

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. N.T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI PUSKESMAS ONEKORE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

**ANASTASIA NOVELIA GOA
NIM: PO530320218003**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. N.T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI PUSKESMAS ONEKORE
KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende**



OLEH :

**ANASTASIA NOVELIA GOA
NIM :PO530320218003**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2021**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anastasia Novelia Goa
NIM : PO. 53032018003
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. N.T Dengan
Diagnosa Medis Stroke non hemoragik di
Puskesmas Onekore.

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

**Ende, Agustus 2021
Yang Membuat Pernyataan**



**Anastasi Novelia Goa
NIM. PO.530320218003**

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

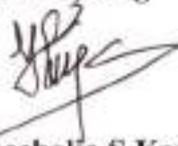
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. N.T
DENGAN DIAGNOSA STROKE NON HEMORAGIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ONEKORE**

OLEH:

ANASTASIA NOVELIA GOA
NIM.PO.530320218003

**Hasil Studi Kasus Ini Telah Diperiksa Dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan
Ende, September 2021**

Pembimbing



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 19690409 198903 2 002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn.N. T
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI PUSKESMA ONEKORE**

OLEH:

ANASTASI NOVELIA GOA
NIM. PO530320218003

**Hasil Studi Kasus Ini Telah Dujikan Dan Dipertanggung jawabkan
Pada September 2021**

Penguji

Ketua



Martina Bedho, SST., M Kes
NIP. 19600627 198503 2 001

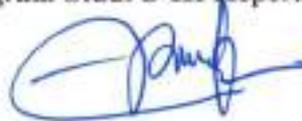
Anggota



Yustina P. M. Paschalta, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19690409 198903 2 002

Disahkan Oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. N.T Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik”** dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari campur tangan berbagai pihak, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai tepat waktunya. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Ragu Harming Kristina, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Sp.Kes.Kom selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Arkadius Domingo, Amd.Kep, selaku kepala puskesmas Onekore yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian di wilayahnya.
4. Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.Ns., M.Kes selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Martina Bedho, S.ST., M.Kes selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

6. Kepada semua pihak yang tidak dapat di sebutkan namanya satu persatu dalam membantu penulisan menyelesaikan Karya Tulis ilmiah ini. Semoga mendapatkan pahala dari Tuhan yang Maha Esa.
7. Kedua orang tua tercinta dan seluruh keluarga atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan karya Tulis Ilmiah ini.
8. Tn.N.T dan keluarga klien yang telah bersedia untuk di wawancara dan memberikan informasi terkait dengan topik yang di bahas yaitu Stroke Non Hemoragik.

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

Ende, September 2021

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Program Studi DIII Keperawatan Ende
Juni, 2021

Asuhan Keperawatan Pada Tn. N. T Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Onekore

Anastasia novelia Goa⁽¹⁾

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes⁽²⁾

Stroke adalah masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat saat ini stroke menjadi masalah serius yang dihadapi seluruh dunia. Hal ini dikarenakan stroke penyebab kematian ketiga terbanyak setelah kematian korone dan kanker. Stroke merupakan suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan perdarahan darah diotak yang menyebabkan terjadi kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

Tujuan melaksanakan Asuhan keperawatan pada Tn. N.T. dengan diagnosa medis Stroke non hemoragik melalui pendekatan proses keperawatan di Wilayah Kerja Puskesmas Onekore.

Metode penulisan studi kasus meliputi observasi, wawancara, konsultasi, kepustakaan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Subjek yang digunakan pada studi kasus ini adalah individu dengan masalah keperawatan komprehensif dan holistik yaitu dengan diagnosa medis stroke non hemoragik. Data yang diperoleh berupa hasil pengukuran, observasi dan pemeriksaan fisik. Instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuan Keperawatan. Sumber data yang dikumpulkan langsung dari responden dan Analisa data dilakukan dengan cara deskriptif.

Hasil studi kasus pada Tn. N.T. ditemukan kaki tangan klien sebelah kiri kaku, susah berbicara, lemas, dan semua aktifitas klien dibantu oleh keluarganya kesadaran Composmeti tidak ada bunyi nafas tambahan, klien dan keluarga tahu penyakitnya, pernafasan teratur,. TTV :TD : 120/ 90, S : 36, C, N : 78 X / mnt, RR: 20 X / menit, Diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal. Semua intervensi telah dilaksanakan berkat kerja sama klien dan keluarga.

Berdasarkan hasil studi kasus tersebut maka penulis menyimpulkan bahwa tindakan yang dilakukan semuanya tercapai. Usul saran untuk klien agar tetap latihan ROM aktif setiap hari. Disarankan Untuk keluarga klien agar tetap mendampingi dan latihan klien dalam melakukan ROM pasif sehingga tangan dan kaki klien tidak terasa kaku

Pustaka : 12 buah (2000-2011- 2013- 2015- 2016- 2018)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Strok Non Hemoragik

Keterangan : (1) Program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Health Polytechnic of Kupang Ministry of
Health
Ende . Nursing DIII Study Program
June, 2021

Nursing Care At Mr. N.T With Medical Diagnosis Non-Hemorrhagic Stroke in the Work Area of Onekore Health Center

Anastasia novelia Goa⁽¹⁾
Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes⁽²⁾

Stroke is a major health problem for society today, stroke is a serious problem faced by the whole world. This is because stroke is the third most common cause of death after coronary and cancer deaths. Stroke is a condition that arises due to a bleeding disorder in the brain that causes brain tissue death, resulting in a person suffering from paralysis or death. The purpose of carrying out nursing care for Mr. N.T. with a medical diagnosis of non-hemorrhagic stroke through a nursing process approach in the Onekore Health Center Work Area.

The method of case study writing includes observation, interviews, consultation, literature, nursing diagnoses, nursing interventions, implementation and evaluation of nursing. The subject of the case study was conducted on 22-25 June 2021 in the Onekore Health Center work area. The data obtained in the form of the results of measurements, observations and physical examinations. The data collection instrument used the nursing care assessment format. Sources of data were collected directly from respondents and data analysis was carried out in a descriptive way, namely carrying out nursing care after that put forward existing factors which were then linked and compared with existing theories which were poured into discussion opinions.

The results of the case study on Mr. N.T. found that the client's left accomplice was stiff, difficult to speak, weak, and all client activities were assisted by his family. Composmeti awareness there were no additional breath sounds, the client and family knew the illness, regular breathing. TTV : TD : 120/90, S : 36.0 C, N : 78 X / min, RR: 20 X / min. Nursing diagnoses are physical mobility disorders, verbal communication disorders. All interventions have been implemented thanks to the cooperation of the client and family.

In conclusion, based on the results of the case study, the authors conclude that the actions taken were all achieved. Suggestions for families are expected to follow all recommendations from health workers properly in order to prevent more severe complications.

Libraries: 12 pieces (1999 – 2011- 2013- 2015- 2016- 2018)

Keywords: Nursing Care, Non-Hemorrhagic Stroke

Description: (1) Ende Nursing D III Study Program

(2) Ende Nursing D III Study Program Lecturer

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
COVER DALAM	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I: PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penulisan	4
D. Manfaat Studi kasus.....	5
BAB II: TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Teoritis Setroke non Hemoragik	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	15
C. Konsep Asahan Keperawatan.....	19
D. Diagnosa Keperawatan	21
E. Intervensi Keperawatan	23
F. Implementasi	29
G. Evaluasi	29
BAB III: METODE PENELITIAN.....	30
A. Desain Studi Kasus	30
B. Subyek Studi Kasus	30
C. Batasan Istilah.....	30
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	31
E. Prosedur Studi Kasus.....	31
F. Teknik Pengumpulan Data	31
G. Instrumen Pengumpulan Data	32
H. Keabsahan Data	32
I. Analisis Data.....	32
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	34
A. Hasil Studi Kasus	34
B. Pembahasan	48
B AB V PENUTUP	54
A. Kesimpulan	54
B. Saran	55
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Informed Consent

Lampiran 2 : Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi

Lampiran 4 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat saat ini. Stroke semakin menjadi masalah serius yang dihadapi di seluruh dunia. Hal ini dikarenakan stroke adalah penyebab kematian ketiga terbanyak setelah penyakit koroner dan kanker. Stroke merupakan suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan bahkan kematian (*Batticaca B. Fransisca, 2011*).

Berdasarkan Laporan *World Health Organisation* (WHO) tahun 2021 menyatakan bahwa 51% angka kematian stroke di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan karena tingginya kadar glukosa. Kejadian terbanyak dari permasalahan penyakit stroke merupakan penyebab kematian utama hampir seluruh RS di Indonesia sekitar 10,9% penduduk data dari (Riskesdas, 2018). Berdasarkan diagnosa oleh tenaga kesehatan atau pada penduduk umur 15 tahun 7% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Propinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan di Yogyakarta (14,6%). merupakan propinsi dengan prevalensi tertinggi stroke di Indonesia. Sementara itu, Papua dan Maluku Utara memiliki prevalensi stroke terendah dibandingkan provinsi lainya, yaitu 4,1% dan 4,6%. Gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 6,06% penduduk menurut Karakteristik, (Riskesdas, 2018).

Berdasarkan diagnosa oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 6,06% penduduk. Sedangkan jumlah stroke di Kabupaten Ende pada tahun 2018 sebesar 43 orang (1,0%).

Upaya penanganan pada stroke, penting untuk mengontrol perdarahan yang terjadi dan menurunkan tekanan di dalam otak. Beberapa kasus stroke yang mengalami perdarahan luas, diketahui operasi, dokter juga perlu mempertimbangkan efek terapi dan efek samping dari operasi itu sendiri, tergantung dari keparahan stroke yang di dalamnya, pemberian beberapa obat juga dapat dilakukan seperti obat pengencer darah, obat penurunan tekanan darah hingga obat pencegahan kejang, jika perdarahan di dalam otak sudah berhenti, tubuh secara alami dapat menyerap darah dari hasil perdarahan di otak, namun bila perdarahan yang terjadi memang menyebabkan perdarahan yang hebat, maka tetap perlu dilakukan operasi untuk mengeluarkan darah tersumbat dan mengurangi tekanan di dalam otak (Nabyl, 2012)

Menurut Arwinda Setya Murti (2014), untuk mengatasi hal tersebut diperlukan penanganan yang komprehensif demi mencegah terjadinya tahap penyakit yang lebih lanjut atau bahkan kematian. Di sini diperlukan peran perawat sebagai pelayanan dan juga pendidik yang mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan stroke melalui pendekatan proses keperawatan yang benar.

Berdasarkan laporan jumlah kasus stroke di Puskesmas Onokore tahun 2020 sebesar 43 orang 1,0 %, seseorang yang menderita stroke paling banyak

disebabkan oleh individual yang memiliki perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat seperti mengkonsumsi makanan tinggi lemak, tinggi kolestrol, kurang aktifitas fisik dan kurang olahraga yang dapat memicu terjadinya stroke dari hasil survei tersebut sangat diperlukan peran perawat untuk menanggulangi penyakit stroke dengan cara memberikan dukungan dan asuhan keperawatan ke pada klien stroke post stroke. Kemudian peran perawat yang lainnya meliputi pemberian informasi, edukasi dan klien perlu tindakan, sehingga kualitas hidup klien penderita stroke mampu post stroke dapat meningkat. Hasil dari program memonitor kesehatan dan pospibindu tersebut klien dan keluarga lebih aktif dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan dalam proses pengobatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sehingga proses pengobatan dan penyembuhan pasien berjalan lebih cepat. Sedangkan program penanggulangan dilakukan oleh Puskesmas Onekore dalam mengatasi masalah terlebih khusus dengan masalah stroke yaitu, Memonitor kesehatan dan pospibindu Hasil yang dicapai dari 2 program tersebut belum maksimal dikarenakan ada keluarga pasien yang tidak berpartisipasi dalam pendampingan pengobatan sehingga proses penyembuhan menjadi semakin lama dan bertambah parah.

Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengangkat kasus Stroke non hemoragik untuk menjadi studi kasus karena kasus SNH terbanyak di Puskesmas Onekore dan menjadi perhatian bagi semua tenaga kesehatan di Puskesmas Onekore.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang stroke non Hemoragik, maka penulis dapat membuat rumusan masalah yaitu: Bagaimana Asuhan Keperawatan yang di berikan pada Pasien Tn.N.T dengan Diagnosa Medis Stroke non hemoragik di Puskesmas Onekore,

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan agar mahasiswa dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Stroke non hemoragik di Puskesmas Onekore

2. Tujuan khusus

Adapaun tujuan khusus dari karya tulis ilmiah yaitu setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat.

- a. Mengkaji pasien dengan stroke non hemoragik
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasiendengan stroke non hemoragik.
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik
- f. Menganalisa kesenjangan antara teori dan kasusu nyata

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi pasien dan keluarga pasien.

Pasien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan penyakit Stroke non hemoragik

2. Bagi institusi pelayanan di Puskesmas Onekore

a. Hasil penulisan studi kasus sebagai tambahan informasi serta sebagai bahan tambahan untuk meningkatkan Asuhan Keperawatan Stroke non hemoragik

b. Sebagai bahan masukan dan tambahan informasi tentang penatalaksanaan pasien Stroke non hemoragik di Puskesmas Onekore. Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan pelayanan pasien stroke non hemoragik di puskesmas Onekore.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai acuan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan perkembangan mengenai penderita dengan diagnosa medis stroke non hemoragik

4. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan adanya studi kasus ini, institusi Program Studi D-III Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami asuhan keperawatan kepada klien dengan masalah stroke non hemoragik

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Konsep Dasar Stroke Hemoragik

a. Pengertian

Menurut *Hadi Purwanto(2016)*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.

Menurut WHO, stroke adalah tanda tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler.

Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah ke otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai gulkosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang di suplai (*Wijaya & putrid 2013*).

b. Etiologi

Menurut *Hadi Purwanto(2016)*, Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke antara lain:

1) Thrombosis cerebral

Thrombosis ini dapat terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya.Thrombosis biasanya

terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak:

a) Atherosklerotik

Atherosklerotik adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis atherosklerotik bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

- Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah.
- Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi thrombosis.
- Tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus(embolus).
- Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

b) Hypercoagulasi pada polysitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/ hematorik meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

c) Arteritis (radang pada arteri)

2) Emboli

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

- a) Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease.
- b) Myokard infark
- c) Filbrasi

Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.

- d) Endocarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endokardium.

3) Haemorrhagi

- 4) Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalaman jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosclerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam perikranium otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan

membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan herniasi otak. Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi:

- a) Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital.
- b) Aneurisma fusiformis dari atherosclerosis.
- c) Aneurisma mycotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.
- d) Malformasi arteriovenous, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena.
- e) Rupture arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.

5) Hypoksia Umum

- a) Hipertensi yang parah
- b) Cardiac Pulmonary Arrest
- c) Cardiac output turun akibat aritmia

6) Hipoksia Setempat

- a) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachnoid.
- b) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

c. Patofisiologi

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak yang menyebabkan keadaan hipoksial yang berlangsung lama dapat menyebabkan keadaan hipoksial dan berlangsung lama dapat menyebabkan iskemi otak. Iskemi yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang lebih 10 – 15 menit dapat menyebabkan defisit sementara yang bukan defisit permanen, sedangkan iskemi yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dalam mengakibatkan infark otak.

Setiap defisi fokal permanen akan bergantung pada daerah otak. Dimana tekanan darah otak yang terkenal menggambarkan perubahan pembuluh darah yang terkena pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemi adalah arteri serebral tengah dan arteri karotid anterior. Defisit fokal permanen dapat diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemi otak total yang dapat teratasi jika aliran darah tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen dan jaringan otak. Kekurangan oksigen. Waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron area yang mengalami nekrosis disebut infark.

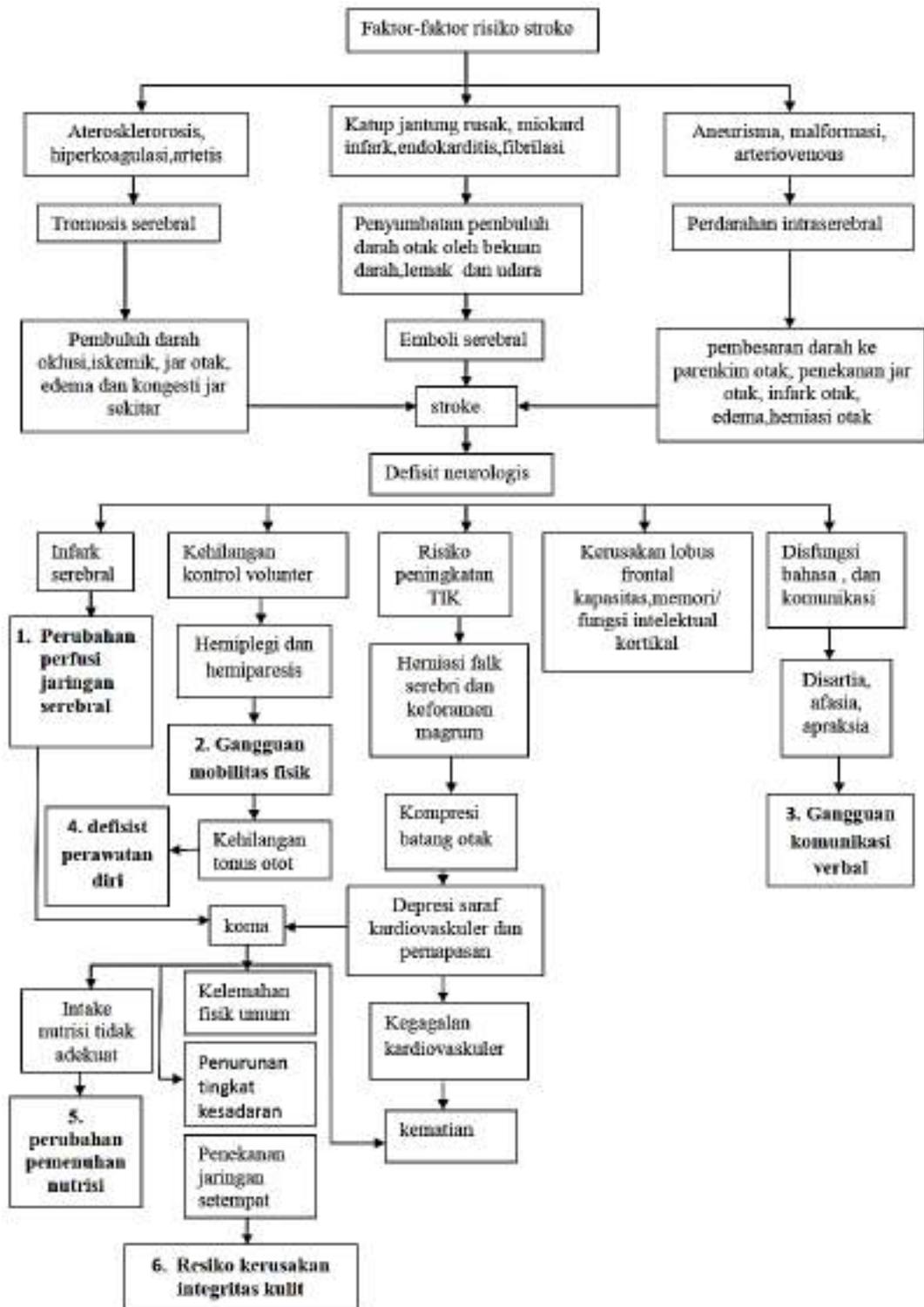
Gangguan perdarahan area otak akan menimbulkan gangguan metabolisme sel-sel neuron dimana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen terhadap arteri menuju otak.

Perdarahan intrakranial termasuk perdarahan dalam ruangan subaraknoid atau jaringan otak sendiri mengakibatkan timbulnya penebalan degeneratif pembuluh darah menyebabkan timbulnya arteri serebral sehingga perdarahan mengalir dengan cepat menimbulkan perubahan setempat perubahan iritasi pada pembuluh darah otak.

Perdarahan biasanya berhenti karena terbentuk thrombosis oleh fibrin thrombosis oleh tekanan jaringan setelah tiga minggu, mulai Reabsorpsi terjadi sekitarnya 7 – 10 setelah perdarahan pertama

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah, cairan, serebrospinal (css) dan menyebabkan gesekan otak terbelah sepanjang serabut.

d. Pathway



Menurut(Nurdhi & Hardi, 2015)

e. Manifestasi klinik

Sakit kepala hebat, lumpuh bagian wajah atau kelemahan otot pegal, agak lemah atau kram linu pada separuh tubuh, kelumpuhan yang terjadi pada sisi tubuh, tubuh tidak mampu mengendalikan buang air besar, urin, tidak sadarkan diri, lesi pada ekstremitas, mual dan muntah, kelumpuhan separuh badan.

f. Pemeriksaan diagnostic

a. CT Scan

Memperlihatkan secara spesifik latak edema, posisi hemotorik, adanya jaringan otak yang infark/iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan didapatkan hiperdens fokal, kadang - kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

b. MRI

Dengan menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi besar/ luas terjadinya perdarah otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan diarea yang mengalami lesi dan infark dari hemoragik.

c. Angiografi serebri

Membantu menemukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.

d. USG Depler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)

e. Sarafx tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial darah yang berlawanan dari massa yang luas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, kalasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarakhnoid

f. EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya implus listrik dari jaringan otak.

g. Komplikasi

Menurut Pudiastuti (2011) pada pasien stroke yang berbaring lama dapat terjadi masalah fisik dan emosional diantaranya bekuan darah (Trombosis) mudah terbentuk pada kaki yang lumpu menyebabkan menimbulkan cairan, pembengkak (Edema) selain itu juga dapat menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengakirkan darah ke paru dekubitus bagian tubuh yang sering mengalamimemar adalah pinggul, pantat, sendi kaki tumit. Bila memar tidak dirawat dengan baik maka akan terjadi ulkus dekubitus dan infeksi. Pneumonia klien stroke tidak bisa batuk dengan menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan terkumpul dari paru-paru dan

selanjutnya menimbulkan pneumonia. Atrofi dan kekakuan sendi hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi. Depresi dan kecemasan gangguan perasaan sering terjadi pada stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan karena terjadi perubahan dan kehilangan fungsi tubuh

B. Konsep Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien dengan stroke non hemoragik 6 berdasarkan buku SDKI (2016) sebagai berikut;

1. Gangguan mobilitas fisik

a. Definisi

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

b. Penyebab

Kerusakkan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, nyeri, kontraktur.

c. Kriteria masalah :

- 1) Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
- 2) Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, fisik lemah.

d. kondisi klinis

Stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur osteoarthritis, ostemalasia.

2. Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan serebral.

a. Definisi

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

b. Faktor risiko

Fibrilasi atrium, tumor otak, cedera kepala, hipertensi, infark miokard akut, penyalahgunaan zat, embolisme, penurunan kerja ventrikel kiri.

c. Kondisi terkait klinis

Stroke, cedera kepala, aterosklerotik aortik, embolisme, hipertensi, infark miokard akut, diseksi arteri.

3. Gangguan komunikasi verbal

a. Definisi

Penurunan perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

a. Penyebab

Penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, kelainan palatum.

Kriteria masalah

1) Subjektif : -

2) Objektif : tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai afasia, pelo, gagap, sulit memahami komunikasi, sulit mempertahankan komunikasi.

b. Kondisi klinis

Stroke, cedera kepala, trauma wajah, hipoksia kronis, peningkatan tekanan intrakranial, tumor.

4. Defisit perawatan diri

a. Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

b. Penyebab

Gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, penurunan motivasi/minat.

Kriteria masalah

- 1) Subjektif : Menolak melakukan perawatan diri.
- 2) Objektif: tidak mampu mandi/ mengenakan pakian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

c. Kondisi klinis

Stroke, depresi, cedera medula spinalis, delirium, arthritis reumatik, retardasi mental.

5. Resiko kerusakan integritas kulit

a. Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

b. Penyebab

Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, kelembaban.

c. Kriteria masalah

Subjektif : -

Objektif: Kerusakkan jaringan atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan

d. Kondisi klinis

Imobilisasi, gagal jantung kongestif, gagal ginjal, diabetes melitus.

C. Konsep Asahan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. Fase proses keperawatan ini mencakup empat langkah yakni pengumpulan data dari sumber primer (klien) dan sumber sekunder (keluarga), tabulasi data, klasifikasi data, serta analisa data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah menetapkan dasar data tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman berkaitan, praktik kesehatan, tujuan, dan nilai gaya hidup yang dilakukan klien (Potter & Perry,2005).

a. Pengumpulan data Perpola

- 1) Aktivitas/istirahat : Kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, gangguan penglihatan, kesulitan bicara.
- 2) Nutris/metabolik : Mual, muntah, kesulitan menelan
- 3) Neurosensori : Penurunan kesadaran, kelemahan dilengan atau kaki, gangguan penglihatan, kesemutan.
- 4) Nyeri /kenyamanan : Sakit kepala hebat tiba-tiba, kejang, gelisah.
Interaksisosial:Masalah bicara, ketidak mampuan untuk berkomunikasi (Doenges, 1999).

b. Tabulasi Data

Sakit kepala hebat, lumpuh bagian wajah atau hemiparesis, pegal, agak lemah atau keram linu pada separuh tubuh, hemiplegia kontralateral wajah, disatria, hemiplegia, inkontinensia alvi,

inkontenensia urine, hemiparesis, hemiparese/hemiplegia, hemiparestesia, lesi pada ekstremitas, mual dan muntah, kelumpuhan separuh badan.

c. Klasifikasi Data

DS : Sakit kepala hebat, mual dan muntah, agak lemah atau keram linu pada separuh tubuh, pegal

DO : Lumpuh bagian wajah atau hemiparesis, hemiplegia kontralateral wajah, disatria, hemiplegia, inkontinensia alvi, inkontenensia urine, hemiparesis, hemiparese/hemiplegia, hemiparestesia, lesi pada ekstremitas.

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasi, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami klien dengan SNH adalah sebagai berikut:

1) DS : lemah, keram kaki dan tangan, agak lemah atau keram linu pada separuh tubuh, pegal.

DO: kelemahan, hemiparese. Etiologi: kelemahan neuromuskular.

Problem: kerusakan mobilitas fisik

2) DS: - .

DO: lumpuh bagian wajah ataupun hemiparesis, hemiplegia kontralateral wajah. Etiologi: gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskular, kerusakan pada area broca. Problem: kerusakan komunikasi verbal.

3) DS: lemah.

DO: kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Etiologi: kelemahan, gangguan neuromuskuler. Problem: defisit perawatan diri.

4) DS: mual, muntah.

DO: muntah. Etiologi: intake nutrisi yang inadkuat. Problem: defisit nutrisi.

5) DS:-.

DO: kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemerahan. Etiologi: penurunan mobilitas. Problem: resiko kerusakan integritas kulit

D. Diagnosa Keperawatan

1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang ditandai dengan

DS: hemiparesis

DO: Kehilangan /menurunnya kemampuan motorik, kehilangan keseimbangan dan sulit berjalan, menurunnya kekuatan otot

2) Resiko ketidak efektifan perfusi jaringan sereberal berhubungan dengan suplai darah dan O₂ ke otak menurun yang ditandai dengan

DS: sakit kepala hebat tiba-tiba, mual, muntah,

DO: penurunan kesadaran

3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan musculoskeletal yang ditandai dengan

DS : menurunnya kemampuan komunikasi

DO : kehilangan/menurunnya kemampuan komunikasi (afasia dan disartria)

- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan makan yang ditandai dengan

DS : kesulitan menelan

DO : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

- 5) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang ditandai dengan

DS : kelemahan untuk melakukan ADL seperti mandi, dll

DO : menurunnya dan kesadaran, kehilangan/menurunnya motoric, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet/berhias secara mandiri

- 6) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan mobilitas yang ditandai dengan

DS : -

DO :Kerusakkan jaringan atau lapisan kulit (Dekubitus)

E. Intervensi Keperawatan

1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

DS: hemiparesis

DO: Kehilangan/menurunnya kemampuan motorik, kehilangan keseimbangan dan sulit berjalan, menurunnya kekuatan otot

Tujuan: kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri

Kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat, kaku sendi menurun

Intervensi :

a) Dukungan ambulansi

Rasional : memfasilitasi klien untuk meningkatkan aktivitas berpindah

- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulansi
- Monitor keadaan umum selama melakukan ambulansi
- Fasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk)
- Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu

- Libatkan keluarga dalam membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi
- Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi
- Anjurkan melakukan ambulansi dini
- Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

b) Edukasi latihan fisik

Rasional : mengajarkan aktivitas regular untuk mempertahankan atau meningkatkan kebugaran dan kesehatan

c) Edukasi teknik ambulansi

Rasional : memberikan informasi dalam mempromosikan berjalan untuk memelihara dan mengembalikan fungsi tubuh

- Monitor kemajuan klien dalam ambulansi
- Jelaskan prosedur dan tujuan ambulansi dengan atau tanpa alat bantu
- Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan ambulansi seperti (mis. kemampuan otot, rentang gerak)

d) Teknik latihan penguatan otot

Rasional : memfasilitasi latihan otot resistif regular untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot

e) Teknik latihan penguatan sendi

Rasional : menggunakan teknik gerakan utuh aktif atau pasif untuk mempertahankan, mengembalikan, meningkatkan flekibilitas sendi

f) Lakukan latihan gerakan ROM aktif dan pasif pada semua ekstermitas

Rasional : meminimalkan atropi otot, meningkatkan sirkulasi dan mencegah terjadinya kontraktur

2) Resiko ketidaefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan O₂ ke otak menurun

DS:-

DO:-

Tujuan : gangguan perfusi jaringan dapat tercapai secara optimal

Kriteria hasil :Mampu mempertahankan tingkat kesadaran dan fungsi sensorik dan motorik membaik

Intervensi:

a) Monitor dan catatan status neurologis secara teratur

Rasional : Mengetahui perubahan setatus neurologis.

b) Monitor tanda tanda vital terutama tekanan darah

Rasional : sebagai indikator penilaian dalam pelaksanaan tindakan keperawatan selanjutnya.

c) Pertahankan keadan tirah baring.

Rasional: Aktifitas berlebihan dapat meningkatkan intranial

d) Berikan oksigen sesuai indikasi

Rasional: memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh dan mencegah hipoksia.

e) Kolaborasi dengan dokter dalam memberikan therapy

Rasional: menurunkan tekan darah, mencegah kerusakan otak.

3) Gangguan komunikasi verbal b/d kelemahan neuromuscular

DS :menurunnya kemampuan komunikasi

DO : kehilangan/menurunnya kemampuan komunikasi (afasia dan disartria)

Tujuan: komunikasi dapat berjalan dengan baik

kriteria hasil: Klien dapat mengekspresikan perasaan dan pembicaraan

klien dapat dipahami

Intervensi:

a) Kaji tingkat kemampuan klien dalam berkomunikasi

Rasional : perubahan dalam isi kognitif dan bicara merupakan indikator dari derajat gangguan serebral

b) Minta klien untuk mengikuti perintah sederhana

Rasional: melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan sensorik

c) Tunjukkan objek dan minta klien menyebutkan nama benda tersebut

Rasional : melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan motorik

4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan ditandai dengan

DS : Kesulitan menelan, nafsu makan menurun

DO: Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Tujuan : keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Kriteria Hasil : kekuatan otot menelan cukup meningkat dan frekuensi makan cukup membaik

Intervensi :

1) Terapi menelan

Rasional : memulihkan kemampuan menelan untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat gangguan menelan

- a) Monitor tanda dan gejala aspirasi
- b) Monitor gerakan lidah saat makan
- c) Monitor tanda kelemahan saat makan, minum dan menelan
- d) Berikan perawatan mulut,sesuai kebutuhan

5) Deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandaidengan

DS : kelemahan untuk melakukan ADL seperti mandi,makan

DO : menurunnya kekuatan otot dan kesadaran, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet/ berhias secara mandiri

Tujuan : kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Kriteria hasil : kemampuan klien dalam melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan meningkat

Intervensi :

1) Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0-4 untuk melakukan ADL

Rasional : membantu dalam mengantisipasi dan merencanakan pertemuan kebutuhan individu

2) Dukungan perawatan diri

Rasional : memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri

a) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri

b) Monitor tingkat kemandirian

c) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, mandi, BAB/BAK

d) Sediakan lingkungan yang terapeutik

e) Libatkan keluarga untuk mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

6) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas yang ditandai dengan

DS :

DO :

Tujuan : kerusakan integritas kulit teratasi

Kriteria hasil :

1. Tidak ada luka/lesi pada kulit

2. Perfusi jaringan baik

Intervensi :

- a. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian yang longgar

Rasional : meminimalisir adanya lecet/luka

- b. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering

Rasional : mencegah terjadinya iritasi kulit

- c. Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi

Rasional : mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka

F. Implementasi

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan atau diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, mengarahkan kinerja aktivitas hidup setiap hari memberikan arahan perawatan kesehatan berkelanjutan dari klien. Implementasi adalah berkesinambungan dan interaktif dengan komponen lain dengan proses keperawatan (Potter & Perry, 2005).

G. Evaluasi

Adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Evaluasi dilakukan sesuai tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau evaluasi formatif, dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan evaluasi hasil dan sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan yang telah ditentukan

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain studi kasus

Jenis kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah keperawatan pada klien stroke non hemoragik. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, keperawatan perncaan, pelaksanaan dan evaluasi pada Pasien dengan masalah utama stroke non hemoragik.

B. Subyek Studi kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus ini adalah individu dengan masalah keperawatan komprehensif dan holistic yaitu klien dengan diagnosa medis stroke non hemoragik.

C. Batasan istilah (defenisi operasional)

Stroke non hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak.

Asuhan keperawatan adalah proses keperawatan yang meliputi pengkajian menetapkan, diagnosa menyusun intervensi rencana keperawatan, melakukan tindakan (implementasi), perawatan dan melakukan evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan pada tanggal 22 Juni-25 2021 diwilayah kerja Puskesmas Onekore selama 4 hari.

E. Prosedur Studi kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan perposal usulan penulisan karya tulis ilmiah oleh mahasiswa dengan menggunakan metode studi kasus setelah disetujui oleh pembimbing maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data yang diperoleh berupa hasil pengukuran, observasi wawancara, pemberian asuhan keperawatan pada kasus yang dijadikan subnyek studi kasus.

F. Teknik pengumpulan data

Sebelum malakukan pengumpulan data peneliti mengurus perizinan dengan institusi terkait yaitu Dinas Kesehatan Kota Ende dan Puskesmas Onekore. Selanjutnya menentukan kasus yang akan diambil, menjelaskan tujuan, manfaat dan dampak dari penelitian yang dilakukan pada calon responden. Responden menyetujui dan menandatangani lembar *informed Consent* sebagai bukti persetujuan penelitian. Kemudian peneliti melakukan pengumpulan data dengan teknik wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik, memeberi intervensi dan melakukan implementasi dengan pasien dan keluarga selama 3 hari dengan lama 20 menit pertemuan. Selanjutnya peneliti melakukan evaluasi dan dokumentasi.

G. Instrument pengumpulan data

Alat atau Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

H. Keabsahan data

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

1) Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapinya, meliputi biodata klien, biodata orang tua atau wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas atau istirahat, eliminasi pengkajian fisik dan mental

2) Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), seperti orang tua, saudara atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan klien dirumah maupun dirumah sakit atau studi dokumentasi.

I. Analisis data

Analisa data yang dilakukan dengan cara deskriptif yaitu mengemukakan faktor yang ada yang selanjutnya dikaitkan dan di bandingkan dengan teori yang ada di tuangkan ke dalam opini pembahasan. Teknik yang

digunakan dengan cara menerasikan data yang diperoleh penulis setelah dilakukan pengolahan data dan didapatkan hasil penelitian, maka data itu hasil penelitian yang akan disafirkan dalam bentuk teks dan table.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Onekore yang beralamat di kelurahan Onekore, Kecamatan Ende tengah, Kabupaten Ende. Studi kasus ini dilakukan pada pasien stroke non hemoragik yang berada di wilayah kerja Puskesmas Onekore. Puskesmas Onekore, merupakan sebuah Puskesmas Non Rawat inap yang dibentuk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat Kelurahan Paupire, Onekore dan sekitarnya, dengan kapasitas 11 tempat tidur yang terdiri dari, ruangan KIA, 1 tempat tidur, ruangan VK, 2 tempat tidur ruangan ANC 1 tempat tidur, ruangan KB 1 tempat tidur ruangan UGD 1 tempat tidur, ruangan Nifas 1 tempat tidur ruangan, MTBS 1 tempat tidur, dan ruangan poli umum 1 tempat tidur.

Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Onekore sebanyak 62 orang yaitu perawat 22 orang, Bidan 23 orang, tenaga kesling 4 orang, analis 3 orang, perawat gigi 2 orang, perawat gizi 3 orang, promosi kesehatan 2 orang, apoteker 2 orang, Elektro medis 1 orang.

2. Subyek Studi Kasus

Dalam subyek studi kasus ini yaitu: Tn. N.T berusia 62 Tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, alamat di jalan Udayana dengan diagnosa medis stroke non hemoragik.

3. Data Asuhan Keperawatan

Penulis melakukan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan pelaksanaan asuhan keperawatan.

a. Pengkajian Keperawatan Pengkajian Dilakukan pada tanggal 22 Juni 2021 Jam 15.20 yang meliputi

1) Pengumpulan Data

Studi Kasus dilakukan pada Tn. N.T yang berumur 62 Tahun di Puskesmas Onekore, Klien beragama Islam, alamat di Kelurahan Paupire Ende, status klien sudah menikah. Diagnosa medis stroke non hemoragik. Penanggung jawab klien yaitu Ny.S yang berumur 59 tahun sebagai istri klien. Klien melakukan pengobatan pada tanggal 1 Mei 2021, obat-obat terakhir yang didapatkan obat kolestrol (Liptor) dan hipertensi (Diuretik). Keadaan Umum tanda tanda vital kesadaran kualitatif: Respon Eye, 4 respon Verbal 2 Respon motorik 5 Total GCS = 11 Kesimpulan: kesadaran klien Semnolen, suhu 36⁰c, nadi 78x/menit, tekanan darah 120/90mmHg,

RR:20x menit posisi klien pada saat pengukuran: duduk di kursi roda, tinggi badan 150cm, berat badan 55kg.

2) Keadaan umum: istri klien mengatakan kaki tangan klien sebelah kiri kaku, lemas, pusing, susah berbicara pelo

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat Kesehatan saat ini: Istri klien mengatakan klien kaki tangan kaku sebelah kiri, lemah, pusing, susah berbicara pelo.

b) Riwayat Kesehatan keluarga: istri klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit stroke non hemoragik

c) Riwayat kesehatan masa lalu: istri klien mengatakan klien tidak pernah menderita penyakit apapun.

4) Pengkajian pola kesehatan

Ada beberapa pola yaitu;

Pola persepsi-pemeliharaan kesehatan. Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan jika klien sakit klien langsung ke fasilitas kesehatan. Namun keadaan saat ini: istri klien mengatakan sekarang klien sudah tidak lagi ke fasilitas kesehatan, klien lebih memilih pengobatan alternatif seperti bahan bahan alami (kunyit, bawang putih, labu, halia). Pola nutrisi metabolik. Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan klien mengkonsumsi nasi, sayur sayur, ikan makan 3x dalam sehari porsi makan dihabiskan. Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan klien makan 3x dalam sehari. Bubur, sayur, ikan porsi makan dihabiskan. Pola eliminasi, Kebiasaan sehari hari: istri

klien mengatakan biasa BAB 3x dalam sehari, warna kuning, konsistensi padat, bau khas feses, sedangkan BAK 4-5 kali/ sehari. Keadaan saat ini: istri klien mengatakan klien BAB 3X/ hari, warna hijau konsistensi padat, bau khas, BAK 4-5x/ hari, berwarna jernih. Pola aktivitas-istirahat. Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan klien aktivitas klien dari jam 8 sampai jam 11 malam setelah pulang klien langsung beristirahat. Keadaan klien saat ini: istri klien mengatakan klien tidur jam 9 malam. Pola tidur dan istirahat, Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan setiap hari klien tidur malam dari jam 23.00 Keadaan saat ini: istri klien mengatakan saat ini klien tidur malam 20.00 jam mulai dari jam 20:00-04:00 pagi. Pola Kognitif dan Persepsi Sensori. Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan klien masih ingat dengan kejadian yang telah berlalu, Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan klien tidak dapat mengingat masa lalunya. Pola persepsi dan konsep diri, Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan klien bangga dengan dirinya. Keadaan saat ini: istri klien mengatakan tidak bisa bekerja seperti biasa. Pola reproduksi- seksualitas. Kebiasaan sehari hari: Istri klien mengatakan klien sebelum sakit tidak ada gangguan pada alat reproduksinya. Keadaan klien saat ini: istri klien mengatakan klien tidak ada masalah pada alat reproduksinya. Pola peran dan hubungan dengan sesama. Keadaan saat ini: istri klien mengatakan hubungan tetangga dan sekitarnya baik. Keadaan saat

ini: istri klien mengatakan hubungan dengan tetangga sekitarnya baik. Pola mekanisme dan penyesuaian terhadap stress. Keadaan sehari-hari: istri klien mengatakan klien tidak mudah stress jika ada masalah selalu bercerita dengan keluarganya. Keadaan klien saat ini: istri klien mengatakan klien jika ada masalah selalu bercerita bersama keluarganya. Pola sistem nilai dan kepercayaan. Keadaan saat ini: istri klien mengatakan klien selalu solat bersama keluarganya. Keadaan klien saat ini: istri klien mengatakan percaya kepada agama yang dianutnya dengan keyakinan beragama Islam.

Pada pemeriksaan fisik, kesadaran kualitatif: composmentis, kesadaran kuantitatif: respon motorik (mengikuti perintah) = 4, respon bicara (menjawab pertanyaan seperti kebingungan atau percakapan tidak lancar) = 2, dan respon membuka mata (membuka secara spontan) = 5, kesimpulannya klien kesadaran composmentis. Klien duduk dibantu istri. Tekanan darah 120/90 mmHg, nadi 78 x/ menit, RR:20 x/menit, suhu 36°C di ukur pada axila. Kepala bersih, rambut beruban, mata tidak ada gangguan penglihatan, hidung tampak bersih, tidak ada gangguan penciuman, wajah tidak ada pembengkakan, bentuk telinga simetris dan tampak bersih. Dada simetris. Ekstremitas atas: jari-jari tangan klien kaku, tangan susah digerakkan dan gemetar. Ekstremitas bawah: jari-jari kaki klien sebelah kiri kaku, kaki susah digerakkan, gemetar, klien tidak bisa berjalan.

b. Tabulasi data

Istri klien mengatakan klien kaki tangan sebelah kiri kaku lemah, pusing, berbicara peloklien tampak gemetar, pucat, TD: 120/90mmHg, 36⁰c, N: 78X/menit, RR: 20x/ menit

c. Klasifikasidata

Data Subjektif: istri klien mengatakan klien pusing, tangan dan kaki sebelah kiri terasa kaku, berbicara pelo Data objektif: Klien tampak lemah,TD: 120/90mmHg, 36⁰c, N: 78X/menit, RR: 20x/ menit

d. Analisa data

- 1) Data Subjektif: Istri klien mengatakan klien kaki tangan sebelah kiri terasa kaku, keram Data Objektif : klien tampak lemah, pusing,TTV. TD: 120/90mmHg, suhu:36⁰c,Nadi:78/menit, RR:20x/menit, Etiologi gangguan neuromuskuler, Problem gangguan mobilitas fisik.
- 2) Data Subjektif: istri klien mengatakan klien berbicara pelo
Data Objektif: klien tampak komunikasi TTV: TD: 120/90mmHg, S:36⁰c, N:78x/menit, RR:20xmenit, Etiologi kerusakan sirkulasi serebral, peroblem gangguan komunikasi verbal.

4. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler

Data Subjektif: istri klien mengatakan klien kaki tangan sebelah kiri kaku

Data Objektif: klien tampak lemah, pusing, TD: 120/90mmHg, N: 78x/menit, S:36⁰c, RR: 20x/ menit

2. Gangguan komunikasi verbal b/d gangguan sirkulasi serebral

Data Subjektif: Istri klien mengatakan klien berbicara pelo
Data objektif: Klien tampak berkomunikasi TD:120/90mmHg, N: 78X/menit, S:36⁰c, RR: 20x/menit

5. Perencanaan Keperawatan

Sebelum dibuat rencana keperawatan terhadap masalah ditemukan pada Tn. N.T. masalah tersebut disusun prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Ada pun prioritas masalah adalah:

- a. Gangguan mobilitas fisik b/ d gangguan neoromuskuler
- b. Gangguan komunikasi verbal b/b gangguan sirikulasi serebran

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya disusun rencana keperawatan sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan yang pertama gangguan mobilitas fisik b/d neoromuskuler: Data subjektif: istri klien mengatakan kaki tangan bagian kiri kaku

Data Objektif: klien tampak lemas, pusing TD: 120/90mmHg S:36⁰c, N: 78x/menit, RR:20x/menit. Adapun tujuan untuk diagnosa

keperawatan yang pertama adalah setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: klien dapat beraktifitas sesuai dengan kemampuan.

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

Data Subyektif : istri klien mengatakan klien kaki dan tangan sebelah kiri kaku

Data Obyektif: klien tampak sulit berjalan, kaki tangan tampak kaku dan mengalami kelemahan, pusing

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik teratasi dengan

Kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat

Intervensi :

- Latih gerakan ROM aktif dan pasif (membantu klien meremas kertas)

Rasional :Meningkatkan kekuatan otot

- Ajar dan latih keluarga serta klien untuk tetap melakukan gerakan ROM aktif dan pasif

Rasional :Membantu mengingatkan dan melatih klien dalam meningkatkan kekuatan otot

- Motivasi keluarga dalam membantu mobilisasi klien

Rasional : Membantu klien dalam beraktivitas

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral yang ditandai dengan:

Data Subyektif: -

Data Obyektif: klien berbicara pelo

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi dapat berjalan dengan baik dengan

Kriteria hasil : Klien dapat mengekspresikan perasaan, pembicaraan klien dapat dipahami

Intervensi :

- Latih gerakan mulut

Rasional : Melatih saraf agar tidak kaku

- Latih gerakan lidah

Rasional : Membantu mengurangi kekakuan berbicara

6. Implementasi Keperawatan

1. Hari pertama Selasa 23 Juni 2021

- a) Gangguan mobilitas fisik b/ d gangguan neoromuskuler

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pukul 12.00 mengukur tanda-tanda vital hasilnya 120/90mmHg, nadi 78x/menit, suhu: 36⁰c, RR: 20x/menit jam 12.20 WITA melatih gerakan ROM aktif dan pasif (melatih menggenggam dan meramas kertas) dengan hasil klien tampak sulit untuk menggenggam dan meramas kertas

- b) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal jam 04.30 WITAmelatih gerakan lidah (menjulang, ke samping kiri dan kanan) dengan hasil klien tampak kesulitan dalam melakukan gerakan. Jam 04.31 WITAmelatih gerakan mulut (melafalkan A I U E O) dengan hasil klien merasa nyaman

2. Hari kedua Rabu 24 Juni 2021

- a) Gangguan mobilitas fisik b/ d gangguan neoromuskuler

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik jam 08.58 mengukur TTV, hasilnya 120/90mmHg, nadi 78x/menit, suhu:36⁰c, RR:20x/menit. Jam 09.00 WITA melatih gerakan ROM aktif dan pasif (melatih meremas kertas dan melatih bagian jari-jari: fleksi dan ekstensi) dengan hasil klien tampak sulit untuk meremas kertas. Jam 09.35 WITAmemotivasi keluarga dalam membantu mobilisasi klien

- b) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal jam 10.45 WITAmelatih gerakan lidah (menjulang, ke samping kiri dan kanan) dengan hasil klien tampak kesulitan dalam melakukan gerakan. Jam 10.55 WITAmelatih

gerakan mulut (melafalkan A I U E O) dengan hasil klien merasa nyaman.

3. Hari ketiga Kamis 25 Juni 2021

a) Gangguan mobilitas fisik b/ d gangguan neoromuskuler

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik jam 15.10 WITA mengajar dan melatih gerakan ROM aktif dan pasif pada klien dan keluarga (melatih bagian jari-jari yaitu fleksi-ekstensi dan pergelangan kaki yaitu fleksi-ekstensi dan infersi-efersi) dengan hasil klien merasa nyaman dan keluarga sangat kooperatif saat latihan.

b) Gangguan komunikasi verbal berhubungan gangguan sirkulasi serebral

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal jam 15.45 WITA melatih gerakan lidah (menjulang, ke samping kiri dan kanan) dengan hasil klien tampak susah dalam melakukan gerakan. Jam 15.55 WITA melatih gerakan mulut (melafalkan A I U E O) dengan hasil klien merasa nyaman.

7. Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, maka tahap yang terakhir dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan.

Hari pertama 23 Juni 2021

a) Gangguan mobilitas fisik b/ d gangguan neoromuskuler

12.00 WITA Subyektif : istri klien mengatakan klien mengatakan kaki dan tangannya terasa kaku, Obyektif: tangan dan kaki klien masih terlihat kaku, Assesment: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, Planning: lanjutkan intervensi.

- 1) Latih gerakan ROM aktif dan pasif (membantu klien meremas kertas)
- 2) Ajar dan latih keluarga serta klien untuk tetap melakukan gerakan ROM aktif dan pasif

b) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi sirkulasi serebral

04.30 WITA Subyektif:istri klien mengatakan klien berbicara pelo obyektif: klien tampak susah untuk menjulurkan lidah, assesment: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi, planning: lanjutkan intervensi

- 1) Latih gerakan mulut
- 2) Latih gerakan lidah

Hari kedua 24 Juni 2021

a) Gangguan mobilitas fisik b/ d gangguan neoromuskuler

08.58 WITA Subyektif :istri klien mengatakan klien kaki dan tangannya terasa kaku Obyektif: tampak sulit meramas kertas,

assesment: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, planning: lanjutkan intervensi.

- 1) Latih gerakan mulut
- 2) Latih gerakan lidah

b) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral

10.45 WITA Subyektif:istri klien mengatakan klien berbicara peloobyektif: klien tampak susah untuk melatih gerakan lidah dan merasa nyaman melatih gerakan mulut, assesment: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi, planning: lanjutkan intervensi

- 1) Latih gerakan mulut
- 2) Latih gerakan lidah

Evaluasi pada hari ketiga Sabtu tanggal 25 Juni 2021

Jam 17.30

a) Catatan perkembangan

Evaluasi hari 3 dibuat dalam bentuk catatan perkembangan dapat dilihat sebagai berikut:

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral: jam 11.00

S: istri klien mengatakan kaki tangan klien bagian kiri kaku

O: klien masih sulit untuk bergerak tekanan darah 120/90mmHg, suhu:36⁰c, nadi 78x/menit, RR: 20xmenit

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

I: Ajar dan latih keluarga serta klien untuk tetap melakukan gerakan ROM aktif dan pasif

E: klien tampak sulit berjalan kaki tangane sebelah kiri tampak kaku

b) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan sirkulasi serebral

S: Istri klien mengatakan klien belum bisa berbicara dengan jelas dan

O: respon klien sudah sesuai dengan pertanyaan harus diulang sesuai perlahan lahan. Tekan darah 120/90mmHg, nadi 78x/menit suhu: 36⁰c,

RR: 20x/menit

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi

I: Anjurkan latihan gerak lidah atau gerak mulut

E: Klien tampak berkomunikasi

B. Pembahasan

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Tn. N.T dengan diagnosa medis stroke non hemoragik menggunakan pendekatan peroses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Pada pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata, serta studi kasus terdahulu. yang meliputi, pengkajian, diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

- a. Berdasarkan teori yang dilakukan oleh Hadi Purwanto dalam buku Keperawatan medika bedah yaitu sakit kepala hebat, lumpuh pada bagian wajah atau kelemahan otot pegal, agak lemah atau keram linu pada separuh tubuh kelumpuhan yang terjadi pada sisi tubuh, tubuh tidak mampu mengendalikan buang air besar, tidak sadarakan dirih, lesi pada extremitas. Sedangkan yang ditemukan pada kasus nyata tangan dan kaki bagian kiri terasa kaku, lemah dengan masalah gangguan mobilitas fisik dan klien sulit berbicara. Data yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus nyata yaitu sakit kepala hebat tiba-tiba, mual, muntah, penurunan kesadaran. hal ini dikarenakan resiko ketidak efektifan perfusi jaringan serebral suplai darah dan O_2 ke otak menurun. Kelemahan untuk melakukan ADL seperti mandi, data objektif; menurunnya kesadaran, menurunnya motoric, tidak mampu mandi, menggunakan pakaian, makan, ke toilet dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Kesulitan menelan, berat badan

menurun dengan masalah keperawatan defisit nutrisi. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit (Dekubitus) dengan masalah resiko gangguan integritas kulit. Sedangkan data yang ditemukan dalam teori sama dengan data ditemukan studi kasus yaitu tangan dan kaki bagian kiri terasa kaku, lemah dengan masalah gangguan mobilitas fisik dan klien sulit berbicara, klien tampak diam dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal. Pada hasil studi kasus yang ditemukan pada Nofitri (2019) pengkajian, klien tampak pelo, semua aktifitas di bantu oleh keluarganya, otot menurun, kehilangan penglihatan. Sedangkan data yang ditemukan Tn.N tidak mengalami kehilangan penglihatan karena saraf penglihatan tidak terganggu. Perbandingan teori menurut Nofitri pada tahun (2019) mengatakan stroke non hemoragik adalah infark atau kematian jaringan yang serangnya terjadi pada usia 20- 60 tahun yang biasanya timbul setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis mental yang disebabkan karena trombosis atau emboli pada pembuluh darah di otak. Data objektif yang ditemukan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan O_2 ke otak menurun, sedangkan pada kasus nyata data yang ditemukan pada studi kasus yaitu tangan dan kaki bagian kiri terasa kaku, pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, di teori salah satu rencana keperawatan: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik tidak dianjurkan dikarenakan keluarga klien mengatakan klien hanya

mengeluh tangan dan kaki kiri kaku. Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan sirkulasi serebral dilakukan semua berbicara, klien tampak diam dengan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal.

- b. Rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu: problem, etiologi, sign/symptom. Ketiga komponen tersebut sudah dijelaskan pada teori dan juga sudah digambarkan pada kasus. Diagnosa keperawatan yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus adalah resiko ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan O_2 ke otak menurun. Data subyektif : mengeluh sakit kepala hebat tiba-tiba, kejang, mual, muntah. data obyektif: penurunan kesadaran, dikarenakan infark serebral atau jaringan sudah mati. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan. Data subyektif; kesulitan menelan, data obyektif; berat badan menurun, dikarenakan intake nutrisi yang tidak adekuat. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal. Data subyektif; kelemahan untuk melakukan ADL seperti mandi, data obyektif; menurunnya kesadaran, menurunnya motoric, tidak mampu mandi, menggunakan pakain, makan, ke toilet, dikarenakan kelemahan akibat kehilangan tonus otot. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas. Data subyek; Data subyektif : - , Data obyektif : Kerusakkan jaringan atau lapisan kulit (Dekubitus), diarenakan terjadi penekanan di jaringan setempat.

Sedangkan diagnosa yang ditemukan dalam teori sama dengan yang ditemukan studi kasus yaitu adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Data subyek; tangan dan kaki bagian kiri terasa kaku, lemah, dikarenakan terjadinya hemiplegia atau kelumuhan pada salah satu sisi tubuh dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral .

Data subyek ; klien sulit berbicara, data objektif; klien tampak diam, dikarenakan adanya gangguan berkomunikasi yang disebabkan oleh kerusakan pada otak atau afasia. Sedangkan diagnosa terdahulu yang ditemukan oleh Hadi Purwanto yaitu sama dengan yang ditemukan dalam studi kasus adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Data subyek; tangan dan kaki bagian kiri terasa kaku, lemah, dikarenakan terjadinya hemiplegia atau kelumuhan pada salah satu sisi tubuh dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral .

Data subyek ; klien sulit berbicara, data objektif; klien tampak diam, dikarenakan adanya gangguan berkomunikasi yang disebabkan oleh kerusakan pada otak atau afasia.

- c. Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, di teori salah satu rencana keperawatan: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik tidak dianjurkan dikarenakan keluarga klien mengatakan klien hanya

mengeluh tangan dan kaki kiri kaku. Pada diagnosa gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan sirkulasi serebral dilakukan semua.

- d. Implementasi yang dilakukan pada Tn. N.T dengan diagnosa medis stroke non semoragik berdasarkan kedua diagnosa yang telah di temukan selama 3 hari, Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiplegia, kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral. Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ketiga masalah diatas dapat diatasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 23 Juni 2021, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 24 Juni 2021, implementasi ketiga pada tanggal 25 Juni 2021. Berdasarkan penjelasan diatas dapat menggambarkan baik teori, kasus penelitian terdahulu konsep implementasi keperawatan dilaksanakan tidak terdapat kesenjangan atau perbedaan karena pada dasarnya implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah di tetapkan sebelumnya.

- e. Evaluasi keperawatan pada Tn. N T yang dilaksanakan dari hari tanggal 22 Juni sampai tanggal 25 Juni. Evaluasi yang dilakukan diharapkan semua masalah keperawatan yang ditemukan dapat teratasi. Sedangkan hasil evaluasi hari ketiga pada Tn.N.T menunjukkan bahwa masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian dikarenakan Tn. N T masih Mengalami kelemahan anggota gerak kiri dengan skala otot 3 dan masih tampak meringis ketika melakukan gerakan. Untuk masalah gangguan komunikasi verbal hasil evaluasinya masalah belum teratasi karena klien masi berbicara pelo. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. N T dapat disimpulkan beberapa peran perawat, antara lain: 1) sebagai pendidik: pada studi kasus nyata ini, perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti klien dari segi fasilitas dan lainnya, 2) sebagai advokat: pada studi kasus nyata ini adalah perawat selalu mendampingi klien apa bila klien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3) sebagai pemberi perawatan. peran perawat secara langsung pada individu, keluarga, kelompok pada studi kasus nyata ini, perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada klien Tn. N T.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan Keperawatan pada Tn N.T dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di wilanya kerja Puskesmas Onekore Ende, penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut

- a) Hasil pengkajian menunjukkan keluhan kaki tangan bagian kiri kaku, susah berbicara, tekanan darah 120/90mmHg, Nadi 78x/menit, Suhu: 36⁰c, RR: 20x/menit.
- b) Diagnosa keperawatan yang ditemukan berupa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan neuromuskuler peroses penyakit dan penatalaksanaan dirumah.
- c) Intervensi keperawatan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, dilakukan adalah kaji klien dalam melakukan aktifitas, anjurkan Rom pasif, anjurkan klien miring kiri miring kanan. untuk diagnosa kedua: gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan serikulasi serberal, kaji monitor kecepatan volume suara, anjurkan metode komunikasi, anjurkan berbicara secara perlahan lahan.

- d) Implementasi keperawatan yang dilakukan berdasarkan intervensi yang sudah disusun sebelumnya maka klien dapat untuk diagnosa keperawatan I: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler, menganjurkan klien untuk melakukan Rom pasif, anjurkan klien miring kiri miring kanan. Diagnosa keperawatan II: gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan sirkulasi serebral, anjurkan berbicara secara perlahan lahan, anjurkan metode komunikasi.
- e) Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 3 hari, hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari (dua) masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal semuanya dapat teratasi.
- f) Asuhan keperawatan yang diterapkan pada klien Tn.N T setelah dianalisis ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata serta studi kasus terdahulu mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka peneliti merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut:

1) Bagi Tenaga Kesehatan

Lebih meningkatkan pelaksanaan dan perawatan pada klien Stroke non hemoragik sehingga terbinanya hubungan saling percaya, diantara tenaga kesehatan dan klien serta diharapkan tenaga kesehatan mampu mempertahankan hal-hal yang sudah baik yang telah dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan penderita stroke non hemoragik.

2) Institusi pendidikan

Memberikan fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu dan pengetahuan dan keterampilan melalui praktik klinik dan pembuatan laporan.

3) Bagi pasien dan keluarga

Agar klien tetap latihan ROM aktif setiap hari untuk meningkatkan kekuatan otot. Untuk keluarga klien agar tetap mendampingi dan latihan klien dalam melakukan ROM pasif sehingga tangan dan kaki klien tidak terasa kaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Arwinda, S. Murni. *Keperawatan medika bedah. Yoyakarta 2015*
- Batticaca, Fransisca Jakarta: 2018 *Asuhan keperawatan pada kalien sistem Metabolisme. Salemba Medika*
- Dongoeos, Marilyn E. (2000). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman ntuk perencanaan dan Pedokumentasian perawat Pasien.Edisi 3. Jakarta: EGC, 1999.
- Kementrian Kesehatan RI 2018. Profil kesehatan Indonesia Kemenkes RI diankses Jakarta tahun 2018
- Hadi Purwanto. Asuhan Keperawatan medika jakarta Tahun 2016*
- Mariynn E Doenges. Dan Mery franes Moorhouse dan Alice C. Edisi 3 Jakarta EGC 2013 rencana asuhan keperawatan.
- Nabyl, *Global Tuberculosis. Repoter M Jakarta Tahun 2016*
- Nurarif & Hardhi.*Keperawatan medika bedah. Yoyakarta 2015*
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI Edisi 1 Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.Jakarta selatan tahun 2016.
- Wijanya,& Putrid, *Keperawatan medika bedah. Yoyakarta 2013*
- World Health Organization (WHO), *Global Tuberculosis.Repotr 2015*
- Pudiastut keperawatan medika bedah Tahun (2011)*

INFORMED CONSENT
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: Anastasia Novelia Goa dengan judul: Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Onekore

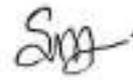
Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun. -

Ende, 22 Juni 2021

Saksi



Yang memberikan persetujuan



Peneliti



(Anastasia Novelia Goa)

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

a. Pengumpulan data

I. Identitas

a) Identitas klien

Nama : Tn N.T

Jenis kelamin : Laki-laki

Umur : 62 tahun

Pendidikan : SMA

Alamat : Jln. Wirajaya

Diagnosa Medik : Stroke non Hemoragik

b) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. S

Umur : 59 tahun

Hub. Dengan klien : Istri

Alamat : Jln. Udanyana

c) Data medik

Diagnosa medik : Stroke Non Hemoragik

Waktu dan tanggal pengobatan : -

Obat-obatan yang terakhir di dapat : Kolestrol(Liptor), Hipertensi

(Diuretik)

II. Keadaan umum

a) Keadaan sakit : sakit sedang

Alasan : kaki dan tangan sebelah kiri kaku, susah berbicara, lemah, pusing.

b) Tanda-tanda vital

- Kesadaran : kualitatif: composmentis

Kuantitatif : respon eye : 4

Respon verbal : 2

Respon motorik : 5

GCS: 11

Kesimpulan : klien sadar penuh

c) Suhu:36°C

d) Nadi : 78 kali/menit

e) Tekanan darah : 120/90 mmHg

III. Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang : istri klien mengatakan klien kaki tangan kaku sebelah kiri, susah berbicara, lemah, pusing

b) Riwayat kesehatan keluarga : istri klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit stroke non hemoragik

c) Riwayat kesehatan masa lalu : istri klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit apapun

IV. Pengkajian pola kesehatan

a) Pola persepsi-pemeliharaan kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: istri klien mengatakan jika klien sakit klien langsung ke fasilitas kesehatan. Keadaan saat ini: istri klien mengatakan sekarang tidak lagi minum obat klien lebih memiliki pengobatan alternatif seperti bahan-bahan alami (kunyit, bawang putih, labu, halia)

b) Pola Nutrisi Metabolik.

Kebiasaan sehari-hari: istri klien mengatakan klien mengkonsumsi nasi, sayur-sayuran dan ikan. Klien akan 3x dalam sehari porsi makan dihabiskan.

Kebiasaan sehari-hari: istri klien mengatakan makan 3x dalam sehari. Bubur, sayur bayam, ikan dan porsi makan dihabiskan.

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: istri klien mengatakan biasa BAB 3x dalam sehari, warna kuning, konsistensi padat, bau khas feses, sedangkan BAK 4-5 kali/ sehari.

Keadaan saat ini: istri klien mengatakan BAB 3X/ hari, warna hijau konsistensi padat, bau khas, BAK 4-5x/ hari, berwarna jernih.

d) Pola Aktivitas-Istirahat.

Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan aktivitas klien dari jam 8 sampai jam 11 malam setelah pulang klien langsung beristirahat.

Keadan klien saat ini: istri klien mengatakan tidur jam 9 malam

e) Pola Tidur Dan Istirahat.

Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan setiap hari tidur malam dari jam 11.

Keadan saat ini: istri klien mengatakan saat ini tidur malam 8 jam mulai dari jam 20:00-04:00 pagi.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori.

Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan masih ingat dengan kejadian yang telah berlalu.

Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan tidak dapat mengingat masa lalunya.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Kebiasaan sehari hari: istri klien mengatakan klien bangga dengan dirinya.

Keadan saat ini: istri klien mengatakan tidak bisa bekerja seperti biasa.

h) Pola Reproduksi- Seksualitas.

Kebiasaan sehari hari: Istri Klien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan pada alat reproduksinya.

Keadan klien saat ini: istri klien mengatakan tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

- i) Pola peran dan hubungan dengan sesama.

Keadan saat ini: istri klien mengatakan hubungan tetangga dan sekitarnya baik.

Keadan saat ini: istri klien mengatakan hubungan dengan tetangga sekitarnya baik.

- j) Pola mekanisme dan penyesuaian terhadap stress.

Keadan sehari-hari: istri klien mengatakan tidak mudah stress jika ada masalah selalu bercerita dengan keluarganya.

Keadan klien saat ini: istri klien mengatakan jika ada masalah selalu bercerita bersama keluarganya.

- k) Pola System nilai dan kepercayaan

Keadan saat ini: istri klien mengatakan selalu solat bersama keluarganya

Keadan klien saat ini: istri klien mengatakan percaya kepada agama yang di anutnya dengan keyakinan beragama islam

V. Pemeriksaan fisik

- a) Tanda tanda vital: tekan darah 120/90mmHg, suhu 36⁰c, nadi 78x/menit, RR:20x/menit
- b) Kepala: kepala bersih, rambut beruban
- c) Mata: tidak ada gangguan penglihatan
- d) Hidung : tampak bersih, tidak ada gangguan penciuman

- e) Wajah : bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan diwajah, tidak ada benjol
- f) Telinga : bentuk simetris dan tampak bersih
- g) Dada : bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan di abdomen
- h) Ekstremitas atas: jari-jari tangan klien kaku. Ekstremitas bawah: jari-jarikaki klien kaku.
- i) Terapi : -

b. Tabulasi data

Istri klien mengatakan klien kaki tangan kaku bagian kiri, lemah, susah berbicara, Klien tampak lemah, TD: 120/90mmHg, 36⁰c, bunyi napas normal, N: 78X/menit, RR: 20x/ menit

c. Klasifikasi data

Data Subjektif: istri klien mengatakan klien lemah, tangan dan kaki bagian kiri terasa kaku, susah berbicara

DataObjektif: Klien tampak lemah, TD: 120/90mmHg, 36⁰c, bunyi napas normal, N: 78X/menit, RR: 20x/ menit

d. Analisa data

NO	SIGN SYMPTOM	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	Data Subjektif: Istri klien mengatakan kaki tangan bagian kiri terasa kaku. Data Objektif : klien tampak lemah, pusing. TTV. TD: 120/90mmHg, suhu:36 ⁰ c,Nadi:78/menit, RR:20x/menit	gangguan neuromuskuler	gangguan mobilitas fisik.
2.	Data Subjektif: istri klien mengatakan klien susa berbicara Data Objektif: klien tampak komunikasi TTV: TD: 120/90mmHg, S:36 ⁰ c, N:78x/menit, RR:20xmenit	sirkulasi serebral	gangguan komunikasi

B. Diagnosa keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler

Data Subjektif: istri klien mengatakan kaki tangan sebelah kiri kaku

Data Objektif: klien tampak lemah, pusing TD: 120/90mmHg, N: 78x/menit, S:36⁰c, RR: 20x/ menit

Data Subjektif: Istri klien mengatakan klien susa berbicara.Data

Objektif: Klien tampak berkomunikasi TD:120/90mmHg, N: 78X/menit, S:36⁰c, RR: 20x/menit

2. gangguan komunikasi/dsirkulasi serebral

Data Subjektif: istri klien mengatakan klien susa berbicara

Data Objektif: klien tampak komunikasi TTV: TD: 120/90mmHg, S:36⁰c, N:78x/menit, RR:20xmenit

C. Intervensi

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

Data Subyektif : istri klien mengatakankaki dan tangan sebelah kiri kaku sulit untuk berjalan, semua aktivitas dibantu oleh keluarganya

Data Obyektif: klien tampak sulit berjalan, kaki tangan tampak kaku dan mengalami kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik teratasi dengan

Kriteria hasil : pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat

Intervensi :

- Latih gerakan ROM aktif dan pasif

Rasional :Meningkatkan kekuatan otot

- Ajar dan latih keluarga serta klien untuk tetap melakukan gerakan ROM aktif dan pasif

Rasional :Membantu mengingatkan dan melatih klien dalam meningkatkan kekuatan otot

- Motivasi keluarga dalam membantu mobilisasi klien

Rasional : Membantu klien dalam beraktivitas

2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular yang ditandai dengan:

Data Subyektif: -

Data Obyektif: bicara pelo, tampak susah untuk mulai berbicara, lidah susah dijulurkan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan komunikasi dapat berjalan dengan baik dengan

Kriteria hasil : Klien dapat mengekspresikan perasaan, pembicaraan klien dapat dipahami

Intervensi :

- Latih gerakan mulut

Rasional : Melatih saraf agar tidak kaku

- Latih gerakan lidah

Rasional :Membantu mengurangi kekakuan berbicara

D. Implementasi dan Evaluasi

Selasa, 23 Juni 2021

NO	Dx. Kep	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Diagnosa kep. 1	12.00 WITA 12.20 WITA	mengukur tanda tanda vital hasilnya TD 120/90mmHg, nadi 78x/menit, suhu:36 ⁰ c,RR:20x/menit melatih gerakan ROM aktif dan pasif (melatih menggenggam dan meramas kertas) dengan hasil klien tampak sulit untuk menggenggam dan meramas kertas	Subyektif : istri klien mengatakan klien mengatakan kaki dan tangannya terasa kaku Obyektif: tangan dan kaki masih terlihat kaku Assesment:Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi Planning:Lanjutkan intervensi.
2	Diagnosa kep. 2	04.30 WITA	melatih gerakan lidah (menjulur, ke samping kiri dan kanan) dengan hasil klien tampak kesulitan dalam melakukangerakan melatih gerakan mulut (melafalkan A I U E O) dengan hasil klienmerasa nyaman	Subyektif : klien mengatakan klien susah berbicara Obyektif: klien tampak susah untuk menjulurkan lidah Assesment:Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi Planning: Lanjutkan intervensi

Catatan Perkembangan

Rabu, 24 Juni 2021

NO	Dx. Kep	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Diagnosa kep. 1	08.58 WITA 09.00WITA	mengukur TTV hasilnya 120/90mmHg, nadi 78x/menit, suhu:36 ⁰ c, RR:20x/menitmelatih gerakan ROM aktif dan pasif (melatih meramas kertas dan melatih bagian jari-jari: fleksi dan ekstensi) dengan hasil klien tampak sulit	Subyektif : klien mengatakan kaki dan tangannya terasa kaku Obyektif: tampak sulit meramas kertas Assesment:Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi Planning:Lanjutkan intervensi.

		09.35 WITA	untuk meramas kertas memotivasi keluarga dalam membantu mobilisasi klien	
2	Diagnosa kep. 2	10.45 WITA 10.55 WITA	melatih gerakan lidah (menjului, ke samping kiri dan kanan) dengan hasil klien tampak kesulitan dalam melakukan gerakan. melatih gerakan mulut (melafalkan A I U E O) dengan hasil klien merasa nyaman	Subyektif : istri klien mengatakan klien susah berbicara Obyektif: klien tampak susah untuk melatih gerakan lidah dan merasa nyaman melatih gerakan mulut Assesment: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi Planning: Lanjutkan intervensi

Kamis, 25 Juni 2021

NO	Dx. Kep	Jam	Evaluasi
1	Diagnosa kep. 1	11.00WITA	S: istri klien mengatakan kaki tangan bagian kiri kaku O: klien masi sulit untuk bergerak tekanan darah 120/90mmHg, suhu:36 ⁰ c, nadi 78x/menit, RR: 20xmenit A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi I: Ajar dan latih keluarga serta klien untuk tetap melakukan gerakan ROM aktif dan pasif E: klien tampak sulit berjalan kaki tangansebelah kiri tampakkaku
2	Diagnosa kep. 2	11.00WITA	S: Istri klien mengatakan klien belum bisa berbicara dengan jelas dan O: respon klien suda sesuai dengan pertanyaan harus diulang sesuai berlahan lahan. Tekan darah 120/90mmHg, nadi 78x/menit suhu: 36 ⁰ c, RR: 20x/menit A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: Lanjutkan intervensi I: Anjurkan latihan gerak lidah atau gerak mulut E: Klien tampak berkomunikasi



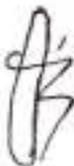
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI REVISI
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Anastasia Novelia Goa
NIM : PO. 53032018003
PEMBIMBING : Martina Bedho, SST., M Kes

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	Senin, 10 oktober 2021	PROPOSAL : <ul style="list-style-type: none">• Perbaiki manifestasi klinik• Perbaiki Kata Pengantar• Edit rata kiri rata kanan	
2.	Rabuh, 26 oktober 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki pengaturan kertas di dalam pengetikan.	
3.	Senin, 27 oktober 2021	KTI : <ul style="list-style-type: none">• Perbaiki pembahasan• Perbaiki konsep masalah keperawatan• Perbaiki konsep dasar asuhan keperawatan• Perbaiki pembahasan	
4.	Rabu, 28 oktober 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki konsep dasar asuhan keperawatan antara pengkajian dan diagnose masalahnya harus sama• Buat pembahasan eperti	

		contoh yang ibu buatkan <ul style="list-style-type: none">• Tambahkan datar pustaka	
5.	Selasa, 29/ 2021	ACC	AB

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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



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



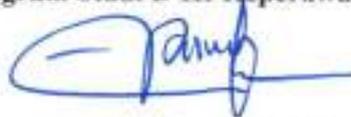
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Anastasia Novelia Goa
NIM : PO.530320218003
PEMBIMBING : Yustina P.M. Pashalia,S.Kep.,Ns.,M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	Senin, 2juni 2021	PROPOSAL : <ul style="list-style-type: none">• Konsultasi judul KTI	
2.	11 juni 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki tulisan kata pengantar• Perbaiki datar pustaka• Perbaiki pembahasan• Perbaiki BAB I• Perbaiki BAB III• Perbaiki BAB 11• Perbaiki pengetikan	
3.	Senin, 10 agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki BAB 1• Perbaiki BAB 2	
4.	Rabu, 13 agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">• Konsultasi BAB 2	
5.	kamis 10 oktober 2021	KTI : <ul style="list-style-type: none">• Perbaiki BAB 3	

		<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki BAB IV • Perbaiki pembahasan 	
6.	Rabu, 11 oktober 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki pembahasan • Perbaiki daftar pustaka • Perbaiki BAB III • Koreksi kurang huruf titik koma • Perbaiki BAB IV 	
7.	Jumat, 25 Maret 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki Abstrak • Perbaiki titik koma • Pembahasan • Daftar pustaka • Perbaiki BAB III • Perbaiki daftar pustaka 	
8.	Senin, 28 Maret 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki pembahasan • Koreksi titik koma • Perbaiki Abstrak 	

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Anastasia Novelia Goa

Tempat Tanggal Lahir : Dili 11 November 1997

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Nangaroro

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SD Nangamboia (2010)
2. Tamat SMP Negeri 1Nangaroro (2013)
3. Tamat SMA Setiawan Nangaroro (2016)
4. Sejak tahun 2018, Kuliah di Program Studi D III Keperawatan Ende

MOTTO

BELAJAR DARI KEGAGALAN DAN KERJA KERAS MERUPAKAN RAHASIA KEBERHASILAN.