

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R.P DENGAN DIAGNOSA
MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM
III RSUD ENDE**



OLEH:

OCTAFIANI MARCELINA KANA

NIM. PO.530320219947

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

TAHUN 2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R.P DENGAN DIAGNOSA MEDIS
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM III**

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



OLEH:

OCTAFIANI MARCELINA KANA

NIM. PO.530320219947

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

TAHUN 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R.P DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE
KARYA TULIS ILMIAH**

OLEH :

OCTAFIANI MARCELINA KANA

NIM:PO.530320219947

**Hasil Studi Kasus Ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan**

Ende, 24 Agustus 2022

Pembimbing



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

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN
STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R.P DENGAN STROKE NON
HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

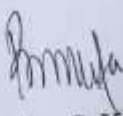
OCTAFIANI MARCELINA KANA
NIM: PO. 530320219947

Studi kasus ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan
Pada tanggal 24 Agustus 2022

Penguji

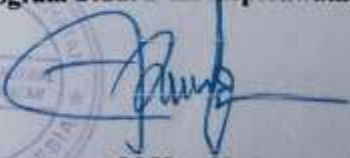
Penguji Ketua


Penguji Anggota


Rifatunnisa, S. Kep, Ns., M. Kep
NIP. 198809222020122005


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

Disahkan oleh :


Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Octafiani Marcelina Kana
NIM : PO. 530320219947
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R.P DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT
DALAM III

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

Ende, 24 Agustus 2022
Yang Membuat Pernyataan,

Octafiani Marcelina Kana
NIM: PO. 530320219947

KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat rahmatNya, Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. R.P dengan Diagnosa Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”. 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. ArisWawomeo,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. Try Ayu Patmawati,S.Kep.Ns.,M.Kep, selaku Pembimbing sekaligus Penguji yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing dan menguji penulis dalam menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.
4. Rifatunnisa,S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji proposal Karya Tulis Ilmiah penulis.
5. Orangtua, kakak dan orang-orang tercinta yang senantiasa mendoakan dan mendukung Penulis baik secara materi maupun nonmateri sehingga Penulis dapat menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh Penulis. Akhir kata, semoga Laporan Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Ende, 24 Agustus 2022

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. R.P Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD ENDE

Octafiani Marcelina Kana ⁽¹⁾

Try Ayu Patmawati, S. Kep, Ns., M. Kep ⁽²⁾

Latar Belakang: Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat adanya emboli dan trombosis serebral, pada stroke non hemoragik tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia sehingga dapat menimbulkan hipoksia yang dapat memicu edema sekunder tetapi kesadaran umum pasien tidak mengalami penurunan atau bisa dikatakan baik. Tujuan studi kasus menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. R.P dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik.

Desain Penelitian: Penelitian ini menggunakan metode studi kasus yang dilakukan pada pasien Tn. R.P dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik. Lokasi dan waktu penelitian dilakukan di wilayah kerja Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende tanggal 20-22 Mei 2022.

Hasil: Hasil studi kasus ditemukan data : Bahwa keluhan utama pasien adalah Tangan dan Kaki kiri sulit di gerakan karena terasa berat dan lemah. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif dan resiko gangguan integritas kulit/jaringan. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap pasien Tn. R.P diperoleh hasil masalah dariketiga diagnosa tersebut teratasi sebagian.

Oleh karena itu sangat diharapkan agar penderita memperhatikan pola hidup sehat dan teratur untuk berobat Stroke Non Hemoragik (SNH) dan memenuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

Kata kunci : Stroke, Stroke non hemoragik, Asuhan Keperawatan.

ABSTRACT

Nursing care on Mr. R.P With Non Hemorrhagic Stroke in internal Medicine III Room Ende
General Hospital

Octafiani Marcelina Kana ⁽¹⁾

Try Ayu Patmawati, S. Kep, Ns., M. Kep ⁽²⁾

Background: Non hemorrhagic stroke is a stroke that occurs due to cerebral embolism and thrombosis, in non hemorrhagic stroke there is no bleeding but ischemia occurs so that it can cause hypoxia which can trigger secondary edema but the general awareness of the patient does not decrease the purpose of the case study is describes the implementation of nursing care for in Mr. R.P patients with non hemorrhagic stroke medical diagnoses.

Design: This study is uses a case study method that was carried out on Mr. R.P patient with a medical diagnosis of Non Hemorrhagic Stroke. The location and time of the research was carried out in the work area of Internal Medicine III General Hospital on 20-22 Mei 2022

Result : The result patient main complaint is that the hands and feet are now difficult to move because they feel heavy and week. Nursing diagnoses that are enforced are impaired physical mobility, risk of ineffective cerebral perfusion and risk of impaired skin tissue integrity. After treatment 3x24 hour againts patient Mr. R.P obtained the results of the problems from the three diagnoses were partially resolved.

Therefore, it is hoped that patients will pay attention to a healthy and regular lifestyle for treatment for Non Hemorrhagic Stroke and fulfill all the recommendations given by health workers.

Keywords: Stroke, Non hemorrhagic stroke, Nursing Care

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	
HALAMAN SAMPUL DALAM	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah.....	4
C. Tujuan penulisan	4
D. Manfaat penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Medis Stroke.....	6
B. Konsep Masalah Keperawatan	13
C. Konsep Asuhan Keperawatan	17
BAB III METODE STUDI KASUS	33
A. Desain studi kasus	33
B. Subjek studi kasus	33
C. Batasan istilah	33
D. Lokasi dan waktu	34
E. Metode studi kasus	34
F. Teknik pengumpulan data	34
G. Instrument pengumpulan data	34
H. Keabsahan data.....	34
I. Analisa data	35
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	36
A. Hasil	36
B. Pembahasan	61
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR SKEMA

1.1 Pathway

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi

Lampiran 2. Format informed Consent

Lampiran 3. Format Pengkajian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah mahasiswa dari Program Studi Keperawatan Ende dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende”.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan studi kasus pada klien dengan stroke non hemoragik. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara untuk mengambil data pada klien yang akan berlangsung kurang lebih 15-20 menit, serta melakukan pemberian asuhan keperawatan pada klien selama 3 hari. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena studi kasus ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
5. Jika anda membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silakan menghubungi peneliti pada nomor Hp : 082217930500

Ende, 24 Agustus 2022

Peneliti,

Octafiani Marcelina Kana

PO. 530320219947

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Purwanto, 2016).

Stroke adalah penyebab utama kecacatan, demensial, dan kematian di seluruh dunia dan di kaitkan dengan substansial biaya ekonomi. Secara global, rata-rata 1 dari 4 orang dewasa akan mengalami stroke selama hidupnya (GBD et al., 2018). Berdasarkan data terbaru tahun 2019 pada global stroke statistik diidentifikasi bahwa peningkatan yang konsisten dalam insiden stroke itu berada di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, hal ini berdasarkan studi insiden stroke yang dilakukan antara tahun 1971 dan 2014 (Kim et al., 2020).

Menurut WHO tahun 2018 (di kutip dalam Hisni et al., 2022). sekitar 7,75 juta orang meninggal karena stroke di dunia. Setiap tahun lebih dari 795.000 orang yang mengalami stroke berulang, di antaranya 87% adalah iskemik, 10 % adalah ICHs (intracerebral hemorrhagic), dan 3% adalah SAHs (subarachnoid hemorrhagic) (Virani et al., 2021).

Di Indonesia stroke menempati urutan ketiga setelah asma dan kanker. Hasil Riskesdas 2018 jumlah presentasi stroke berjumlah 4,4% (Riskesdas, 2018). Selain itu data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi

stroke tertinggi di Indonesia terdapat di provinsi Kalimantan timur (14,7%), dan terendah di provinsi papua (4,1%), prevalensi stroke di sumatera selatan adalah (10,9%) Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi stroke di NTT adalah (6,06%)(Risksedas, 2018).

Berdasarkan prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur dengan kasus tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%) dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun (1,2%). Berdasarkan jenis kelamin, prevalensi stroke pada laki-laki (50,1%) hampir sama dengan perempuan (49,9%). Prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada penduduk yang memiliki pendidikan tamat SD (29,5%) berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan (63,9%) lebih tinggi di banding perdesaan (36,1%) (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan hasil laporan tahunan 2021 di ruang penyakit Penyakit Dalam III kasus stroke dengan jumlah 15 orang 12 di antaranya laki-laki dan 3 di antaranya perempuan (RSUD Ende, 2021), sedangkan pada tahun 2022 bulan Januari dengan jumlah 4 orang 3 di antaranya laki-laki dan 1 di antaranya perempuan (RSUD Ende,2022).

Stroke masih menjadi salah satu masalah utama kesehatan, bukan hanya di Indonesia namun di dunia. Beberapa faktor resiko stroke yaitu: hipertensi, peningkatan kadar lemak dan diabetes melitus, merokok, tingkat aktivitas fisik lemah, obesitas, penyakit jantung (Kemenkes RI, 2018).

Salah satu upaya untuk menurunkan tingkat kejadian stroke dengan melakukan pencegahan sejak dini pada pasien stroke, baik sebelum maupun

sesudah terjadinya serangan. Pencegahan penyakit stroke terdiri dari pencegahan primer dan pencegahan sekunder, sehingga masyarakat dapat terhindar dari serangan stroke (Nainggolan & Utama, 2019).

Faktor resiko yang dapat mempengaruhi kejadian stroke yaitu merokok yang dapat menyebabkan perdarahan intraserebral dengan merusak dinding arteri yang pecahnya pembuluh darah, riwayat hipertensi dapat merusak arteri keseluruh tubuh dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah dan mengakibatkan sumbatan pada arteri di otak, riwayat diabetes mellitus memiliki terlalu banyak glukosa dalam darah sehingga menyebabkan peningkatan lemak dan dapat menyumbat pembuluh darah sehingga menyebabkan stroke (Imanda et al., 2019)

Hasil dari analisis studi GBD (Global Burden of Disease) 87% resiko stroke dapat di kaitkan dengan faktor yang dapat dimodifikasi seperti HBP (Hight blood pressure), obesitas, hiperglikemia, hiperlipidemia dan disfungsi ginjal dan 47% dapat dikaitkan dengan faktor resiko perilaku seperti merokok, gaya hidup yang tidak sehat (Virani et al., 2021).

Penyakit stroke memberikan dampak yang sangat merugikan bagi penderitanya sendiri, dampak stroke yang paling umum terjadi yaitu hemiparase (kelemahan), dan hemiplegia (kelumpuhan) merupakan salah satu bentuk defisit motorik. Hal ini di sebabkan oleh gangguan motorik neuron dengan karakteristik kehilangan kontrol gerakan volunter (gerakan sadar), gangguan gerakan, keterbatasan tonus otot, dan keterbatasan reflek (Winstein et al., 2016)

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti akan melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan masalah Stroke. Asuhan keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah : “Bagaimana Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik ?”

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende melalui langkah-langkah proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

- c. Mampu menentukan intervensi pada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- f. Mampu menganalisis kasus pada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini untuk :

1. Bagi peneliti

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

2. Bagi Institusi Rumah Sakit dan pelayanan kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan Asuhan keperawatan pada pasien stroke

3. Bagi Perkembangan ilmu keperawatan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Purwanto, 2016).

Menurut Wijaya dan Mariza (2013) dikutip dalam santoso,L.E (2018) Stroke diklasifikasikan menjadi 2 golongan yaitu Stroke Hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi akibat adanya perdarahan pada otak serebral atau subarknoid, sehingga terjadi pecah pembuluh darah pada otak dan Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat adanya emboli dan trombosis sereberal, pada stroke non hemoragik tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia sehingga dapat menimbulkan hipoksia yang dapat memicu edema sekunder tetapi kesadaran umum pasien tidak mengalami penurunan atau bisa dikatakan baik.

2. Etiologi

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

- a. Trombosis Cerebral yaitu bekuan darah didalam pembuluh darah otak.
- b. Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak,dan udara.

- c. Haemorrhagi yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.
- d. Hipoksia yaitu kondisi kekurangan oksigen dalam sel dan jaringan tubuh.

3. Patofisiologi

Menurut Satyanegara (2012), adanya gangguan perdarahan darah ke otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme yaitu: adanya penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplainya sebagian otak akan tidak adekuat, selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Apabila hal ini terjadi terus menerus, dapat menimbulkan nekrosis (infark). Kedua yaitu diakibatkan oleh dinding arteri serebral pecah sehingga akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemoragi). Selanjutnya, pembesaran pembuluh darah yang menekan jaringan otak (misalnya: malformasiangiomatosa, aneurisma). Adanya odema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstisial jaringan otak.

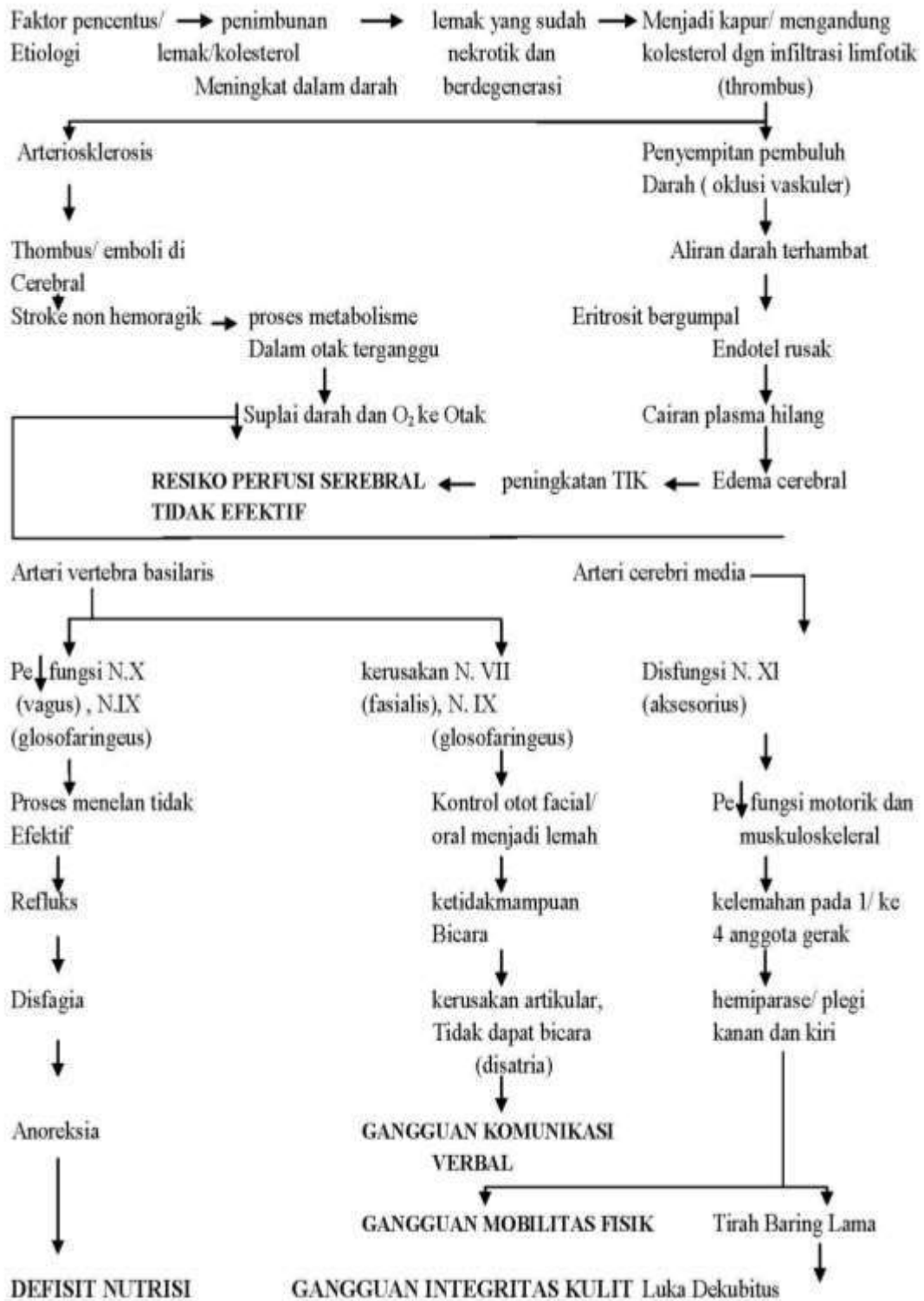
4. Manifestasi Klinis

Menurut Septiandini (2017), manifestasi klinis stroke sebagai berikut :

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan yang timbul mendadak
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- c. Bicara cadel atau pelo
- d. Pusing dan sakit kepala yang hebat

- e. Kesulitan menelan
- f. Mual, muntah
- g. Gangguan penglihatan.

PATHWAY



5. Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke menurut Purwanto (2016), antara lain :

- a. Hipoksia serebral (tidak adanya cukup oksigen dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh).
- b. Penurunan aliran darah serebral (karena pasokan darah ke otak terganggu dan berkurangnya sumbatan pembuluh darah yang mengarah ke otak, sebab darah tidak sampai ke otak, sehingga menyebabkan asupan oksigen pada otak menjadi minimum dan membuat pengidapnya mengalami gangguan pada sirkulasi serebral)
- c. Embolisme serebral (suatu penyumbatan supali darah kebagian otak yang disebabkan oleh gumpalan)
- d. Pneumonia aspirasi adalah infeksi dan peradangan pada paru-paru akibat masuknya benda asing ke dalam paru-paru
- e. Kontraktur merupakan suatu kondisi kekakuan jaringan di dalam tubuh yang seharusnya bersifat fleksibel dan mudah digerakan
- f. Tromboplebitis adalah suatu kondisi saat gumpalan darah di pembuluh darah menyebabkan peradangan dan nyeri

6. Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan stroke menurut Wijaya dan Mariza (2013) di kutip dalam santoso,L.E (2018)

- a. Penatalaksanaan Medis
 - 1) Trombolitik (streptokinase): Obat untuk melarutkan gumpalan darah yang terbentuk di dalam pembuluh darah.

- 2) Antikoagulan (heparin): Obat untuk mengatasi dan mencegah penggumpalan darah.
 - 3) Hemorragik (pentoxifylin): Obat untuk pelancar aliran darah.
 - 4) Antagonis serotonin (naftidrofuryl): Obat untuk meningkatkan aliran darah guna memperbaiki sirkulasi oksigen yang ada pada darah.
 - 5) Antagonis kalsium (nomodipin, piracetam): Obat untuk menurunkan tekanan darah.
- b. Penatalaksanaan Khusus/Komplikasi
- 1) Atasi kejang (anti konvulsan): Obat untuk mencegah atau mengatasi kejang atau epilepsy.
 - 2) Atasi dekompresi (kraniotomi): Obat yang digunakan untuk mengatasi pembengkakan otak.
- c. Untuk penatalaksanaan fakto resiko
- 1) Atasi hiperuresemia
 - 2) Atasi hipertensi
 - 3) Atasi hiperglikemia

7. Pemeriksaan penunjang stroke

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien stroke menurut Santoso, L.E (2018) dalam Dellima D R,(2019) sebagai berikut:

a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri adanya titik okulasi atau raftur.

b. Elektro encefalography (EEG)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

c. Sinar x tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi persial dinding, aneurisma pada pendarahan sub arachnoid.

d. Ultrasonography Doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system arteri karotis /alioran darah /muncul plaque / arterosklerosis)

e. CT Scan (Computer Tomografi Scan)

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

f. Magnetic Resonance Imagine (MRI)

Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik.

g. Pemeriksaan Laboratorium

1) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada thrombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intracranial.

2) Pemeriksaan darah rutin: Pemeriksaan kimia darah, pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia, guladarah dapat mencapai 250 mg didalam serum.

B. Konsep Masalah Keperawatan

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

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif

Merupakan : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Resiko :

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

2. Defisit Nutrisi

Merupakan : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

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

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : -

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

Gejala dan tanda minor :

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

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

3. Gangguan Mobilitas Fisik

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

Penyebab :

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

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

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

Gejala dan tanda minor :

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

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

4. Gangguan Integritas Kulit/ jaringan

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

Penyebab :

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

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : -

Objektif : kerusakan jaringan atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : -

Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

5. Gangguan Komunikasi Verbal

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

Penyebab :

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

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : -

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

Gejala dan tanda minor :

Subjektif : -

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

C. Konsep Asuhan Keperawatan

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

1. Pengkajian

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 dan Istirahat

Gejala: merasa kesulitan untuk melakukann aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri atau kejang otot).

Tanda: gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadikelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

b) Sirkulasi

Gejala: adanya penyakit jantung, polisitemia, riwayat hipertensi postural.

Tanda: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme atau malformasi vaskuler, frekuensi nadi bervariasi dan disritmia

c) Integritas Ego

Gejala: Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa

Tanda: Emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

d) Eliminasi

Gejala: terjadi perubahan pola berkemih

Tanda: distensi abdomen dan kandung kemih, bising usus negatif

e) Makanan atau Cairan

Gejala: nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut, kehilangan sensasi pada lidah dan tenggorokan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah

Tanda: kesulitan menelan dan obesitas

f) Neurosensori

Gejala: sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas, penglihatan menurun, gangguan rasa pengecapan dan penciuman.

Tanda: status mental atau tingkat kesadaran biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragik, gangguan fungsi kognitif, pada wajah terjadi paralisis, afasia, ukuran atau reaksi pupil tidak sama, kekakuan, kejang.

g) Kenyamanan atau Nyeri

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda

Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot

h) Pernapasan

Gejala : merokok

Tanda : ketidakmampuan menelan atau batuk , hambatan jalan napas, timbulnya pernapasan sulit dan suara nafas terdengar ronchi.

i) Keamanan

Tanda: masalah dengan penglihatan, perubahan sensori persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenal objek, gangguan berespon, terhadap panas dan dingin, kesulitan dalam menelan.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

(1) Kesadaran: Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (somnia), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (apati), mengantuk yang dalam (stupor), stupor coma, hingga penurunan kesadaran (coma), dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan kompos mentis dengan GCS 13-15.

(2) Tingkat Kesadaran : GCS

(a) Respon Membuka Mata

Membuka mata spontan	: 4
Membuka mata karena perintah	: 3
Membuka mata karena rangsangan nyeri	: 2
Tidak ada respon	: 1

(b) Respon Verbal

Orientasi baik dan dapat bercakap-cakap	: 5
Bingung/konfusi	: 4
Kata-kata tidak sesuai/tidak tepat	: 3
Suara tidak jelas (menggumam)	: 2
Tidak ada respon	: 1

(c) Respon Motorik

Mematuhi/mengikuti perintah	: 6
Melokalisir nyeri (melindungi daerah nyeri)	: 5
Menarik diri terhadap nyeri (menghindar)	: 4
Fleksi abnormal	: 3
Ekstensi abnormal	: 2
Tidak ada gerakan	: 1

(3) Suara bicara:kadang mengalami gangguan yaitu sukar dimengerti, kadang tidak bisa bicara.

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

b) Pemeriksaan integument

(1) Kulit: Pucat, turgor kulit menurun, tanda deksubitus

(2) Kuku: perlu dilihat adanya clubbing finger, sianosis

(3) Rambut:warna rambut, kotor atau tidak, rontok atau tidak.

c) Pemeriksaan kepala dan leher

(1) Kepala : Bentuk normocephalik

(2) Muka : Umumnya tidak simetris yaitu mencong ke salah satu sisi, muka pucat

(3) Leher :kaku kuduk jarang terjadi.

d) Pemeriksaan dada

Terdengar suara napas ronchi, wheezing, atau suara napas tambahan, pernapasan tidak teratur akibat penurunan refleks batuk dan menelan.

e) Pemeriksaan abdomen

Didapatkan penurunan peristaltik usus akibat bedrest yang lama, dan kadang terdapat kembung.

f) Pemeriksaan inguinal, genitalia, anus

Kadang terdapat inkontinensia atau retensi urine.

g) Pemeriksaan Ekstremitas

Pengukuran kekuatan otot menurut (Purwanto, 2016)

(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 gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan.

(5) Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang.

(6) Nilai 5 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.

b. Tabulasi Data

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, lemah, kesulitan menggerakkan ekstremitas, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah, kejangsampa tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran.

c. Klasifikasi Data

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

Data obyektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kesulitan menggerakkan ekstermitas, kejangsampa tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran.

d. Analisa Data

1) Sign/symptom

Data Subyektif : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data obyektif : Penurunan Kesadaran , gelisah

Etiologi:

Problem : Resiko perfusi serebral tidak efektif

2) Sign/symptom

Data subjektif : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

Data obyektif : Kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

Etiologi :

Problem :Gangguanmobilitasfisik

3) Sign/symptom

Data subjektif : -

Data objektif :bicara pelo, tidakdapatberkomunikasi

Etiologi :

Problem :Ganguankomunikasi verbal

4) Sign/symptom

Data subjektif : Mual,nafsu makan menurun

Data objektif : Muntah, sulit menelan.

Etiologi :

Problem : Defisit nutrisi

5) Sign/symptom

Data subjektif : -

Data objektif : terdapat ulkus decubitus

Etiologi :

Problem : Gangguan Integritas Kulit/jaringan

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

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien stroke antara lain :

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif yang ditandai dengan :
DS :mengeluh sakit kepala, tampak meringis
DO : Penurunan Kesadaran, gelisah
- b. Gangguan mobilitas fisik yang ditandai dengan :
DS: kelemahan anggota gerak sebelah badan
DO: kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.
- c. Gangguan komunikasi verbal yang ditandai dengan :
DS : -
DO : bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi
- d. Defisit nutrisiyang ditandai dengan :
DS : mual, nafsu makan menurun
DO :muntah, sulit menelan
- e. Gangguan integritas kulit/jaringan yang ditandai dengan :
DS : -
DO : terdapat ulkus dekubitus

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

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif
Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah
Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi

Kriteria hasil :

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

Intervensi :

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial :

- a) Monitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas.

Rasional: Mengetahui keadaan umum pasien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya.

- b) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan

Rasional : untuk mencegah terjadinya kejang

- b. Gangguan mobilitas fisik

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

Kriteria Hasil :

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

Intervensi :

Dukungan mobilisasi :

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

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

b) Kaji vital sign

Rasional : Dengan mengetahui perkembangan pasien secara dini.

c) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional:untuk mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan.

d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional : untuk mengetahui kondisi keseharan pasien

e) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional : agar keluarga mampu melatih pasien secara mandiri.

f) Ajarkan melakukan ROM Pasif

Rasional :untuk melatih kekuatan otot.

c. Gangguan komunikasi verbal

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

Kriteria hasil :

1) Kemampuan berbicara meningkat

2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat

- 3) Pelo menurun
- 4) Gagap menurun
- 5) Pemahaman komunikasi membaik

Intervensi :

Promosi komunikasi defisit bicara :

- a) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien

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

Rasional : agar pasien dapat mengerti dan memahami dengan baik

- c) Ulangi apa yang di sampaikan pasien

Rasional : untuk dapat memastikan ucapan yang di sampaikan pasien

d. Defisit nutrisi

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah nutrisi dapat teratasi.

Kriteria hasil :

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

Intervensi :

Manajemen nutrisi:

a) Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk mengetahui nutrisi yang di peroleh pasien

b) Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : untuk menambah nafsu makan pasien

c) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : untuk mempertahankan status gizi pasien

e. Gangguan integritas kulit

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi

Kriteria hasil :

1) Kerusakan jaringan menurun

2) Kerusakan lapisan kulit menurun

3) Nyeri menurun

4) Kemerahan menurun

Intervensi :

Perawatan integritas kulit :

a) Mengidentifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (mis : perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Rasional : untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan

b) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional : untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan

c) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion,serum)

Rasional : untuk mencegah terjadi iritasi kulit

d) Anjurkan minum air yang cukup

Rasional : untuk mencegah dehidrasi.

e) Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur

Rasional: menjaga kesehatan kulit tetap baik

4. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien (Novita, 2016)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Novita, 2016).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan utama dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Afiyanti, 2014)

Pendekatan yang akan digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medik stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah subyek yang dituju untuk diteliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Subyek penelitian pada studi kasus ini adalah satu orang pasien Tn. R.P dengan diagnosa medis SNH di rumah Sakit Umum Daerah Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Asuhan Keperawatan : suatu bentuk pelayanan kesehatan yang meliputi kebutuhan biologis, psikologis, social, dan spiritual yang diberikan langsung kepada pasien dengan stroke di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Stroke : suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang di tandai dengan kelumpuhan wajah atau anggota badan sebagian atau seluruh anggota gerak, kesadaran menurun, bicara pelo, kesulitan dalam bicara.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini telah dilakukan selama 3 hari pada tanggal 20-22 Mei 2022 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

E. Metode/Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Mengadakan observasi atau pengamatan yang dilakukan secara langsung dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh klien.

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

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

H. Keabsahan Data

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

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 orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti,

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

2) Data Sekunder

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

I. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien.

Masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa 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 Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di ruangan Penyakit Dalam III dengan jumlah ruangan 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan.

2) Pengkajian

Pasien berinisial Tn. R.P berumur 62 tahun berjenis kelamin laki-laki dan pendidikan terakhir klien sarjanaberalamatkan jalan gatot subroto (km.3) dan beragama katolik dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH).

a. Pengumpulan data

1) Biodata

Pasien berinisial Tn. R.P berumur 62 tahun beralamat di jalan gatot subroto pekerjaan sehari-hari sebagai wiraswasta. Pasien beragama katolik dan pendidikan terakhir adalah sarjana. Klien sudah menikah dan memiliki 2 anak, tanggal masuk Rumah Sakit 5 Mei 2022. Penanggung jawab pasien adalah istrinya sendiri dengan inisial Ny. Y umur 53 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA, pekerjaan Ibu rumah tangga.

2) Keluhan utama

Klien Mengatakan Tangan dan Kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan selama dirawat di ruang penyakit dalam III klien mengeluh tangan dan kaki kiri sulit digerakkan karena terasa berat dan lemah, klien hanya dimiringkan ke kanan dan ke kiri ketika dibersihkan setiap pagi oleh keluarga, sering merasa pusing, edema di kaki, penglihatan kabur, terpasang infus NaCl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran didapatkan GCS 14 (E:3 V:5 M:6), pemeriksaan kekuatan Otot didapatkan bagian Ekstremitas kiri Sulit digerakkan.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga klien mengatakan riwayat stroke sebelumnya sudah 1 tahun, adanya riwayat Diabetes mellitus dan CHF.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan ibunya pernah menderita penyakit yang sama seperti klien yaitu DM.

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Keluarga klien dan klien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau difasilitas kesehatan dan klien selalu minum obat yang diberikan pada klien. Klien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola nutrisi metabolik

Keluarga klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dan minum sekitar 6-8 gelas per hari, jenis makanan yang dimakan seperti nasi, sayur, ikan, tahu-tempe dan sesekali disertai buah. Porsi makanan yang disediakan dapat dihabiskan. Saat ini klien makan 3 kali sehari, jenis makanan bubur, ikan, tahu tempe, sayur. Klien tidak menghabiskan porsi makan yang diberikan, klien mengikuti anjuran diet rendah garam.

c) Pola eliminasi

Klien mengatakan BAB sebelumnya 1x sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK klien bisa dengan 4-5 kali sehari warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK. Saat ini klien BAB 1-2 hari sekali, dengan konsisten padat, klien BAB dibantu keluarga, tidak ada keluhan saat BAB,

BAK saat ini 4-6 kali sehari, warna kuning keruh, berbau urine, tidak ada keluhan saat BAK, klien menggunakan Pampers.

d) Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktifitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil.) Saat ini aktifitas klien dibantu total oleh keluarga seperti makan, BAB, BAK, dan berpakaian.

e) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya tidur malam mulai dari jam 21.00- 05.00 total tidur 8 jam untuk tidur malam, sedangkan tidur siang dari jam 14.00-16.00 total tidur 2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur. Saat ini keluarga klien mengatakan klien tidur mulai jam 20.00-06.00, tidur siang jam 13.00-15.00, tidak ada keluhan pada saat tidur.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

Klien dan keluarga mengatakan sudah satu tahun penglihatan klien mulai kabur karna faktor umur, tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Sebelum sakit klien merupakan kepala keluarga dengan 2 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan

anggota keluarganya, semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk sembuh, klien mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan selalu aktif dalam kegiatan yang ada dimasyarakat. Saat ini klien merupakan kepala keluarga, klien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk cepat sembuh, tetangga sering datang untuk mengunjungi klien ketika sedang sakit.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stress

Klien merupakan kepala keluarga dengan 2 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada didalam keluarga selalu dibicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat.

i) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit keluarga klien mengingatkan klien rajin beribadah ke gereja. Saat sekarang klien tidak pernah melakukan ibadah di gereja karna sakit yang dialaminya,

klien merasa lemah klien sudah jarang beribadah di rumah sakit.

5) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan Umum : Composmentis, nadi: 92x/m, suhu 36,6⁰ c, TD: 180/100 mmHg, RR: 20x/m, Spo2 99%, GCS: 14 (E:3 V:5 M:6) Kekuatan otot 5/5 Kepala: tampak bersih, testur rambut lembut, penyebaran rambut rata, tidak rontok, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan. Mata: Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, fungsi penglihatan kabur. Telinga: tidak ada serume, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar. Hidung: bentuk simetris, tidak ada lesi, Mulut: Mukosa bibir pucat, dan kering, lidah tidak kotor, gigi lengkap, Wajah: tampak bersih, bentuk simetris, klien tampak pucat, tampak kusam, Leher: bentuk simetris, adanya lesi dan tampak kehitama, tidak ada pembesaran vena jugularis, dada: bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada massa, tidak adanya nyeri tekan. Abdomen: bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, peristaltik usus 20x/m. Genetelia: Tidak dilakukan pemeriksaan genetelia karena klien tidak mengeluh sakit pada daerah genetelia. Ekstermitas atas : adanya gangguan pada bagian ekstremitas kiri, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, ekstremitas bawah: akral dingin,

terdapat edema di kaki bagian kanan dan kiri, CRT >3 detik, kulit tampak pucat, kekuatan otot 5/5.

b) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.1
Pemeriksaan Laboratorium (RSUD Ende 2022)
Tanggal Pemeriksaan 2 Mei 2022

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	8,0	10 ³ µL	4,6	10,2
LYM	2,4	10 ³ µL	0,6	3,4
MID	0,6	10 ³ µL	0,0	1,2
GRA	5,0	10 ³ µL	1,5	7,0
LYM%	30,6	%	10,0	50,0
MID%	7,4	%	4,0	18,0
GRA%	62,0	%	40,0	74,0
RBC	4,57	10 ⁶ µL	4,04	6,13
HGB	13,1	g/dl	12,2	18,1
HCT	39,7	%	37,7	53,7
MCU	86,8	fL	80,0	97,0
MCH	28,7	Pg	27,0	31,2
MCHC	33,0	g/dl	31,8	35,4
RDW	13,9	%	11,6	14,6
PLT	238	10 ³ µL	142	424
MPV	7,6	fL	0,0	0,0

Tabel 4.2 Terapi Medis

No	Nama obat	Dosis
1.	Mecobalamin	3x500 mg / IV
2.	Omeprazole	1x40 mg / IV
3.	Citicolin	2x500 mg / IV
4.	Paracetamol	3x1 mg / IV
5.	Levemir	1x6 unit / IV
6.	Novorapid	3x4 unit / IV
7.	Diazepam	K/p

b. Tabulasi data

Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan mengeluh lemah, sering merasa pusing, edema di kaki, penglihatan kabur, terpasang infus NaCl 0,9% 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, aktifitas klien dibantu total, klien mengeluh lemah dan pusing untuk bergerak, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, klien hanya dimiringkan ke kanan dan ke kiri ketika dibersihkan setiap pagi oleh keluarga, mukosa bibir pucat, dan kering, CRT >3 detik, akral teraba dingin, Kulit tampak pucat, tanda-tanda vital : TD: 180/100 mmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%, GCS: E:3 V: 5 M: 6, Kesadaran: Composmentis, pemeriksaan kekuatan tonus otot didapatkan bagian Ekstremitas kiri sulit di gerakan 5/5/1/1

c. Klasifikasi data

Data Subjektif : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah, sering merasa pusing, penglihatan kabur.

Data Objektif : Keadaan Umum klien lemah, terpasang infus NaCl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, aktifitas klien dibantu total, mukosa bibir pucat, dan kering, edema di kaki, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, klien hanya dimiringkan ke kanan dan ke kiri ketika dibersihkan setiap pagi oleh keluarga terpasang infus NaCl 0,9% 20x tetes/menit, CRT >3 detik, Kulit tampak

pucat, akral teraba dingin, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰ C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%, GCS: E:3 V: 5 M: 6, Kesadaran: Composmentis, pemeriksaan kekuatan tonus Otot didapatkan bagian Ekstremitas kiri sulit digerakkan 5/5/1/1

d. Analisa data

1) Ds: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakkan karena merasa berat dan mengeluh lemah, keluarga mengatakan penglihatan klien kabur, sering merasa pusing.

Do: klien tampak lemah, aktivitas dibantu total, klien hanya dimiringkan ke kanan dan ke kiri ketika dibersihkan setiap pagi oleh keluarga, terpasang infus NaCl 0,9%, akral teraba dingin, edema pada kaki, Kulit tampak pucat, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%. anggota gerak bagian kiri sulit di gerakan, kekuatan tonus otot 5/5/1/1. Problem Gangguan Mobilitas fisik

2) Ds: -

Do: klien tampak lemah, mukosa bibir pucat dan kering, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, edema pada kaki, kesadaran: Composmentis, GCS: 3-5-6, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%, CRT >3 detik. Problem Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif

3) Ds: -

Do: Aktifitas klien dibantu total, klien tampak lemah, mukosa bibir pucat, dan kering, edema di kaki, klien tampak berbaring lemah ditempat tidur, terdapat lesi di leher dan tampak kehitaman, klien hanya dimiringkan ke kanan dan ke kiri ketika dibersihkan setiap pagi oleh keluarga, terpasang infus NaCl 20x liter/menit tangan sebelah kanan, TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%. Problem Resiko gangguan integritas kulit/jaringan

3) Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan Mobilitas fisik ditandai dengan Ds: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah, keluarga mengatakan penglihatan klien kabur, sering merasa pusing. Do: klien tampak lemah, aktivitas dibantu total, terpasang infus NaCl 0,9%, akral teraba dingin, edema pada kaki, Kulit tampak pucat, tanda-tanda vital: TD: 180/100 mmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%, anggota gerak bagian kiri sulit digerakan, kekuatan tonus otot 5511
- b. Resiko Perfusi Serebral tidak efektif di tandai dengan Ds:-. Do: klien tampak lemah, mukosa bibir pucat dan kering, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, edema pada kaki, kesadaran: Composmentis, GCS: 3-5-6, tanda-tanda vital : TD: 180/100

MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%, CRT >3 detik.

- c. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan ditandai dengan Ds:-
Do: Aktifitas klien dibantu total, klien tampak lemah, mukosa bibir pucat, dan kering, edema di kaki, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur,terdapat lesi di leher dan tampak kehitaman, klien hanya dimiringkan ke kanan dan ke kiri ketika dibersihkan setiap pagi oleh keluarga, terpasang infus NaCl 20x liter/menit tangan sebelah kanan, TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%.

4) Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah diatas, maka masalah gangguan mobilitas fisik merupakan masalah utama karena dapat mengancam kesehatan dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah Resiko Perfusi serebral tidak efektif merupakan masalah yang mengancam kesehatan, dan masalah Resiko gangguan integritas kulit/jaringan merupakan masalah yang mengancam kesehatan. Untuk diagnosa pertama Gangguan mobilitas fisik tujuannya Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah dapat digerakan,b) klien tidak mengeluh lemah, pusing, c) aktivitas tidak lagi dibantu total, d) akral teraba hangat, kaki tidak lagi edema, kulit tidak pucat, e) kekuatan tonus ototmeningkat.

Rencana tindakan 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Rasional : Mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan otot dan dapat memberikan informasi bagi pemulihan. 2) kaji vital sign, Rasional : untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah saat akan melakukan mobilitas fisik. 3) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Rasional : untuk mengetahui kondisi umum saat melakukan mobilisasi. 4) anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Rasional : untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan kontraktur, menurunkan terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis. 5) Ajarkan melakukan ROM pasif (gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan). Rasional: Untuk melihat perkembangan klien dan meningkatkan pergerakan sendi.

Untuk diagnosa Resiko Perfusi serebral tidak efektif, tujuannya Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) keadaan umum klien baik, b) mukosa bibir lembab, c) akral teraba hangat, tidak ada lagi edema pada kaki d) CRT <3 detik. Rencana Tindakan 1) Monitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas) Rasional : penurunan atau tidak adanya nadi dapat menggambarkan cedera vaskuler dan perlunya evaluasi medik segera terhadap status sirkulasi. 2) kolaborasi memberikan obat, Rasional: untuk memberikan pengobatan kepada pasien dan mempercepat penyembuhan.

Untuk diagnosa resiko gangguan integritas kulit/jaringan, tujuannya setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil: a) aktivitas klien sudah tidak lagi dibantu, b) keadaan umum baik, c) mukosa bibir lembab, d) kaki tdak lagi edema, e) lesi di leher sudah sembuh dan tampak kehitaman memudar, f) klien sudah di miring kiri dan kanan tiap 2 jam. Rencana Tindakan 1) Identifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkunga ekstrim, penurunan mobilitas) Rasional: untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan, 2) Anjurkan ubah posisitiap 2 jam jika berbaring, Rasional: untuk mencegah terjadinya iritasi kulit. 3) anjurkan menggunakan pelembab, Rasional: Menjaga kelembaban kulit, 4) anjurkan minum air yang cukup, Rasional: mencegah dehidrasi, 5) anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur, Rasional : menjaga kesehatan kulit tetap baik.

5) Implementasi

a. Hari jumat, 20 Mei 2022

1) Diagnosa I

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : a) klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah dapat digerakan. b)

klien tidak mengeluh lemah c) aktivitas tidak lagi dibantu total. d) akral terasa hangat, kaki tidak lagi edema, kulit tidak pucat. e) kekuatan tonus otot meningkat. Intervensi Keperawatan: 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2) Kaji Vital sign. 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. 4) Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. 5) Ajarkan melakukan ROM pasif (menekuk dan meluruskan jari-jari tangan). Tindakan yang dilakukan: 09.00 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil: klien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki kirinya karena merasa berat, badan terasa lemah dan sering merasa pusing. 09.05 Mengukur vital sign Dengan hasil: TD: 180/100 MmHg. N: 92x/menit, Suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%, 09.10 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil: klien tampak lemah, 10.15 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil: keluarga tampak antusias dan memperhatikan apa yang dijelaskan untuk membantu klien dalam ROM 10.35 mengajarkan ROM pasif (melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan) dengan hasil: klien belum mampu menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.

2) Diagnosa II

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dapat tertasi dengan kriteria hasil : a) keadaan umum klien baik, b) mukosa bibir lembab, c) akral teraba hangat, tidak ada lagi edema pada kaki d) CRT <3 detik.

Intervensi Keperawatan : 1) monitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas), 2) kolaborasi memberikan obat. Tindakan yang dilakukan: 09.05 memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas) dengan hasil : Nadi : 92x/menit CRT : > 3 detik, Suhu: 36,6⁰C, 11.00 mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil: klien mendapat terapi obat : Paracetamol 3x1 mg, omeprazole 2x40 mg, citicolin 2x500 mg, mecobalamin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg.

3) Diagnosa III

Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil: a) aktivitas klien sudah tidak lagi dibantu, b) keadaan umum baik, c) mukosa bibir lembab, d) kaki tidak lagi edema, e) lesi di leher sudah sembuh dan tampak kehitaman memudar, f) klien sudah dimiring kiri dan kanan tiap 2 jam. Intervensi Keperawatan : 1) identifikasi

penyebab gangguan integritas kulit (mis : penurunan mobilitas)
2)Anjurkan ubah posisi tiap 2 jam jika berbaring 3) anjurkan menggunakan pelembab 4)Anjurkan minum air yang cukup
5)Anjurkanmeningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur.
Tindakan yang dilakukan : 09.00 mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis : penurunan mobilitas) dengan hasil: klien mengalami penurunan mobilisasi seperti anggota gerak bagian kiri sulit digerakan. 11.30 menganjurkan mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring dengan hasil: keluarga mengatakan klien belum dapat dimiringkan ke kanan dan kiri karena badan masih terasa lemah12.05 menganjurkan menggunakan pelembab dengan hasil: keluarga mengatakan menggunakan baby oil untuk melembabkan kulit klien 12.25 menganjurkan minum air yang cukup dengan hasil: keluarga mengatakan 1 hari klien minum air sekitar 2-3 gelas ukuran sedang 12.50 menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur dengan hasil: keluarga mengatakan memberi makan klien buah papaya atau semanga dan sayur bayam, kadang sayur bening.

6) Evaluasi

a. Hari Jumat, 20 Mei 2022

1) Diagnosa I

Subjektif: Klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit digerakan, badan masih lemah, dan masih pusing, klien mengatakan kebutuhannya di bantu oleh keluarga.

Objektif: keadaan umum: lemah, kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga, vital sign TD: 160/90 MmHg, nadi: 85x/menit, suhu: 37,2⁰C, RR: 21x/menit, SpO₂: 98%, akral teraba dingin, edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat, klien belum mampu menekuk dan membuka jari-jari tangan, kekuatan tonus otot klien 5511

Assesment: Masalah Gangguan Mobilitas fisik belum teratasi

Planing: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5)

2) Diagnosa II

Subjektif: -

Objektif: keadaan umum lemah. Mukosa bibir pucat dan kering, kulit tampak pucat, Vital sign nadi : 85x/menit, CRT: > 3 detik, suhu: 37,2⁰C, akral teraba dingin, edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat

Assesment: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

Planning: Intervensi dilanjutkan (1,2)

3) Diagnosa III

Subjektif: -

Objektif: Keadaan umum lemah, kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga, TD: 160/90 MmHg, nadi: 85x/menit, suhu: 37,2⁰C, RR: 21x/menit, SpO₂: 98%, GCS: E: 3 V: 5 M: 6, kesadaran Composmentis, mukosa bibir pucat dan kering, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, terpasang infuse NaCl 0,9% 20 tpm tangan sebelah kanan, terdapat lesi pada daerah leher dan tampak kehitaman, keluarga menggunakan salep yang diberikan oleh dokter untuk mengoleskan kepada luka klien, klien belum mampu mengubah posisi, tampak edema pada kaki kanan dan kiri
Assesment: Masalah Resiko gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi

Planning: intervensi dilanjutkan (2,3,4,5)

7) Catatan Perkembangan

a. Hari Sabtu, 21 Mei 2022

1) Diagnosa I

Implementasi :

Jam 07.30 WITA Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan Hasil: klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit digerakan, badan terasa lemah, kebutuhan klien masih dibantu oleh keluarga.

Jam 08.00 WITA Mengukur vital sign dengan hasil: TD: 140/60 MmHg, nadi: 75x/menit, suhu: 37 °C, RR: 21x/menit, SpO₂: 99%.

Jam 08.10 WITA Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil: klien masih tampak lemah.

Jam 08.30 WITA Mengajarkan melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan dengan hasil: klien sudah mampu menekuk dan meluruskan jari-jari tangan secara perlahan.

Catatan Perkembangan SOAPIE (Jam 14.00)

Subjektif: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah bisa digerakan secara perlahan, pusing berkurang

Objektif: Keadaan Umum baik, Kebutuhan ADL klien masih dibantu keluarga, TD: 140/80 MmHg, N: 80x/menit, Suhu: 36,8⁰C, RR: 21x/menit, SpO₂: 98%, akral teraba hangat, bagian kaki tidak lagi edema, kulit sudah tidak pucat, klien sudah mampu menggerakan tangan dan kaki kiri secara bertahap dengan bantuan, kekuatan tonus otot klien 5533

Assesment: Masalah Gangguan Mobilitas fisik teratasi sebagian

Planning: Intervensi dilanjutkan (1,2,3)

Intervensi: Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, mengukur vital sign, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Evaluasi: 14. 00

Keadaan umum klien baik, anggota gerak bagian kiri klien sudah dapat digerakan secara perlahan, kekuatan tonus otot klien 5533, klien sudah tidak lagi pucat. Kebutuhan klien masih di bantu oleh keluarga.

2) Diagnosa II

Implementasi :

Jam 08.00 WITA Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas) dengan hasil : nadi : 75x/menit, CRT : < 3 detik, suhu: 37⁰C.

Jam 09.00 WITA Mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil: klien mendapat terapi obat : Paracetamol 3x1 mg, omeprazole 2x40 mg, citicolin 2x500 mg, mecobalamin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg

Catatan Perkembangan SOAPIE (Jam 14.00)

Subjektif:-

Objektif: keadaan umum baik. Mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat, bagian kaki tidak lagi edema, nadi : 80x/menit, CRT: <3 detik, suhu: 36,8⁰C, GCS: E: 3 V: 5 M: 6, kesadaran : Composmentis, akral teraba hangat

Assesment: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tertasi sebagian

Planning: Intervensi dilanjutkan (1,2)

Intervensi: Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas), mengkolaborasi pemberian obat

Evaluasi: 14. 00

Keadaan umum klien baik, Mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat, bagian kaki tidak lagi edema, nadi : 80x/menit, CRT: < 3 detik, suhu: 36,8⁰C, GCS: E: 3 V: 5 M: 6, kesadaran composmentis

3) Diagnosa III

Implementasi :

Jam 10.00 WITA Menganjurkan mengubah Posisi tiap 2 jam jika berbaring dengan hasil: keluarga mengatakan sudah memposisikan klien miring kiri dan kanan.

Jam 10.05 WITA Menganjurkan menggunakan pelembab dengan hasil: keluarga mengatakan selalu memakai baby oil untuk melembabkan kulit klien dan menggunakan salep untuk lesi di area leher klien.

Jam 10.30 WITA Menganjurkan minum air yang cukup dengan hasil: keluarga mengatakan 1 hari klien minum air sekitar 4-6 gelas ukuran sedang.

Jam 12.00 WITA Menganjurkan Meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur dengan hasil: keluarga mengatakan memberi makan klien buah papaya atau semanga dan sayur bayam, kadang sayur bening.

Catatan Perkembangan SOAPIE (Jam 14.00)

Subjektif: -

Objektif: Keadaan umum baik, TD: 140/80 MmHg, N: 80x/menit, Suhu: 36,8⁰C RR: 21x/menit, SpO₂: 98%., GCS: E: 3 V: 5 M: 6, kesadaran composmentis, kebutuhan klien masih di bantu keluarga, mukosa bibir lembab, klien tampak sudah di miring kiri dan kanan oleh keluarga, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm tangan sebelah kanan, masih terdapat lesi pada daerah leher dan tampak kehitaman, keluarga selalu menggunakan salep yang diberikan oleh dokter untuk mengoleskan kepada luka klien.

Assesment: Masalah Resiko gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian

Planning: Intervensi di lanjutkan (2, 3)

Intervensi: Menganjurkan menggunakan pelembab, menganjurkan minum air yang cukup

Evaluasi: 14.00

Keadaan umum baik, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, klien masih tampak berbaring di tempat tidur, rasa gatal di bagian leher sudah berkurang.

b. Hari Minggu, 22 Mei 2022

1) Diagnosa I

Implementasi :

Jam 07.30 WITA Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan dengan hasil: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah secara perlahan digerakan sedikit demi sedikit.

Jam 08.00 WITA Mengukur vital sign Dengan hasil: TD: 140/70 MmHg, nadi: 82x/menit, suhu: 37,5⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%.

Jam 08.30 WITA Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil: klien tampak baik.

Catatan Perkembangan SOAPIE (Jam 14.00)

Subjektif: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah secara perlahan digerakan, tidak terasa berat lagi, tidak lagi pusing.

Objektif: Keadaan umum klien baik, TD: 130/70 MmHg, nadi: 87x/menit, suhu: 37,5⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%, kebutuhan klien masih di bantu keluarga, akral hangat, tidak lagi pucat, bibir lembab, kekuatan tonus otot 5533

Assesment: Masalah Gangguan Mobilitas fisik teratasi sebagian

Planning: Intervensi dilanjutkan (2,3)

Intervensi: Mengukur vital sign, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Evaluasi : 14.00

Keadaan umum klien baik, Kebutuhan klien masih dibantu keluarga, kekuatan tonus otot klien 5533.

2) Diagnosa II

Implementasi :

Jam 08.00 WITA Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas) dengan hasil: Nadi : 82x/menit, CRT: < 3 detik, suhu: 37,5⁰C.

Jam 09.00 WITA Mengkolaborasi pemberian obat dengan hasil: klien mendapat terapi obat : Paracetamol 3x1 mg, omeprazole 2x40 mg, citicolin 2x500 mg, mecobalamin 2x500 mg, ceftriaxone 2x1 mg.

Catatan Perkembangan SOAPIE (Jam 14.00)

Subjektif: -

Objektif: Keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab, akral teraba hangat, TD: 130/70 MmHg, nadi : 87x/menit, CRT: < 3 detik, suhu: 36,8⁰C, GCS: E: 3 V: 5 M: 6, kesadaran composmentis
Assesment: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tertasi sebagian

Planning: Intervensi dilanjutkan (1,2)

Intervensi: Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas), mengkolaborasi pemberian obat

Evaluasi: 14.00

Keadaan umum klien baik, TD: 140/80 MmHg, Nadi : 79x/menit, CRT: < 3 detik, Suhu: 37,2⁰C, GCS: E: 3 V: 5 M: 6, Kesadaran Composmentis

3) Diagnosa III

Implementasi :

Jam 09.00 WITA Menganjurkan menggunakan pelembab dengan hasil: Keluarga mengatakan tidak pernah lupa menggunakan baby oil untuk melembabkan kulit klien

Jam 10.00 WITA Menganjurkan minum air yang cukup dengan hasil : Keluarga mengatakan klien minum air dalam 1 hari 6-7 gelas sedang.

Catatan Perkembangan SOAPIE (Jam 14.00)

Subjektif: -

Objektif: keadaan umum klien baik, luka pada area leher klien sudah mulai membaik, kebutuhan klien masih dibantu oleh keluarga.

Assesment: Masalah Resiko gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian

Planning: Intervensi dilanjutkan (1)

Intervensi: Menganjurkan menggunakan pelembab

Evaluasi: 14.00

Keadaan umum baik, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, klien masih tampak berbaring di tempat tidur.

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Tn.R.P dengan diagnosa medis stroke non hemoragik menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata), yang di temukan pada klien Tn. R.P di Ruang Penyakit Dalam 3 RSUD Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian pada pasien stroke non hemoragik pada teori ditemukan data sebagai berikut: kelumpuhan wajah atau anggota badan yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, bicara cadel atau pelo, pusing, kesulitan menelan, mual, muntah, gangguan penglihatan, sedangkan pada hasil pengkajian pada Tn. Y.P ditemukan data: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah. Saat dilakukan pemeriksaan fisik keadaan umum klien

lemah, kesadaran composmentis, TD: 180/100 MmHg, Nadi : 92x/menit, fungsi penglihatan kabur, mukosa bibir pucat dan kering, adanya lesi di leher dan tampak kehitaman, terdapat gangguan pada ekstremitas kiri, kekuatan tonus otot 5/5, aktivitas dibantu oleh keluarga, akral dingin, terdapat edema di kaki bagian kanan dan kiri, CRT > 3 detik.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data yang tidak ditemukan pada kasus adalah bicara cadel atau pelo, karena pada saat pengkajian tidak ditemukan kelumpuhan pada klien, salah satunya yakni klien dapat berbicara dengan jelas. Hal ini sejalan dengan penelitian Damayanti (2019) dengan diagnosa medis stroke non hemoragik ditemukan data-data yang sama dengan kasus nyata pada Tn. R.P yaitu: klien tidak bicara cadel atau pelo

Pada teori terdapat tanda gejala bicara cadel atau pelo disebabkan oleh kelumpuhan pada sistem saraf yaitu saraf hipoglossus yang berperan sebagai sistem motorik yang berfungsi mengatur pergerakan otot lidah agar bisa bicara dan menelan menurut (Mardjono & Sidharta, 2009) Namun, pada kasus nyata Tn. R.P tidak terdapat tanda gejala cadel/pelo

2. Diagnosa medis

Secara teori diagnosa medis untuk kasus stroke non hemoragik (SNH) ada 5 yaitu 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif 2). Defisit Nutrisi 3) Gangguan mobilitas fisik 4) Gangguan Integritas kulit/jaringan 5). Gangguan komunikasi verbal, sedangkan diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus Tn. R.P ada 3 diagnosa yaitu 1) resiko perfusi serebral

tidak efektif 2) gangguan mobilitas fisik 3) Resiko gangguan integritas kulit/jaringan.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada teori terdapat 5 diagnosa keperawatan dan pada kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan. Untuk diagnosa gangguan integritas kulit tidak didapatkan pada kasus karena pada saat dikaji tidak ditemukan kerusakan jaringan atau lapisan kulit, nyeri, kemerahan. Tetapi penulis menetapkan diagnosa resiko gangguan integritas kulit karena pada saat dikaji ditemukan faktor resiko seperti penurunan mobilitas (keadaan umum lemah, kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga, klien nampak bergerak hanya pada saat dibersihkan pada pagi hari oleh keluarga, makan, dan minum), perubahan sirkulasi (CRT > 3 detik, tampak pucat)

Untuk diagnosa gangguan komunikasi verbal tidak ditegakkan karena pada saat dikaji tidak ditemukan bicara cadel atau pelo. Dari diagnosa keperawatan di atas ditemukan dua diagnosa yang sama antara teori dan kasus nyata yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik. Hal ini sejalan dengan penelitian Wasena (2019), terdapat diagnosa yang sama yaitu gangguan mobilitas fisik tetapi penyebabnya yang berbeda, yaitu gangguan neuromuskuler, sedangkan pada kasus nyata Tn. R.P penyebabnya yaitu penurunan kekuatan otot. Menurut hasil studi kasus Sulistiyawati (2020), terdapat diagnosa yang sama yaitu Resiko perfusi serebral tidak efektif.

Berbeda halnya dengan penelitian Handika (2016) pada klien stroke non hemoragik terdapat perbedaan diagnosa yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan otak, hambatan mobilitas fisik, hambatan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, sedangkan pada kasus nyata Tn. R.P terdapat diagnosa yaitu Gangguan mobilitas fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko kerusakan integritas kulit/jaringan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diterapkan pada Tn R.P berbeda dengan intervensi yang ada diteori seperti intervensi untuk diagnosa gangguan mobiltas fisik berjumlah 6 intervensi tetapi ada 1 intervensi yang tidak dilakukan yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya karena pada klien Tn. R.P tidak ditemukan keluhan seperti nyeri.

Untuk diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif dan diagnosa resiko gangguan integritas kulit/jaringan pada Tn. R.P semua intervensi dilakukan sesuai dengan yang ada pada teori. Hal ini sejalan dengan penelitian Sulistiyawati (2020) dengan stroke non hemoragik dan kasus nyata pada klien Tn. R.P ditemukan intervensi yang sama pada diagnosa resiko gangguan integritas kulit/jaringan yaitu identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, ubah posisi tiap 2 jam, anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup), anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Begitupun dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik sejalan dengan penelitian Wasena (2019) dengan stroke non hemoragik dan kasus nyata pada klien Tn. R.P ditemukan intervensi yang sama pada

diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, mengkaji tanda-tanda vital, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut teori implementasi dilakukan sesuai intervensi. Implementasi pada Tn. R.P dilakukan selama tiga hari dan menurut kasus nyata pada Tn. R.P dengan masalah utama Stroke non hemoragik, pelaksanaan merupakan realisasi dari perencanaan sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan oleh perawat. Pada studi kasus ini terdapat kesenjangan pada implementasi dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Selain itu semua implementasinya dilakukan sesuai dengan intervensi yang ada.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut teori, evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati, dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya.

Pada evaluasi hari pertama diagnosa gangguan mobilitas fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif dan resiko gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi, Namun, pada evaluasi hari kedua untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik sudah mengalami sedikit perubahan seperti klien sudah

mampu menggerakkan tangan dan kaki kiri secara bertahap dengan bantuan, klien sudah mampu menekuk dan meluruskan jari-jari tangan secara perlahan, klien sudah mampu mengangkat bokong selama 1 menit dengan bantuan, kekuatan tonus otot klien 5533, sedangkan untuk gejala yang lain belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif sudah mengalami sedikit perubahan seperti CRT < 3 detik, bagian kaki tidak bengkak, sedangkan untuk gejala yang belum teratasi intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa resiko gangguan integritas kulit/jaringan sudah mengalami sedikit perubahan klien tampak sudah dimiring kiri dan kanan, sedangkan untuk gejala yang belum teratasi intervensi dilanjutkan.

Pada evaluasi hari ketiga untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik mengalami perubahan seperti keadaan umum baik, tangan dan kaki kiri sudah secara perlahan digerakan, tidak lagi pusing. Untuk diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif mengalami perubahan seperti nadi : 75x/menit, suhu : 36,8 0c, mukosa bibir lembab, akral hangat. Untuk diagnosa resiko gangguan integritas kulit/jaringan mengalami perubahan seperti gejala luka pada area leher klien sudah mulai membaik, dan kehitaman perlahan memudar.

Adapun penelitian yang sejalan berdasarkan studi kasus diatas yakni penelitian dari Wasena (2019) didapatkan hasil bahwa evaluasi hari pertama untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik, klien sudah mengalami perubahan seperti kekuatan otot 5511, evaluasi hari kedua sudah

mengalami perubahan seperti klien sudah bisa sedikit-sedikit menggerakkan anggota gerak, dan evaluasi hari ketiga klien belum ada perubahan dan masih tetap sama pada evaluasi hari kedua. Sedangkan untuk diagnosa resiko gangguan integritas kulit/jaringan sejalan dengan penelitian Sulistiyawati (2020) didapatkan hasil bahwa evaluasi hari kedua dan ketiga mengalami perubahan yaitu tidak ada kemerahan pada kulit, kulit tampak lembab.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus terkait gambaran asuhan keperawatan dengan diagnosa medis stroke di Ruangan penyakit dalam 3 Rumah Sakit Umum Daerah Ende tanggal 20 Mei 2022 – 22 Mei 2022 (3 hari) , maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut: Studi kasus dilaksanakan oleh Oktaviani Marcelina Kana pada tanggal 20 Mei – 22 Mei 2022 (3 hari) di Ruangan Penyakit dalam 3 Rumah Sakit Umum Daerah Ende, dilakukan pada klien Tn. R.P umur 62 tahun dengan Stroke Non Hemoragik.

1. Hasil pengkajian dan studi kasus Tn. R.P : Tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah, Saat dilakukan pemeriksaan fisik keadaan umum klien lemah, kesadaran Composmentis, TD: 180/100 MmHg, Nadi : 92x/menit, fungsi penglihatan kabur, mukosa bibir pucat dan kering, adanya lesi di leher dan tampak kehitaman, terdapat gangguan pada ekstremitas kiri, kekuatan tonus otot 5511, aktivitas dibantu oleh keluarga, akral dingin, terdapat edema di kaki bagian kanan dan kiri, CRT > 3 detik.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. R.P yaitu Gangguan mobilitas fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif dan resiko gangguan integritas kulit/jaringan
3. Intervensi keperawatan pada Tn. R.P dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik adalah Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, kaji Vital

sign, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan melakukan ROM Pasif (gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan), untuk intervensi diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif adalah Monitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas), kolaborasi pemberian obat. Untuk Intervensi resiko gangguan integritas kulit/jaringan adalah. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis : penurunan mobilitas), anjurkan ubah posisi tiap 2 jam jika berbaring, anjurkan menggunakan pelembab, anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur.

4. Implementasi keperawatan pada kasus Tn. R.P semua dilakukan sesuai dengan intervensi.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi didapatkan pada hari pertama diagnosa gangguan mobilitas fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif dan resiko gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi. Perubahan Evaluasi pada Tn. R.P terjadi pada hari kedua dan ketiga.

6. Kesenjangan

Pada pengkajian terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yaitu data yang ditemukan pada pasien Tn. R.P tidak terdapat cadela atau pelo sedangkan pada teori terdapat tanda cadela atau pelo. Pada diagnosa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada teori terdapat 5 diagnosa dan pada kasus terdapat 3 diagnosa.

B. Saran

1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan stroke non hemoragik.

2. Bagi Institusi Rumah sakit

Agar tetap mempertahankan fasilitas yang ada dan menambah fasilitas yang menunjang untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Agar Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi yang dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya ilmu pengetahuan mahasiswa - mahasiswi di Program Studi D III Keperawatan Ende.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., & Rachmawati, N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo.
- GBD, L. R. of S., Feigin, V. L., Nguyen, G., Cercy, K., Johnson, C. O., & Alam, T. (2018). Global, Regional, and Country-Specific Lifetime Risks of Stroke, 1990 and 2016. *The New Engl and Journal of Medicine Original*, 379(25), 2429–2437. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1804492>
- Hisni, D., Saputri, M. E., & Jakarta, N. (2022). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik di instalasi fisioterapi rumah sakit pluit*. 2(1).
- Imanda, A., Martini, S., & Artanti, K. D. (2019). Post hypertension and stroke: A case control study. *Kesmas: National Public Health Journal*, 13(4), 164–168. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v13i4.2261>
- Kemendes RI. (2018). *Stroke Dont Be The One*. Jakarta Selatan: Pusat Data dan Informasi.
- Kim, J., Thayabaranathan, T., Donnan, G. A., Howard, G., Howard, V. J., Rothwell, P. M., Feigin, V., Norrving, B., Owolabi, M., Pandian, J., Liu, L., Cadilhac, D. A., & Thrift, A. G. (2020). Global Stroke Statistics 2019. *International Journal of Stroke*, 15(8), 819–838. <https://doi.org/10.1177/1747493020909545>
- Nainggolan, S. S., & Utama, A. Y. (2019). *Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis*. 22(1), 549–553. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>
- Novita, R. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- PPNI, (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*, Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Rencana Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <file:///E:/KMB-2-Komprehensif.pdf>
- Riskesdas, (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementerian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.

- RSUD ENDE, (2022). *Data Prevalensi Penyakit Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Ende Tahun 2022*. Ende: Rumah Sakit Umum
- Satyanegara, (2012). *Ilmu Bedah Saraf Edisi IV*.
- Santoso, L. E. (2018). *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi Di Ruang Flamboyan Rsud Jombang)*, Skripsi Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. <http://repo.stikesicmejbg.ac.id/749/1/14.3210077%20Elita%20Santoso%20skripsi.pdf>
- Septiandini, A. D. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Stroke Non Hemoragik Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang ICU RSUD Salatiga*.
- Tarwoto, (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, gangguan sistem persyarafan*. CV. Sagung Seto.
- Virani, S. S. 2021, Aparicio, H. J., Benjamin, E. J., Callaway, C. W., Carson, A. P., Cheng, S., Elkind, M. S. V, Evenson, K. R., Ferguson, J. F., Knutson, K. L., Lee, C. D., Lewis, T. T., Loop, M. S., Lutsey, P. L., Mackey, J., & Matchar, D. B. (2021). Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update A Report from the American Heart Association. *Circulation*, E254–E743. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>
- Wijaya, A. Saferi and Mariza, P. Yessie, 2013, *Keperawatan Medikal Bedah Pertama*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 47, Issue 6). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

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: Octafiani Marcelina Kana dengan judul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R.P DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG PENYAKIT DALAM 3 RSUD ENDE

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

Ende, 24 Agustus 2022

Saksi

Yang memberikan Persetujuan

Peneliti

Octafiani Marcelina Kana

LAMPIRAN I

FORMAT PENGAJIAN

Tanggal Pengkajian : 20 Mei 2022

Ruang : Penyakit Dalam III

BAB III**TINJAUAN KASUS****A. Pengkajian****1. Pengumpulan data****a. Identitas Pasien**

Nama : Tn. R.P

Umur : 62 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Pendidikan : Sarjana

Alamat : Jln. Gatot Subroto (km. 3)

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. Y

Umur : 53 tahun

Hubungan dengan klien : istri

Alamat : Jln. Gatot Subroto (km.3)

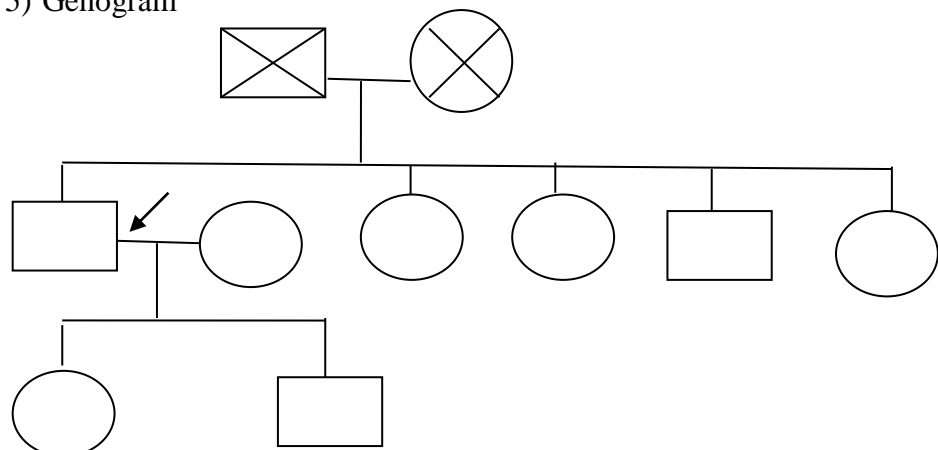
Diagnosa medis :SNH

2. Keadaan Umum

a. Riwayat Kesehatan :

- 1) Keluhan Utama : Klien Mengatakan Tangan dan Kaki kiri sulit di gerakan karena terasa berat dan lemah.
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit di gerakan karena terasa berat dan lemah, sering merasa pusing, edema di kaki, penglihatan kabur, terpasang O₂ nasal kanul 2 liter/menit, terpasang infus Nacl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 14 (E:3 V:5 M:6), dan pemeriksaan kekuatan Otot di dapatkan bagian Ekstremitas kiri sulit di gerakan.
- 3) Riwayat kesehatan masa lalu: Keluarga klien mengatakan riwayat stroke sebelumnya sudah 1 tahun, adanya riwayat Diabetes mellitus dan CHF
- 4) Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga klien pernah menderita penyakit yang sama seperti klien yaitu DM.

5) Genogram



6) Pengkajian perpola :

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan :

Sebelum masuk rumah sakit:

Keluarga klien dan klien mengatakan kalau sakit selalu berobat ke dokter atau fasilitas kesehatan dan klien selalu minum obat yang diberikan pada klien dan keluarga tidak pernah berfikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

Saat ini:

Keluarga klien mengatakan klien selalu minum obat yang diberikan oleh perawat dan keluarga tidak pernah berpikir kalau sakit yang dialaminya adalah sesuatu yang berhubungan dengan karma atau kutukan.

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum masuk rumah sakit:

Keluarga klien mengatakan klien makan 3 kali sehari dan minum sekitar 6-8 gelas per hari, jenis makanan yang dimakan seperti nasi merah, sayur, ikan, tahu-tempe dan sesekali disertai buah. Porsi makanan yang disediakan dapat dihabiskan.

Saat ini:

Keluarga klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi makan sedang dan dihabiskan, dengan menu bubur, sayur dan lauk, klien diet rendah garam, kolesterol.

c) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit:

Keluarga mengatakan klien BAB 1x sehari, dengan konsisten padat dan lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK sehari 4-5 kali warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK.

Saat ini:

Keluarga klien mengatakan klien BAB 1-2 kali sehari, dengan konsisten padat, klien BAB dengan dibantu keluarga, tidak ada keluhan saat BAB, BAK sehari 4-6 kali warna kuning keruh, berbauh urine, tidak ada keluhan saat BAK, klien menggunakan pampers.

d) Pola aktifitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit:

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktifitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil,)

Saat ini:

Aktifitas klien di bantu total oleh keluarga seperti makan, BAB, BAK, dan berpakaian.

e) Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit:

Klien mengatakan klien tidur mulai dari jam 21.00- 05.00 total tidur 8 jam untuk tidur malam, sedangkan tidur siang 14.00-16.00 total tidur 2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur, klien tidur nyenyak.

Saat ini:

Keluarga klien mengatakan klien tidur mulai jam 20.00-06.00, tidur siang 13.00-15.00 jam, klien tidak bisa tidur nyenyak karena suasana ribut.

f) Pola kognitif dan persepsi sensori

Sebelum masuk rumah sakit:

Klien dan keluarga mengatakan sudah satu tahun pengelihatan klien mulai kabur, tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, perasa dan penciuman.

Saat ini:

Pengelihatan mulai kabur, tidak ada gangguan pada sistem pendengaran, penciuman dan perasa.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Sebelum masuk rumah sakit:

Klien merupakan kepala keluarga dengan 2 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya,

semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk sembuh.

Saat ini:

Klien merupakan kepala keluarga, klien mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan semua keputusan selalu dibicarakan bersama-sama, keluarga selalu mendukung klien untuk cepat sembuh, tetangga sering datang untuk mengunjungi klien ketika sedang sakit.

h) Pola mekanisme penyesuaian toleransi terhadap stres

Sebelum masuk rumah sakit:

Klien merupakan kepala keluarga dengan 2 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada didalam keluarga selalu dibicarakan bersama-sama, klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan masyarakat dan aktif dalam kegiatan masyarakat.

Saat ini :

Klien merupakan kepala keluarga dengan 2 orang anak, klien mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, semua anggota keluarga mendukung kesembuhan klien, semua keputusan dan masalah yang ada didalam keluarga selalu dibicarakan bersama-sama

i) Pola sistem nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit:

keluarga klien mengatkan klien rajin beribadah ke gereja

Saat ini:

klien tidak pernah melakukan ibadah di gereja karna sakit yang dialaminya, klien merasa lemah klien sudah jarang beribadah di rumah sakit.

j) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan Umum : Lemah

(2) suhu : $36,6^{\circ}\text{C}$

(3) nadi : 92x/menit

(4) Tekanan Darah : 180/100 MmHg

(5) Pernapasan : 20x/menit

(6) SpO_2 : 99%

(7) GCS : E: 3 V: 5 M: 6 (14)

(8) Kesadaran : Composmnetis

(9) Kekuatan tonus otot : 5511

k) Pemeriksaan Head to toe

(1) Kepala

Inspeksi : tampak bersih, testur rambut lembut, penyebaran rambut rata, rambut tidak rontok.

Palpasi : tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan

(2) Wajah

Inspeksi : tampak bersih, bentuk simetris, klien tampak pucat, tampak kusam.

(3) Mata

Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, bentuk mata simetris, fungsi penglihatan kabur.

(4) Hidung

Inspeksi : : bentuk simetris, tidak ada lesi

(5) Mulut

Inspeksi : Mukosa bibir pucat, dan kering, lidah tidak kotor, gigi lengkap.

(6) Telinga

Inspeksi : tidak ada serume, bentuk simetris, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

(7) Leher

Inspeksi : bentuk simetris, adanya warna hitam pekat pada kulit dan adanya lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

(8) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa

Perkusi : suara kedua paru sonor

Auskultasi : bunyi napas vesikuler, RR 20x/m, tidak adanya bunyi napas tambahan, irama napas eupnea.

(9) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus 20x/menit

(10) Ekstremitas

Inspeksi : adanya gangguan pada ekstremitas kiri, terpasang infus

Nacl 20 tpm, kulit tampak pucat

Kekuatan tonus otot :

5		1
5		1

Palpasi : akral dingin, terdapat edema di kaki bagian kanan dan kiri, CRT > 3 detik.

1) Pemeriksaan Penujang

Darah Lengkap

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	8,0	$10^3 \mu\text{L}$	4,6	10,2
LYM	2,4	$10^3 \mu\text{L}$	0,6	3,4
MID	0,6	$10^3 \mu\text{L}$	0,0	1,2
GRA	5,0	$10^3 \mu\text{L}$	1,5	7,0
LYM%	30,6	%	10,0	50,0
MID%	7,4	%	4,0	18,0

GRA%	62,0	%	40,0	74,0
RBC	4,57	10 ⁶ μ L	4,04	6,13
HGB	13,1	g/dL	12,2	18,1
HCT	39,7	%	37,7	53,7
MCU	86,8	fL	80,0	97,0
MCH	28,7	Pg	27,0	31,2
MCHC	33,0	g/dL	31,8	35,4
RDW	13,9	%	11,6	14,6
PLT	238	10 ³ μ L	142	424
MPV	7,6	fL	0,0	0,0

Hasil pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil
Glukosa darah puasa	129 mg/dL
Glukosa 2 jam PP	214 mg/dL
Natrium	146 mmol/l
Kalium	4,1 mmol/l
Chlorida	112 mmol/l

Terapi Medis

Nama obat	Dosis	Jumlah	Cara
Mecobalamin	3x500 mg	1	IV
Omeprazole	2x40 mg	1	IV
Citicolin	3x500 mg	1	IV
Paracetamol	3x1 mg	1	IV
Levemir	1x4 menit		SC
Novorapid	3x4 menit		SC
Diazepam	k/p	4	IV

2. Tabulasi Data

Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan mengeluh lemah, sering merasa pusing, edema di kaki, penglihatan kabur, terpasang infus NaCl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, aktifitas klien dibantu total, klien mengeluh lemah dan pusing untuk bergerak, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, mukosa bibir pucat, dan kering, CRT >3 detik, akral teraba dingin, Kulit tampak pucat, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%, GCS: E:3 V: 5 M: 6, Kesadaran: Composmentis, pemeriksaan kekuatan Otot didapatkan bagian Ekstremitas kiri sulit digerakan 5/5/1/1

3. Klasifikasi data

Data Subjektif : Klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah, sering merasa pusing, penglihatan kabur.

Data Objektif : Keadaan Umum klien lemah, terpasang infus NaCl 20x tetes/menit tangan sebelah kanan, aktifitas klien di bantu total, mukosa bibir pucat, dan kering, edema di kaki, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, terpasang infus NACL 0,9%, CRT >3 detik, Kulit tampak pucat, akral teraba dingin, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmMg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%, GCS: E:3 V: 5 M: 6, Kesadaran: Composmentis, pemeriksaan kekuatan Otot didapatkan bagian Ekstremitas kiri sulit digerakan 5/5/1/1

4. Analisa Data

No	Sign and symptom	Etiologi	Problem									
1.	<p>Ds: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah, keluarga mengatakan penglihatan klien kabur, sering merasa pusing.</p> <p>Do: klien tampak lemah, aktivitas di bantu total, terpasang infus NACL 0,9%, akral teraba dingin, edema pada kaki, Kulit tampak pucat, tanda-tanda vital :</p> <p>TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%. anggota gerak bagian kiri sulit di gerakan</p> <p>Kekuatan tonus otot pasien :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">1</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> </td> <td style="padding: 0 10px;">1</td> </tr> </table>	5		1				5		1	<p>Stroke non hemoragik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proses metabolisme dalam otak terganggu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan suplai darah dan O₂ ke otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disfungsi N.XI (aksesorius)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan pada 1 atau 4 anggota gerak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hemiparase/ plegi kanan dan kiri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>GANGGUAN MOBILITAS FISIK</p>	<p>Gangguan Mobilitas fisik</p>
5		1										
5		1										

2.	<p>Ds: -</p> <p>Do: klien tampak lemah, mukosa bibir pucat dan kering, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, kesadaran: Composmentis, GCS: 3-5-6, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂:99%, CRT >3 detik</p>	<p>Penimbunan lemak/kolesterol meningkat dalam darah ↓ Lemak yang sudah nekrotik dan berdegenerasi ↓ Menjadi kapur/ mengandung kolesterol dengan infiltrasi limfotik (thrombus) ↓ Penyempitan pembuluh darah (oklusi vaskuler) ↓ Aliran darah terhambat ↓ Eritrosit bergumpal endotel rusak ↓ Cairan plasma hilang ↓ Edema serebral ↓ Peningkatan TIK ↓ RESIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF</p>	Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif
3.	<p>Ds: -</p> <p>Do: Aktifitas klien di bantu total, klien tampak lemah, mukosa bibir pucat, dan kering, edema di kaki, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, klien hanya di miringkan ke kanan dan</p>	<p>Stroke non hemoragik ↓ Penurunan fungsi motorik dan muskuloskeletal ↓ Kelemahan pada 1 atau 4 anggota gerak ↓ Hemiparase/ plegi kanan dan kiri ↓</p>	Resiko gangguan integritas kulit/jaringan

	<p>ke kiri ketika di bersihkan setiap pagi oleh keluarga, terpasang infus Nacl 20x liter/menit tangan sebelah kanan, TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰ C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%,</p>	<p>Tirah baring ↓ Resiko gangguan integritas kulit/jaringan</p>	
--	---	---	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas fisik di tandai dengan :

Ds: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena merasa berat dan mengeluh lemah, keluarga mengatakan penglihatan klien kabur, sering merasa pusing.

Do: klien tampak lemah, aktivitas dibantu total, terpasang infus NaCl 0,9%, akral teraba dingin, edema pada kaki, Kulit tampak pucat, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%. anggota gerak bagian kiri sulit digerakan, kekuatan tonus otot 5511

2. Resiko Perfusi Cerebral tidak efektif di tandai dengan :

Ds: -

Do: klien tampak lemah, mukosa bibir pucat dan kering, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, edema pada kaki, kesadaran: Composmentis,

GCS: 3-5-6, tanda-tanda vital : TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂:99%, CRT >3 detik.

3. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan di tandai dengan :

Ds: -

Do: Aktifitas klien dibantu total, klien tampak lemah, mukosa bibir pucat, dan kering, edema di kaki, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, terdapat lesi di leher dan tampak kehitaman, klien hanya dimiringkan ke kanan dan ke kiri ketika dibersihkan setiap pagi oleh keluarga, terpasang infus NaCl 20x liter/menit tangan sebelah kanan, TD: 180/100 MmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/menit, SpO₂ : 99%.

C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Perencanaan	
			Intervensi	Rasional
1	Gangguan Mobilitas fisik	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x2 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah dapat digerakan. 2. klien tidak mengeluh lemah, pusing	1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Kaji Vital sign 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Ajarkan melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan	1. Mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan otot dan dapat memberikan informasi bagi pemulihan. 2. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah saat akan melakukan mobilitas fisik. 3. Untuk mengetahui kondisi umum saat melakukan mobilisasi.

		<p>3. aktivitas tidak lagi di bantu total</p> <p>4. akral teraba hangat, kaki tidak lagi edema, kulit tidak pucat.</p> <p>5. kekuatan tonus otot meningkat</p>		<p>4. Untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan kontraktur, menurunkan terjadinya hiperkalsiuria dan osteoporosis.</p> <p>5. Untuk melihat perkembangan klien dan meningkatkan pergerakan sendi.</p>
2	Resiko Perfusi serebral tidak efektif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan</p>	<p>1. Monitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas)</p> <p>2. Kolaborasi pemberian obat</p>	<p>1. penurunan atau tidak adanya nadi dapat menggambarkan cedera vaskuler dan perlunya evaluasi medik segera terhadap status sirkulasi.</p>

		<p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keadaan umum klien baik. 2. mukosa bibir lembab 3. akral teraba hangat, tidak ada lagi edema pada kaki 4. CRT <3 detik 		<ol style="list-style-type: none"> 2. untuk memberika pengobatan kepada pasien dan mempercepat penyembuhan.
3	Resiko gangguan integritas kulit/jaringan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aktivitas klien sudah tidak lagi di 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (mis : perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) 2. Mengubah posisi tiap 2 jam jika berbaring 3. Menganjurkan menggunakan pelembab 4. menganjurkan minum air yang cukup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan 2. untuk mencegah terjadi iritasi kulit 3. Menjaga kelembaban kulit 4. mencegah dehidrasi 5. menjaga kesehatan kulit tetap

		<p>bantu</p> <p>2. keadaan umum baik</p> <p>3. mukosa bibir lembab</p> <p>4. kaki tdak lagi edema</p> <p>5. lesi di leher sudah sembuh dan tampak kehitaman memudar</p> <p>6. klien sudah di miring kiri dan kanan tiap 2 jam</p>	<p>5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur</p>	<p>baik</p>
--	--	---	---	-------------

D. Implementasi dan evaluasi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi keperawatan	Implementasi	Evaluasi SOAP (Jam 14.00)
01	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan mobilitas fisisk dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah dapat digerakan. 2. klien tidak mengeluh	1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Kaji Vital sign 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	Jumat, 20 Mei 2022 (09.00) 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Dengan Hasil: klien mengeluh sulit menggerakan tangan dan kaki kirinya karena merasa berat, badan terasa lemah dan sering merasa pusing. (09. 05) 2. Mengukur vital sign Dengan hasil: TD: 180/100 MmHg N: 92x/menit	S: - klien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit digerakan, badan masih lemah, dan masih pusing - klien mengatakan kebutuhannya di bantu oleh keluarga. O: - Keadaan Umum: lemah - Kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga TD: 160/90 MmHg N: 85x/menit Suhu: 37,2 ^o C RR: 21x/menit SpO ₂ : 98%. - akral teraba dingin, edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat. - klien belum mampu

	<p>lemah, pusing</p> <p>3. aktivitas tidak lagi di bantu total</p> <p>4. akral teraba hangat, kaki tidak lagi edema, kulit tidak pucat.</p> <p>5. kekuatan tonus otot meningkat</p>	<p>5. Ajarkan melakukan ROM Pasif (gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan)</p>	<p>Suhu: 36,6 °C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Spo2: 99%.</p> <p>(09.10)</p> <p>3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Dengan hasil: klien tampak lemah</p> <p>(10.15)</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</p> <p>Dengan hasil: Keluarga tampak antusias dan memperhatikan apa yang di jelaskan untuk membantu</p>	<p>menekuk dan membuka jari-jari tangan</p> <p>- kekuatan tonus otot klien</p> <p>5511</p> <p>A: Masalah Gangguan Mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,5)</p>
--	---	---	---	---

				<p>klien dalam ROM (10. 35)</p> <p>5. Mengajarkan ROM Pasif (melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan)</p> <p>Dengan hasil: klien belum mampu menekuk dan meluruskan jari-jari tangan</p>	
02	Resiko Perfusi serebral tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :	<p>1. Monitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas)</p> <p>2. kolaborasi pemberian obat.</p>	<p>(09. 05)</p> <p>1. Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas)</p> <p>Dengan hasil :</p> <p>Nadi : 92x/menit CRT : > 3 detik Suhu: 36,6 °C</p>	<p>S: -</p> <p>O: keadaan umum lemah. Mukosa bibir pucat dan kering, kulit tampak pucat</p> <p>- Nadi : 85x/menit - CRT: > 3 detik - Suhu: 37,2 °c - akral teraba dingin - edema pada bagian kaki kanan dan kiri, kulit tampak pucat</p>

		<p>1.keadaan umum klien baik.</p> <p>2.mukosa bibir lembab</p> <p>3. akral teraba hangat, tidak ada lagi edema pada kaki</p> <p>4. kulit tidak pucat.</p> <p>5. CRT <3 detik</p>		<p>(11.00)</p> <p>2. Mengkolaborasi pemberian obat</p> <p>Dengan hasil: klien mendapat terapi obat :</p> <p>Paracetamol 3x 1mg</p> <p>omeprazole 2x40mg</p> <p>citicolin 2x500mg</p> <p>mecobalamin 2x500mg</p> <p>ceftriaxone 2x1mg</p>	<p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan (1,2)</p>
03	Resiko gangguan integritas kulit/jaringan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi</p>	<p>1. Identifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (mis : penurunan mobilitas)</p> <p>2. Anjurkan ubah posisi tiap 2 jam jika</p>	<p>(09.00)</p> <p>1. Mengidentifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (mis : penurunan mobilitas)</p> <p>Dengan hasil: Klien mengalami penurunan mobilisasi seperti</p>	<p>S: -</p> <p>O: Keadaan umum lemah - kebutuhan ADL dibantu oleh keluarga</p> <p>TD: 160/90 MmHg</p> <p>N: 85x/menit</p> <p>Suhu: 37,2⁰C</p> <p>RR: 21x/menit</p> <p>SpO₂: 98%.</p> <p>GCS: E: 3 V: 5 M: 6</p>

	<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aktivitas klien sudah tidak lagi di bantu 2. keadaan umum baik 3. mukosa bibir lembab 4. kaki tdak lagi edema 5. lesi di leher sudah sembuh dan tampak kehitaman memudar 6. klien sudah di miring kiri dan kanan tiap 2 jam 	<p>berbaring</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan menggunakan pelembab 4. Anjurkan minum air yang cukup 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur 	<p>Anggota gerak bagian kiri sulit digerakan.</p> <p>(11.30)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Menganjurkan mengubah Posisi tiap 2 jam jika berbaring <p>Dengan hasil: Keluarga mengatakan klien belum dapat di miringkan ke kanan dan ke kiri karena badan masih terasa lemah</p> <p>(12.05)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menganjurkan menggunakan pelembab <p>Dengan Hasil: keluarga mengatakan</p>	<p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>- mukosa bibir pucat dan kering, klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, terpasang infuse Nacl 0,9% 20 tpm tangan sebelah kanan, terdapat lesi pada daerah leher dan tampak kehitaman, keluarga menggunakan salep yang diberikan oleh dokter untuk mengoleskan kepada luka klien, klien belum mampu mengubah posisi. Tampak edema pada kaki kanan dan kiri</p> <p>A: Masalah Resiko gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan (2,3,4,5)</p>
--	---	---	--	---

				<p>menggunakan baby oil untuk melembabkan kulit klien</p> <p>(12. 25)</p> <p>4. Menganjurkan minum air yang cukup</p> <p>Dengan Hasil:</p> <p>keluarga mengatakan 1 hari klien minum air sekitar 2-3 gelas ukuran sedang</p> <p>(12. 50)</p> <p>5. Menganjurkan Meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur</p> <p>Dengan Hasil:</p> <p>Keluarga mengatakan memberi makan</p>	
--	--	--	--	--	--

				klien buah papaya atau semanga dan sayur bayam, kadang sayur bening.	
--	--	--	--	--	--

				<p>Keadaan umum klien baik, anggota gerak bagian kiri klien sudah dapat digerakan secara perlahan, kekuatan tonus otot klien 5533, klien sudah tidak lagi pucat.</p> <p>Kebutuhan klien masih di bantu oleh keluarga.</p>
	2	08.00	<p>1. Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas)</p> <p>Dengan hasil :</p> <p>Nadi : 95x/menit</p> <p>CRT : < 3 detik</p> <p>Suhu: 37 0C</p>	<p>S:-</p> <p>O: keadaan umum baik.</p> <p>Mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat, bagian kaki tidak lagi edema</p> <p>- Nadi : 89x/menit</p> <p>- CRT: < 3 detik</p> <p>- Suhu: 36,8⁰C</p> <p>- GCS: E: 3 V: 5 M: 6</p>
		09.00	<p>2. Mengkolaborasi pemberian obat</p> <p>Dengan hasil:</p> <p>klien mendapat terapi obat :</p> <p>Paracetamol 3x1mg</p>	<p>- Kesadaran : Composmentis</p> <p>- akral teraba hangat</p> <p>A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan (</p>

			<p>omeprazole 2x40mg</p> <p>citicolin 2x500mg</p> <p>mecobalamin 2x500mg</p> <p>ceftriaxone 2x1mg</p>	<p>1,2)</p> <p>I: Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas)</p> <p>2. Mengkolaborasi pemberian obat</p> <p>E: 14. 00</p> <p>Keadaan umu klien baik, Mukosa bibir lembab, kulit sudah tidak pucat, bagian kaki tidak lagi edema</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nadi : 89x/menit - CRT: < 3 detik - Suhu: 36,8⁰C - GCS: E: 3 V: 5 M: 6 - Kesadaran : Composmentis
	3	10.00	<p>1. Menganjurkan mengubah Posisi tiap 2 jam jika berbaring</p> <p>Dengan hasil:</p> <p>Keluarga mengatakan</p>	<p>S: -</p> <p>O: Keadaan umum baik,</p> <p>TD: 140/80 MmHg</p> <p>N: 89x/menit</p> <p>Suhu: 36,8⁰C</p>

		10. 05	<p>sudah memposisikan klien miring kiri dan kanan</p> <p>2. Mengajukan menggunakan pelembab</p> <p>Dengan Hasil: keluarga mengatakan selalu memakai baby oil untuk melembabkan kulit klien dan menggunakan salep untuk lesi di area leher klien</p>	<p>RR: 21x/menit</p> <p>SpO₂: 98%.</p> <p>GCS: E: 3 V: 5 M: 6</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>kebutuhan klien masih di bantu keluarga, mukosa bibir lembab, klien tampak sudah di miring kiri dan kanan oleh keluarga, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm tangan sebelah kanan, masih terdapat lesi pada daerah leher dan tampak kehitaman, keluarga selalu menggunakan salep yang</p>
		10. 30	<p>3. Mengajukan minum air yang cukup</p> <p>Dengan Hasil: keluarga mengatakan 1 hari klien minum air sekitar 4-6 gelas ukuran sedang</p>	<p>diberikan oleh dokter untuk mengoleskan kepada luka klien.</p> <p>A: Masalah Resiko gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan (2, 3)</p>

		12.00	<p>4. Menganjurkan Meningkatkan asupan nutrisi dan buah dan sayur</p> <p>Dengan Hasil: Keluarga mengatakan memberi makan klien buah papaya atau semanga dan sayur bayam, kadang sayur bening.</p>	<p>I:</p> <p>1. Menganjurkan menggunakan pelembab</p> <p>2. Menganjurkan minum air yang cukup.</p> <p>E: 14.00</p> <p>Keadaan umum baik, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, klien masih tampak berbaring di tempat tidur, rasa gatal di bagian leher sudah berkurang.</p>
--	--	-------	---	--

Hari/ tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan S O A P I E (Jam 14.00)
Minggu, 22 mei 2022	1	07.30	<p>1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Dengan Hasil:</p>	<p>S: klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah secara perlahan digerakan, masih sedikit terasa berat , tidak lagi pusing.</p>

			<p>klien mengatakan tangan dan kaki kiri sudah secara perlahan digerakan sedikit demi sedikit.</p> <p>2. Mengukur vital sign Dengan hasil:</p> <p>TD: 140/70 MmHg</p> <p>N: 80x/menit</p> <p>Suhu: 37,5⁰C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>SpO₂: 99%.</p>	<p>O:Keadaan umum klien baik,</p> <p>TD: 130/70 MmHg</p> <p>N: 75x/menit</p> <p>Suhu: 37,5⁰C</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Spo2: 99%.</p> <p>- kebutuhan klien masih di bantu keluarga, akral hangat, tidak lagi pucat, bibir lembab, kekuatan tonus otot</p> <p>5533</p>
		08.00	<p>3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Dengan hasil: klien tampak baik</p>	<p>A: Masalah Gangguan Mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan (2,3)</p> <p>I:</p> <p>1. Mengukur vital sign</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>E: 14.00</p>

				Keadaan umum klien baik, Kebutuhan klien masih dibantu keluarga, kekuatan tonus otot klien 5533
	2	08.00	1. Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu pada ekstremitas) Dengan Hasil: - Nadi : 80x/menit - CRT: < 3 detik - Suhu: 37,5 ⁰ C	S: - O: Keadaan umum klien baik, mukosa bibir lembab, akral teraba hangat. - Nadi : 75x/menit - CRT: < 3 detik - Suhu: 36,8 ⁰ C - GCS: E: 3 V: 5 M: 6 - Kesadaran : Composmentis
		09.00	2. Mengkolaborasi pemberian obat Dengan hasil: klien mendapat terapi obat : Paracetamol 3x1mg omeprazole 2x40mg citicolin 2x500mg mecobalamin	A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tertasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan (1,2) I: 1. Memonitor sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu

			<p>2x500mg</p> <p>ceftriaxone 2x1 mg</p>	<p>pada ekstremitas)</p> <p>2. Mengkolaborasi pemberian obat</p> <p>E: 14.00</p> <p>Keadaan umum klien baik,</p> <p>TD: 130/70 MmHg, Nadi : 75x/menit, CRT: < 3 detik,</p> <p>Suhu: 36,8⁰C, GCS: E: 3 V: 5 M: 6, Kesadaran : Composmentis</p>
	3	09.30	<p>1. Menganjurkan menggunakan pelembab</p> <p>Dengan Hasil:</p> <p>Keluarga mengatakan tidak pernah lupa menggunakan baby oil untuk melembabkan kulit klien</p> <p>2. Menganjurkan minum air yang</p>	<p>S: -</p> <p>O: keadaan umum klien baik, luka pada area leher klien sudah mulai membaik, dan kehitaman perlahan memudar, kebutuhan klien masih dibantu oleh keluarga.</p> <p>A: Masalah Resiko gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian</p>
		10.00		

			<p>cukup.</p> <p>Dengan Hasil :</p> <p>Keluarga mengatakan klien minum air dalam 1 hari 6-7 gelas sedang</p>	<p>P: Intervensi di lanjutkan (1)</p> <p>I:</p> <p>1. Menganjurkan menggunakan pelembab</p> <p>E: 14.00</p> <p>Keadaan umum baik, kebutuhan klien masih dibantu keluarga, klien masih tampak berbaring di tempat tidur.</p>
--	--	--	--	---

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Octafiani Marcelina Kana

Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 8 Oktober 1997

Alamat : Ende

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2003-2009 : SD Impres Ende 13
2. Tahun 2010-2012 : SMP Kristen Ende
3. Tahun 2013-2015 : SMK Katolik Muktyaca Ende

MOTTO

**“ Ketakutan Adalah Penjara Bernama Kegagalan. Taklukan
Rasa Takut Karena Sukses Adalah Hak Pemberani”**

INGAT!! KAMU TIDAK SENDIRI..




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



**LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL
KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA : OCTAFIANI MARCELINA KANA
NIM : PO. 530320219947
PEMBIMBING : RIFATUNNISA,S.KEP.NS.,M.KEP

NO	Hari/ Tanggal	Hasil Konsul	Paraf Penguji
1	Jumat, 2 September 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsul revisi studi kasus 2. Perbaiki tulisan dibagian abstrak tulisan medic dan 3 3. Perbaiki penulisan di bab III metode studi kasus 4. Tambahkan dibagian D lokasi dan waktu studi kasus: (telah, waktu pelaksanaan). 5. Tambahkan di bab IV riwayat kesehatan sekarang (sejak kapan keluhan yang dirasakan pasien) 6. Riwayat kesehatan keluarga (siapa yang menderita penyakit yang sama dengan pasien) 7. Perbaiki penulisan jam pada pola istirahat dan tidur. 8. Dibagian pemeriksaan laboratorium judul table dan tanggal pemeriksaan dan menggunakan tabel terbuka. 	

2	Jumat, 2 September 2022	ACC	
---	-------------------------------	-----	---



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







LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : OCTAFIANI MARCELINA KANA
NIM : PO. 530320219947
PEMBIMBING UTAMA : TRY AYU PATMAWATI,S.KEP,NS.,M.KEP

No	Hari/ Tanggal	Hasil Konsul	Paraf Pembimbing
1	10 Februari 2022	1. Lapor diri ke Pembimbing Proposal 2. Konsul Judul 3. Mencari data Untuk 3 Kasus 3 bulan terakhir penyakit terbanyak di Rumah Sakit Umum Ende.	
2	14 Februari 2022	1. Konsul kembali judul kasus yang sudah didapat dari Rumah Sakit 2. Judul proposal disetujui pembimbing 3. Menyusun Bab 1 Yang terdiri dari latar belakang, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penulisan.	

3	17 Februari 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsul ruangan yang ada di rumah sakit untuk mendapat data terkait kasus yang sudah dibagikan. 2. Melaporkan data yang sudah didapat dari rumah sakit. 	M
4	23 Februari 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsul Bab 1. 2. Tambahkan data menggunakan piramida terbalik. 3. Mencari referensi dari jurnal dan buku. 	M
5	2 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbaiki Bab 1. 2. Menambahkan faktor resiko stroke dan upaya pencegahan stroke. 3. Lanjutkan ke Bab 2 Dan Bab 3. 	M
6	6 Maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbaiki Latar Belakang. 2. Memperbaiki Tujuan Umum Dan Tujuan Khusus. 3. Memperbaiki Cara Pengetikan Dengan Mengikuti Panduan. 	M

		4. Perbaiki Data Yang Dari Riskesdas, Kemenkes Dan Rumah Sakit.	
7	9 Maret 2020	1. Memperbaiki Latar Belakang. 2. Memperbaiki bab 2, dan menambahkan sitasi. 3. Mencari sumber terbaru 3 tahun terakhir 4. Diagnosa dan intervensi harus menggunakan buku SDKI dan SIKI.	
8	14 Maret 2022	1. Memperbaiki latar belakang dengan menambahkan dampak stoke. 2. Memperbaiki bab 3 dengan membuat tabel definisi operasional. 3. Perbaiki penulisan sitasi. 4. Daftar pustaka menggunakan Mendeley.	
9	24 Maret 2022	1. Memperbaiki cara pengetikan 2. Didaftar pustaka jumlah sitasi harus sesuai dengan sitasi penulisan.	
10	28 Maret 2022	1. Acc 2. Konfirmasi ke pembimbing untuk maju sidang atau ujian proposal	

11	31 Mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konsul Studi Kasus 2. Perbaiki dipengkajian perpola dibagian pola istirahat dan tidur. 3. Perbaiki dipemeriksaan fisik dibagian Ekstremitas 4. Perbaiki analisa data, tentukan diagnosa sesuai dengan data yang ada. 	M
12	6 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki lagi dianalisa data, diagnosa belum sesuai dengan data yang ada 2. Bandingkan diagnosa dibuku SDKI dengan NANDA. 	M
13	8 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosa pada kasus data semua dilengkapi sesuai dengan pengkajian. 2. intervensi yang tidak diterapkan pada pasien tidak harus dimasukan semua. 	M
14	15 Agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Margin rapikan kembali 2. pengetikan dan spasi 3. perbaiki bahasa dalam pengetikan. 4. perbaiki intervensi, tujuan dan kriteria hasil harus sesuai dengan data pasien yang akan dicapai. 	M
15	16 Agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki di bagian implementasi, intervensi harus sesuai yang diterapkan pada pasien. 2. lanjut di pembahasan 3. pada pengkajian masukan data pada teori, kemudian masukan data pasien, lalu bandingkan dengan penelitian dari orang lain. 	M
16	22 Agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. pada bagian diagnosa masukan teori kemudian bandingkan dengan kasus nyata. 2. perbaiki bahasa dalam pengetikan. 3. bandingkan diagnosa yang ada pada teori dan kasis 	M

		dengan diagnosa penelitian orang lain.	
17	23 Agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. pada bagian intervensi masukan data yang ada pada teori, kemudian data yang ada pada pasien lalu bandingkan dengan penelitian orang lain. 2. pada bagian implementasi masukan data yang terdapat kesenjangan. 3. pada bagian evaluasi masukan setiap evaluasi dari hari pertama sampai hari ketiga, lalu bandingkan dengan penelitian dari orang lain. 4. ACC Lanjut Ujian KTI 	H
18	25 Agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan dikata pengantar 2. perbaiki dibagian abstrak perhatikan panduan, spasi dan font. 3. perbaiki pengetikan pemisahan kata 4. tambahkan perjalanan penyakit dibagian etiologi pada analisa data. 5. perbaiki pathway 	H
19	14 September 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki dibagian abstrak, perhatikan panduan, spasi dan font 2. perbaiki penulisan dibagian tabel 	H
20	23 September 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan kata kunci dibagian abstrak 	H
21	26 September 2022	ACC	H