

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. I. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**



OLEH:

**KAROLINA MBUPU
NIM. PO.5303202210014**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2023/2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. I. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI
RUANGAN RPD III
RSUD ENDE**

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



OLEH:

KAROLINA MBUPU
NIM. PO.5303202210014

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2023/2024**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Karolina Mbupu

NIM : PO. 5303202210014

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny. I. A Dengan
Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang
Penyakit Dalam III RSUD Ende

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

Ende, 08 Juli 2024
Yang Membuat Pernyataan



Karolina Mbupu
PO. 5303202210014

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. I. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

OLEH

Karolina Mbupu
NIM. PO5303202210014

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 08 Juli 2024

Pembimbing



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns, M.Sc
NIP. 197401132002122001

Mengetahui

Plh. Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns, M.Sc
NIP. 197401132002122001

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. I. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE

OLEH

Karolina Mbupu
NIM. PO5303202210014

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan dan Dipertanggung jawabkan
Pada Tanggal, 08 Juli 2024

Penguji Ketua



Maria Salestina Sekunda, SST, Ns, M.Kes
NIP.19810124 200912 2 001

Penguji Anggota



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns, M.Sc
NIP. 197401132002122001

Mengetahui

Plh. Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns, M.Sc
NIP. 197401132002122001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan pada Ny. I. A dengan Diagnosa Medis *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III 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. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan terimakasih banyak kepada:

1. Bapak Irfan, SKM, M, Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep, Ns, Sp.Kep,Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep,Ns, M,Sc selaku pembimbing dan penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST, Ns, M,Kes selaku penguji ketua yang akan meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

5. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende
6. Kedua orangtua, Bapak Marselinus Satu dan Mama Elisabeth Go'o yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Keempat saudara saya kaka Selly Rawa, Cozta Lewa, Verny Muwa, dan adik saya Aris Jonatan yang selalu memberikan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman penulis yaitu Vivin Seto, Anita Mola, Anita Sende, Nitha DJami, Rini Sama, Elda Ndoa, Ren Juwana, Nata Gale, Feby Mogi yang selalu membantu menguatkan Ketika penulis merasa kesulitan dan putus asa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Ny. I. A dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari 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, 08 Juli 2024

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN RPD III RSUD ENDE

Karolina Mbupu⁽¹⁾

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep,Ns, M,sc⁽²⁾

Maria Salestina Sekunda, SST, Ns, M.Kes⁽³⁾

Latar Belakang Penyakit Stroke merupakan terjadinya gejala penurunan fungsi neurologis secara tiba-tiba, fokal, maupun global, berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan pasokan darah menuju ke otak. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny, I. A dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende

Metode yang dilakukan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. I.A ditemukan Kelemahan, sakit kepala, pusing leher tegang, mual-mual, lemah lidah terasa tebal bicara tidak jelas, mulut mencong ke kiri tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan kelumpuhan sebelah badan, kulit tampak pucat, memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu jarang berobat dan tidak mengkonsumsi obat hipertensi, pasien susah tidur, pasien mengatakan sering terbangun atau sering terjaga, pasien merasa minder, merasa stres, pasien merasa dirinya tidak berguna, tanda-tanda vital TD: 190/111 mmHg, S: 36.2°C, N: 79x/menit, SPO_2 :98%, RR:20x/menit, mengalami penurunan Kekuatan otot. Tindakan dilakukan dari tanggal 03, 04, 05 Juni 2024 yaitu delapan diagnosa keperawatan yang muncul masalah.

Kesimpulan dari studi kasus ini telah dilakukan Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik pada pasien Ny I. A. Saran untuk keluarga dan klien harus mengetahui cara perawatan Stroke Non Hemoragik pada pasien dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, SNH

Kepustakaan : 28 buah (2016-2024)

Keterangan : (1) Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Ende
(2) Dosen Prodi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

NURSING CARE FOR MRS. I. A WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF NON-HEMORRHAGIC STROKE IN ROOM RPD III ENDE HOSPITAL

Karolina Mbupu⁽¹⁾

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep,Ns., M,sc⁽²⁾

Maria Salestina Sekunda, SST, Ns, M.Kes⁽³⁾

Background Stroke is the occurrence of symptoms of sudden, focal, or global decline in neurological function, lasting more than 24 hours due to disruption of blood supply to the The purpose of this writing is to provide nursing care to Mrs. I. A with a medical diagnosis of Non-Hemorrhagic Stroke in the RPD III room of the Ende Regional General Hospital brain. The method carried out in this Scientific Paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation.

The results of the assessment conducted on Mrs. I.A were found to be weak, headache, dizziness, neck tension, nausea, weakness, tongue feeling thick, speech not clear, mouth curved to the left, left hand and left leg could not be moved, paralysis on one side of the body, skin looked pale, had a history of hypertension 5 years ago, rarely treated and did not take hypertension medication, the patient had trouble sleeping, Patients say they wake up often or wake up frequently, patients feel insecure, feel stressed, , the patient feels useless, vital signs TD: 190/111 mmHg, S: 36.2°C, N: 79x/min, SPO^2 : 98% , RR: 20x/min, Experiencing a decrease in muscle strength. Actions were taken from June 03, 04, 05, 2024, namely six nursing diagnoses that had problems.

The conclusion from this case study, Non-Hemorrhagic Stroke Nursing Care has been carried out on Mrs. I. A. Advice for families and clients should know how to treat Non-Hemorrhagic Stroke in patients and play an active role in the patient's healing process.

Keywords: Nursing Care, SNH

Bibliography : 28 pieces (2016-2024)

Description : (1) Students of the DIII Nursing Study Program, Ende

(2) Lecturers of the DIII Nursing Study Program, Ende

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Penyakit	7
1. Pengertian Stroke Non Hemoragik	7
2. Etiologi Stroke Non Hemoragik	7
3. Faktor Resiko Stroke Non Hemoragik	8
4. Patofisiologi Stroke Non Hemoragik	9
5. Patwai Stroke Non Hemoragik	11
6. Manifestasi Klinis Stroke Non Hemoragik	12
7. Pemeriksaan Diagnostik Stroke Non Hemoragik	13
8. Komplikasi Stroke Non Hemoragik	15
9. Penatalaksanaan Medis Stroke Non Hemoragik	16

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	18
1. Pengkajian keperawatan	18
2. Diagnosa Keperawatan (Doenges, SDKI, Nanda)	31
3. Perencanaan Keperawatan (intervensi keperawatan) (SDKI, SLKI.SIKI) Kementrian, kesehatan Republik Indonesia (2018).....	33
4. Implementasi keperawatan	52
5. Evaluasi keperawatan.....	53
BAB III METODE PENELITIAN	54
A. Rancangan /Desain Studi Kasus	54
B. Subjek Studi Kasus	54
C. Istilah (Definisi Operasional Batasan)	54
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	55
E. Metoda/Prosedur Studi Kasus	55
F. Teknik Pengumpulan Data	55
1. Wawancara	55
2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik	56
3. Studi Kasus	56
G. Instrument Pengumpulan Data	56
H. Keabsahan Data	56
1. Data Primer	56
2. Data Sekunder	57
I. Analisa Data	57
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	58
A. Hasil Studi Kasus	58
B. Pembahasan	98
BAB V PENUTUP.....	104
A. Kesimpulan	104
B. Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA	107

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Analisa Data.....	30
Tabel 4.1. Analisa Data.....	67
Tabel 4.2. Intervensi Keperawatan	71
Tabel 4.3. Implementasi Keperawatan	79
Tabel 4.4 Catatan Perkembangan.....	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	11
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pengkajian Data.....	110
Lampiran 2. Lembar Konsul	114
Lampiran 3. Jadwal Kegiatan.....	120
Lampiran 4. Penjelasan Sebelum Penelitian Studi Kasus	121
Lampiran 5. Informed Conset	122
Lampiran 6. Daftar Riwayat Hidup.....	123

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Prevalensi stroke menurut data *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 15 juta kasus baru stroke, sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Ada kurang lebih 70% penyakit stroke dan 87% kematian akibat stroke yang terjadi pada negara rendah dan negara menengah yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang meninggal karena penyakit stroke (Aprianada, 2019)

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan (Riskesdas, 2018) penyakit stroke meningkat mencapai (7%) pada tahun 2013 menjadi (10,9%). Stroke ini prevalensi sebesar 10,9% per 1.000 penduduk. Dibandingkan dengan hasil

Riskesmas 2013, maka angka ini mengalami kenaikan jika dari 7,0% per 1.000 penduduk. Stroke dapat menjadi penyebab kematian utama pada semua rumah sakit di Indonesia, dengan mencapai sebesar 15,4%. Stroke ini sangat memerlukan perawatan yang tepat dan efektif selama masa rawat inap, ini sangat penting untuk dapat meminimalkan komplikasi serta meningkatkan fungsi dan kualitas hidup pasien (Lennon et al.,2018)

Berdasarkan diagnosa dokter prevalensi stroke di NTT adalah (6,06%). (Riskesmas, 2018). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang didapat melalui laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Ende tercatat 3 tahun terakhir kasus stroke yakni pada tahun 2020 sebanyak 446 kasus, pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 448 kasus, pada tahun 2022 mengalami penurunan, yakni 428 kasus, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 261 kasus (Dinkes Kabupaten Ende). Menurut data dari RSUD Ende (2023) prevalensi stroke non hemoragik dari bulan Januari sampai bulan Desember dengan kejadian stroke 47 orang dengan laki-laki sebanyak 24 orang dan perempuan 23 orang (RSUD Ende, 2023)

Adapun hasil studi kasus yang dilakukan oleh Agustin (2019), pasien yang mengalami stroke menunjukkan gejala diantaranya yaitu kelemahan saraf, kelemahan otot, kurang gerak, kekakuan sendi, kurang energi, kondisi ini dapat memicu munculnya perubahan kondisi fisik dan psikologis akibat adanya keterbatasan. Adanya kelemahan atau keterbatasan inilah yang akan berdampak pada citra tubuh mengalami perubahan.

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

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

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. I. A

Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah Bagaimanakah Gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa dapat menggambarkan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

2. Tujuan Khusus

Tujuan penelitian merupakan jawaban sementara dari rumusan masalah yang akan diteliti. Adapun tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende di Ruang Penyakit Dalam III

- b. Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende di Ruang Penyakit Dalam III
- c. Penyusun perencanaan keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnosa medis Stroke Non Hemarogik di RSUD Ende di Ruang Penyakit Dalam III
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnose medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende di Ruang Penyakit Dalam III
- e. Menggambarkan pelaksanaan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende di Ruang Penyakit Dalam III
- f. Hasil analisis kesenjangan antara teori dan praktek dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny. I. A dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini untuk:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai salah satu bentuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan pada pasien

dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik. Serta dapat dimanfaatkan sebagai data untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat praktis

Manfaat praktis yang peneliti harapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dan memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

b. Bagi insntusi Rumah Sakit dan pelayanan Kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

c. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

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

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

Dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan pecahnya pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan penurunan kesadaran bahkan sampai dengan kematian.

2. Etiologi

Menurut Sari (2021), Stroke disebabkan oleh arteri yang tersumbat (stroke iskemik) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak yang tidak menyebabkan kerusakan permanen. Sekitar 80% kasus stroke menurut Sari (2021) adalah stroke

iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia). Ada 2 penyebab stroke iskemik yaitu:

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

3. Faktor Risiko

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

- 1) Faktor risiko gaya hidup
 - a) Kelebihan berat badan atau obesitas
 - b) Ketidakaktifan fisik
 - c) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain

2) Faktor risiko medis

- a) Memiliki tekanan darah lebih tinggi 120/80 mmHg
- b) Merokok atau terpapar asap rokok bekas
- c) Kolesterol tinggi
- d) Diabetes
- e) Penyakit kardiovaskuler, termasuk gagal jantung, cacat jantung, atau irama jantung tidak normal

3) Faktor-faktor yang terkait dengan risiko stroke, termasuk:

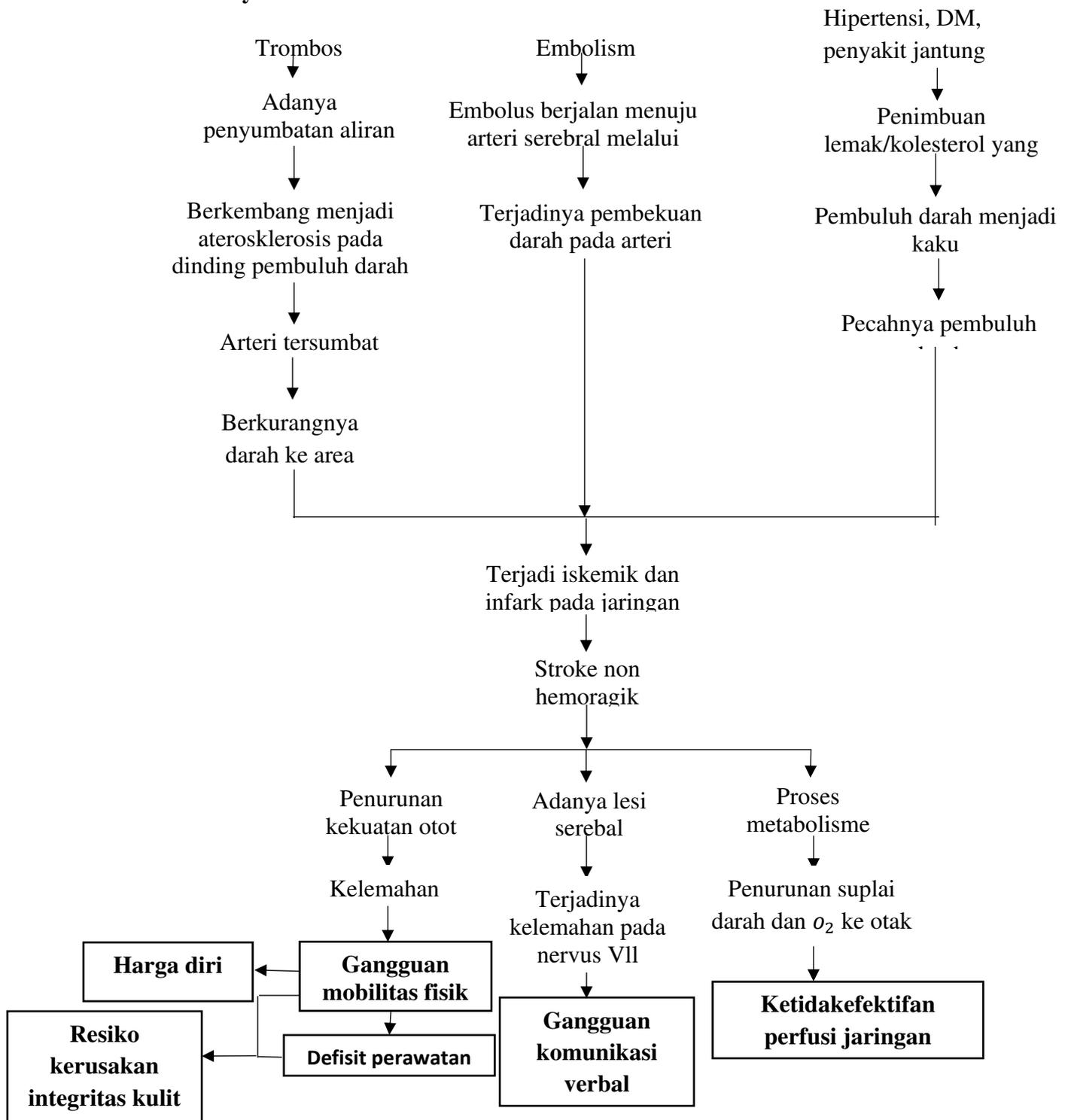
- a) Usia. orang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang yang lebih mudah
- b) Ras. Orang Afrika Amerika memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang-orang di ras lain.
- c) Jenis kelamin. Pria yang memiliki risiko yang lebih tinggi dari pada Wanita. Perempuan biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.

4. Patofisiologis

Patofisiologis stroke non hemoragik atau iskemik merupakan penyumbatan yang disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemi 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 dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirklus darah ke otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi otak (Haryono & Utami, 2019).

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway
Sumber: (Susilo, 2019)

6. Manifestasi Klinis

Menurut Helty (2023) tanda dan gejala Stroke sebagai berikut:

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

Manifestasi klinis Stroke menurut Sari (2021) adalah :

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

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

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya (Amanda, 2018):

- a. Angiografi cerebral

Pemeriksaan ini menggunakan sinar rontgen untuk mengidentifikasi pembuluh darah yang tidak mendapatkan cukup oksigen yang ade kuat pada arteri dan vena. Pemeriksaan angiografi cerebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan obstruktif arteri, oklusi.

- b. Elektro encefalography (EEG)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi penyebab spesifik dari gelombang otak, yaitu menunjukkan adanya perlambatan gelombang dan pengurangan volume otak karena aliran

darah di otak berkurang dan laju melambat di bagian otak yang mengalami kematian.

c. USG Doppler

Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstrakranial dengan menentukan adanya stenosis arteri karotis.

d. CT Scan

Pemeriksaan dengan memastikan lokasi jaringan otak yang mengalami edema cerebral dan iskemik. Pada 24 hingga 48 jam dapat terlihat di bagian otak yang berwarna lebih gelap atau lebih gelap (hitam ringan atau berat) akibat kekurangan oksigen di jaringan otak.

e. MRI

Pemeriksaan menunjukkan hasil adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal yang terlihat di area iskemi.

f. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah rutin (hemoglobin, hematokrit, eritrosit, leukosit) dan pemeriksaan kimia klinik (kolesterol, asam urat, trigliserida).

8. Komplikasi

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

a. Edema otak

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

b. Pneumonia

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

c. Infeksi saluran kemih atau inkontinensia/retensi urine

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

d. Kejang

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

e. Decubitus

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

f. Kekakuan sendi (kontraktur) dan atrofi otot

Hal ini dikarenakan kurangnya pergerakan sendi dan immobilisasi pada pasien stroke

g. Depresi dan kecemasan

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

9. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan stroke menurut Yulidirim, (2018) antara lain:

a. Penatalaksanaan Medis

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

b. Penatalaksanaan Perawat

Perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam melakukan perawatan pada pasien stroke. Peran perawat di mulai dari masa akut dan rehabilitas, serta pencegahan komplikasi.

Perawat merupakan salah satu tim medis yang memegang peran penting dalam melakukan tindakan pengobatan pasien stroke. Peran perawat sebagai rehabilitator untuk mengembalikan keadaan klien atau paling tidak seoptimal mungkin untuk mendekati keadaan seperti sebelum ia sakit dengan berbagai asuhan keperawatan seperti latihan *Range Of Motion* (ROM) dan *Mirror Therapy* yang dapat membantu klien untuk kembali ke kondisi kesehatannya seperti semula.

Tujuan dari perawatan pasca stroke yaitu meningkatkan fungsi kekuatan otot pada pasien yang dapat membantu dalam aktifitasnya menjadi pasien yang mandiri. Untuk mencegahnya stroke pada kebutuhan pasien maka keluarga yang melakukan perawatan fisiknya. Kemudian perawat menyediakan informasi dan memberi latihan untuk keluarga terkait bagaimana perawatan pasien saat dirumah, cara bagaimana untuk memberikan nutrisi, manajemen latihan gerak pada anggota tubuh. Kemudian perawat juga memfasilitasi pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi dan mendapatkan dukungan yang terbaik pada pasien dan keluarga.

c. Penatalaksanaan khusus/kompikasi

1) Atasi kejang (konvulsan)

2) Atasi dekompresi (kraniotomi)

d. Untuk penatalaksanaan faktor risiko

1) Atasi hiper uresemia

2) Atasi hipertensi

3) Atasi hiperglikemia

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengumpulan Data

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Tarwoto, (2013)

Hal-hal yang perlu dikaji antara lain

1) Identitas

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

2) Keluhan utama

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

3) Data Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

b) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti koagulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

c) Riwayat penyakit keluarga

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

4) Pengkajian perpola

a) Aktivitas/ istirahat

Gejala: Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia).

Merasa mudah Lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot)

Tanda: Gangguan tonus otot (flaksid, spastis); paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum.

Gangguan pengelihatatan

Gangguan tingkat kesadaran.

b) Sirkulasi

Gejala: Adanya penyakit jantung (reumatik/ penyakit jantung vaskuler, endocarditis bacterial), polisitemia, riwayat hipotensi postural.

Tanda: Hipertensi artyerial (dapat ditemukan/ terjadi pada CSV) sehubung dengan adanya embolisme/ malformasi vaskuler.

Nadi; frekuensi dapat berfariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung/ kondisi jantung, obat-obatan, efek stroke pada pusat vasomotor)

Disritmia, perubahan EKG

Desiran pada karotis, femoralis, dan arteri aorta yang abnormal.

c) Integritas ego

Gejala: Perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

Tanda: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, Dan gembira.

Kesulitan untuk mengekspresikan diri.

d) Eliminasi

Gejala: Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, anuria.

Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negative (ileus paralitik)

e) Makanan/ cairan

Gejala: Napsu makan hilang

Mual muntah selama fase akut

Kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorok, disfagia.

Adanya Riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

Tanda: Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringea), obesitas (factor resiko).

f) Neurosensori

12 pasang saraf

(1) Saraf kranial I (Olfaktorius) adalah saraf sensorik yang fungsinya pada penciuman

(2) Saraf kranial II (Optikus) adalah saraf sensorik yang fungsinya pada pengelihatn, input, refleks, dan kontraksi pupil di limbic

(3) Saraf kranial III (Okulomotorius) adalah saraf motorik yang fungsinya pada bola mata, elevasi alis, kontraksi pupil dan menfokuskan lensa

- (4) Saraf kranial IV (Trochlearis) adalah saraf motorik yang fungsinya pada pergerakan bola mata ke bawah.
- (5) Saraf kranial V (Trigeminus) adalah saraf motorik dan sensorik yang fungsinya pada mata, lidah, gerakan mengunyah
- (6) Saraf kranial VI (Abdusen) adalah saraf motorik yang fungsinya pada pergerakan mata ke lateral
- (7) Saraf kranial VII (Fasialis) adalah saraf motorik dan sensori yang meminta rangsangan dari bagian anterior lidah untuk di proses di otak sebagai sensasi rasa, dan juga mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi
- (8) Saraf kranial VIII (Vestikubulocochlearis) adalah saraf sensorik yang fungsinya untuk keseimbangan dan pendengaran
- (9) Saraf IX (Glossofaringues) adalah saraf motorik dan sensorik yang fungsinya membantu menelan dan menerima rangsangan dan berbagai posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa
- (10) Saraf kranial X (Vagus) adalah saraf motorik dan sensorik yang fungsinya menerima rangsangan dan organ dalam dan mengendalikan organ dalam

(11) Saraf kranial XI (Aksesorius) adalah saraf motorik yang berfungsi untuk mengendalikan pergerakan kepala

(12) Saraf kranial XII (Hipoglosus) adalah saraf motorik yang fungsinya pada pergerakan lidah saat bicara dan mengunyah.

g) Nyeri/kenyamanan

Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena)

Tanda: Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/fasia.

h) Pernapasan

Gejala: merokok (factor risiko)

Tanda: ketidakmampuan menelan/batuk/ hambatan jalan napas.

Timbulnya pernapasan sulit dan/ takteratur.

Suara napas terdengar/ ronki (aspirasi sekresi)

i) Keamanan

Tanda: motorik/ sensorik; Masalah dengan penglihatan

Perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (stroke kanan). Kesulitan untuk melihat objek dari sisi kiri (pada stroke kanan). Hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit.

Tidak mampu mengenali objek, warna, kata dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik.

Gangguan berespons terhadap panas dan dingin/ gangguan regulasi suhu tubuh.

Kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri)

Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri (stroke kanan).

j) Interaksi sosial

Tanda: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

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

b) Tanda-tanda vital

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

c) Kepala

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

d) Mata

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

e) Hidung

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

f) Dada

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak adanya masa dan benjolan

Perkusi : nyeri tidak ada bunyi jantung lup-dup

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

g) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi: bising usus agak lemah

Perkus : nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

h) Ekstremitas

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

- 1) Nilai 0: bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.
- 2) Nilai 1: bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.
- 3) Nilai 2: bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi.
- 4) Nilai 3: bila dapat melawan grafitasi tetapi tidak melawan tekanan pemeriksaan.
- 5) Nilai 4: bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya kurang.

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

i) Reflek patologis

Reflek patologis menurut Rahmawati, (2022)

1) Reflek hoffiman tromer

Tangan pasien ditumpu oleh tangan pemeriksa, kemudian ujung jari tangan pemeriksa yang lain

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

2) Grasping reflek

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

3) Reflek palmomentari

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

4) Mayer reflek

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

5) Reflek Babinski

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

b. Tabulasi Data

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, lemah, kesulitan menggerakkan ekstremitas, nyeri kepala, pusing, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran, Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri, mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, perabaan, menyesal kesal, distorsi sensori, respons tidak sesuai, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, menilai diri negative (mis. Tidak berguna), mengeluh sakit kepala, tampak meringis, menolak penilaian negatif tentang diri sendiri, sulit berkonsentrasi, mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

c. Klasifikasi Data

Data subyektif: Kelemahan anggota gerak sebelah badan, nyeri kepala, pusing, lemah, mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, perabaan, menyesal kesal, menilai diri negative (mis. Tidak berguna), menolak penilaian negatif tentang diri sendiri, sulit berkonsentrasi, mengeluh sulit menelan, mengeluh sakit kepala, menanyakan masalah yang dihadapi.

Data obyektif: Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, sendi kaku, fisik lemah, kejang sampai tidak sadar, penurunan kesadaran, kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri, distorsi sensori, respons tidak sesuai, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk, menolak berinteraksi dengan orang lain, lesu dan tidak bergairah, tidak mampu membuat Keputusan, wajah tampak meringis, batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

d. Analisa Data

Tabel 2.1. Analisa Data

No.	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subyektif : mengeluh sakit kepala, Data obyektif : Penurunan Kesadaran, gelisah, tampak meringis	Peningkatan tekanan darah	Perfusi perifer tidak efektif
2.	Data subjektif : kelemahan anggota gerak sebelah badan Data obyektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, sendi kaku, fisik lemah	Gangguan neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik
3.	Data subjektif : - Data objektif : bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi atau mendengar	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal
4.	Data subjektif : lemah, menolak melakukan perawatan diri Data objektif : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri seperti mandi, makan, toileting (BAB/BAK), mengenakan pakaian. minat melakukan perawatan diri kurang	Kelemahan	Defisit perawatan diri
5.	Data subyektif: mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui Indera perabaan, penciuman, perabaan, menyesal kesal. Data objektif: distorsi sensori, respons tidak sesuai, menyendiri, melamun,	Gangguan Pengelihatan	Gangguan presepsi sensori
6.	Data subyektif: menilai diri negative (mis.tidak berguna), menolak penilaian negatif tentang diri sendiri, sulit berkonsentrasi Data objektif: berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, lesu dan	Perubahan biofisik	Perubahan citra tubuh

	tidak bergairah, tidak mampu membuat Keputusan		
7.	Data subyektif: mengeluh sulit menelan Data objektif: batuk sebelum menelan, batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut.	kerusakan neuromuskuler/ preseptual	Gangguan menelan
8.	Data subyektif: menanyakan masalah yang di hadapi, Data objektif: menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Diagnosa Keperawatan (SDKI DPP PPNI,2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke antar lain:

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yang ditandai dengan:

DS : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

DO: Pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler yang ditandai dengan:

DS : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

DO: Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, sendi kaku, fisik lemah

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

DS : -

DO : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan:

DS: Lemah

DO: Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri seperti mandi, makan, toileting (BAB/BAK), mengenakan pakaian.

- e. Gangguan persepsi sensori berhubungan gangguan dengan penglihatan yang ditandai dengan:

DS: Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, merasakan sesuatu melalui indra perabaan, penciuman, menyesal kesal.

DO: Distorsi sensori, respons tidak sesuai, menyendiri, melamun, konsentrasi buruk.

- f. Perubahan citra tubuh berhubungan dengan perubahan biofisik yang ditandai dengan:

DS: Menilai diri negative (mis. Tidak berguna), menolak penilaian negatif tentang diri sendiri, sulit berkonsentrasi

DO: Berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, lesu dan tidak bergairah, tidak mampu membuat Keputusan.

- g. Gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/ preseptual yang ditandai dengan:

DS: Mengeluh sulit menelan

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

- h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif yang ditandai dengan:

DS: Menanyakan masalah yang di hadapi

DO: Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

3. Perencanaan Keperawatan (intervensi keperawatan) (SLKI) Kementerian, Kesehatan Republik Indonesia (2018) dan Doenges, Marilyn E.dkk. (2000)

- a) Diagnosa 1: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah

Perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi

Kriteria hasil:

- 1) Sakit kepala menurun (5)
- 2) Gelisah menurun (5)
- 3) Tekanan intra karnial membaik membaik (5)
- 4) Tekanasn darah sistolik membaik (5)
- 5) Tekanan darah diastolik membaik (5)

Intervensi:

Mandiri:

- 1) Tentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan keadaan/penyebab khususnya Selama koma/penurunan perfusi serebral dan potensi terjadinya peningkatan TIK

Rasional: Mempengaruhi penetapan intervensi. Kerusakan/kemunduran tanda/gejala neurologis atau kegagalan memperbaikinya setelah fase awal memerlukan Tindakan pembedahan dan/atau kritis (ICU) untuk melakukan pemantauan terhadap peningkatan TIK.

- 2) Pantau atau catat status neurologis sesering mungkin dan bandingkan dengan keadaan normal/ standar.

Rasional: mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan mengetahui lokasi, luas, dan kemajuan/resolusi kerusakan SSP. Dapat menunjukkan TIA yang merupakan tanda terjadi trombosis CVS baru.

- 3) Pantau tanda-tanda vital seperti: adanya hipertensi/hipotensi, bandingkan tekanan darah yang terbaca pada kedua lengan

Rasional: variasi mungkin terjadi oleh karena tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi postural dapat menjadi factor percentus. Hipotensi dapat terjadi karena syok (kolaps sirkulasi vaskuler). Peningkatan TIK dapat terjadi (karena edema, adanya formasi bekuan darah). Tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekanan pada kedua lengan.

- 4) Catat pola dan irama dari pernapasan, seperti adanya periode apnea setelah pernapasan hiperventilasi, pernapasan Cheyne-Stokes

Rasional: Ketidakteraturan pernapasan dapat memberikan gambaran lokasi kerusakan serebral/peningkatan TIK dan kebutuhan untuk intervensi selanjutnya termasuk kemungkinan perlunya dukungan terhadap pernapasan (rujuk pada MK: Trauma Kranioserebral, DK: pola napas).

- 5) Catat perubahan dalam penglihatan, seperti adanya kebutaan, gangguan lapang pandang/kedalaman presepsi.

Rasional: gangguan penglihatan yang spesifik mencerminkan daerah otak yang terkena, mengindikasikan keamanan yang harus mendapat perhatian dan mempengaruhi intervensi yang akan dilakukan.

- 6) Kaji fungsi-fungsi yang lebih tinggi, seperti fungsi bicara jika pasien sadar (rujuk pada DK: komunikasi, kerusakan verbal).

Rasional: perubahan dalam isi kognitif dan bicara merupakan indikator dari lokasi/derajat gangguan serebral dan mungkin mengindikasikan penurunan/peningkatan TIK.

- 7) Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral)

Rasional: menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/ perfusi serebral.

8) Pertahankan keadaan tirah baring: ciptakan lingkungan yang tenang; Batasi pengunjung/aktivitas pasien sesuai dengan indikasi. Berikan istirahat secara periodik antara aktivitas perawatan, batasi lamanya setiap prosedur.

Rasional: Aktivitas/simulasi yang kontinu dapat meningkatkan TIK. Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya.

Kolaborasi:

1) Berikan oksigen sesuai indikasi

Rasional: menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral dan tekanan meningkat/ terbentuknya edema.

2) Berikan obat sesuai indikasi:

Antikoagulasi, seperti natrium warfarin (coumadin); heparin, antitrombosit (ASA)

Rasional: dapat digunakan untuk meningkatkan/memperbaiki aliran darah serebral dan selanjutnya dapat mencegah pembekuan saat embolus/thrombus merupakan faktor masalahnya. Merupakan kontraindikasi pada pasien dengan hipertensi sebagai akibat dari peningkatan resiko pendarahan.

Rasional: hipertensi lama/kronis memerlukan penanganan yang hati-hati, sebab penanganan yang berlebihan meningkatkan resiko terjadinya perluasan kerusakan jaringan.

Vasodilatasi perifer, seperti siklandelat (Cyclospasmo) papaverine (pavabid/vasospan); isoksupersin (Vasodalin)

Rasional: digunakan untuk memperbaiki sirkulasi kolateral atau menurunkan vasospasme

- 3) Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, seperti masa prothrombin, kadar Dilantin.

Rasional: memberikan informasi tentang keefektifan pengobatan/ kadar terapeutik.

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

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

Kriteria Hasil:

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

Intervensi:

Mandiri:

1) Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal dan dengan cara yang teratur.

Rasional: mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. Bantu dalam pemilihan terhadap intervensi, sebab Teknik yang berbeda digunakan untuk paralisis spastik dengan flaksid.

2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional: mengetahui adanya perubahan status kerja frekuensi

3) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika diletakan dalam posisi bagian yang terganggu.

Rasional: menurunkan resiko terjadinya trauma/iskemia jaringan. Daerah yang terkena mengalami perburukan/sirkulasi yang lebih jelek dan menurunkan sensasi dan lebih besar menimbulkan kerusakan pada kulit/decubitus.

4) Letakan pada posisi telungkup satu kali atau dua kali sehari jika pasien dapat mentoleransinya

Rasional: membantu mempertahankan ekstensi pinggul fungsional; tetapi kemungkinan akan meningkatkan ansietas terutama mengenai kemampuan pasien untuk bernapas.

5) Mulailah melakukan Latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas saat masuk. Anjurkan melakukan Latihan setiap Latihan meremas bola karet, melebarkan jari-jari kaki.

Rasional: meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur. Menurunkan resiko terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis jika masalah utamanya adalah pendarahan.

6) Tempatkan bantal di bawah aksila untuk melakukan abduksi pada tangan.

Tinggikan tangan dan kepala.

Rasional: mencegah adduksi bahu dan fleksi siku. Meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema.

7) Bantu untuk mengembangkan keseimbangan duduk (seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur, bantu untuk duduk di sisi tempat tidur, biarkan pasien menggunakan kekuatan tangan untuk menyokong berat badan dan kaki yang kuat untuk kaki yang sakit.

Rasional: membantu dan melatih Kembali jaras saraf, meningkatkan respons proprioseptik dan motorik.

8) Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan Latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong/menggerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.

Rasional: dapat berespons dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan erta Latihan aktif untuk “menyatukan Kembali” sebagai bagian dari tubuhnya sendiri.

Kolaborasi:

- 1) Berikan tempat tidur dengan matras bulat, tempat tidur air atau tempat tidur khusus (seperti tempat tidur kinetik) sesuai indikasi.

Rasional: meningkatkan distribusi merata berat badan yang menurunkan tekanan pada tulang-tulang tertentu dan membentuk untuk mencegah kerusakan kulit/terbentuknya decubitus.

- 2) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif dan ambulasi pasien.

Rasional: program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti/menjaga kekurangan tersebut dalam keseimbangan, koordinasi dan kekuatan.

- 3) Berikan obat relaksan otot, antispasmodik sesuai indikasi, seperti baklofen, dantrolen.

Rasional: mungkin diperlukan untuk menghilangkan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu.

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

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

Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan berbicara meningkat (5)
- 2) Kemampuan mendengar meningkat (5)
- 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)
- 4) Afasia menurun (5)
- 5) Pelo menurun (5)

Intervensi:

Mandiri:

- 1) Kaji tipe/derajat disfungsi, seperti pasien tidak tampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri.

Rasional: membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi.

- 2) Mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana (seperti “buka mata”, “tunjuk kepintu”) ulangi dengan kata atau kalimat yang sederhana.

Rasional: melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik)

- 3) Mintalah pasien untuk mengucapkan suara sederhana seperti “Sh” atau “pus”

Rasional: mengidentifikasi adanya disartria sesuai komponen motorik dari bicara (seperti lidah, gerak bibir, control napas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin juga tidak disertai afasia motorik.

- 4) Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis di papan tulis, gambar, berikan petunjuk visual (Gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan, demonstrasi).

Rasional: memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan atau defisit yang mendasarnya.

- 5) Anjurkan pengunjung/orang terdekat mempertahankan usahanya untuk berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga

Rasional: mengurangi isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif.

Kolaborasi:

Konsultasikan dengan/rujuk kepada ahli terapi wicara

Rasional: pengkajian secara individual kemampuan bicara dan sensori, motoric dan kognitif berfungsi untuk mengidentifikasi kekurangan/ kebutuhan terapi.

d) Diagnosa 4: Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

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

Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat (5)
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5)
- 3) Kemampuan makan meningkat (5)
- 4) Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat (5)
- 5) Minat melakukan perawatan diri meningkat (5)

Intervensi:

Mandiri:

- 1) Kaji kemampuan dan Tingkat kekurangan (dengan menggunakan skala 0-4) untuk melakukan kebutuhan sehari-hari
Rasional: membantu dalam mengantisipasi/merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual
- 2) Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan
Rasional: pasien ini mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustrasi.
- 3) Kaji kemampuan pasien untuk komunikasi tentang kebutuhannya untuk menggunakan urinal. Bawa pasien ke kamar mandi dengan teratur.

Rasional: mungkin mengalami gangguan saraf kandung kemih, tidak dapat mengatakan kebutuhannya pada fase pemulihan akut, tetapi biasanya dapat mengontrol Kembali fungsi ini sesuai perkembangan proses penyembuhan.

- 4) Identifikasi kebiasaan defekasi sebelumnya dan kembalikan pada kebiasaan pola normal tersebut. Kadar makanan yang berserat, anjurakan untuk minum banyak dan Tingkat aktivitas.

Rasional: mengkaji perkembangan program Latihan (mandiri) dan membantu dalam pencegahan konstipasi dan sembelit (pengaruh jangka Panjang)

Kolaborasi:

- 1) Berikan obat supositoria dan pelunak feses

Rasional: mungkin di butuhkan pada awal untuk membantu menciptakan/merangsang fungsi defekasi teratur.

- 2) Konsultasikan dengan ahli fisioterapi/ahli terapi okupasi.

Rasional: memberikan bantuan yang mantap untuk mengembangkan rencana terapi dan mengidentifikasi kebutuhan alat penyokong khusus.

- e) Diagnosa 5: gangguan persepsi-sensori berhubungan dengan gangguan pengelihatatan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan presepsi sensori membaik

Kriteria hasil:

- 1) Verbalisasi mendengar bisikan menurun (5)
- 2) Verbalisasi melihat bayangan menurun (5)
- 3) Distorsi sensori menurun (5)
- 4) Respons sesuai stimulus membaik (5)

Intervensi:

Mandiri:

- 1) Lihat Kembali proses patologis kondisi individual
Rasional: kesadaran akan tipe/daerah yang terkena membantu dalam mengkaji/mengantisipasi defisit spesifik dan perawatan.
- 2) Evaluasi adanya gangguan pengelihatan. Catat adanya penurunan lapang pandang, perubahan ketajaman presepsi (bidang horizontal/vertikal), adanya diplopia (pandangan ganda)
Rasional: munculnya gangguan pengelihatan dan dapat berdampak negatif terhadap kemampuan pasien untuk menerima lingkungan dan mempelajari Kembali keterampilan motorik dan meningkatkan risiko terjadinya cedera.
- 3) Dekati pasien dan daerah penglihatan yang normal.
Rasional: pemberian pengenalan terhadap adanya orang/benda dapat membantu masalah presepsi.
- 4) Ciptakan lingkungan yang sederhana, pindahkan perabot yang membahayakan.

Rasional: menurunkan/ membatasi jumlah stimulasi pengelihatan yang mungkin dapat menimbulkan kebingungan terhadap intepretasi lingkungan; menurunkan risiko terjadinya kecelakaan.

- 5) Kaji kesadaran sensorik, seperti membedakan panas/dingin, tajam/tumpul, posisi bagian tubuh/otot, rasa persendian

Rasional: penurunan kesadaran terhadap sensorik dan kerusakan perasaan kinetik berpengaruh buruk terhadap keseimbangan/ posisi tubuh dan kesesuaian dari gerakan yang mengganggu ambulasi, meningkatkan risiko terjadinya trauma.

- 6) Berikan stimulasi terhadap rasa sentuhan, seperti berikan pasien suatu benda untuk menyentuh, meraba.

Rasional: membantu melatih Kembali jaras sensorik untuk mengintegrasikan presepsi dan intepretasi stimulasi.

- 7) Anjurkan pasien untuk mengamati kakinya bila perlu dan menyadari posisi bagian tubuh tertentu.

Rasional: penggunaan stimulasi pengelihatan dan sentuhan membantu dalam mengintegrasikan kembali sisi yang sakit dan memungkinkan pasien untuk mengalami kelalaian sensasi dari pola gerakan normal.

- 8) Observasi respons perilaku pasien seperti rasa bermusuhan, menangis, afek tidak sesuai.

Rasional: respons individu dapat bervariasi tetapi umumnya yang terlihat seperti emosi labil.

f) Diagnosa 6: harga diri rendah berhubungan dengan perubahan biofisik

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan harga diri meningkat

Kriteria hasil:

- 1) Penilaian diri positif meningkat (5)
- 2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5)
- 3) Perasaan malu menurun (5)
- 4) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (5)

Intervensi:

Mandiri:

- 1) Kaji luasnya gangguan persepsi dan hubungkan dengan derajat ketidakmampuannya

Rasional: penentuan faktor-faktor secara individu membantu dalam mengembangkan perencanaan asuhan/pilihan intervensi.

- 2) Identifikasi arti dari kehilangan/ disfungsi/ perubahan pada pasien

Rasional: kadang-kadang pasien menerima dan mengatasi gangguan fungsi secara efektif dengan sedikit penanganan,

dilain pihak ada juga orang yang mengalami kesulitan dalam menerima dan mengatasi kekurangannya.

- 3) Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaannya termasuk rasa bermusuhan dan perasaan marah.

Rasional: mendemonstrasikan penerimaan/ membantu pasien untuk mengenal dan mulai memahami perasaan ini.

- 4) Bantu dan dorong kebiasaan berpakaian berdandan yang baik.

Rasional: membantu peningkatan rasa harga diri dan kontrol atas salah satu bagian kehidupan.

- 5) Berikan dukungan terhadap perilaku/ usaha seperti peningkatan minat/ partisipasi pasien dalam kegiatan rehabilitasi.

Rasional: mengisyaratkan kemungkinan adaptasi untuk mengubah dan memahami tentang peran diri sendiri dalam kehidupan selanjutnya.

- 6) Pantau gangguan tidur, meningkatnya kesulitan untuk berkonsentrasi, pernyataan ketidakmampuan untuk mengatasi sesuatu dan menraik diri.

Rasional: mungkin merupakan indikasi serangan depresi (umumnya setelah adanya pengaruh stroke) yang mungkin memerlukan evaluasi dan intervensi lanjut.

Kolaborasi:

7) Rujuk pada evaluasi neuropsikologis dan konseling sesuai kebutuhan.

Rasional: dapat memudahkan adaptasi terhadap perubahan peran yang perlu untuk perasaan/ merasa menjadi orang yang produktif.

g) Diagnosa 7: gangguan menelan berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler/preseptual

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan membaik

Kriteria hasil:

- 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat (5)
- 2) Reflek menelan meningkat (5)
- 3) Kemampuan mengosongkan mulut meningkat (5)
- 4) Frekuensi tersedak menurun (5)

Intervensi:

Mandiri: ‘

- 1) Tinjau ulang patologi/kemampuan menelan pasien secara individual.

Rasional: intervensi/ pilihan rute makanan ditentukan oleh faktor- faktor ini.

- 2) Bantu pasien dengan mengontrol kepala

Rasional: menetralkan hiperekstensi, membantu mencegah aspirasi dan meningkatkan kemampuan untuk menelan.

3) Letakan pasien pada posisi duduk/tegak selama dan setelah makan

Rasional: menggunakan gravitasi untuk memudahkan proses menelan dan menurunkan risiko terjadinya aspirasi.

4) Letakan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu

Rasional: memberikan stimulasi sensoris (termasuk rasa kecap) yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.

5) Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang

Rasional: pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi/ gangguan dari luar.

6) Pertahankan masukan dalam saluran dengan akurat, catat jumlah kalori yang masuk

Rasional: jika usaha menelan tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan cairan dan makanan harus dicarikan metode alternatif untuk makan.

Kolaborasi:

7) Berikan cairan melalui IV dan/atau makanan melalui selang

Rasional: mungkin diperlukan untuk memberikan cairan pengganti dan juga makanan jika pasien tidak mampu untuk memasukkan segala sesuatu melalui mulut.

h) Diagnosa 8: defisit pengetahuan ditandai dengan keterbatasan kognitif

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria hasil:

- 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5)
- 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5)
- 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)
- 4) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)

Intervensi:

Mandiri:

- 1) Evaluasi tipe/derajat dari gangguan persepsi sensori.

Rasional: defisi mempengaruhi pilihan metode pengajaran dan isi/ kompleksitas instruksi.

- 2) Anjurkan pasien untuk merujuk pada daftar/komunikasi tertulis atau catatan yang ada dari pada hanya bergantung pada apa yang diingat.

Rasional: memberikan bantuan untuk menyokong ingatan dan meningkatkan perbaikan dalam keterampilan daya pikir.

- 3) Identifikasi faktor-faktor risiko secara individual (seperti hipertensi, kegemukan, merokok) dan perubahan pola hidup yang penting

Rasional: meningkatkan Kesehatan secara umum dan mungkin menurunkan risiko kambuh.

- 4) Identifikasi tanda/ gejala yang memerlukan kontrol secara medis, contoh; perubahan fungsi penglihatan, sensorik, motorik.

Rasional: evaluasi dan intervensi dengan cepat menurunkan risiko terjadinya komplikasi/kehilangan fungsi yang berlanjut.

- 5) Rujuk pada perencanaan pemulihan/ pengawasan perawatan di rumah dengan mengunjungi perawat.

Rasional: lingkungan rumah mungkin memerlukan evaluasi dan memodifikasi untuk memenuhi kebutuhan individu.

- 6) Rujuk/ tegaskan perlunya evaluasi dengan tim ahli rehabilitasi, seperti ahli fisioterapi fisik, terapi okupasi, terapi wicara.

Rasional: kerja yang baik pada akhirnya diharapkan/ meminimalkan adanya gejala sisa atau penurunan neurologis.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus kepada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan

dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang suda dibuat.

5. Evaluasi keperawatan

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

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

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

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komperhensif dan holistic Ny. I. A dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende.

C. Istilah (Definisi Operasional Batasan)

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

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus telah dilaksanakan pada Ny. I. A di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 03-05 juni 2024.

E. Metoda/Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruang Penyakit Dalam III, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

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

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrument Pengumpulan Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

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

aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

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

I. Analisa Data

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III. RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten Ende yang berada di jalan Prof. W. Yohanes dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti: Instalasi Rawan Jalan, Instalasi Rawat Nginap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat jalan terdiri dari poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisiotherapi. Instalasi rawat nginap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, ruangan rawat penyakit bedah, ruangan rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat Intensif (ICU), Ruang pavilium dan Ruang rawat perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari Farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, sentral oksigen dan system informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pada tanggal 03 Juni 2024

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Nama Ny. I. A usia 49 tahun, klien agama Islam, status sudah menikah, berpendidikan SD, Pekerjaan Penenun. Klien tinggal di Pulau Ende, masuk rumah sakit pada tanggal 25 Mei 2024 dengan Diagnosa Medis *Stroke Non Hemoragik*. Penanggung jawab klien Tn. A.P usia 50 tahun, hubungan dengan klien suami Alamat Pulau Ende.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan saat ini

(1) Keluhan utama

Klien mengatakan sakit dibagian kepala, tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan atau hemiparase sinistra

(2) Riwayat keluhan utama

Klien mengatakan sakit dibagian kepala, pusing, leher terasa tegang, lemah, tangan kiri dan kaki kiri terasa kram.

(3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan pada tanggal 23 Mei 2024, sekitar pukul 22.30 wita, pasien sementara joget tiba-tiba merasa pusing, sakit kepala, leher tegang, mual, lemah, bicara tidak jelas, lidah terasa tebal, kaki kiri dan tangan kiri terasa kram

pasien langsung diantar ke Puskesmas Ahmad Yani, dan pasien dirujuk dari Puskesmas ke RSUD Ende pada tanggal 25 Mei 2024 dengan keluhan kesadaran menurun, sakit dibagian kepala, leher terasa tegang, pusing, mulut mencong, bicara tidak jelas, kaki kiri dan tangan kiri terasa kaku tidak bisa digerakkan.

b) Status Kesehatan masa lalu

(1) Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan 5 tahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit Hipertensi

(2) Pernah di Rawat

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di Rumah Sakit maupun di Puskesmas

(3) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol)

Pasien mengatakan tidak merokok tidak juga mengkonsumsi alkohol tetapi pasien hanya minum kopi setiap hari pada waktu pagi hari

c) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi, DM.

d) Diagnosa medis dan therapy yang didapatkan sebelumnya

Klien pernah terdiagnosa penyakit Hipertensi dan pernah

mendapatkan therapy obat Captopril 50 mg untuk menurunkan tekanan darah.

3) Pola kebutuhan dasar

a) Pola Presepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien dan keluarga mengatakan klien jarang mengontrol Kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas Kesehatan lainnya. Obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak dikonsumsi. Klien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit Stroke, klien dan keluarga tidak mampu menjelaskan penyakit Stroke.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Sebelum sakit klien mengatakan pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan klien adalah nasi, ubi, ikan, tahu, tempe, telur ayam, dan sayur-sayuran. Pasien mengatakan suka makan sayur yang tumis dan sayur yang santan, dan keluarga pasien mengatakan pasien suka masak yang asin-asin dan pasien tidak pernah makan jenis daging apapun. Dan klien biasa minum air putih dalam sehari \pm 1.400cc dan mengkonsumsi minum kopi setiap hari di waktu pagi hari.

Saat ini: Pasien mengatakan makan 3x dalam sehari porsi makan tidak dihabiskan karena klien tidak memiliki selera

untuk makan jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah bubur, sayur, ikan tahu tempe telur ayam, daging-daging tidak dimakan klien biasa Minum saat sakit pasien tidak lagi mengkonsumsi kopi pasien hanya minum air putih dalam sehari kurang lebih 1.600 cc.

Diet saat sakit: diet rendah garam dan rendah lemak.

c) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: klien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan lainnya BAB terakhir pada tanggal 23 Mei 2024. Klien biasa BAK 5-6 kali dalam sehari warna kuning tidak ada keluhan.

Saat ini klien mengatakan semenjak sakit tidak pernah BAB, klien mengatakan BAK 6-7 kali dalam sehari warna kuning baunya sedikit menyengat dengan menggunakan alat bantu keteter.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan untuk makan, minum, berpakaian, berpindah dibantu oleh keluarga, untuk toileting di bantu oleh alat kateter dan pempers.

Sebelum ini klien biasanya berkebun, pergi menjual nasi bungkus, dan bertenun. Saat sakit klien tidak bisa melakukan Latihan klien hanya berbaring diatas tempat tidur.

e) Pola Kognitif dan Presepsi

Sebelum sakit klien mengatakan kemampuan ingatan baik, pengelihatannya berkurang klien menggunakan kaca mata, dan pengecap rasa normal.

Saat ini kemampuan ingatan klien masih baik klien mampu menjawab pertanyaan oleh perawat, pengelihatannya berkurang, pendengarannya sedikit berkurang, dan pengecap rasa berubah merasa pahit.

f) Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit klien mengatakan tidur \pm 8 jam malam tidur dari pukul 21.00 wita dan bangun biasanya jam 05.00, klien jarang untuk tidur siang, kebiasaan klien malam sebelum tidur menonton tv.

Saat ini klien mengatakan jam tidur tidak menentu, klien merasa terganggu saat tidur, klien merasa sakit kepala, leher tegang, klien sering terbangun atau sering terjaga.

g) Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga baik-baik saja, dengan orang-orang sekitar juga baik,

h) Pola Toleransi Stress Koping

Klien mengatakan stress karena tidak mampu lagi untuk melakukan aktivitas seperti sehari-hari, klien merasa minder,

klien hanya berbaring saja, klien merasa dirinya tidak berguna, dan tidak mampu lagi untuk mendapatkan penghasilan sendiri.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : composmentis

GCS: 13 Verbal : 4 Motorik:6. Eye: 3

b) Tanda-tanda vital

TD : 190/111 mmHg

S : 36.2°C

N : 79 x/menit

SPO^2 : 98%

RR : 20x/menit

c) Kepala

Inspeksi: Kepala tampak kotor,

Palapsi: Tidak ada nyeri tekan

Wajah :

Inspeksi: Wajah tidak simetris mulut mencong ke kiri,

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan

d) Leher

Palpasi: Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan

e) Mata: Penglihatan berkurang (saat dirumah pasien menggunakan kacamata), tidak ada gangguan dalam mengangkat bola mata dan memutar bola mata.

f) Dada:

Inspeksi: Bentuk simetris, pergerakan dada kiri dan kanan sama, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, tidak ada pembengkakan,

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: Tidak terdengar bunyi nafas tambahan.

g) Abdomen:

Inspeksi: Bentuk simetris,

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan,

Auskultasi: Bising usus lemah 4 x/menit

h) Ekstremitas (atas dan bawah):

Inspeksi: Tangan sebelah kiri tidak bisa digerakkan,

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas kiri

kekuatan otot:

Tangan kiri nilai : 2

Kaki kiri nilai : 2

Tangan kanan nilai : 5

Kaki karena nilai : 5

b. Tabulasi Data

Kelemahan, sakit kepala, pusing leher tegang, lemah, lidah terasa tebal, bicara tidak jelas, mulut mencong ke kiri tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan kelumpuhan sebelah badan, kulit tampak pucat, memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu jarang berobat dan tidak mengkonsumsi obat hipertensi, klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit Stroke, pasien susah tidur, pasien mengatakan sering terbangun atau sering terjaga, pasien merasa minder, merasa stres, pasien merasa dirinya tidak berguna, klien mengatakan ± 10 hari tidak BAB.

Kekuatan otot:

5	2
5	2

TD : 190/111 mmHg

S : 36.2°c

N : 79x/menit

SPO² : 98%

RR : 20x/menit

c. Klasifikasi Data

Data subjektif: pasien mengatakan lemah, pusing, sakit kepala, leher tegang tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas apapun, lidah terasa tebal, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu jarang

berobat dan tidak mengkonsumsi obat, klien kurang mengerti tentang penyakit Stroke, pasien merasa minder, merasa stres, merasa dirinya tidak berguna pasien mengatakan susah tidur, tidak puas tidur, sering terbangun atau sering terjaga, ± 10 hari tidak BAB.

Data objektif: pasien tampak lemah, mengalami kelumpuhan pada anggota badan sebelah kiri, bicara tidak jelas, pasien tampak gelisah, mencong ke kiri, wajah tampak meringis, tampak menguap, tampak mengantuk, tampak pucat, ADL dibantu, peristaltik usus lemah. Klien tidak mampu menjelaskan tentang penyakit Stroke.

Kekuatan otot:

5	2
5	2

Tanda-tanda vital:

TD : 190/111 mmHg

S : 36.2°C

N : 79x/menit

SPO² : 98%

RR : 20x/menit

d. Analisa Data

Tabel 4.1. Analisa Data

No	Sign/ symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, DO: - Pasien tampak meringis Pasien tampak gelisah Tanda-tanda vital:	Peningkatan tekanan darah	Perfusi serebral tidak efektif

	TD: 190/111 mmHg S: 36.2°C N: 79x/menit SPO ² : 98% RR: 20x/menit						
2.	DS: pasien mengatakan lemah tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas apapun DO: - Tampak lemah - Kelumpuhan anggota badan sebelah kiri - ADL di bantu Kekuatan otot: <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table>	5	2	5	2	Gangguan neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik
5	2						
5	2						
3.	DS: Pasien mengatakan lidah terasa tebal DO: - Bicara tidak jelas - Mulut mencong ke kiri	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal				
4.	DS: pasien mengatakan susah tidur, sering terbangun atau sering terjaga karena merasa sakit kepala, leher tegang, pusing, mengeluh susah tidur DO: - Pasien tampak mengantuk - Pasien tampak menguap	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur				
5.	DS: pasien mengatakan street karena tidak bisa melakukan aktivitas lagi, merasa minder merasa diri tidak berguna, dan tidak bisa mendapatkan penghasilan sendiri. DO: klien tampak murung	Perubahan biofisik	Perubahan citra tubuh				
6.	DS: pasien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit stroke dan pasien jarang mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan DO: pasien dan keluarga tidak bisa menjelaskan tentang penyakit yang diderita	Defisit pengetahuan	Ketidakpatuhan untuk berobat				
7.	DS: pasien mengatakan semenjak masuk rumah sakit tidak BAB ±10 hari DO: peristaltik usus lemah 4x/menit	Penurunan motilitas gastrointestinal	Konstipasi				

Lanjutan Tabel 4.1 Analisa Data

8.	DS: pasien mengatakan tidak memiliki selera untuk makan, porsi makan tidak dihabiskan DO: makan porsi tidak dihabiskan, porsi makan dihabiskan 3-5 senduk	Faktor psikologis (mis. keengganan untuk makan)	Resiko defisit nutrisi
----	--	---	------------------------

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi serebra tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan

DS: Pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang,

DO: - Pasien tampak meringi

- Pasien tampak gelisah

- Tanda-tanda vital:

TD : 190/111 mmHg

S : 36.2°C

N : 79x/menit

SPO²: 98%

RR : 20x/menit

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan yang neuromuskuler ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan lemah tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas apapun

DO: - Tampak lemah

- Kelumpuhan anggota badan sebelah kiri

- ADL di bantu

- Kekuatan otot

5	2
5	2

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi cerebral ditandai dengan

DS: Pasien mengatakan lidah terasa tebal

DO: - Bicara tidak jela

- Mulut mencong ke kiri

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan

DS: Pasien mengatakan susah tidur, sering terbangun atau sering terjaga karena merasa sakit kepala, leher tegang, pusing, mengeluh susah tidur

DO: - Pasien tampak mengantuk

- Pasien tampak menguap

- e. Perubahan citra tubuh berhubungan dengan perubahan biofisik ditandai dengan

DS: Pasien mengatakan stress karena tidak bisa melakukan aktivitas lagi, merasa minder merasa diri tidak berguna, dan tidak bisa mendapatkan penghasilan sendiri.

DO: Pasien tampak murung

f. Ketidakpatuhan untuk berobat berhubungan dengan defisit pengetahuan ditandai dengan

DS: Pasien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit stroke dan pasien jarang mengontrol kesehatan di fasilitas Kesehatan

DO: Pasien dan keluarga tidak bisa menjelaskan tentang penyakit yang diderita

g. Konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan semenjak masuk rumah sakit tidak BAB \pm 10 hari

DO: Peristaltik usus lemah 4x/menit

h. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (mis. keengganan untuk makan) ditanda dengan:

DS: Pasien mengatakan tidak memiliki selera untuk makan, porsi makan tidak dihabiskan

DO: Makan porsi tidak dihabiskan, porsi makan dihabiskan 3-5 sendok

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.2. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Perfusi serebra tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi. Dengan kriteria hasil: 1)Sakit kepala menurun (5) 2)Gelisah menurun (5	Mandiri: 1) Pantau tanda-tanda vital seperti: adanya hipertensi/hipotensi, bandingkan tekanan darah yang terbaca pada kedua lengan 2) Tentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan keadaan/	1) Mempengaruhi penetapan intervensi. Kerusakan/kemunduran tanda/gejala neurologis atau kegagalan memperbaikinya setelah fase awal

Lanjutan Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

3) Tekanan intra kranial membaik membaik (5)	penyebab khususnya Selama koma/penurunan perfusi serebral dan potensi terjadinya peningkatan TIK	memerlukan Tindakan pembedahan dan/atau kritis (ICU) untuk melakukan pemantauan terhadap peningkatan TIK.
4) Tekanan darah sistolik membaik (5)	3) Catat pola dan irama dari pernapasan, seperti adanya periode apnea setelah pernapasan hiperventilasi, pernapasan Cheyne-Stokes	2) Variasi mungkin terjadi oleh karena tekanan/trauma serebral pada daerah vasomotor otak. Hipertensi atau hipotensi postural dapat menjadi factor percentus
5) Tekanan darah diastolik membaik (5)	4) Letakkan kepala dengan posisi agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral) 5) Pertahankan keadaan tirah baring: ciptakan lingkungan yang tenang; Batasi pengunjung/aktivitas pasien sesuai dengan indikasi 6) Penatalaksanaan therapy obat Mecobalamin 2x500 mg/IV Amlodipin 1x10 mg/p.o Captopril 3x50mg/p.o Monitol 2x1 cc /IV Paracetamol 3x1 gr/IV	3) Ketidakteraturan pernapasan dapat memberikan gambaran lokasi kerusakan serebral/peningkatan TIK dan kebutuhan untuk intervensi selanjutnya termasuk kemungkinan perlunya dukungan terhadap pernapasan
		4) Menurunkan tekanan Arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/ perfusi serebral
		5) Aktivitas/simulasi yang kontinu dapat meningkatkan TIK. Istirahat total dan ketenangan mungkin diperlukan untuk

Lanjutan Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

				pengecahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria Hasil: 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2) Kekuatan otot meningkat (5) 3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4) Kaku sendi menurun (5)	Mandiri: 1) Kaji kemampuan secara fungsional/luasnya kerusakan awal dan dengan cara yang teratur 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dan sebagainya dan jika memungkinkan bisa lebih sering jika diletakan dalam posisi bagian yang terganggu. 4) Mulailah melakukan Latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas saat masuk. Anjurkan melakukan Latihan setiap Latihan meremas bola karet, melebarkan jari-jari kaki. 5) Tempatkan bantal di bawah aksila untuk melakukan abduksi pada tangan. 6) Bantu untuk mengembangkan keseimbangan duduk (seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur, bantu untuk duduk di sisi tempat tidur. 7) Anjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan Latihan dengan menggunakan	1) Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. Bantu dalam pemilihan terhadap intervensi, sebab Teknik yang berbeda digunakan untuk paralisis spastik dengan flaksid 2) Menurunkan resiko terjadinya trauma/iskemia jaringan. Daerah yang terkena mengalami perburukan/sirkulasi yang lebih jelek dan menurunkan sensasi dan lebih besar menimbulkan kerusakan pada kulit/decubitus 3) Meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur 4) Mencegah adduksi bahu dan fleksi siku. Meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema. 5) Membantu dan melatih Kembali jaras saraf,

Lanjutan Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

			ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong/menggerakkan daerah tubuh yang mengalami kelemahan.	meningkatkan respons proprioseptik dan motorik.
			8) Libatkan keluarga untuk membantu ambulasi pasien	6) Dapat berespons dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan erta Latihan aktif untuk “menyatukan Kembali” sebagai bagian dari tubuhnya sendiri. 7) Untuk meningkatkan perasaan akan keberhasilan dalam penyembuhan
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah komunikasi verbal dapat teratasi Kriteria hasil: 1) Kemampuan berbicara meningkat (5) 2) Kemampuan mendengar meningkat (5) 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5) 4) Afasia menurun (5) 5) Pelo menurun (5)	Mandiri: 1) Kaji tipe/derajat disfungsi, seperti pasien tidak tampak memahami kata atau mengalami kesulitan berbicara atau membuat pengertian sendiri 2) Mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana (seperti “buka mata”, “tunjuk kepintu”) ulangi dengan kata atau kalimat yang sederhana 3) Berikan metode komunikasi alternatif, seperti menulis di papan tulis, gambar, berikan petunjuk visual (Gerakan tangan, gambar-gambar, daftar kebutuhan, demonstrasi). 4) Anjurkan pengunjung/orang terdekat mempertahankan usahanya untuk	1) Membantu menentukan daerah dan derajat kerusakan serebral yang terjadi dan kesulitan pasien dalam beberapa atau seluruh tahap proses komunikasi 2) Melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik (afasia sensorik) 3) Memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan atau defisit yang mendasarnya. 4) Mengurangi isolasi sosial pasien dan meningkatkan penciptaan komunikasi yang efektif. 5) Agar mempercepat proses penyembuhan

Lanjutan Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

			berkomunikasi dengan pasien, seperti membaca surat, diskusi tentang hal-hal yang terjadi pada keluarga	
			5) Ajarkan dan anjurkan untuk melakukan senam lidah dan mulut	
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: 1) Kesulitan tidur menurun 2) Keluhan tidak cukup istirahat menurun 3) Keluhan sering terjaga menurun 4) Keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan tidur 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis) 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis.kopi,teh dll) 4) Identifikasi obat tidur yang di konsumsi 5) Modifikasi lingkungan (suhu, kebisingan, dll) 6) Lakukan prosedur dalam meningkatkan rasa kenyamanan dengan pengaturan posisi semi fowler 7) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	1) Mengetahui pola aktivitas dan tidur pasien 2) Mengetahui faktor pengganggu tidur pasien 3) Mengetahui makanan dan minuman yang menjadi pengganggu pasien 4) Mengetahui obat tidur apa yang diminum pasien 5) Meningkatkan rasa nyaman melalui memodifikasi lingkungan dan memberikan rasa tenang dan rileks 6) Supaya dapat mengurangi rasa sesak dan meningkatkan rasa nyaman pasien. 8) 7) pasien mengerti pentingnya tidur selama sakit
5.	Perubahan citra tubuh berhubungan Dengan perubahan biofisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perubahan citra tubuh meningkat Kriteria hasil: 1) Penilaian diri positif meningkat (5) 2) Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif meningkat (5) 3) Perasaan malu	Mandiri: 1) Kaji luasnya gangguan persepsi dan hubungkan dengan derajat ketidakmampuannya 2) Identifikasi arti dari kehilangan/ disfungsi/ perubahan pada pasien 3) Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaannya termasuk rasa bermusuhan dan perasaan marah.	1) Penentuan faktor-faktor secara individu membantu dalam mengembangkan perencanaan asuhan/ pilihan intervensi 2) Kadang-kadang pasien menerima dan mengatasi gangguan fungsi secara efektif dengan sedikit

Lanjutan Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

	menurun (5)	4) Berikan dukungan terhadap perilaku/ usaha seperti peningkatan minat/ partisipasi pasien dalam kegiatan rehabilitasi	penanganan, dilain pihak ada juga orang yang mengalami kesulitan dalam menerima dan mengatasi kekurangannya. 3) Mendemonstrasikan penerimaan/ membantu pasien untuk mengenal dan mulai memahami perasaan ini. 4) Mengisyaratkan kemungkinan adaptasi untuk mengubah dan memahami tentang peran diri sendiri dalam kehidupan selanjutnya.
4) Perasaan tidak mampu melakukan apapun menurun (5)			
6. Ketidapatuhan untuk berobat berhubungan dengan defisit pengetahuan	setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat pengetahuan meningkat Kriteria hasil: 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 4) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	Mandiri: 1) Kaji tipe/derajat dari gangguan persepsi sensori. 2) Anjurkan pasien untuk merujuk pada daftar/komunikasi tertulis atau catatan yang ada dari pada hanya bergantung pada apa yang diingat. 3) Identifikasi faktor-faktor risiko secara individual (seperti hipertensi, kegemukan, merokok) dan perubahan pola hidup yang penting. 4) Identifikasi tanda/gejala yang memerlukan kontrol secara medis, contoh; perubahan fungsi pengelihat, sensorik, motoric	1) Defisi mempengaruhi pilihan metode pengajaran dan isi/ kompleksitas instruksi. 2) Memberikan bantuan untuk menyokong ingatan dan meningkatkan perbaikan dalam keterampilan daya pikir. 3) Meningkatkan Kesehatan secara umum dan mungkin menurunkan risiko kambuh. 4) Evaluasi dan intervensi dengan cepat menurunkan risiko terjadinya komplikasi/kehilangan fungsi yang berlanjut. 5) Lingkungan rumah mungkin

Lanjutan Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

		5) Rujuk pada perencanaan pemulihan/ pengawasan perawatan di rumah dengan mengunjungi perawat.	memerlukan evaluasi dan memodifikasi untuk memenuhi kebutuhan individu.
7. konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan konstipasi membaik. Dengan kriteria hasil: 1) Konsistensi feses membaik (5) 2) Peristaltik usus membaik (5)	Manajemen konstipasi 1) Monitor tanda dan gejala konstipasi 2) Monitor perubahan BAB, frekuensi, konstistensi, dan warna. 3) Monitor bising usus 4) Anjurkan peningkatan asupan serat 5) Dorong aktivitas yang sesuai dengan kondisi fisik sesuai dengan kondisi pasien 6) Dukung intake cairan	1) mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi lebih awal memungkinkan penanganan lebih cepat untuk mengurangi risiko komplikasi 2) perubahan dalam frekuensi, konstistensi, dan warna BAB dapat menunjukkan adanya konstipasi atau masalah lain dalam sistem pencernaan. 3) dapat mendeteksi dini adanya gangguan motilitas usus yang dapat menyebabkan atau memperburuk konstipasi. 4) untuk membantu melunakan tinja 5) aktifitas fisik yang tepat dapat membantu mencegah komplikasi penurunan massa otot, kelemahan, dan penurunan fungsi organ. 6) cairan membantu dalam berbagai fungsi seperti pencernaan.
8. Risiko defisit nutrisi berhubungan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan risiko	1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi	1) Untuk menentukan apakah

Lanjutan Tabel 4.2 Intervensi Keperawatan

dengan Faktor psikologis (mis. keengganan untuk makan)	defisit nutrisi membaik	kebutuhan kalori dan jenis nutrien	seseorang mengalami kekurangan, kelebihan atau status nutrisi yang optimal.
	1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat (5)	3) Monitor asupan makanan	2) Mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrien penting untuk memastikan bahwa seseorang mendapatkan energi dan nutrisi yang diperlukan untuk fungsi tubuh yang optimal
	2) Nafsu makan membaik (5)	4) Monitor berat badan	3) Untuk memastikan bahwa individu mengikuti diet yang telah ditetapkan.
	3) Bising usus membaik (5)	5) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	4) Untuk mengetahui berat badan pasien
		6) Berikan makann tinggi serat untuk mencegah konstipasi	5) Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan
		7) Ajurkan posisi duduk, jika perlu	6) Memberikan makana tinggi serta untuk mencegah konstipasi
		8) Ajarkan diet yang diprogram	7) Memberikan informasi kepada keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien

5. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.3. Implementasi Keperawatan

a. Hari pertama

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin, 03 Juni 2024	1	14.30	1. Mengukur tanda-tanda vital TD: 190/111 mmHg N: 79X/menit SPO ² : 98% RR: 20X/menit S: 36.2°c	18.30 S: pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, pusing.
		15.00	2. Memonitoring tanda dan gejala peningkatan TIK dengan cara dilakukan pengkajian pada klien dan dilakukan pengukuran tanda-tanda vital Respon: klien mengatakan merasa sakit kepala, leher tegang dan pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah	O: - wajah tampak meringis - Tampak gelisah - Pasien tampak posisi semi fowler -Tanda- tanda vital: TD: 190/111 mmHg N: 79X/menit SPO ² : 98% RR: 20X/menit S: 36.2°c
		15.20	3. Memberikan posisi semi fowler pada saat pasien berbaring dengan menggunakan 1 bantal besar Respon: klien mengatakan nyaman karena dengan posisi seperti ini. Klien tampak menggunakan bantal	A: Masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: intervensi di lanjutkan 1, 2, 4, 5, 6
		15.40	4. Penatalaksanaan therapy obat Melayani Mecobalamin 500 mg/IV Melayani Captopril 50 mg/p.o Melayani Amlodipin 10 mg/p.o Respon: klien menerima pemberian obat	
		15.50	5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada daerah sekitar klien. Respon: klien mengatakan nyaman tidak ada kebisingan yang mengganggu pendengarannya.	
Senin, 03 Juni 2024	2	15.25	1. Memonitoring frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon: TD: 177/133mmHg	S: Pasien mengatakan lemah, dan tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya
		15.30	2. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya	diarea tangan kiri dan kaki kiri

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Pertama

	<p>duduk dari tempat tidur, saat berabring dapat miring kanan dan miring kiri. Respon: Klien tampak tidak bisa duduk sendiri dan harus di bantu dan dipegangi saat duduk, pasien mengatakan bisa melakukan miring ke kiri dan tidak bisa melakukan miring ke kanan</p>	<p>O: Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakkan dan tangan kanan masih dapat digerakkan. Ekstremitas bawah kaki kiri tidak dapat digerakkan kaki kanan dapat bergerak.</p>				
15.32	<p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan metode ceramah Respon: Keluarga pasien mengerti maksud dan tujuan mobilisasi yang di gunakan.</p>	<p>Tonus Otot:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </table>	5	2	5	2
5	2					
5	2					
15.35	<p>4. Memfasilitas melakukan pergerakan yang dilakukan. Respon: pasien tampak tidak dapat menggerakkan kaki sebelah kiri dan tangan sebelah kiri dan pada sebelah kanan masih dapat bergerak.</p>	<p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p>				
15.40	<p>5. Menganjurkan pasien untuk membantu pergerakan dan Latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyokong/mengger akan daerah tubuh yang mengalami kelemahan Respon: pasien tampak melakukan gerakan yang dianjurkan oleh mahasiswa</p>	<p>P: Intervensi dilanjutkan 2, 3, 4, 6, 7,</p>				
15.55	<p>6. Membantu pasien untuk mengembangkan duduk (seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur, bantu untuk duduk disisi tempat tidur Respon: pasien tampak lemah dan tidak mampu untuk melakukan</p>					

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Pertama

		keseimbangan untuk duduk secara mandiri		
Senin, 03 Juni 2024	3	16.00	1. Mengkaji tipe/derajat disfungsi Respon: pasien bicara tidak jelas	18.30
		16.20	2. Meminta pasien untuk mengikuti perintah (seperti “buka mata “tunjukkan ke pintu”) Respon: pasien mampu untuk mengulangi perintah tetapi berbicara tidak jelas.	S: Pasien mengatakan lidah terasa tebal O: - pasien bicaranya tidak jelas
		17.20	3. Menganjurkan pasien untuk melambatkan tangan atau isyarat yang pasien bisa disaat pasien tidak bisa bicara. Respon: pasien tampak memahami	- mulut mencong ke kiri A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
		17.30	4. Memberikan dukungan kepada pasien untuk proses penyembuhan. Respon: memberi dukungan untuk pasien tetap bersemangat, pasien mengatakan semangat untuk melakukan proses penyembuhan	P: lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5
			5. Mengajarkan dan menganjurkan untuk senam lidah dan senam mulut Respon: pasien tampak melakukan dan mengikuti, pasien mengatakan lidah masih terasa tebal	
Senin, 03 Juni 2024	4	16.45	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Respon: selama dirumah sakit pasien hanya berbaring dikasur dan tidak melakukan aktivitasnya.	18.30
		16.55	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis) Respon: pasien mengatakan selama sakit merasa stress dan mengeluh sakit kepala, leher tegang.	S: pasien mengatakan sulit untuk tidur karena merasa sakit kepala leher tegang, pasien mengatakan tidak puas untuk tidur. O: - pasien tampak sering menguap
		17.05	3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis, kopi, Teh). Respon: selama sakit pasien tidak minum kopi dan the.	-pasien tampak mengantuk A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi
		17.15	4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi Respon: pasien tidak mengkonsumsi obat tidur	P: intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 5, 6

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Pertama

		17.20	5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit meningkatkan daya tahan tubuh pasien. Respon: pasien dan keluarga mengerti pentingnya tidur cukup selama sakit.	
Senin, 03 Juni 2024	5	16.44	1. Mengkaji alasan-alasan untuk mengkritik atau menyalahkan diri-sendiri Respon: klien mengatakan dirinya tidak berguna lagi, tidak bisa melakukan aktivitas seperti sehari-hari, tidak mampu mendapatkan penghasilan sendiri	16.30 S: klien mengatakan dirinya tidak berguna lagi, tidak bisa melakukan aktivitas seperti sehari-hari, tidak mampu mendapatkan penghasilan sendiri
		16.49	2. Mendorong pasien mengidentifikasi kekuatan dirinya Respon: mahasiswa mengatakan klien masih bisa melakukan Aktivitas secara mandiri, klien tampak tersenyum	O: Klien tampak murung A: Masalah perubahan citra tubuh belum teratasi
		16.50	3. Mengajarakan keterampilan bermain perilaku yang positif melalui diskusi. Respon: Mahasiswa mengajar berbicara dengan klien tentang hal-hal yang positif.	P: intervensi di lanjutkan 1, 2, 4
Senin, 03 Juni 2024	6	17.18	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: pasien dan keluarga siap untuk menerima informasi.	18:30 S: keluarga dan pasien mengatakan belum mengetahui mengenai penyakit stroke.
		17.25	2. Menjadwalkan untuk melakukan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Respon: pasien dan keluarga mau menerima untuk melakukan Pendidikan Kesehatan.	O: pasien dan keluarga tampak menyetujui untuk melakukan Pendidikan Kesehatan.
			3. Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Respon: keluarga pasien berpartisipasi	A: Masalah ketidakpatuhan untuk berobat belum teratasi
			4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon: keluarga pasien bertanya	P: Intervensi dilanjutkan

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Pertama

Rabu, 03 Juni 2024	7	16.05	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi Respon: pasien memiliki gejala konstipasi yaitu tidak BAB \pm 10 hari	18.30 S: pasien mengatakan masih belum BAB O: - tidak BAB \pm 10 hari
		16.15	2. Mendengar bising usus dan menyakan karakteristik feses Respon: bising usus klien 4x/menit pasien belum pernah BAB semenjak di RS	- Bising usus 4x/menit A: masalah konstipasi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1, 3, 4, 5,
		16.20	3. Menganjurkan pasien untuk banyak minum Respon: pasien mengikuti apa yang dianjurkan mahasiswa	6
		16.25	4. Mendorong aktivitas yang sesuai dengan kondisi fisik sesuai dengan kondisi pasien Respon: pasien mengikuti apa yang dianjurkan oleh mahasiswa	
		16.30	5. Menganjurkan pasien mengkonsumsi asupan serat Respon: pasien tampak mengkonsumsi makanan yang diberikan keluarga tetapi makannya sedikit.	
Rabu, 03 juni 2024	8	17.05	1. Mengidentifikasi status nutrisi Respon: pasien mengatakan tidak ada selera untuk makan. Makanan yang di makan 3-5 senduk	18.30 S: pasien mengatakan tidak ada selera untuk makan O: - porsi makan tidak dihabiskan
		17.15	2. Memonitor asupan makanan Respon: pasien mengatakan di rumah sakit pasien mengkonsumsi makan seperti bubur, sayuran hijau, telur ayam.	- Makan 3-5 senduk - Diet rendah garam dan rendah lemak
		17.20	3. Memonitor berat badan	A: Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Pertama

			Respon: pasien tidak bisa untuk melakukan pengukuran berat badan dikarenakan pasien mengalami kelumpuhan sebelah anggota badan	P: intervensi dilanjutkan 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8
	17.23	4.	Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu	
			Respon: pasien mengatakan mau dilakukan Tindakan oral hygiene	
	17.35	5.	Memberikan makann tinggi serat untuk mencegah konstipasi	
			Respon: keluarga pasien tampak memberikan makana tinggi serat untuk pasien	
	17.40	6.	Menganjurkan posisi duduk, jika perlu	
			Respon: pasien mengatakan kalau makan ingin pakai duduk saja	
		7.	Menganjurkan diet yang diprogram	
			Respon: pasien diet rendah garam dan diet rendah lemak	

b. Hari kedua

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 04 juni 2024	1	08.00	1. Memonitoring tanda dan gejala peningkatan TIK dengan cara dilakukan pada klien pengkajian dan pengukuran tanda-tanda vital. Respon: klien mengatakan masih merasa sakit kepala, leher tegang, tampak gelisah Tanda-tanda vital: TD: 170/100 MinHg N : 79xImt SPO ² : 96% S: 37,3 RR: 20xImt.	13.30 S: pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang. O: tampak meringis - Tampak gelisah - pasien tampak posisi semi flower
		09.00	2. Memberikan posisi semi flowless pada saat pasien terbaring dengan menggunakan 1 bantal besar. Respon: klien mengatakan	Tanda-tanda vita TD: 170/100MmHg N: 79xImt

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

			nyaman dengan posisi seperti ini. Kalien tampak menggunakan bantal.	SPO ² : 96%				
		09.30	2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang pada daerah sekitar klien. Respon: klien mengatakan nyaman tidak ada kebisingan yang mengganggu pendengarannya.	S: 37,3°C RR: 20xImt. A: masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1, 2, 4, 6				
		11.30	4. Berkolaborasi pemberian obat - Injeksi omeprazole 40 gr/1V - melayani captopril 50Mg (p.o) - melayani parasetamol 500Mg (p.o) Respon: klien menerima pemberian obat.					
Selasa, 04 juni 2024	2	08.00	1. Memonitoring frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Respon: TD: 177/133mmHg	13.30 S: pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya diarea tangan kiri kaki kiri O: Tampak ekstremitas atas tangan kiri terdapat kelemahan otot, eksremitas bawah kaki kiri tidak dapat bergerak, Tonus oto:				
		08.40	2. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misalnya duduk dari tempat tidur, saat berabring dapat miring kanan dan miring kiri. Respon: Klien tampak tidak bisa duduk sendiri dan harus di bantu dan dipegangi saat duduk, pasien mengatakan bisa melakukan miring ke kiri dan tidak bisa melakukan miring ke kanan	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">2</td> </tr> </tbody> </table>	5	2	5	2
5	2							
5	2							
		09.10	3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan metode ceramah Respon: Keluarga pasien mengerti maksud dan tujuan mobilisasi yang di gunakan.	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi				
		10.00	4. Memfasilitas melakukan pergerakan yang dilakukan. Respon: pasien tampak tidak dapat menggerakkan kaki sebelah kiri dan tangan sebelah kiri dan pada sebelah kanan masih	P: Intervensi dilanjutkan 2, 3, 4, 5, 6, 8				

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

			<p>dapat bergerak.</p> <p>10.05 5. Menganjurkan keluarga pasien untuk terus melakukan gerakan dirumah dengan Latihan meremas bola karet Respon: keluarga dan pasien tampak menerimanya</p> <p>6. Membantu pasien untuk mengembangkan duduk (seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur, bantu untuk duduk disisi tempat tidur Respon: pasien tampak lemah dan tidak mampu untuk melakukan keseimbangan untuk duduk secara mandiri</p>	
Selasa, 04 juni 2024	3	10.50	<p>1. Mengkaji tipe/derajat disfungsi Respon: pasien bicara tidak jelas</p> <p>2. Meminta pasien untuk mengikuti perintah (seperti “buka mata “tunjukkan ke pintu”) Respon: pasien mampu untuk mengulangi perintah tetapi berbicara tidak jelas.</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk melambatkan tangan atau isyarat yang pasien bisa disaat pasien tidak bisa bicara. Respon: pasien tampak memahami</p> <p>4. Memberikan dukungan kepada pasien untuk proses penyembuhan. Respon: memberi dukungan untuk pasien tetap bersemangat, pasien mengatakan semangat untuk melakukan proses penyembuhan</p> <p>5. Mengajarkan dan menganjurkan untuk senam lidah dan senam mulut Respon: pasien tampak melakukan dan mengikuti, pasien mengatakan lidah masih terasa tebal</p>	<p>18.30</p> <p>S: Pasien mengatakan lidah masih terasa tebal</p> <p>O: Pasien bicaranya tidak jelas</p> <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5</p>
Selasa, 04 juni 2024	4	11.00	<p>1. Memodifikasi lingkungan (suhu ruangan, kebisingan, tempat tidur dan pencahayaan ruangan) Respon: Mengatur suhu ruangan, memberikan pasien selimut, membatasi pengunjung, tempat tidur pasien rapi.</p>	<p>13.30</p> <p>S: Pasien mengatakan susah tidur, tidur tidak puas</p> <p>O: - Pasien tanmpak mengantuk</p>

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

		11.10	2. Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Respon: keluarga dan pasien paham yang dijelaskan perawat.	-Pasien tampak menguap A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi
		11.20	3. Menganjurkan pasien untuk beristirahat. Respon: pasien dan keluarga paham yang disampaikan perawat dan melaksanakannya.	P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4
		11.50	4. Melakukan prosedur dalam meningkatkan rasa kenyamanan dan mengatur posisi semi Fowler. Respon: pasien merasa nyaman saat dilakukan pengaturan posisi semi Fowler.	
Selasa, 04 juni 2024	5	13.10	1. Mengkaji alasan-alasan untuk mengkritik atau menyalahkan diri-sendiri Respon: klien mengatakan dirinya tidak berguna lagi, tidak bisa melakukan aktivitas seperti sehari-hari, tidak mampu mendapatkan penghasilan sendiri	13.30 S: klien mengatakan dirinya tidak berguna lagi, tidak bisa melakukan aktivitas seperti sehari-hari, tidak mampu mendapatkan penghasilan sendiri
		13.15	2. Mendorong pasien mengidentifikasi kekuatan dirinya Respon: mahasiswa mengatakan klien masih bisa melakukan Aktivitas secara mandiri Klien tampak tersenyum	O: klien tampak murung A: masalah perubahan citra tubuh belum teratasi
		13.20	3. Mengajarkan keterampilan bermain perilaku yang positif melalui diskusi Respon: Mahasiswa mengajar berbicara dengan klien tentang hal-hal yang positif.	P: intervensi dilanjutkan 1, 2, 3
Selasa,04 juni 2024	6	13.23	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: pasien dan keluarga siap untuk menerima informasi.	18:30 S: keluarga dan
		13.25	2. Menjadwalkan untuk melakukan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Respon: pasien dan keluarga mau menerima untuk melakukan Pendidikan Kesehatan 3. Menjadwalkan Pendidikan	pasien mengatakan belum mengetahui mengenai penyakit stroke. O: pasien dan keluarga tampak

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

			Kesehatan sesuai kesepakatan Respon: keluarga pasien berpartisipasi	menyetujui untuk melakukan Pendidikan Kesehatan.
			4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon: keluarga pasien bertanya	A: Masalah ketidakpatuhan untuk berobat belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4
Rabu, 04 juni 2024	7	08.40	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi Respon: pasien memiliki gejala konstipasi yaitu tidak BAB \pm 10 hari	13.30 S: pasien mengatakan masih belum BAB
		09.10	2. Mendengar bising usus dan menanyakan karakteristik feses Respon: bising usus klien 4x/menit pasien belum pernah BAB semenjak di RS	O: - tidak BAB \pm 10 hari - Bising usus 4x/menit
		09.15	3. Menganjurkan pasien untuk banyak minum Respon: pasien mengikuti apa yang dianjurkan mahasiswa	A: masalah konstipasi belum teratasi
		09.25	4. Mendorong aktivitas yang sesuai dengan kondisi fisik sesuai dengan kondisi pasien Respon: pasien mengikuti apa yang dianjurkan oleh mahasiswa	P: intervensi dilanjutkan
		09.35	5. Menganjurkan pasien mengkonsumsi asupan serat Respon: pasien tampak mengkonsumsi makanan yang diberikan keluarga tetapi makannya sedikit.	
Rabu, 04 juni 2024	8	09.15	1. Mengidentifikasi status nutrisi Respon: pasien mengatakan tidak ada selera untuk makan. Makanan yang di makan 3-5 senduk	13.30 S: pasien mengatakan tidak ada selera untuk makan
		10.20	2. Memonitor asupan makanan Respon: pasien mengatakan di rumah sakit pasien mengkonsumsi makan seperti bubur, sayuran hijau, telur ayam.	O: - porsi makan tidak dihabiskan
		10.45	3. Memonitor berat badan Respon: pasien tidak bisa untuk melakukan pengukuran berat badan dikarenakan pasien mengalami kelumpuhan sebelah anggota badan	- Makan 3-5 senduk - Diet rendah garam dan rendah lemak

Lanjutan Tabel 4.3 Implementasi Keperawatan Hari Kedua

10.50	4. Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Respon: pasien mengatakan mau dilakukan Tindakan oral hygiene	A: Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi
11.15	5. Memberikan makann tinggi serat untuk mencegah konstipasi Respon: keluarga pasien tampak memberikan makana tinggi serat untuk pasien	P: intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
11.20	6. Menganjurkan posisi duduk, jika perlu Respon: pasien mengatakan kalau makan ingin pakai duduk saja	
11.25	7. Menganjurkan diet yang diprogram Respon: pasien diet rendah garam dan diet rendah lemak	

c. Hari ketiga

Catatan Perkembangan

Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Evaluasi
Perfusi serebra tidak efektif	Rabu, 05 juni 2024	14.20 S: pasien mengatakan merasa sakit kepala berkurang, leher tegang, pusing. O: - Wajah klien tampak meringis berkurang - Tampak gelisah - Pasien posisi tampak semi flower. - Tanda-tanda vital TD: 171/113MmHg N: 96xImt RR: 20x lmt SPO ² : 97% S: 36° A: Masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: 08.00 Memonitoring tanda dan gejala peningkatan TIK

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

dengan cara dilakukan pengukuran tanda-tanda vital.
Respon: klien mengatakan masih merasa sakit kepala, leher tegang, klien tampak meringis.
Tanda-tanda vital:
TD: 171/113MmHg
N: 96xmt
RR:20xImt
SPO²: 97%
S: 36^oc

09.00 Memberikan posisi semi flower pada saat klien berbaring dengan menggunakan 1 bantal besar.
Respon: pasien menyatakan nyaman karena dengan posisi seperti ini klien posisi semi fowler.

09.30 Penatalaksanaan therapy
- Melayani Mecobalamin 500 mg/IV
- Melayani Captopril 50 mg/p. o
- Melayani Amlodipin 10 mg/p. o
Respon: pasien menerima pemberian obat.

E: Pasien mengeluh sakit kepala berkurang, leher tegang, pusing, wajah klien tampak meringis berkurang, tampak gelisa, TD:171/113 mmHg, masalah perfusi serebra tidak efektif belum teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

Gangguan mobilitas fisik Rabu, 05 Juni 2024

14.20

S: Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya diarea tangan kiridan kaki kiri.

O: Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakkan dan tangan kanan masih bisa digerakkan.

Tonus otot

5	2
5	2

A: Masalah belum teratasi

P: Intervensi dihentikan

I: 08.00 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Respon:

TD: 171/113MmHg

09.20 Mengajarkan dan Latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstremitas

Respon: Ekstremitas atas kiri tidak bisa melakukan gerakan tanpa bantuan. ekstremitas kanan dapat melakukan gerakkan ekstremitas bawah kiri tidak dapat melakukan kaki kanan dapat melakukan gerakan.

09.30 Mengajarkan mobilisasisecara sederhana yang harus dilakukan misalnya duduk dari tempat tidur, saat berbaring dapat miring kiri dan miring kanan.

Respon: pasien tidak dapat duduk sendiri tanpa

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

			<p>bantuan, pasien mengatakan tidak dapat melakukan miring kanan, hanya dapat miring kiri.</p> <p>09.40 Memfasilitas melakukan pergerakan yang dilakukan pasien. Respon: klien tampak tidak dapat menggerakkan kaki sebelah kiri dan tangan sebelah kiri dan pada sebelah kanan masih dapat bergerak.</p> <p>09.50 Mengajukan keluarga untuk melatih gerakan tangan dengan menggenggam balon. Respon: keluarga tampak menerimanya</p> <p>10.00 Membantu pasien untuk mengembangkan duduk (seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur, bantu untuk duduk disisi tempat tidur Respon: pasien tampak lemah dan tidak mampu untuk melakukan keseimbangan untuk duduk secara mandiri</p> <p>E: Pasien mengatakan tidak dapat mengerakan tubuhnya bagian kiri, pasien tampak lemah, pasien tampak mengalami kelumpuhan pada anggota badan bagian kiri, tonus otot</p>
			$\begin{array}{c c} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$ <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang.</p>
Gangguan komunikasi verbal	Rabu, 05 juni 2024	14.20	S: Pasien mengatakan masih terasa tebal lidahnya, tetapi merasa

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

- lebih baik dari sebelumnya.
- O: Pasien bicara masih tidak jelas
- A: Masalah belum teratasi
- P: Intervensi dilanjutkan oleh keluarga
- I: 09.00 Meminta pasien untuk secara Bersama-sama melakukan senam lidah dan senam mulut
Respon: pasien tampak melakukannya pasien mengatakan lidah masih terasa tebal.
- 09.20 Meminta pasien untuk melakukan senam lidah secara, berdiri
Respon: pasien melakukan senam lidah secara mandiri.
- 09.40 Menanyakan kepada pasien keadaan setelah diberikan Latihan senam lidah.
Respon: pasien mengatakan setelah melakukan senam lidah, pasien mengatakan lidah masih terasa tebal.
- 09.50 Mengajukan keluarga pasien untuk melakukan pijatan pada kedua pipi pasien pijatan dari depan ke belakang Lakukan secara rutin.
Respon: keluarga pasien tampak memahami dan tampak melakukan pijatan.
- E: Pasien mengatakan masih terasa tebal lidahnya, tetapi masih merasa lebih baik dari sebelumnya, pasien bicara masih tidak jelas, masalah belum gangguan komunikasi verbal belum teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang.
-

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

Gangguan pola tidur	Rabu,05 juni 2024	<p>14.20</p> <p>S: klien mengatakan tidurnya lebih nyenyak dari sebelumnya</p> <p>O: - Pasien tidak lagi tampak mengantuk - Pasien tidak sering menguap</p> <p>A: Masalah pola tidur Sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I: 10.00 Memodifikasi lingkungan (suhu ruangan, kebisingan, tempat tidur dan pencahayaan ruangan) Respon: Mengatur suhu ruangan, memberikan pasien selimut, membatasi pengunjung, tempat tidur pasien rapi.</p> <p>10.25 Mengajarkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Respon: keluarga dan pasien paham yang dijelaskan perawat.</p> <p>10.35 Mengajarkan pasien untuk beristirahat. Respon: pasien dan keluarga paham yang disampaikan perawat dan melaksanakannya.</p> <p>10.45 Melakukan prosedur dalam meningkatkan rasa kenyamanan dan mengatur posisi semi Fowler. Respon: pasien merasa nyaman saat</p> <p>E: Klien mengatakan tidurnya lebih nyenyak dari sebelumnya, Pasien tampak mengantuk berkurang, masalah pola tidur sebagian teratasi. Intervensi dihentikan pasien pulang</p>
Perubahan citra tubuh	Rabu, 05 juni 2024	<p>14.20</p> <p>S: Klien mengatakan tidak lagi merasa dirinya tidak berguna, tidak mampu melakukan aktivitas</p>

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		<p>seperti sehari-hari dan tidak mampu mendapatkan penghasilan sendiri</p> <p>O: klien terlihat seperti percaya diri</p> <p>A: Masalah perubahan citra tubuh teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I:12.25 Mengkaji alasan-alasan untuk mengkritik atau menyalahkan diri-sendiri</p> <p>Respon: klien mengatakan dirinya tidak berguna lagi, tidak bisa melakukan aktivitas seperti sehari-hari, tidak mampu mendapatkan penghasilan sendiri</p> <p>12.30 Mendorong pasien mengidentifikasi kekuatan dirinya</p> <p>Respon: mahasiswa mengatakan klien masih bisa melakukan Aktivitas secara mandiri Klien tampak tersenyum</p> <p>12.35 Mengajarkan keterampilan bermain perilaku yang positif melalui diskusi.</p> <p>Respon: Mahasiswa mengajar berbicara dengan klien tentang hal-hal yang positif</p> <p>E: klien mengatakan tidak lagi merasa dirinya tidak berguna, klien terlihat seperti percaya diri. Masalah perubahan citra tubuh teratasi. Intervensi dihentikan pasien pulang.</p>
Katidakpatuhan untuk berobat	Rabu,05 juni 2024	<p>14.20</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan sudah paham mengenai penyakit stroke</p> <p>O: - Keluarga klien tampak paham</p> <p>- Keluarga klien tampak menyimak Ketika sedang memberikan penkes</p> <p>A: Masalah ketidakpatuhan untuk</p>

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		berobat teratasi
		P: Intervensi dilanjutkan
		I: 12.00 Mengidentifikasi kesepian dan kemampuan informasi Respon: keluarga pasien siap mampu menerima informasi yang didapatkan.
		12.50 Menyediakan materi dan media pankes Respon: keluarga pasien melihat media yang telah diberikan.
		12.55 Menjadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Respon: keluarga pasien berpartisipasi
		12.57 Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon: keluarga pasien bertanya
		E: Keluarga pasien mengatakan sudah paham mengenai penyakit stroke, keluarga tampak paham. Masalah ketidakpatuhan untuk berobat teratasi. Intervensi dihentikan pasien pulang.
Konstipasi	Rabu,05 juni 2024	14.20 S: pasien mengatakan masih belum BAB O: - tidak BAB \pm 10 hari - Bising usus 4x/menit A: masalah konstipasi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan I: 12.50 Mengidentifikasi tanda dan gejala konstipasi Respon: pasien memiliki gejala konstipasi yaitu tidak BAB \pm 10 hari 10.15 Mendengar bising usus dan menyakan karakteristik feses Respon: bising usus klien 4x/menit pasien belum pernah BAB semenjak di RS 10.30 Menganjurkan pasien

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

		<p>untuk banyak minum Respon: pasien mengikuti apa yang dianjurkan mahasiswa</p> <p>10.40 Mendorong aktivitas yang sesuai dengan kondisi fisik sesuai dengan kondisi pasien Respon: pasien mengikuti apa yang dianjurkan oleh mahasiswa</p> <p>10.50 Menganjurkan pasien mengkonsumsi asupan serat Respon: pasien tampak mengkonsumsi makanan yang diberikan keluarga tetapi makannya sedikit.</p> <p>E: pasien mengatakan masih belum BAB, tidak BAB \pm 10 hari, Bising usus 4x/menit. Masalah konstipasi belum teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang.</p>
Resiko defisit nutrisi	Rabu, 05 juni 2024	<p>14.20 S: pasien mengatakan tidak ada selera untuk makan O: - porsi makan tidak dihabiskan - Makan 3-5 senduk - Diet rendah garam dan rendah lemak A: Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan I: 09.45 Mengidentifikasi status nutrisi Respon: pasien mengatakan tidak ada selera untuk makan. Makanan yang di makan 3-5 senduk</p> <p>10.35 Memonitor asupan makanan Respon: pasien mengatakan di rumah sakit</p>

Lanjutan Tabel 4.4 Catatan Perkembangan

	pasien mengkonsumsi makan seperti bubur, sayuran hijau, telur ayam.
10.40	Memonitor berat badan Respon: pasien tidak bisa untuk melakukan pengukuran berat badan dikarenakan pasien mengalami kelumpuhan sebelah anggota badan
10.50	Melakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Respon: pasien mengatakan mau dilakukan Tindakan oral hygiene
10.55	Memberikan makann tinggi serat untuk mencegah konstipasi Respon: keluarga pasien tampak memberikan makana tinggi serat untuk pasien
11.05	Menganjurkan posisi duduk, jika perlu Respon: pasien mengatakan kalau makan ingin pakai duduk saja
11.10	Menganjurkan diet yang diprogram Respon: pasien diet rendah garam dan diet rendah lemak
	E: pasien mengatakan tidak ada selera untuk makan, porsi makan tidak dihabiskan, makan 3-5 senduk, diet rendah garam dan rendah lemak. Masalah risiko defisit nutrisi belum teratasi. Intervensi dihentikan pasien pulang.

B. Pembahasan

Menurut Hamriani, H, (2021), dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan,

menyusun perencanaan, implementasi dan evaluasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pasien penderita Stroke Non Hemoragik cara bagaimana memberi nutrisi dan gaya hidup sehat, melakukan Latihan ROM aktif maupun pasif, bantu dalam aktivitas menjadi pasien yang mandiri, ajak bicara, dan Latihan untuk keluarga bagaimana perawatan pasien saat di rumah.

Pada tanggal 03 Juni 2024 penulis melakukan tahap awal dari proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan untuk mengumpulkan data agar penulis dapat menegakan permasalahan keperawatan yang ada (Tampubolon, K. N, 2020). Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. I. A ditemukan pasien mengatakan lemah, pusing, sakit kepala, leher tegang tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas apapun, lidah terasa tebal. Hal ini sesuai dengan teori (Helty, 2023). Pada teori manifestasi klinis Menurut (Helty 2023) kasus Ny. I. A Stroke terdiri dari kelumpuhan (paralisis) total pada 1 sisi tubuh, pusing, kebingungan, kesulitan memahami apa yang dikatakan orang lain, masalah dengan keseimbangan dan koordinasi, kesulitan menelan (disfagia), sakit kepala yang tiba-tiba dan sangat parah mengakibatkan rasa sakit yang membuat tidak seperti yang dialami sebelumnya, sulit menggerakkan ekstremitas kiri, terasa kaku, kesulitan berbicara, lidah pelo, mengalami penurunan kekutan otot, TD: 190/111 mmHg, dan yang tidak ditemukan di teori namun ada dikasus yaitu pasien mengatakan susah tidur, pasien merasa stress, 10 hari tidak BAB (konstipasi). Dalam hal ada kesenjangan antara teori dan kasus yang di temukan pada Ny. I. A.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.I. A maka dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang muncul pada Stroke Non Hemoragik menurut (PPNI,2017) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, TD: 190/111 mmHg. Stroke Non Hemoragik mengakibatkan beberapa masalah salah satunya perfusi serebral tidak efektif yang ditandai dengan nyeri kepala, pusing dan peningkatan tekanan darah (Nur'aeni Y R, 2017). Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan yang neuromuskuler ditandai dengan pasien mengatakan lemah tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas apapun kelumpuhan anggota badan sebelah kiri, dan mengalami penurunan kekuatan otot. Diagnosa ini muncul karena pasien mengalami kelemahan dan kelumpuhan di salah satu anggota badan (Helty, 2023). Diagnosa tiga gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi cerebral ditandai dengan pasien mengatakan lidah terasa tebal, bicara tidak jelas, mulut mencong ke kiri. Diagnosa empat gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan pasien mengatakan susah tidur, sering terbangun atau sering terjaga, pasien tampak mengantuk, pasien tampak menguap. Diagnosa lima perubahan citra tubuh berhubungan dengan perubahan biofisik ditandai dengan pasien mengatakan stress karena tidak bisa melakukan aktivitas lagi, merasa minder merasa diri tidak berguna, dan tidak bisa mendapatkan penghasilan sendiri, pasien

tampak murung. Diagnosa kepatuhan untuk berubah berhubungan dengan kurang defisit pengetahuan ditandai dengan pasien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit stroke dan pasien jarang mengontrol kesehatan di fasilitas Kesehatan, data objektifnya pasien dan keluarga tidak bisa menjelaskan tentang penyakit yang diderita. Konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal ditandai dengan, data subyektif pasien mengatakan semenjak masuk rumah sakit tidak BAB ± 10 hari, data objektif peristaltik usus lemah 4x/menit. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (mis. keengganan untuk makan) ditandai dengan, data subyektif pasien mengatakan tidak memiliki selera untuk makan, porsi makan tidak dihabiskan, data objektif makan porsi tidak dihabiskan, porsi makan dihabiskan 3-5 sendok. Berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan pada pengkajian Ny. I. A ditemukan diteori dan ditemukan dikasus ada 5 diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, gangguan pola tidur, harga diri rendah, defisit pengetahuan. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukasno, A T (2021) Dimana berdasarkan analisis data dapat ditegakan masalah keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, gangguan pola tidur, harga diri rendah, defisit pengetahuan. Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. I. A namun tidak ditemukan diteori ialah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur yang di tandai dengan data subyektif pasien mengatakan susah tidur, sering terbangun atau sering terjaga, data objektif

pasien tampak mengantuk, pasien tampak menguap. Perbedaan dalam teori dan kasus ini dikarenakan setiap penderita akan menunjukkan gejala yang berbeda sesuai dengan lamanya menderita sakit, dan bagaimana penanganan dan pengobatannya sehingga masing-masing orang menunjukkan gejala yang sedikit berbeda.

Pada tahap ketiga dari proses keperawatan adalah menentukan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak mengalami perubahan pada tinjauan kasus yaitu perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, perubahan citra tubuh berhubungan dengan perubahan biofisik, ketidakpatuhan untuk berobat berhubungan dengan defisit pengetahuan, intervensi yang tidak ada pada teori namun ada pada kasus yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, konstipasi berhubungan dengan Penurunan motilitas gastrointestinal, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (mis. keengganan untuk makan) dikarenakan setiap penderita akan menunjukkan gejala yang berbeda sesuai dengan lamanya menderita sakit, dan bagaimana penanganan dan pengobatannya.

Semua Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan. pelaksanaan Tindakan keperawatan pada Ny. I. A dapat dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas Kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang direncanakan dapat

dilaksanakan dengan baik.

Menurut Tampubolon, K. N, (2020), evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan selama tiga hari. Sehingga ada beberapa intervensi yang harus dilakukan oleh keluarga. Pada kasus Ny. I. A dapat dievaluasi bahwa dua diagnosa masalah teratasi, satu diagnosa masalah teratasi sebagian, lima diagnosa masalah belum teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik (SNH) pada Ny. I.A di RSUD Ende pada tanggal 03-05 juni 2024, kemudian membandingkan antara teori dan tinjauan kasus dapat disimpulkan. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 03 Juni 2024 didapatkan hasil pasien mengatakan lemah, pusing, sakit kepala, leher tegang tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas apapun, lidah terasa tebal, pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu jarang berobat dan tidak mengkonsumsi obat, pasien mengatakan tidak BAB \pm 10 hari, pasien mengatak tidak ada selera untuk makan, pasien merasa minder, pasien tampak gelisah, merasa stres, merasa dirinya tidak berguna pasien mengatakan susah tidur, tidak puas tidur, sering terbangun atau sering terjaga, pasien tampak lemah, mengalami kelumpuhan pada anggota badan sebelah kiri, bicara tidak jelas, pasien tampak gelisa, mencong ke kiri, wajah tampak meringis, tampak menguap, tampak mengantuk, tampak pucat, ADL dibantu, tanda tanda vital TD: 190/111mmHg, Kekuatan otot:

5	2
5	2

Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada pasien Ny. I. A ada delapan diagnosa yaitu, perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan

peningkatan tekanan darah, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, harga diri rendah berhubungan dengan perubahan biofisik, kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, konstipasi berhubungan dengan Penurunan mortalitas gastrointestinal, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (mis. keengganan untuk makan).

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga bekerja sama dengan penulis, dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sesuai dengan Intervensi yang sudah direncanakan.

Evaluasi yang didapatkan setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 3-5 Juni 2024 yaitu, ketidakpatuhan untuk berobat dan defisit pengetahuan masalah teratasi, Gangguan pola tidur masalah sebagian teratasi, Perfusi serebral tidak efektif, Gangguan mobilitas fisik, Gangguan komunikasi verbal, Konstipasi, Resiko defisit nutrisi masalah belum teratasi.

B. Saran

Dengan dilakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH) yang telah penulis lakukan. Saran yang dapat diberikan yaitu:

1. Bagi peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang Stroke Non Hemoragik dan prosedur penanganan yang efektif dengan melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik dan juga diharapkan perawat dalam melakukan Asuhan Keperawatan khususnya institusi Pendidikan pada klien Stroke Non Hemoragik untuk lebih mengedepankan Asuhan Keperawatan dengan pemantauan lebih intensif.

3. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktik dan pembuatan Asuhan Keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, I.M., & Adityasto, I.T. (2019). 'Studi Kasus Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Citra Tubuh di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X. In Prosiding University Research Colloquium (pp. 171-176). [Http://Ppnijateng.Org/Wp-Content/ Uploads/ 2014/09/5.- Studi-Fenomenologi-Pengalaman-Perubahan-Citra-Tubuh-Pada-Klien-Kelemahan-Pasca-Stroke.Pdf](http://ppnijateng.org/Wp-Content/Uploads/2014/09/5.-Studi-Fenomenologi-Pengalaman-Perubahan-Citra-Tubuh-Pada-Klien-Kelemahan-Pasca-Stroke.Pdf) [Diakses 27 Mei 2023]
- Dinkes Kabupaten Ende. Profil Kesehatan Penyakit Stroke Kabupaten Ende. Ende: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- Dewi, L., Astrid, M., & Supardi, S. (2020). Analisis Pengaruh Latihan Rentang Gerak Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Dan Aktifitas Perawatan Diri Pasien Stroke Di RSUD Kota Depok. *Edu Dharma Journal: jurnal penelitian dan pengabdian masyarakat*, 4(2),13: 28 <http://openjournal.wdh.ac.id/index.php/edudharma/article/view/52> [Diakses 8 Maret 2023]
- Doenges, Marilyn E. ddk.2000. *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi III. Alih Bahasa: I Made Kriasa. EGC. Jakarta
- Haryati, Dwi, Nuniek Nizmah Fajriyah, and Firman Faradisi. "Literature Review: Pengaruh Latihan Rom (Range Of Motion) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke." *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan*. Vol. 1. 2021.
- Helty. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jawa Tengah: PT Nasya Expanding Management
- Hidayat, F., Gamayani, U., Wibisono, Y., Berliana, S., & Rakhma, T. (2022). Perbandingan Luaran Klinis pada Pasien Stroke Iskemik Fase Akut dengan Satu atau lebih Faktor Risiko. *jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 11 (1), 7-14. <http://inasnacc.org/ojs2/index.php/jni/article/view/345> [Diakses 8 Maret 2023]
- Hamriani, H. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. "P" Dengan Stroke Non Hemoragik* (Doctoral dissertation, STIKES WIRA HUSADA).
- Kemendes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kurniajati, S., Paradi, I., Luchas, R., Ndaru, P., & Kristiani, Y. (n.d.) 2022. Peningkatan kemampuan deteksi dini faktor resiko stroke melalui pendidikan kesehatan metode pelatihan improving the ability of early

detection of stroke risk factors through health education with training methods. 122–134. <https://jurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/615> [Diakses 9 Maret 2023]

Kariasa, I. M. (2022). *Antisipasi Serangan Stroke Berulang*. Jawa Tengah: PT. Nasy

Loveta, A., Suka, G., Kasih, L. C., Safuni, N., Program, M., Profesi, S., Keperawatan, F., Syiah, U., Keilmuan, B., Medikal, K., Keperawatan, F., & Syiah, U. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Saraf Pria: Suatu Studi Kaus Nursing Care For Patients With Ischemic Stroke In The Men' s Nervous Room: I*, 141–147. [Diakses 9 Maret 2023]

Lennon, O., Blake, C., Booth, J., Pollock, A., & Lawrence, M. (2018). Interventions For behaviour change and self-management in stroke secondary prevention: protocol for an overview of reviews. *Systematic*, 7 (1), 1-9, <https://doi.org/10.1186/13643-018-1>.

Nur'aeni Yuliatum Rini, 2017, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah ketidakefektifan Perfusi Serebral Di Ruang Kenanga RSUD Dr. Soedirman Kebumen, Program Studi D III Akademik Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong*

Pratama. (2021). Pengaruh Pemberian Dual Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Kasus Stroke Iskemik. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 3(2), 32–40. <https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?article=1074&context=jsht> [Diakses 1 April 2023]

Profil Rumah Sakit Umum Ende. (2022/2023).

Tampubolon, K. N. (2020). *Tahap-Tahap Proses Keperawatan Dalam Pengoptimalan Asuhan Keperawatan*.

Rahmawati, M. F., Hanif, A., & Rakhma, T. (2022). *Kelainan Vakular Intrakarnial pada Perempuan 49 Tahun dengan Suspek Dural Arteriovenosa Fistula (DAVF): Laporan Kasus. Proceeding Book Call for Papers Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta, 554-559. diambil 4 juni 2023. https://proceedings.ums.ac.id/index.php/kedokteran/article/view/2146* [Diakses 1 Juni 2023]

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI*

- Saraswati, D, R. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1),81–86.<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1001> [Diakses 6 April 2023]
- SDKI DPP PPNI, 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.
- SIKI DPP PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesiaku.Jakarta: DPP PPNI
- SLKI DPP PPNI, 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.
- Sari, R. H. (2021). Keperawatan Medikal Bedah 2. Yogyakarta: pustaka baru press
- Sukasno, Anniza Tasya (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y Dengan Stroke Non Hemoragik Di Rsud Panembahan Senopati Bantul. Phd Thesis. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Tarwoto, 2013. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta: Salemba medikal*
- Yıldırım, S. (2018). peningkatan kekuatan motorik pasien stroke non hemoragik (Issue 21).

LAMPIRAN 1



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



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

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I. A DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Juni 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. I. A
Umur : 49 Tahun
Jenis Klemain : Perempuan
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Penunun
Agama : Islam
Alamat : Pulau Ende
Dx Medik : Stroke Non Hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A.P
Umur : 50 tahun
Hubungan dengan pasien : Suami
Alamat : Pulau Ende.

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Klien mengatakan sakit dibagian kepala, tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan atau hemiparase sinistra

2) Riwayat keluhan utama

Klien mengatakan sakit dibagian kepala, pusing, leher terasa tegang, lemah, tangan kiri dan kaki kiri terasa kram.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan pada tanggal 23 Mei 2024, sekitar pukul 22.30 wita, pasien sementara joget tiba-tiba merasa pusing, sakit kepala, leher tegang, mual, lemah, bicara tidak jelas, lidah terasa tebal, kaki kiri dan tangan kiri terasa kram pasien langsung diantar ke Puskesmas Ahmad Yani, dan pasien dirujuk dari Puskesmas ke

RSUD Ende pada tanggal 25 Mei 2024 dengan keluhan kesadaran menurun, sakit dibagian kepala, leher terasa tegang, pusing, mulut mencong, bicara tidak jelas, kaki kiri dan tangan kiri terasa kaku tidak bisa digerakkan.

- b. Status Kesehatan masa lalu
 - 1) Riwayat penyakit dahulu
Pasien mengatakan 5 tahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit Hipertensi
 - 2) Pernah di Rawat
Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di Rumah Sakit maupun di Puskesmas
 - 3) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol)
Pasien mengatakan tidak merokok tidak juga mengkonsumsi alkohol tetapi pasien hanya minum kopi setiap hari pada waktu pagi hari
 - c. Riwayat penyakit keluarga
Klien mengatakan keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi, DM
3. Pola Kebutuhan Dasar
- a. Pola Presepsi dan Manajemen Kesehatan
Klien dan keluarga mengatakan klien jarang mengontrol Kesehatan di Puskesmas maupun di Rumah Sakit atau fasilitas Kesehatan lainnya. Obat yang diberikan dari Puskesmas klien tidak dikonsumsi. Klien dan keluarga mengatakan kurang mengerti tentang penyakit Stroke, klien dan keluarga tidak mampu menjelaskan penyakit Stroke.
 - b. Pola Nutrisi dan Metabolik
Sebelum sakit klien mengatakan pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari porsi makan 1 piring dihabiskan, jenis makanan klien adalah nasi, ubi, ikan, tahu, tempe, telur ayam, dan sayur-sayuran. Pasien mengatakan suka makan sayur yang tumis dan sayur yang santan, dan keluarga pasien mengatakan pasien suka masak yang asin-asin dan pasien tidak pernah makan jenis daging apapun. Dan klien biasa minum air putih dalam sehari \pm 1.400cc dan mengkonsumsi minum kopi setiap hari di waktu pagi hari.
Saat ini: Pasien mengatakan makan 3x dalam sehari porsi makan tidak dihabiskan karena klien tidak memiliki selera untuk makan jenis makanan yang dikonsumsi klien adalah bubur, sayur, ikan tahu tempe telur ayam, daging-daging tidak dimakan klien biasa Minum saat sakit pasien tidak lagi mengkonsumsi kopi pasien hanya minum air putih dalam sehari kurang lebih 1.600 cc.
Diet saat sakit: diet rendah garam dan rendah lemak.
 - c. Pola Eliminasi
Sebelum sakit: klien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan lainnya BAB terakhir pada tanggal 23 Mei 2024. Klien biasa BAK 5-6 kali dalam sehari warna kuning tidak ada keluhan.

Saat ini klien mengatakan semenjak sakit tidak pernah BAB, klien mengatakan BAK 6-7 kali dalam sehari warna kuning baunya sedikit menyengat dengan menggunakan alat bantu keteter.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan untuk makan, minum, berpakaian, berpindah dibantu oleh keluarga, untuk toileting di bantu oleh alat kateter dan pempers. Sebelum ini klien biasanya berkebun, pergi menjual nasi bungkus, dan bertenun. Saat sakit klien tidak bisa melakukan Latihan klien hanya berbaring diatas tempat tidur.

e. Pola Kognitif dan Presepsi

Sebelum sakit klien mengatakan kemampuan ingatan baik, pengelihan berkurang klien menggunakan kaca mata, dan pengecap rasa normal. Saat ini kemampuan ingatan klien masih baik klien mampu menjawab pertanyaan oleh perawat, pengelihan berkurang, pendengaran sedikit berkurang, dan pengecap rasa berubah merasa pahit.

f. Pola Tidur dan Istrahat

Sebelum sakit klien mengatakan tidur \pm 8 jam malam tidur dari pukul 21.00 wita dan bangun biasanya jam 05.00, klien jarang untuk tidur siang, kebiasaan klien malam sebelum tidur menonton tv.

Saat ini klien mengatakan jam tidur tidak menentu, klien merasa terganggu saat tidur, klien merasa sakit kepala, leher tegang, klien sering terbangun atau sering terjaga.

g. Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga baik-baik saja, dengan orang-orang sekitar juga baik

h. Pola Toleransi Stress Koping

Klien mengatakan stress karena tidak mampu lagi untuk melakukan aktivitas seperti sehari-hari, klien merasa minder, klien hanya berbaring saja, klien merasa dirinya tidak berguna, dan tidak mampu lagi untuk mendapatkan penghasilan sendiri.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : composmentis

GCS: 13 Verbal: 4 Motorik:6. Eye: 3

b. Tanda-tanda vital

TD : 190/111 mmHg

S : 36.2°c

N : 79 x/menit

SPO₂ : 98%

RR : 20x/menit

c. Kepala

Inspeksi: Kepala tampak kotor,

Palapsi: Tidak ada nyeri tekan

d. Wajah

Inspeksi : Wajah tidak simetris mulut mencong ke kiri,

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

- e. Leher
 - Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan
- f. Mata: Penglihatan berkurang (saat dirumah pasien menggunakan kacamata), tidak ada gangguan dalam mengangkat bola mata dan memutar bola mata.
- g. Dada
 - Inspeksi : Bentuk simetris, pergerakan dada kiri dan kanan sama, tidak ada penggunaan alat bantu nafas, tidak ada pembengkakan, Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - Auskultasi : Tidak terdengar bunyi nafas tambahan.
- h. Abdomen :
 - Inspeksi : Bentuk simetris
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan,
 - Auskultasi : Bising usus lemah 4 x/menit
- i. Ekstremitas (atas dan bawah)
 - Inspeksi: Tangan sebelah kiri tidak bisa digerakkan,
 - Palpasi: Tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas kiri
 - kekuatan otot:
 - Tangan kiri nilai : 2
 - Kaki kiri nilai : 2
 - Tangan kanan nilai : 5
 - Kaki karena nilai : 5



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Karolina Mbupu
 NIM : PO. 5303202210014
 Nama Pembimbing : Dr. Sisilla Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc
 Nama penguji : Maria Salestina Sekunda, SST, Ns, M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Rabu, 08 Mei 2024	BAB I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki ditujuan umum dan tujuan khusus 2. Tambahkan dibagian manfaat 3. Perbaiki dibagian pathway 4. Perbaiki dibagian pemeriksaan fisik (neuronsensori) 5. Lengkapi dibagian intervensi 6. Perbaiki pengetikan dibagian diagnosa keperawatan 	

2.	selasa, 8 Juli 2024	BAB II	ACC, lanjut ambil pasien di RSUD	
3.	Kamis, 11 Juli 2024	COVER sampai BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki dibagian cover 2. Perbaiki kata pengantar 3. Perbaiki daftar isi 4. Perbaiki pengetikan dan penulisan dilatar belakang 5. Perbaiki dibagian BAB III dan IV 	
4.	Kamis, 01 Agustus 2024	BAB I-IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki spasi dibagian latar belakang 2. Perbaiki pengetikan dibagian rumusan masalah 3. Perbaiki pengetikan dibagian intervensi dan implementasi 	
5.	Rabu, 07 Agustus 2024	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan Lampiran dan draf artikel 2. ACC 	

Mengetahui

**Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep, Ns, M.Sc.
NIP. 197401132002122001



LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Karolina Mbupu
NIM : PO. 5303202210014
Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., M.Sc
Nama pengaji : Maria Salestina Sekurda, SST, Ns, M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Senin, 07 September 2023	Konsul judul proposal	1. Cari dan lengkapi masalah-masalah atau kasus di provinsi dan kabupaten	
2	Selasa, 07 November 2023	BAB I	1. Lengkapi data-data di kabupaten 2. Lengkapi di latar belakang 3. Lanjutkan Bab II	
3.	Rabu, 14 November 2023	BAB I dan II	1. Lengkapi dengan refrensinya 2. Tambahakan pathway 3. Perbaiki cara pengetikan 4. Tambahakan sumbernya 5. Lanjutkan Bab III	

4.	Selasa, 27 November 2023	BAB I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki cara pengetikan di daftar Pustaka 2. Perbaiki cara pengetikan di Bab II dan III 3. Lengkapi dari kata pengantar sampai daftar Pustaka 	↓
5.	Senin, 27 November 2023	BAB II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan refrensi 2. Perbaiki cara pengetikan di Bab II 3. Perbaiki cara pengetikan dibagian refrensi 	↓
6.	Jumad, 02 Februari 2024	BAB I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan dibagian cover (spasi) 2. Perbaiki pengetikan di bagian kata pengantar, Bab I, II dan III 3. Perbaiki penyusunan di bagian BAB I 4. Perbaiki dibagian rumusan masalah dan tujuan khusus 5. Tambahkan dibagian penatalaksanaan 6. Perbaiki dibagian Analisa data 7. Perbaiki pengetikan dibagian daftar Pustaka 	↓

4.	Selasa, 27 November 2023	BAB I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki cara pengetikan di daftar Pustaka 2. Perbaiki cara pengetikan di Bab II dan III 3. Lengkapi dari kata pengantar sampai daftar Pustaka 	+
5.	Senin, 27 November 2023	BAB II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan refrensi 2. Perbaiki cara pengetikan di Bab II 3. Perbaiki cara pengetikan dibagian refrensi 	+
6.	Jumad, 02 Februari 2024	BAB I, II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan dibagian cover (spasi) 2. Perbaiki pengetikan di bagian kata pengantar, Bab I, II dan III 3. Perbaiki penyusunan di bagian BAB I 4. Perbaiki dibagian rumusan masalah dan tujuan khusus 5. Tambahkan dibagian penatalaksanaan 6. Perbaiki dibagian Analisa data 7. Perbaiki pengetikan dibagian daftar Pustaka 	+

10.	Kamis, 05 Juni 2024	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki dipola nutrisi 2. Tambahkan data objektif dianalisa data, klasifikasi data dan nilai kekuatan otot 3. Penatalaksanaan terapi tambahkan nama obat untuk perfusi serebral 4. Lanjutkan ketik 	↓
11.	Selasa, 11 Juni 2024	BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tabel Analisa data 2. Perbaiki pengetikan spasi dan ukuran huruf didalam tabel 3. Perbaiki pengetikan diintervensi, dan implementasi 4. Lanjutkan konsul dari BAB I, II, III, IV, V 	↓
12.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB I, II, III, IV, V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki dipengetikan di bagian evaluasi 2. Hapus garis dilanjutan tabel 3. Tambahkan catatan perkembangan (SOAPIE) 4. Perbaiki pengetikan pembahasan 5. Perbaiki didaftar Pustaka 6. 	↓

LAMPIRAN 4

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII 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 Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/ pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/ Ibu/ Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Namun dari 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: 081278238082

Ende, 03 Juni 2024
Peneliti



Karolina Mbupu
Nim: PO5303202210014

INFORMED CONSET
(Persetujuan menjadi Partisipan)

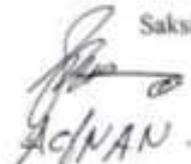
Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh :

KAROLINA MBUPU dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK

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

Ende, 3 Juni 2024

Saksi


ACHNAN.

Yang memberikan Persetujuan


ISMI YANTI ALI

Peneliti,


KAROLINA MBUPU
PO. 5303202210014

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama	:	Karolina Mbupu
Tempat/ Tanggal Lahir	:	Witu, 02 januari 2001
Alamat	:	Witu
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Katolik
Nama Ayah	:	Marselinus Satu
Nama Ibu	:	Elisabeth Go'o

B. Riwayat Pendidikan

SD Impres Witu	:	2007-2013
SMPN Satap 1 Keo Tengah	:	2013-2016
SMAN 2 Keo Tengah	:	2016-2019
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, Program Studi DIII Keperawatan Ende	:	2021-2024

Motto

"Setiap langkah kecil adalah bagian dari perjalanan besar menuju impian "