Alamat : Jn. Angrek

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

- 1) Keluhan Utama
Keluarga pasien mengatakan baban bangun kiri susah bergerak dan pusing, mual
- 2) Riwayat Keluhan Utama
Keluarga pasien mengatakan sejak tanggal 28 sore pasien bangun setelah
istirahat susah bergerak lemah dan mual, pusing dan nyeri kepala
saat istirahat. tgl 31 Juli 2023 pasien masih mual dan mialat setelah lagi
pasien merasa pusing dan baban bangun kiri susah bergerak dan
pasien lemah nyeri kepala

- 3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini
karna pasien mengalami badan di bagian kiri susah untuk bergerak, pasien mual-mual, pusing dan nyeri di kepala serta lemas.
- 4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
keluarga pasien mengatakan pada saat pasien mengalami batuk pada bagian bagian kiri hanya sigarok atau rokok putih.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

- 1) Penyakit yang pernah dialami
pasien pernah mengalami stroke pada 2 tahun lalu dan pasien memiliki penyakit hipertensi.
- 2) Pernah dirawat
pasien pernah dirawat di puskesmas kota dengan stroke.
- 3) Alergi
keluarga pasien mengatakan tidak ada alergi apapun baik makanan maupun obat-obatan.
- 4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)
pasien mempunyai kebiasaan merokok dan kadang mengonsumsi alkohol, pasien minum kopi 2 x sehari : pagi dan sore.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya ada yang mengalami darah tinggi (hipertensi) yaitu bapak dan kakaknya.

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

keluarga pasien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau fasilitas kesehatan

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit :

keluarga pasien mengatakan makan 3x sehari porsi 1 piring dan sehabiskan makan dengan menu seperti nasi, sayur, ikan, dan daging

Saat sakit :

keluarga pasien mengatakan saat sakit ini pasien makan mulai menurun karena sering mual muntah pasien mulai-mulai tapi makan sering 3x sehari

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Sebelum sakit :

keluarga pasien mengatakan BAB 2 hari sekali dengan konsistensi padat tapi tidak keras, dengan bau khas feces. Tidak ada keluhan saat BAB.

Saat sakit :

keluarga pasien mengatakan saat ini pasien mengalami pembesaran yang buncing, berakutan

2) BAK

Sebelum sakit :

keluarga pasien mengatakan BAK 4-5x /hari warna kuning berbau khas urin. Tidak ada keluhan BAK

Saat sakit :

keluarga pasien mengatakan saat ini pasien mengalami pembesaran saat BAK berakutan

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

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

Ket

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

2) Tindakan

Sebelum sakit
keluarga pasien menyatakan adanya berakutanya 2 jam hari seperti jalan kaki

Saat sakit
keluarga pasien mengatakan awal ini pasien tidak berakutanya karena tidak

c. Pola Kognitif dan Persepsi
keluarga pasien menyatakan bahwa tidak ada gangguan pengetahuan, pemahaman dan perilaku / perasaan

f. Pola Persepsi-Konsep dan
Pasien dan ibu tahu bahwa dirinya sedang dirawat karena kegunaannya yang lemah

g. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit
keluarga pasien mengatakan lebih banyak tidur malam 1-2 jam pada malam hari tidur dari jam 21.00 dan bangun jam 07.30.00

Saat sakit
keluarga pasien mengatakan tidak sakit

h. Pola Peran-Hubungan

pasien adalah seorang ayah dan kepala rumah tangga dan memiliki 5 orang anak, serta mempunyai hubungan baik dengan anggota keluarganya

i. Pola Seksual-Reproduksi

Sebelum sakit

Saat sakit

1. Pola Toleransi Stress-Koping

keluarga pasien mengatakan jika ada masalah pasien selalu berbicara dan tidak menutupi diri diri dan anak-anaknya

2. Pola Nilai-Kepercayaan

keluarga pasien mengatakan sedikit rajin beribadah dan selalu yakin pada Tuhan, dan sedikit takut engrejo, harus berdoa ketika sakitnya

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum baik

Tanda-keadaban: Kecepatan gatal / sputum / demam / nyeri koma

GN 15, suhu 37, nadi 94, RR 24

b. Tanda-tanda Vital: Suhu - 36.5, TD - 110/70, RR - 24

(dalam skala normal)

- c. Berat Badan 80 kg
- Tinggi Badan 180 cm
- Indeks Massa Tubuh 24,69
- Berat Badan Ideal Ideal

d. Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

- 1) Kepala dan leher
 - Kepala: bentuk simetris, rambut tampak kering, terdapat folikula warna bercampur putih, leher: bentuk simetris tidak ada lesi, dan pembesaran vena jugular
- 2) Dada
 - Paru
 - tidak ada rales, ronkhi, wheezing, crackles
 - Jantung
 - frekuensi pernapasan 20/menit, tidak ada nyeri dada
- 3) Payudara dan ketiak
 - bentuk simetris, tampak bersih
- 4) Abdomen
 - tidak ada pembengkakan, bunyi timpani, tidak ada nyeri saat di tekan
 - Peristaltik usus 20 x/menit
- 5) Genitalia
 - tidak ada kelainan labir-bati
- 6) Integumen
 - kulit tampak kering dan busan
- 7) Ekstremitas
 - Atas
 - terdapat luka bekas lipas, dan karies gigi terutama karies
 - bagian bagian kiri lemah dan terpasang infus NaCl 20 Tm
 - Bawah
 - kaki kiri lemah masih bergerak, tidak ada oedema
 - dan-ranb busi lengkap

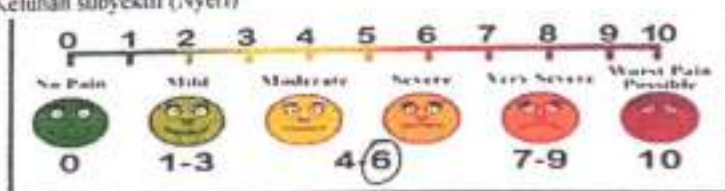
d. Neurologis:

- Status mental dan emosi:

- Pengkajian saraf kranial

- Pemeriksaan refleks:

- Keluhan subyektif (Nyeri)



P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri) farma dan peningkatan Hb dan darah

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk

R = region/tempat (lokasi sumber & penyebarannya) di kepala (nyeri sedang)

S = severity/tingkat berat nyeri (skala nyeri 1-10) skala nyeri 6 (nyeri sedang)

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) sekit beresat pon hilang muncul

5. Pemeriksaan Penunjang

Data Laboratorium & Diagnostik *(diutamakan)

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			
1.	Glutasa serum	70-140 mg/dl	28/9/23			
2.	SGOT / AST	0 - 35 U/L	29.18			
3.	cholesterol	< 200 mg/dl	236			
4.	UREA	10-50 mg/dl	15.85			
5.	NaPTUM	135-145 mmol/L	134.7			

b. Pemeriksaan feces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			

Lampiran 4: Lembar Konsul



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



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marnince Bangu Kahi
NIM : PO 5302202201218
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Maria S. Sekunda, SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	24/02/2023	konsul judul proposal	Judul Ace. Sintisa lampiran pengambian Dmb.	Ay
2.	03/03/2023	konsul proposal Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> • Ubah latar belakang pakai huruf kecil. • pakai data terbaru 2019-2022 • Ambil stroke secara umum • Ambil Askesbas 2022 - Perbaiki sifat dan Angka stroke di NTT. - Fenomena dari stroke kenapa masih besar kasusnya - Masukkan cita orfongani apa yang terjadi - Tambahkan Rumusan Masalah pakai untuk. 	Ay



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marnince Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Maria S. Sekunda, SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
3.	17/03/2023	konsul Bab 1 dan bab 2	<ul style="list-style-type: none">- perbaiki cara pengutipan dan penulisan- tambahkan pengertian menurut who yang terbaru- cara penrusahan pengertian dan jenis stroke di pasal- Angka kejadian stroke menurut who- Tambahkan data dari kemenkes- data dari indonesi, nrt, nke, faktor penyebab- Bab 2 jelaskan pengertian stroke secara umum- tambahkan data dari buku- Rubah cara penrusunan di bagian Latar belakang- Prevalensi tahun 2021 dan 2023- Kenapa stroke masih ada	



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marninoe Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Maria S. Sekunda, SST, M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
A.	25 Maret 2023	konsul bab 1 dan bab 2	<ul style="list-style-type: none">- perhatikan cara pengetikan dan spasi- rubah paragraf, jelaskan apa dan penyebab stroke- penyebab stroke di narasi di buat dalam kata-kata sendiri- pengalihan harus jelas- masukkan hasil terjemah- jelaskan peran perawat dalam menangani stroke- bereskan apa yang (kesimpulan)- stroke dijelaskan secara umum- penyebab stroke menurut siapa dan menurut siapa dan jelaskan apa.- patofisiologi dijelaskan perjalanan stroke sebelum masuk ke infark.- Lanjutkan konsep RASAI ASKEP, dan BAB III, dan DAFTAR.	



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marnice Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing/Pendamping : Maria S. Sekunda, SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
5	Semin 15/05 2023	konsultasi proposal Bab 1, 2, dan 3	<ul style="list-style-type: none">- semua kata klen diganti dengan pasien- batas paragraf harus ada sumbernya- Perbaiki semua sitasi yang klen menandai menDeley- Perbaiki tulisan semua kata & inggris & miringkan- Awal paragraf harus masuk kebalok- Tambahkan kata dari kamus- spesifik dampak stroke jangka pasca akut- sangat patar spasi di awal- Perbaiki penulisannya- etologi cari sumber lain- Patofisiologi bahas perjalanan peraktura- tambahkan prognosis- Tambahkan sumber lain dari referensi pendukung- Perbaiki cara penulisan sitasi- Perbaiki metode- lengkapi prosedur dasar- modifikasi semua sumber	

Perbaiki yg usya
Laku



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marnince Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Maria S. Sekunda, SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
6	29/05/2023	konsultasi proposal bab 1,2, dan 3	<ul style="list-style-type: none">- Penjelasan tentang stroke di bagi jangan di sambung dalam satu paragraf- Latar belakang bagian paragraf gangguan berbahasa- Data dari penelitian jangan di gabung dengan Data dari Indonesia- Atur cara penulisan- Perbaiki selanjutnya silahkan lihat dari hasil konsul sebelumnya.	



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marnince Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Maria S. Sekunda, SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Selasa, 13/06 2023	Konsultasi Proposal Bab 1, 2 dan 3 serta Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki lagi cara penulisan- Perbaiki patofisiologi- Perbaiki pathway- Dibagian penulisan number perbaiki cara penulisan nomor- Perbaiki meta data antara huruf kecil di spasi- Perbaiki lengkapi bagian tempat Proposal- Dibagian Dapus di spasi- Perbaiki kata pengantar tidak boleh ada titik dua.- Di bagian halaman depan di ganti dengan Juni- Perbaiki Daftar Pustaka	Ay



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Nur Alawiyah
NIM : PO 5303202200504
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
6	Konsul, 15 Juni 2023	Konsultasi Proposal Latar belakang bab 2 dan 3	<ul style="list-style-type: none">- Bagian kata pengantar nama penguji. Perhatikan penulisan nama. dan rubah tanggal- Di kolomnya stroke hemorrhagik belakang diperbaiki- Di pemeriksaan fisik di urutkan (vital 1).- Diagnosa bijelasfan tamba-tamba minor dan minoritas masing-masing diagnosa- Intervensi sesuaikan dengan saki- Bab 3 bagian metode/prosedur studi kasus di lengkapi- tambahkan semua di anamnesis.	



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Marnice Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Penguji : Maria Salestina Sekunda.SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Rabu, 06 September 2023	Konsultasi KTI Hasil ujian	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki semua yang di Bab V- Lengkapi kalimat yang kurang- Lengkapi pola mekanisme- Diagnosa gangguan mobilitas fisik dilengkapi- Perhatikan kata-kata yang kurang huruf	
2	13 Oktober 2023	Konsultasi KTI Hasil studi kasus	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki gelar kaprodi- Bagian abstrak dikesimpulan dan dipersingkat, jelaskan hasil evaluasi saja- Dikeluhan utama pasien tambahkan dengan pqrst- Perhatikan kata-kata yang kurang huruf dilengkapi- Perbaiki penulisan SpO₂ dan O₂	

			<p>yang benar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan pengkajian nyeri 	
3	Senin, 06 Oktober 2023	Konsultasi KTI Hasil studi kasus	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lagi bagian abstrak - Lembar pengesahan disesuaikan dengan buku panduan KTI - Tambahkan tanggal ujian pada lembar pengesahan 	My
4	Senin, 06 Oktober 2023		ACC	My



LEMBAR KONSUL HASIL STUDI KASUS

Nama : Marnice Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing : Try Aya Patmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Penguji : Maria Salestina Sekunda.SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Senin, 31 Juli 2023	Konsultasi KTI Hasil studi	<ul style="list-style-type: none">- Lengkapi pengkajian dan perhatikan diagnosa yang ada atau yang nampak pada pasien- Lakukan pengkajian secara lengkap- Tentukan diagnosa yang tepat- Tentukan intervensi dan implementasi sesuai diagnosa yang diangkat	
2	Selasa, 01 Agustus 2023	Konsultasi KTI Bab IV dan V Hasil Studi Kasus	<ul style="list-style-type: none">- Tentukan lagi intervensi yang tepat pada pasien- Lakukan implementasi sesuai dengan diagnosa- Jelaskan pengertian dari keluhan utama pasien- Jelaskan perbedaan dari diagnosa Gangguan mobilitas fisik dan intoleransi aktifitas	

3	07 Agustus 2023	Konsultasi KTI Pada bab IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan hasil penelitian - Berikan bukti dari implementasi - Sesuaikan intervensi dari setiap diagnosa yang diambil 	A
4	Senin, 28 Agustus 2023	Konsultasi KTI Hasil studi kasus	<ul style="list-style-type: none"> - Sumber pakai Mendeley - Jangan pakai pengkajian menurut halopi, yang perlu disampaikan adalah perbandingan antara teori dan kasus - Menurut teori isinya apa-apa saja tanda dan gejala yang muncul dikasus apa yang muncul dan sama pada kasus atau tidak, kalau tidak sama kenapa pakai kata karna - Kata sedangkan tidak boleh setelah titik pakai koma - Perbaiki bagian pembahasan - Semua intervensi jika tidak dilaksanakan semua jelaskan kenapa - Masukkan justifikasi berikutnya - Perbaiki cara penulisan - Evaluasi disimpulkan - Pada bab V tambahan dibagian kesimpulan 	A

5	Selasa, 29 Agustus 2023	Konsultasi KTI Hasil Studi Kasus dan Bab V	<ul style="list-style-type: none"> - Pada bagian pembahasan tambahkan justifikasi, cari penelitian yang sama dengan kasus nyata - Untuk bagian evaluasi jelaskan diagnose apa saja yang teratasi dan pada hari ke berapa - Pada bagian bab V kesimpulan jangan lagi jelaskan cukup diringkas dan jangan pakai kalimat merupakan - Nomor 5 dan 6 pada kesimpulan diperbaiki lagi - Intervensi dari diagnosa keperawatan ada berapa perencanaan - Sebutkan intervensi dari masalah keperawatan - Dikesimpulan langsung sebutkan diagnose apa yang teratasi pada hari pertama kedua dan ketiga 	A
6	30 Agustus 2023	Konsultasi KTI pembahan dan kesimpulan	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lagi pada bagian pembahasan - Tambahkan penelitian pada intervensi - Perbaiki cara penulisan dan cara sitasi APA STYLE - Tidak boleh sebut judul gangguan mobilitas fisik, langsung saja - Pada hasil penelitian Basuki ada tidak yang sama dengan kasus nyata dan sebutkan diagnosa apa 	M


			<ul style="list-style-type: none"> - Pada teori ada berapa intervensi dan pada kasus ada berapa - Intervensi diagnosa resiko perfusi ada berapa untuk teori dan kasus ada berapa - Untuk nomor 6 perbaiki lagi bagian kesenjangan 	
7	Kamis, 31 Agustus 2023	Konsultasi JTI Bab IV dan pembahasan serta kesimpulan	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk bagian diagnosa buat paragraph baru - Jumlah intervensi keperawatan pada teori dan kasus jika berbeda kenapa atau dikarenakan apa - Untuk bagian evaluasi jelaskan dari hari pertama sampai hari terakhir - Bagian kesimpulan evaluasi dan kesenjangan diperbaiki 	A
8	Kamis, 31 Agustus 2023		ACC	A



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Marnince Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S,Kep., Ns., M.Kep.
Penguji : Maria Salestina Sekunda, SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Rabu, 06/09/2023	Konsultasi KTI Bab IV dan V	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki judul KTI spasi 12- Perbaiki di bagian abstrak kesimpulan dan saran- Apa saja faktor resiko pada pasien stroke- Perbaiki cara penulisan- Subyek studi kasus sebutkan nama pasien- Hasil wawancara apalagi- Observasi pemeriksaan fisik seperti apa- Data kesehatan dan data keperawatan serta perbaiki penyusunan kata- Diperjelaskan hasil pengobatan dan apa saja yang dilakukan pada pola pengobatan- Jelaskan tingkat/ skala aktivitas pasien dan tambahkan CRT	

			<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi di pemeriksaan head to toe - Tambahkan data nyeri - Jelaskan kegunaan dari obat dan susun kata-kata dengan baik - Tambahkan diagnosa ketidakpatuhan minum obat dan sesuaikan dengan data yang ada - Tambahkan makan dan minum di masalah defisit nutrisi, fokus pada data - Bagian intervensi sertakan dengan contohnya - Apa saja alasan tidak lakukan intervensi yang lain - Apa saja yang menjadi kesenjangan dijelaskan 	
2.	Jumad, 22 September 2023	Konsultasi bab KTI IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki lembar pernyataan tulisan, perhatikan tanda baca - Bagian latar belakang tambahkan untuk orang tua dan keluarga karna telah mendukung dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah - Judul abstrak menggunakan huruf besar - Untuk bab II teori bagian B tambahkan dengan penjelasan masalah keperawatan - Perbaiki cara penulisan dan susun kata-kata yang benar - Untuk dibuatkan pakai tabel terbuka - Pada bagian intervensi diperbaiki lagi 	

			- Untuk awal kalimat pakai huruf besar	
3.	Selasa, 03 Oktober 2023	Konsultasi KTI Bab IV dan V	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk bagian abstrak ditambahkan dengan metode pelaksanaan - Pada bagian kolom dan tabel pakai huruf kecil - Kalau singkatan tidak boleh dipakai huruf kecil pakai huruf besar - Perhatikan tanda baca pada setiap kalimat - Urutkan masalah keperawatan yang lebih prioritas - Pada diagnosa kelima ketidakpatuhan minum obat - tambahkan masalah untuk bagian depan 	gn
4	Selasa, 03 Oktober 2023		ACC	gn



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marnice Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing Utama : Tri ayu patmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Pembimbing Pendamping : Maria Salestina Sekunda.SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	11/07/2023	konsul revisi pro- posal	<ul style="list-style-type: none">- Penulisan judul proposal singkat & singkat- Tambahkan lembar pengesahan- kata pengantar nama track Roket Bopak- kata pengantar ganti bulan ujran proposal- Bab 1 tambahkan kata kegiatan dan alasan keperluan di usun & perbaikan- Bab 2. tambahkan kesimpulan- Revisi huruf & perbaikan- Diagram ES & perbaikan dala-dala, hapus penebalan- tambahkan nilai GCS- intervensi & perbaikan Rasio- nality- perhatikan cara penulisan	



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Marnice Bangu Kahi
NIM : PO 5303202201218
Pembimbing Utama : Tri ayu patmawati, S,Kep., Ns., M.Kep.
Pembimbing Pendamping : Maria Salestina Sekunda.SST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
2.	Selasa 18/07 2023	- konsultasi proposal Revisian ke-2	- perhatikan toneo baca - perbaikan Interferensi - tambahkan Rujukan Istilah-istilah.	
3.	Senin, 24/07 2023	- konsultasi proposal hasil revisian yang ke-3	- perbaikan lagi bagian Abstrak sampai pasal kata kagar	
4.	24/7/23		Cangut Peneliti	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Marnince Bangu Kahi
Tempat/Tanggal lahir : Praikarang, 12 Februari 2001
Alamat : Karipi
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

Riwayat Pendidikan :

- 1) TK Praikarang
- 2) SD Inpres Maradadita
- 3) SMP Negeri 1 Nggaha Ori Angu
- 4) SMA Negeri 1 Nggaha Ori Angu
- 5) Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D III Keperawatan Ende

Motto:

“sesulit apa pun tantangan yang dihadapi, selalu ada jalan keluar untuk meraih kemenangan, selama masih ada usaha dan campur tangan Tuhan”