

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
MASALAH UTAMA STROKE NON HEMORAGIK
DI RSUD ENDE
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**



Oleh :

VIKIREINOL METRIS

NIM. PO 530320218058

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

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT
STROKE NON HEMORAGIK DI RPD III RSUD ENDE
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

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



**OLEH
VIKIREINOL METRIS
NIM. PO530320218058**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2022**

PERNYATAAN KEASLIHAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Vikirenot Matris

NIM : PO.530320218058

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Stroke Non
Hemoragik Di RPD III RSUD Ende

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

Ende, september 2022

Yang Membuat Pernyataan



VIKIRENOT MATRIS
PO.530320218058

LEMBAR PERSETUJUAN

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT
STROKE NON HEMORAGIK DI RPD III RSUD ENDE
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

OLEH

VIKIREINOL METRIS
NIM. PO530320218058

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

Ende, 31 Maret 2022

Pembimbing



Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP.1988 0922 2020 122 005

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT
STROKE NON HEMORAGIK DI RPD III RSUD ENDE
PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

OLEH

VIKIREINOL METRIS

NIM. PO530320218058

Proposal Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Dijikan Dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 31 Maret 2022

Penguji Ketua



Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 1989 0627 2019 021 001

Penguji Anggota



Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 1988 0922 2020 122 005

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis 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 terimah kasih kepada:

1. Dr. Ragu haming kristina, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende dan sekaligus penguji ketua, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Dr.Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Ibu Rif'tunnisa, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

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

Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, Maret 2022

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.O Dengan Diagnosa Keperawatan Stroke Non Hemoragik Di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

**Vikireinol metris (1)
Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep.(2)**

Latar belakang : stroke iskemik atau stroke non Hemoragik adalah stroke yang terjadi penyumbatan pada pembuluh darah di otak atau di leher, penyumbatan dapat di sebabkan oleh pembentukan gumpalan di pembuluh darah otak atau leher. Tujuan Studi kasus : Untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn. A.O dengan melakukan pengkajian, menegakan diagnosa, memberikn intervensi, implementasi dan evaluasi dengan cara wawancara pada pasien.

Hasil : dari hasil studi kasus dilakukan pengkajian ditemukan data-data pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah, tidak bisa mengangkat barang berat. Diagnosa yang ditemukan pada pasien Tn.A.O. yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan suplay O₂ ke otak, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan, implementasi yang dilakukan yaitu sesuai dengan intervensi yang ditentukan. Hasil evaluasi dilaksanakan selama 3 hari empat masalah sebagian teratasi.

Kesimpulan : melalui catatan perkembangan selama 3 hari. pada kasus Tn. A.O Evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan pada masalah keperawatan yang pertama adalah Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan suplay O₂ ke otak sebagian teratasi. Masalah keperawatan yang kedua adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot belum teratasi. Masalah keperawatan ketiga adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik belum teratasi. Masalah keperawatan yang keempat adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral belum teratasi.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik

Keterangan : (1) program Studi D III Keperawatan Ende

(2) Dosen Program Studi D III Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care At Mr. A.O With Non Stroke Nursing Diagnosis Hemorrhagic in Ende. Regional General Hospital

Vikireinol metris (1)

Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep (2)

Background: Ischemic stroke or non-hemorrhagic stroke is a stroke caused if there is a blockage in the blood vessels in the brain or in the neck, the blockage can be by the formation of clots in the blood vessels of the brain or neck. Purpose of the case study: to provide nursing care to Tn. A.O by conducting assessments, establishing diagnoses, providing interventions, implementing and evaluating by interviewing the patient.

The Results: from the results of the case study were carried out by examining the data the patient said that the left hand and the left leg were difficult to move because they felt heavy and weak, unable to lift heavy objects. Diagnosis found in patient. Mr. A.O ineffective cerebral tissue perfusion associated with decreased O₂ supply to the brain, impaired physical mobility related to decreased muscle strength, activity intolerance related to physical weakness, and impaired verbal communication related to cerebral damage. Nursing interventions are carried out based on the nursing problems found, the implementation carried out is in accordance with the specified intervention were carried out for 3 days, four problems were partially resolved.

Conclusion through progress notes for 3 days. In the case of Mr. A.O evaluation can be analyzed based on the objectives that have been set on the problem the first nursing problem is the ineffectiveness of cerebral tissue perfusion related to decreased supply O₂ to the brain partially resolved. The second nursing problem is impaired physical mobility associated with decreased muscle strength has not been resolved. The third nursing problem is activity intolerance related to physical weakness that has not been resolved. The fourth nursing problem is verbal communication disorders related to cerebral damage not resolved.

Keywords: Non-Hemorrhagic Stroke Nursing Care

Description: (1) Ende Nursing D III Study Program

(2) Lecturer of Ende Nursing D III Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi Kasus.....	5
D. Manfaat Studi Kasus.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medik SNH	7
B. Konsep Dasar Masalah	13
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan SNH	18
BAB III METODE STUDI KASUS	36
A. Rancangan/Desain Studi Kasus	36
B. Subjek Studi Kasus	36
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	36

D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	37
E. Prosedur Studi Kasus	37
F. Teknik Pengumpulan Data	37
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	39
H. Keabsahan Data	39
I. Analisa Data.....	39
DAFTAR PUSTAKA	41
LAMPIRAN	42

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke kini menjadi masalah yang cukup serius didunia karena jumlah penderita stroke dan angka kematian serta kecacatan akibat stroke semakin bertambah. Stroke menjadi salah satu penyakit yang sering dijumpai pada masyarakat sekarang ini. *World Health Organization* atau WHO menetapkan bahwa stroke merupakan suatu sindrom klinis dengan gejala gangguan fungsi otak secara utuh atau sebagian yang dapat mengakibatkan kematian atau kelainan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali, gangguan vaskular (Pricyllia, 2015). Menurut Sisca dkk (2020) stroke iskemik atau stroke non Hemoragik adalah stroke yang terjadi penyumbatan pada pembuluh darah di otak atau di leher, penyumbatan dapat disebabkan oleh pembentukan gumpalan di pembuluh darah otak atau leher. Stroke Non Hemoragik dipicu oleh kebiasaan merokok, hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes. Sedangkan menurut Glen et al. Tahun 2015, Stroke Non Hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di otak.

Secara global menurut *American Heart Association* (AHA) pada tahun 2014 kasus stroke mencapai angka 43 juta pasien di dunia. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur > 15 tahun sebesar 10,9% sedangkan Provinsi Nusa Tenggara Timur meningkat dari 1,8% menjadi 6,1% dan berada pada posisi 32 dari 34 Provinsi di Indonesia. Prevalensi stroke non hemoragik yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan di

RPD III RSUD Ende pada tahun 2021 sebanyak 15 orang, yaitu terdiri dari laki-laki 12 orang dan perempuan tiga orang. (profil RSUD Ende 2021).

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

Peran perawat dibutuhkan untuk mengatasi kondisi ini dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke. Seseorang yang menderita stroke paling banyak disebabkan oleh individu yang memiliki perilaku atau gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan yang tinggi lemak, kurang aktivitas fisik atau olahraga. Dampak buruk penyakit stroke dapat diminimalisir jika serangan stroke dikenali dan mendapatkan pertolongan segera. Pasien yang terkena stroke sangat butuh penanganan tepat sesegera mungkin. Penanganan tepat dari tenaga medis dalam jangka waktu antara 3 hingga 5 jam dari gejala awal diharapkan dapat mengurangi resiko kematian dan kecacatan permanen (Aprianda,2019).

Upaya yang dilakukan untuk mengobati keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor kritis yaitu; menstabilkan tanda-tanda vital, menempatkan pasien dalam posisi yang tepat dan dilakukan latihan gerak pasif. Untuk mencegahnya hindari merokok, kopi, dan alkohol. Usahakan untuk dapat mempertahankan berat badan ideal, batasi intake garam untuk penderita hipertensi, batasi makanan berkolesterol dan lemak (daging, durian, alpukat, keju dan lainnya), serta olahraga teratur (Purwanto, 2016).

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk lebih mendalaminya sebagai karya tulis Ilmiah tentang “asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik”. Asuhan keperawatan yang profesional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

B. Rumusan masalah

Stroke Non Hemoragik jika tidak cepat ditangani maka akan terjadi kematian dan kecacatan permanen, masalah spesifik yang akan terjadi yaitu kelemahan saraf, kelemahan otot, kurang gerak, kekakuan sendi, kurang energi pelaksanaan yang akan dilakukan oleh perawat yaitu menstabilkan tanda-tanda vital, menempatkan pasien dalam posisi yang tepat dan dilakukan latihan gerak pasif. Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mampu menerapkan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari Karya Tulis Ilmiah ini antara lain, penulis dapat:

- a. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis SNH.

- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien dengan diagnosa medis SNH.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis SNH.
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada klien dengan diagnosa medis SNH.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis SNH.
- f. Menganalisa kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien dengan SNH.

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan diatas maka manfaat Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien SNH.

2. Bagi Perawat

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan SNH.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan SNH.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Sebagai sarana untuk memperoleh pengetahuan tentang SNH beserta pelaksanaannya.

BAB II

TINJAUAN TERORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke Non Hemoragik

1. Pengertian

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragik sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infrak serebrum (Nurarrif & hardhi, 2015).

Stroke Non Hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Wilson & Price, 2016).

2. Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah. Darah akan keluar mengisi ruang tengkorak kepala sehingga terjadi peningkatan tekanan di dalam otak yang akibatnya terjadi penurunan kesadaran secara tiba-tiba. Keadaan seperti ini disebabkan karena tekanan darah yang mengalami peningkatan cukup tinggi (Arum,2015).

Penyebab stroke dapat dibagi menjadi sebagai berikut, yaitu :

- a. Thrombosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama yang paling umum dari stroke (Smeltzer & Bare 2013). Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli

patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Wijaya & Putri 2013)

- b. Emboli serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung (Wijaya & Putri 2013).
- c. Hemoragi dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang subarachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam substansial otak. (Wijaya & Putri 2013).

Sedangkan faktor resiko pada stroke:

- 1) Hipertensi merupakan faktor resiko utama.
 - 2) Penyakit kardiovaskuler (embolisme serebral mungkin berasal dari jantung).
 - 3) Kontrasepsi oral, peningkatan oleh hipertensi yang menyertai usia di atas 35 tahun dan kadar esterogen yang tinggi.
 - 4) Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau dalam jangka panjang dapat menyebabkan iskhemia serebral umum.
 - 5) Penyalahgunaan obat tertentu pada remaja dan dewasa muda.
 - 6) Konsultan individu yang muda untuk mengontrol lemak darah, tekanan darah, merokok kretek dan obesitas.
- d. Hypoksia Umum
 - 1) Hipertensi yang parah
 - 2) Cardiac Pulmonary Arrest

- 3) Cardiac output turun akibat aritmia
- e. Hipoksia Setempat
 - 1) arteri Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachnoid.
 - 2) Vasokonstriksi otak migrain. disertai sakit kepala

(wijaya & putri 2013)

Terdapat banyak faktor yang berperan dalam menentukan seseorang terkena stroke atau tidak. Menurut Magistris ,(2018) faktor tersebut diantaranya adalah usia, Hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, alkohol, narkoba.

3. **Patofisiologi**

Faktor resiko stroke seperti gaya hidup, Diabetes Melitus, riwayat penyakit jantung dan sebagainya dapat menyebabkan kerja norepinefrin dipembuluh darah meningkat sehingga tekanan darah meningkat atau hipertensi akut. Hipertensi yang terus menerus dapat mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak. Perubahan yang terus berlanjut ini dapat menyebabkan pembuluh darah otak (serebral) pecah sehingga terjadi stroke hemoragik (Rahmayanti, 2019).

Mekanisme yang sering terjadi pada stroke perdarahan intraserebral adalah faktor dinamik yang berupa peningkatan tekanan darah. Hipertensi kronis menyebabkan pembuluh darah arteriol yang berdiameter 100-400 mikrometer mengalami perubahan yang patologik. Perubahan tersebut berupa lipohyalinosis, fragmentasi, nekrosis, dan

mikroaneurisma pada arteri di otak. Kenaikan tekanan darah secara mendadak ini dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah. Jika pembuluh darah tersebut pecah, maka akan menyebabkan perdarahan. (Munir, 2015). Pecahnya pembuluh darah otak mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan Transient Ischemic Attack (TIA) yang terjadi dengan cepat dapat mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan Intracerebral sering dijumpai di daerah pituitary gland, thalamus, subkortikal, lobus parietal, nucleus kaudatus, pons, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid (Perdana, 2017).

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM (Arteriovenous Malformation). Aneurisma paling sering di dapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willis sedangkan AVM (Arteriovenous Malformation) dapat dijumpai pada jaringan otak di permukaan pia mater dan ventrikel otak, ataupun di dalam ventrikel otak dan ruang subarachnoid (Perdana, 2017). Aneurisma merupakan lesi yang didapatkan karena berkaitan dengan tekanan hemodinamik pada dinding arteri percabangan dan perlekukan. Prekursor awal aneurisma adalah adanya kantong kecil melalui arteri media yang rusak. Kerusakan ini meluas akibat tekanan hidrostatik dari aliran darah pulsatif dan turbulensi darah, yang paling besar berada di bifurcatio atri. Suatu aneurisma matur memiliki sedikit lapisan media, diganti dengan jaringan ikat, dan mempunyai lamina elastika yang terbatas atau tidak ada sehingga mudah terjadi ruptur. Saat aneurisma ruptur, terjadi ekstravasasi darah dengan tekanan arteri masuk

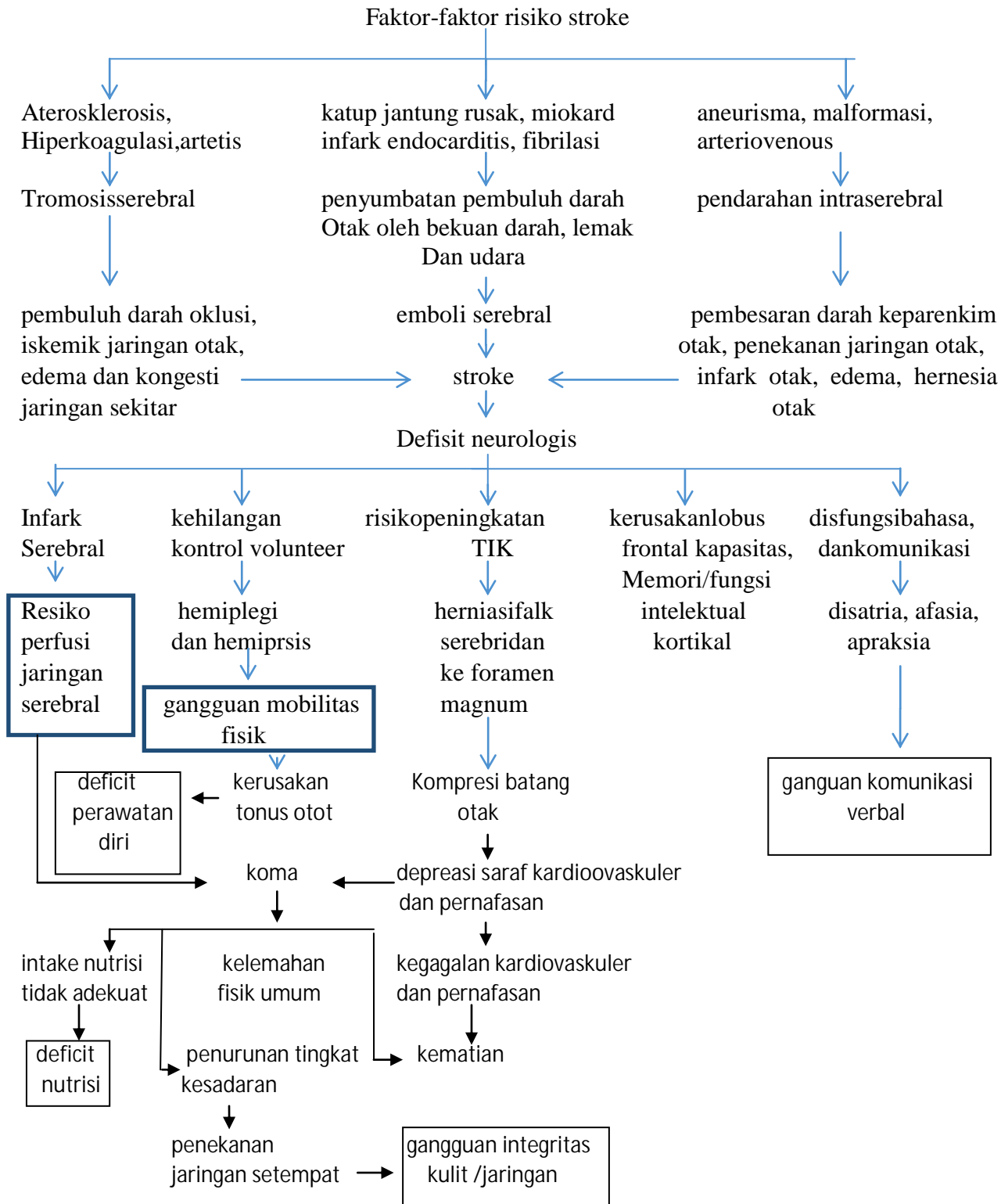
ke ruang subarachnoid dan dengan cepat menyebar melalui cairan serebrospinal mengelilingi otak dan medulla spinalis. Ekstravasasi darah menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) global dan mengiritasi meningeal (Munir, 2015).

Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarachnoid dapat mengakibatkan vasopasme pembuluh darah serebral. Vasopasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasopasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh darah arteri di ruang subarachnoid. Ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O₂ jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi (Wati, 2019).

Perdarahan subarachnoid (PSA) yang mengacu pada perdarahan otak di bawah arachnoid, sering menyebabkan onset cepat defisit neurologis dan hilangnya kesadaran. Perdarahan subarachnoid ini akan direspon tubuh dengan cara mengkonstraksi pembuluh darah (vasokonstriksi atau vasospasme) yang dirangsang oleh zat-zat yang bersifat vasokonstriksi seperti serotonin, prostaglandin, dan produk pecahan darah lainnya. Keadaan ini akan memicu ion kalsium untuk masuk ke dalam sel otot polos pembuluh darah. Akibatnya kontraksi atau spasme akan semakin hebat

dan lambat laun, yaitu sekitar hari kelima setelah perdarahan, kontraksi akan mencapai puncaknya sehingga terjadi penutupan lumen atau saluran pembuluh darah secara total dan darah tidak dapat mengalir lagi ke sel saraf yang bersangkutan. Akhirnya terjadi kematian pada sel saraf dan menyebabkan kehilangan kontrol mengakibatkan terjadinya hemiplegi dan hemiparesis. Hemiplegi dan hemiparesis dapat mengakibatkan kelemahan pada alat gerak dan menyebabkan keterbatasan dalam pergerakan fisik pada ekstremitas sehingga muncul masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Black dan Hawks, 2014).

4. Pathway



Sumber: (Wijaya & Putri, 2013).
Bagan 2.1 Patway stroke

5. **Manisfestasi Klinis**

Manifestasi klinis stroke sebagai berikut: Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, Tiba-tiba hilang rasa peka, Bicara pelo, Gangguan bicara dan bahasa, Gangguan penglihatan, Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, Gangguan daya ingat, Nyeri kepala hebat, Vertigo, Kesadaran menurun, Proses kencing terganggu, Gangguan fungsi otak.(Huda, 2016)

6. **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut: (Wijaya& Putri 2013)

- a. Angiografi serebral Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler.
- b. Lumbal pungsi Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada caespiratoriratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.
- c. CT scan Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi henatoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

- d. MRI (Magnetic Imaging Resonance) Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.
- e. USG Doppler untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena, (masalah sistem karotis).
- b. EEG Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

6. Penatalaksanaan

- a) Penanganan Medis (Brunner & Suddarth, 2016)
 - 1) Rekombinan aktivator plasminogen jaringan (t-PA), kecuali dikontra indikasikan, pantau perdarahan
 - 2) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) : diuretik osmotik, pertahankan PaCO₂ pada 30 sampai 35 mmHg, posisi untuk mencegah hipoksia (tinggikan kepala tempat tidur untuk meningkatkan drainase vena dan menurunkan TIK yang meningkat).
 - 3) Kemungkinan hemikraniektomi untuk mengatasi peningkatan TIK akibat edema otak pada stroke yang sangat luas.
 - 4) Intubasi dengan slang endotrakeal untuk menetapkan kepatenan jalan nafas, jika perlu.
 - 5) Pantau hemodinamika secara kontinu (target tekanan darah tetap 9 kontroversial bagi pasien yang tidak mendapatkan terapi trombolitik; terapi

antihipertensi dapat ditunda kecuali tekanan darah sistolik melebihi 220 mmHg atau tekanan darah diastolik melebihi 120 mmHg).

6) Pengkajian neurologis untuk menentukan apakah stroke berkembang dan apakah terdapat komplikasi akut lain yang sedang terjadi.

b. Penanganan Komplikasi (Brunner & Suddarth, 2016)

Penurunan aliran darah serebral : perawatan pulmonal, pemeliharaan kepatenan jalan napas, dan berikan suplemen oksigen sesuai kebutuhan. Pantau adanya infeksi saluran kemih, disritmia jantung dan komplikasi berupa mobilisasi.

c. Penanganan Farmakologi (Purwani, 2017)

Antikoagulan adalah obat yang berfungsi mencegah penggumpalan darah. Obat ini bekerja dengan cara menghambat kerja protein yang terlibat dalam proses pembekuan darah. Warfarin adalah obat yang digunakan untuk mencegah serangan jantung, stroke, dan pembekuan darah dipembuluh darah dan arteri. Antiplatelet adalah kelompok obat yang digunakan untuk mencegah terjadinya penggumpalan darah. Obat ini umum digunakan oleh pasien dengan masalah penyumbatan pembuluh darah, seperti pada penderita stroke, penyakit jantung koroner, atau penyakit arteri perifer, Aspirin memiliki efek antikoagulan dan dapat digunakan dalam dosis rendah dalam tempo lama untuk mencegah serangan jantung. Klopido gre Aspirin – dipiridamol adalah inhibitor transport nukleosida dan obat inhibitor PDE3 yang menghambat pembentukan gumpalan darah ketika diberikan secara kronis dan menyebabkan pelebaran pembuluh darah bila diberikan dalam dosis tinggi dalam waktu singkat. Fibrinolitik adalah terapi yang digunakan untuk mengatasi masalah yang timbul karena adanya bekuan darah

atau thrombus seperti thrombosis vena, emboli paru, infark miokard (STEMI), stroke iskemik, dan tromboemboli arteri. Obat Antihipertensi adalah kelompok obat yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah akibat hipertensi. Obat Antidiabetes oral digunakan untuk pengobatan diabetes melitus tipe 2 (non-insulin dependent diabetes melitus, NIDDM). Obat Antidislipidemia adalah obat yang digunakan untuk menurunkan kadar lipid plasma atau lemak dalam darah.

7. Komplikasi

komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak. (Bararah & Jauhar 2013).

B. Konsep Masalah Keperawatan

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017.

Masalah keperawatan yang akan muncul pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik adalah sebagai berikut:

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Definisi: Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Faktor Risiko: Embolisme, Hipertensi. Kondisi klinis terkait: Stroke.

2. Gangguan Mobilitas Fisik

Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri, Penyebab: Ketidakbugaran fisik, Penurunan kekuatan otot, Gangguan neuromuskular, Nyeri, Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, Gangguan kognitif, Gangguan sensori persepsi, Batasan karakteristik: Gejala dan tanda: Mayor: Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, Objektif: Tampak kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun, Minor: Subjektif: Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan, Merasa cemas saat bergerak, Objektif: Tampak sendi kaku, Gerakan tidak terkoordinasi, Gerakan terbatas, Kondisi klinis terkait: Stroke.

3. Gangguan Komunikasi Verbal

Definisi: Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol. Penyebab: Penurunan sirkulasi serebral, Gangguan neuromuskular, Gangguan pendengaran. Batasan karakteristik: gejala dan tanda: Mayor: Subjektif: tidak tersedia. Objektif: Tidak mampu berbicara atau mendengar, Menunjukkan respon tidak sesuai. Minor: Subjektif: tidak tersedia. Objektif: Afasia, Apraksia, Disleksia, Disartria, Afonia, Dislalia, Pelo, Gagap, Tidak ada kontak mata, Sulit memahami komunikasi, Sulit mempertahankan komunikasi, Sulit menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh, Sulit menyusun kalimat, verbalisasi tidak tepat, Sulit mengungkapkan kata kata, Disorientasi (orang, ruang, waktu), Defisit penglihatan dan delusi. Kondisi klinis terkait: Stroke, Peningkatan tekanan intrakranial.

4. Defisit perawatan diri

Definisi: tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri.

Kriteria masalah: subjektif: menolak melakukan perawatan diri, objektif: tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang. Faktor yang berhubungan: gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, penurunan motivasi/minta.

5. Defisit Nutrisi

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab: Kurangnya asupan makanan, Ketidakmampuan menelan makanan.

Batasan karakteristik: Gejala dan Tanda: Mayor: Subjektif: tidak tersedia, Objektif:

Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, Minor: Subjektif: Cepat

kenyang setelah makan, Keram/nyeri abdomen, Nafsu makan menurun, Objektif:

Bising usus hiperaktif, Otot pengunyah lemah, Oto menelan lemah, Membran

mukosa pucat, Kondisi klinis terkait: Stroke, Kerusakan neuromuskuler.

6. Gangguan Integritas Kulit/jaringan

Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis). Penyebab: Perubahan

sirkulasi, Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), Penurunan

mobilitas, Kelembaban, Proses penuaan, Neuropati perifer, Kurang terpapar

informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas kulit, Batasan

karakteristik: Gejala dan tanda: Mayor: Subjektif: tidak tersedia, Objektif:

Kerusakan jaringan dan lapisan kuli, Minor: Subjektif: tidak tersedia, Objektif:

Nyeri, Perdarahan, Kemerahan, hematoma, Faktor yang berhubungan: Imobilisasi.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1 Pengkajian Keperawatan

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:

a. Pengumpulan Data

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis).

Identitas penanggung jawab.

- 2) 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 mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan anti kougulan, aspirin, vasodilatator, obat-obat adiktif, dan kegemukan.

c) Riwayat penyakit keluarga

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

3) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan

Biasanya ada riwayat perokok, penggunaan alkohol, serta penggunaan obat kontrasepsi oral.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada fase akut. Apakah sering mengonsumsi masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus dan bagaimana nafsu makannya. Apakah ada ketergantungan mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol.

c) Pola Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya didapatkan pola eliminasi BAB yaitu konstipasi karena adanya gangguan dalam mobilisasi, bagaimana eliminasi BAK apakah ada kesulitan, warna, bau, berapa jumlahnya, karena pada pasien stroke mungkin mengalami inkontinensia urine sementara

Pola Aktivitas dan Latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria atau paralise/ hemiplegia, kesukaran untuk istirahat karena kejang/nyeri otot.

d) Pola sensori dan kognitif

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

e) Pola Tidur dan Istirahat

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

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan mudah kooperatif.

g) Pola Hubungan dan Peran

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

h) Pola Reproduksi Seksual

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

i) Pola Penanggulangan Stress

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

j) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

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

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran, terjadi gangguan tingkat kesadaran sampai ke koma.

b) Tanda-tanda vital

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

c) Kepala

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

d) Mata

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

e) Hidung

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

f) Dada

Inspeksi : bentuk simetris

Palpasi : tidak adanya masa dan benjolan

Perkusi : nyeri tidak ada bunyi jantung lup-dup

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

g) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi : bising usus agak lemah

Perkusi : nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

h) Ekstremitas

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

pengukuran kekuatan otot yaitu:

- 1) Nilai 0 : bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.
- 2) Nilai 1 : bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.
- 3) Nilai 2 : bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi.
- 4) Nilai 3 : bila dapat melawan grafitasi tetapi tidak melawan tekanan pemeriksaan.
- 5) Nilai 4 :bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya kurang.
- 6) Nilai 5 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan denagn kekuatan penuh.(purwanto, 2016)

b. Tabulasi Data

Sakit kepala hebat, lumpuh bagian wajah atau hemiparesis, pegal, agak lemah atau keram linu pada separuh tubuh, hemiplegia kontralateral wajah, disatria, hemiplegia, inkontinensia alvi, inkontenensia urine, hemiparesis, hemiparese atau hemiplegia, hemiparestesia, lesi pada ekstremitas, mual dan muntah, kelumpuhan separuh badan. (Wijaya & Putri 2013).

c. Klasifikasi Data

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

DO : lumpuh bagian wajah atau hemiparesis, hemiplegia kontralateral wajah, disatria, hemiplegia, inkontinensia alvi, inkontenensia urine, hemiparesis, hemiparese/hemiplegia, hemiparestesia, lesi pada ekstremitas. (Wahyuni, Nurul, 2016).

d. Analisa Data

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

- 1) Data subjektif : Data Objektif : -. Etiologi: penyumbatan pembuluh darah di otak. Problem: resiko perfusi serebral tidak efektif.

- 2) Data subjektif ; lemah, kram kaki dan tangan, agak lemah atau kram linu pada separuh tubuh, pegal. DO: kelemahan, hemiparese. Etiologi: kelemahan neuromuskular. Problem: gangguan mobilitas fisik
- 3) DS: - . DO: lumpuh bagian wajah ataupun hemiparesis, hemiplegia kontralateral wajah. Etiologi: gangguan sirkulasi, gangguan neuromuskular, kerusakan pada area broca. Problem: gangguan komunikasi verbal.
- 4) DS: lemah. DO: kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Etiologi: kelemahan, gangguan neuromuskuler. Problem: defisit perawatan diri.
- 5) DS: mual, muntah. DO: muntah. Etiologi: intake nutrisi yang inadkuat. Problem: defisit nutrisi.
- 6) DS:-. DO: kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemerahan. Etiologi: penurunan mobilitas. Problem: gangguan integritas kulit. Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017).

2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang akan muncul pada kasus stroke non hemoragik dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler.
- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.

3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi. (Nurarif Huda,2016), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018) & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019). Perencanaan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragok yaitu:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral dapat adekuat/meningkat dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, Tekanan Intra kranial (TIK) menurun, Tidak ada tanda-tanda pasien gelisah, TTV membaik.

Intervensi: Identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK), Monitor tanda gejala peningkatan tekanan intrakranial (TIK), Monitor status pernafasan klien, Monitor intake dan output cairan, Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Pertahankan suhu tubuh normal, Kolaborasi pemberian obat deuretik osmosis.

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tujuan: Setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik klien meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstermitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat, Kelemahan fisik menurun

Intervensi: Identifikasi adanya keluhan nyeri atau fisik lainnya, Identifikasi kemampuan dalam melakukan pergerakan, Monitor keadaan umum selama

melakukan mobilisasi, Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, Anjurkan untuk melakukan pergerakan secara perlahan, Ajarkan mobilisasi sederhana yang bisa dilakukan seperti duduk ditempat tidur, miring kanan/kiri, dan latihan rentang gerak (ROM).

c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil: Kemampuan bicara meningkat, Kemampuan mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, Respon perilaku pemahaman komunikasi membaik, Pelo menurun

Intervensi: Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara, Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, Berikan dukungan psikologis kepada klien, Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis dan bahasa isyarat/gerakan tubuh), Anjurkan klien untuk bicara secara perlahan.

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, gangguan neuromuskuler.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keparawatan diharapkan status perawatan diri klien membaik, dengan kriteria hasil: klien dapat melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan kemampuan klien.

Intervensi: Jelaskan pada klien dan keluarga cara perawatan diri yang benar, Identifikasi kebi asaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, Monitor tingkat kemandirian, Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi adekuat membaik dengan kriteria hasil: Porsi makan dihabiskan/meningkat, Berat badan membaik, Frekuensi makan membaik, Nafsu makan membaik, Bising usus membaik, Membran mukosa membaik.

Intervensi: Identifikasi status nutrisi, Monitor asupan makanan, Berikan makanan ketika masih hangat, Ajarkan diit sesuai yang diprogramkan, Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit yang tepat.

- f. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil: Perfusi jaringan meningkat, Tidak ada tanda-tanda infeksi, Kerusakan jaringan menurun, Kerusakan lapisan kulit menurun, Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.

Intervensi: Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, Anjurkan menggunakan pelembab, Anjurkan minum air yang cukup, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

4 Implementasi keperawatan

Menurut Koziar, dkk (2017) dalam Dermawan (2017) dalam implementasi tindakan keperawatan memerlukan beberapa pertimbangan, antarlain: Individualisme klien, dengan mengkomunikasikan makna dasar dari suatu implementasi keperawatan yang akan dilakukan. Melibatkan klien dengan mempertimbangkan energi yang

dimiliki, penyakitnya, hakikat stresor, keadaan psikososialkultural, pengertian terhadap penyakit dan intervensi. Pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi. Mempertahankan kondisi tubuh agar penyakit tidak menjadi lebih parah serta upaya peningkatan kesehatan. Upaya rasa aman dan bantuan kepada klien dalam memenuhi kebutuhannya. Penampilan perawat dan bijaksana dari segala kegiatan yang dilakukan pada klien.

5 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan dengan melakukan pendekatan SOAP, yaitu: data subjektif: Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien. Data objektif: Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan yang lain. Analisis: Penilaian dari kedua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah berkembang kearah perbaikan atau kemunduran. Perencanaan: Rencana penanganan klien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi (Wahyuni, Nurul, 2016)

BAB III

METODE PENELITIAN

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 pengajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah subyek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Subyek penelitian pada studi kasus ini adalah satu orang pasien dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik di Rumah Sakit Umum Ende.

C. Batasan Istilah

Menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul studi kasus yaitu:

1. Asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat-kiat keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.
2. Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragik sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasa digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum.
3. Asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik
Merupakan suatu proses keperawatan yang berfokus pada pasien diabetes melitus untuk membantu dalam mengatasi masalah-masalah yang ada dan mencegah terjadinya komplikasi dengan pendekatan proses keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan pada bulan april selama 3 hari di Ruangan Penyakit Dalam 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 Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari 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 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. Dari 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

a. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam 3 dengan jumlah ruangan 3 dan kapasitas untuk penampungan 6 – 7 orang dalam satu ruangan. Pasien masuk rumah sakit pada hari sabtu jam 11.15. saya melakukan pengkajian pada jam 13.00 tanggal 20/05/2022.

1. Pengkajian

Pasien berinisial Tn.A.O berumur 83 tahun berjenis kelamin laki – laki dan pendidikan terakhir klien SMA beralamatkan Wolotolo dan beragama katolik dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH).

a. Pengumpulan data

1) Biodata

Pasien berinisial Tn.A.O berumur 83 tahun berjenis kelamin laki – laki dan pendidikan terakhir klien SMA beralamatkan Wolotolo dan beragama katolik, klien sudah menikah dan memiliki anak 5 Orang. Penanggung jawab pasien adalah anak kandungnya dengan inisial Tn. E. L umur 43 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan petani.

2) Keluhan utama

Klien mengatakan tangan dan kaki tidak bisa di gerakkan, pasien terjatuh di kebun pada pagi hari saat kerja sekitar pukul 07.30

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien jatuh di kebun, klien mengeluh lemah, dan bicara pelo. Terpasang infus ditangan sebelah kiri NaCl 0,9% 20 tpm.

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga Klien mengatakan, klien pernah menderita penyakit hipertensi.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan kalau anggota keluarga lainnya tidak ada yang menderita penyakit seperti yang klien alami.

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi terhadap kesehatan

- Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan belum tahu mengenai perilaku yang bisa memmpengaruhi tingkat kesehatan.
- Keadaan klien saat ini: Klien mengatakan ia berobat di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

b) Pola nutrisi dan metabolic

- Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur, ikan, tahu dan tempe, makan makanan yang siap saji dan kadar garam tinggi, klien minum 4-5 gelas/hari dengan minuman bervariasi seperti air putih, the manis.

- Keadaan saat ini: klien mengatakan saat ini klien hanya makan bubur 3x sehari porsi di habiskan, minum susu dan air 2-3 gelas/hari, klien tidak tersedak saat makan dan klien tidak terpasang NGT.
- c) Pola eliminasi
- Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan BAB 1x sehari BAK 4-5 kali sehari BAB dan BAK lancar.
 - Keadaan klien saat ini: klien mengatakan sudah 2 hari di rumah sakit belum BAB, BAK lancar klien memakai pampers
- d) Pola aktivitas dan latihan
- Kebiasaan sehari-hari: klien mengatakan makan-minum, mandi, toileting, berpakaian, istirahat, tidur dan bangun seperti biasa.
 - Keadaan klien saat ini: klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga seperti makan, minum, mandi, toileting, dan berpakaian.
- e) Pola istirahat dan tidur
- Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur dari jam 22 lewat dan bangun pagi jam 05, istirahat siang 1 jam.
 - Keadaan saat ini: Klien mengatakan tidur terus karena berada di rumah sakit, sering istirahat tapi tidak nyenyak.
- f) Pola kognitif dan persepsi sensori
- Keadaan klien sehari-hari: klien mengatakan sebelum dirawat di RS tidak ada gangguan pada daya ingat nya.
 - Keadaan saat ini: daya ingat klien menurun.

g) Pola persepsi dan konsep diri

- Kebiasaan sehari-hari: Identitas diri: klien mengatakan dirinya bernama Tn.A.O, usia 83 Tahun, sebagai kepala rumah tangga. Peran Diri: klien adalah seorang suami dari istrinya dan seorang bapak bagi anak-anaknya. Gambaran Diri: klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya dan bersyukur karena tubuhnya berfungsi dengan baik. Ideal Diri : klien selalu ingin membantu keluarganya dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Harga Diri : klien mengatakan keluarga dan tetangganya sangat menghargainya
- Keadaan saat ini: Identitas: klien mengatakan dirinya bernama Tn.A.O, usia 83 Tahun, sebagai kepala rumah tangga. Peran Diri: klien adalah seorang suami dari istrinya dan seorang bapak bagi anak-anaknya. Gambaran Diri: klien mengatakan menyukai tubuhnya walaupun sekarang tangan kiri dan kaki kirinya tidak bisa digerakan. Ideal Diri:klien selalu ingin membantu keluarganya dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Harga Diri : klien mengatakan keluarganya sangat menghargai dan peduli padanya.

h) Pola peran dan hubungan dengan sesama

- Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan perannya sebagai suami dan seorang ayah. Hubungan klien dengan orang terdekat dan tetangganya tidak mengalami masalah.
- Keadaan saat ini: klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan tetangganya baik-baik saja walaupun klien sementara sakit.

i) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress.

- Kebiasaan sehari-hari: Klien mengatakan apabila ada masalah pasti didiskusikan dengan keluarganya dan bisa menyelesaikan masalahnya.
- Keadaan saat ini: Klien mengatakan stres dengan kondisinya saat ini

j) Pola sistem nilai dan kepercayaan

- Kebiasaan sehari-hari: klien mengatakan beragama katolik dan klien selalu yakin bahwa Tuhan selalu menyertai langkah hidupnya.
- Keadaan saat ini: klien mengatakan selama sakit klien tidak pernah ke Gereja, dan klien yakin bahwa Tuhan pasti menyembuhkan melalui tangan dokter dan perawat.

5) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : composmentis, bicara pelo, nadi:63x/m, suhu:36,6⁰c, TD:160/80 MmHg, 20x/m, kepala: tampak bersih, tekstur rambut lembut dan tidak rontok, serta tidak ada nyeri tekan, konjungtiva tidak anemis, bentuk wajah tidak simetris, mulut miring ke kanan, tampak bersih, klien tampak pucat, tidak terdapat serume di telinga, telinga simetris antara kiri kanan, tidak ada lesi. Hidung simetris, tidak ada lesi, terpasang O2 nasal kanul 3 l/m. mukosa bibir lembab, gigi sudah tidak utuh. Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid. Bentuk dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa, bunyi napas vesikuler, RR 20x/m, tidak adanya bunyi napas tambahan. bentuk abdomen simetris, tidak ada nyeri tekan, peristaltik usus 12 x/m. tidak dilakukan pemeriksaan genitalia karena menjaga privasi klien. Ekstermitas atas tangan daerah sinistra tidak dapat di gerakan,

terpasang infus NaCL 0,9% , ekstermitas bawah kaki daerah sinistra klien tidak dapat di gerakan, akril teraba dingin, kulit tampak pucat.

GCS : kualitas: composmentis

Kuantitatif: E : 4 (spontan)

V : 4 (orientasi baik, bicara agak pelo)

M : 6 (ekstermitas digerakan sesuai perintah)

Total GCS 14

(Klien sadar penuh, orientasi baik,bicara agak pelo, dan ekstermitas digerakan sesuai perintah).

Kekuatan otot:	3		5
	3		5

6) Pemeriksaan penunjang

➤ Lembar hasil pemeriksaan laboratorium

Darah lengkap:

WBC	7.90	[$10^3/uL$]	(3.80 – 10.60)
LIMPH#	1.00	[$10^3/uL$]	(1.00-3.70)
MONO#	0.51	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.47+	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.03	[$10^3/uL$]	(0.00 – 0.10)
NEUT#	5.89	[$10^3/uL$]	(1.50 – 7.00)

LYMPH%	12.7 -	[%]	(25.0 – 40.0)
MONO%	6.5	[%]	(2.0 – 8.0)
EO%	5.9 +	[%]	(2.0 – 4.0)
`BASO%	0.4	[%]	(0.0 – 1.0)
NEUT%	74.5 +	[%]	(50.0 – 70.0)
IG#	0.02	[10 ³ /uL]	(0.00 – 7.00)
IG%	0.3	[%]	(`0.0 – 72.0)
RBC	4.28 -	[10 ³ /uL]	(4.40 – 5.90)
HGB	10.8 -	[g/dl]	(13.2 – 17.3)
HCT	34.4 -	[%]	(40.0 – 52.0)
MCV	80,4	[fL]	(80,0 – 100,0)
MCH	25.4 -	[fL]	(26.0 – 34.0)
MCHC	31.4 -	[pg]	(32.0 – 36.0)
RDW-SD	43.9 -	[g/dL]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	14.7 +	[%]	(11.5 – 14.5)
PLT	204	[10 ³ /uL]	(150 – 450)
MPV	9.1	[Fl]	(9.0 – 13.0)
PCT	0.18	[%]	(0.17 – 0.15)
PDW	9.5	[Fl]	(9.0 – 17.0)
P-LCR	17.4	[%]	(13.0 – 43.0)

- Lembar hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan Glukosa Darah dan Faal Ginjal

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
GLUKOSA DARAH		
Glukosa sewaktu	87	70 – 140mg/dl
FAAL GINJAL		
UREUM	19.9	10 – 50 mg/dl
CREATININ	0.79	0.6 – 23 mg/dl

r

api

NAMA OBAT	DOSIS	JML	CARA
Infus RL	20 tpm	-	Infus
Paracetamol	3 x 1 gram	2	Iv
Omeprazole	2 x 40 gram	1	Iv
Ondansetron	3 x 4 mg	2	Iv
Citicoline	2 x 500 mg	1	Iv
Mecobalamin	2 x 500 mg	1	Iv

B. Tabulasi data

Klien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakan, pasien jatuh di kebun, klien mengeluh lemah, sulit berbicara, bicara pelo, aktivitas dibantu keluarga seperti makan, minum, mandi, toileting, dan berpakaian, mulut miring ke kanan, mukosa bibir lembab, bentuk wajah tidak simetris, klien tampak lemah, akral teraba dingin, kulit tampak pucat, kekuatan oto 3, obat yang didapatkan : Infus NaCL (20 tpm/infus) Paracetamol (3x1 gram/IV), Omeprazole (2x40 mg/IV), Ondansentron (3x4 mg/IV), Citicolin (2x500 mg/IV), Mecobalamin (2x500 mg/IV) TD : 160/80 MmHg, N : 63 x/menit, S : 36,6⁰C, RR : 20 x/menit.

C. Klasifikasi data

Data Subjektif : Klien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan, pasien jatuh di kebun, sulit berbicara, klien mengeluh lemah..

Data Objektif : bicara pelo dan kurang jelas, aktivitas dibantu keluarga seperti makan, minum, mandi, toileting, dan berpakaian, wajah tidak simetris, mulut miring ke kanan, mukosa bibir lembab, klien tampak lemah, akral teraba dingin, kekuatan otot 3, TD : 160/80 MmHg, N : 63 x/menit, S : 36,6⁰C, RR : 20 x/menit.

D. Analisa data

No	Sign/symptom	Etologi	Problem
1	<p>DS : klien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan dan lemah</p> <p>DO : tampak lemah,akral dingin, kulit pucat, tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan, TTV ; TD : 160/80 MmHg, N: 63x/menit, suhu: 36,6⁰c, RR:20 x/menit,</p>	<p>Penurunan suplay O2 ke otak</p>	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral</p>
2	<p>DS : klien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan dan lemah</p> <p>DO : pasien tampak lemah, aktivitas di bantu keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu:36,6⁰c, nadi : 63 x/menit, RR : 20 x/menit</p>	<p>Kelemahan fisik</p>	<p>Intoleransi aktifitas</p>
3	<p>DS : klien mengatakan sulit untuk bicara</p> <p>DO : Bicara pelo dan pengucapannya kurang jelas, mulut miring ke kanan, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu : 36,6⁰c, nadi: 63x/menit, RR : 20x/menit</p>	<p>Penurunan sirkulasi serebral</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal</p>
4	<p>DS: klien mengatakan, tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan</p> <p>DO: klien tampak lemah, kekuatan otot 3, aktifitas klien dibantu keluaraga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu : 36,6⁰c, nadi: 63x/menit, RR : 20x/menit</p>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

2. Diagnosa keperawatan

- a. Ketidakefektifan jaringan serebral berhubungan dengan penurunan suplay O₂ ke otak. Ditandai dengan:

DS : tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan dan lemah

DO : pasien tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan, TTV ; TD : 160/80 MmHg, N: 63x/menit, suhu: 36,6⁰c, RR:20 x/menit,

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Ditandai dengan:

DS : tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan dan lemah

DO : pasien tampak lemah, aktivitas di bantu keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu:36,6⁰c, nadi : 63 x/menit, RR : 20 x/menit

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Di tandai dengan:

DS : sulit untuk bicara

DO : pasien bicara pelo dan pengucapannya kurang jelas, mulut mencong ke kanan, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu : 36,6⁰c, nadi: 63x/menit, RR : 20x/menit

- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Yang ditandai dengan:

DS : tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan dan lemah

DO : pasien tampak lemah, kekuatan otot 3, aktivitas di bantu keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu:36,6⁰c, nadi : 63 x/menit, RR : 20 x/menit

3. Intervensi keperawatan

a. Prioritas masalah

1. Ketidakefektifan jaringan serebral
2. Gangguan komunikasi verbal
3. Gangguan mobilitas fisik
4. Intoleransi aktivitas

b. Intervensi keperawatan

1. Ketidakefektifan jaringan serebral berhubungan dengan penurunan suplay O₂ ke otak. Ditandai dengan: Data Subjektif : tangan kiri dan kaki kiri sulit digerakan dan lemah. Data Objektif : tampak lemah, tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan, TTV ; TD : 160/80, N: 63x/menit, suhu: 36,6⁰c, RR:20 x/menit. Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah perfusi jaringan serebral kembali efektif. Dengan kriteria hasil: Tangan kiri dan kaki kiri dapat digerakan seperti biasa, dan tanda-tanda vital normal. Intervensi : Kaji tanda-tanda vital, Kaji keadaan umum klien, Anjurkan klien untuk banyak istirahat, Anjurkan klien untuk makan makanan yang rendah garam.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Ditandai dengan: Data Subjektif: tangan kiri dan kaki kiri sulit digerakan dan lemah. Data Objektif : pasien tampak lemah, kekuatan otot 3, semua aktifitas di bantu keluarga, TD : 160/80 MmHg, N : 63 x/m, suhu : 36,6⁰c, RR : 20 x/m. tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan

masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun. Intervensi : anjurkan melakukan mobilisasi dini, monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Ditandai dengan: Data Subjektif : tangan kiri dan kaki kiri sulit di gerakan dan lemah Data Objektiv : pasien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu:36,6⁰c, nadi : 63 x/menit, RR : 20 x/menit. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi. Dengan kriteria hasil: Klien dapat beraktifitas secara mandiri. Intervensi : Kaji tanda-tanda vital klien, Anjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas, Anjurkan klien untuk melakukan room aktif dan room pasif, Anjurkan klien untuk tidak kerja yang berat, untuk mencegah terjadinya cedera.
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Di tandai dengan: Data Subjektif : sulit untuk bicara. Data Objektiv : Bicara pelo dan pengucapannya kurang jelas, bibir tidak simetris, tekanan darah : 160/80 MmHg, suhu : 36,6⁰c, nadi: 63x/menit, RR : 20x/menit. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan komunikasi serebral membaik dengan kriteria hasil: Kemampuan bicara

meningkat, mendengar dan memahami kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, respon perilaku pemahaman komunikasi membaik, pelo menurun.
 Intervensi : Monitor kecepatan (tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara),
 Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, berikan dukungan psikologis kepada klien, Anjurkan klien untuk bicara secara perlahan.

4. Implementasi keperawatan

a. Tanggal 20 mei 2022

1) Diagnosa: ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

Tindakan yang di lakukan : (07.30) Mengkaji tanda-tanda vital: TD:160/80 MmHg, suhu: 36,6⁰c, nadi:63x/menit, RR: 20x/ menit. (08.00) Mengkaji keadaan umum klien: kelien tampak lemah, klien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk di gerakan. (08.10) Menganjurkan klien untuk banyak istirahat, (08.15) Menganjurkan klien untuk diet rendah garam, (09.00) Pemberian terapi obat citicolin 500 mg/ iv dan mecobalamin 500 mg/iv.

2) Diagnosa: Gangguan mobilitas fisik

Tindakan yang dilakukan: (09.20) menganjurkan melakukan mobilisasi dini, (09.30) memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi tekanan darah klien 130/90 MmHg, (09.40) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, (09.50) mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

3) Diagnosa intoleransi aktivitas

Tindakan yang di lakukan : (10.15) Mengkaji tanda-tanda vital klien TD:160/80 MmHg, suhu: 36,0^oc, nadi:63x/menit, RR: 20x/ menit, (10.25) menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas, (10.30) menganjurkan klien untuk melakukan room aktif dan room pasif, (10.35) menganjurkan klien untuk tidak kerja yang berat, untuk mencegah terjadinya cedera.

4) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

Tindakan yang di lakukan : (10.40) Memonitor kecepatan (tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara), (10.55) Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, (11.00) berikan dukungan psikologis kepada klien, (11.15) Menganjurkan klien untuk bicara secara perlahan.

b. Tanggal 21 mei 2022

1) Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

Tindakan yang dilakukan : (07.30) Mengkaji tanda-tanda vital: TD:110/70 MmHg, suhu: 36⁰C nadi:68x/menit, RR: 22x/ menit, (08.00) Mengkaji keadaan umum klien: klien tampak lemah, klien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan, (08.30) Menganjurkan klien untuk banyak istirahat, (09.00) Pemberian terapi obat citicolin 500 mg/iv dan mecobalamin 500 mg/iv

2) Diagnosa: Gangguan mobilitas fisik

Tindakan yang dilakukan: (09.20) menganjurkan melakukan mobilisasi dini, (09.30) memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi tekanan darah klien 110/70 MmHg, (09.40) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, (09.50) mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

3) Diagnosa intoleransi aktifitas

Tindakan yang dilakukan : (10.00) Mengkaji tanda-tanda vital klien TD:120/80 MmHg, suhu: 36,5⁰C, nadi:68x/menit, RR: 22x/ menit, (10.20) Menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas, (10.30) Menganjurkan klien untuk melakukan room aktif dan room pasif, (10.35) Menganjurkan klien untuk tidak kerja yang berat, untuk mencegah terjadinya cedera.

4) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

Tindakan yang dilakukan: (10.50) Memonitor kecepatan (tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara), (11,05) Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik (bentuk komunikasi), berikan dukungan psikologis kepada klien, (11.25) Menganjurkan klien untuk bicara secara perlahan.

c. Tanggal 22 mei 2022

1) Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

Tindakan yang dilakukan : (07.30) Mengkaji tanda-tanda vital: TD:120/80 MmHg, suhu: 36⁰C, nadi:68x/menit, RR: 20x/ menit, (08.00) Mengkaji

keadaan umum klien: klien tampak lemah, klien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit untuk digerakan, (08.25) Menganjurkan klien untuk banyak istirahat, (09.05) Pemberian terapi obat citicolin 500 mg/iv dan mecobalamin 500 mg/iv.

2) Diagnosa: Gangguan mobilitas fisik

Tindakan yang dilakukan: (09.20) menganjurkan melakukan mobilisasi dini, (09.30) memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi tekanan darah klien 110/70 MmHg, (09.40) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, (09.50) mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).

3) Diagnosa intoleransi aktifitas

Tindakan yang dilakukan : (10.00) Mengkaji tanda-tanda vital klien TD: 120/90 mmHg, suhu: 36,5⁰C, nadi: 68x/menit, RR: 20x/menit, (10.15) Menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas, (10.30) Menganjurkan klien untuk melakukan room aktif dan room pasif, (10.40) Menganjurkan klien untuk tidak kerja yang berat, untuk mencegah terjadinya cedera.

4) Diagnosa gangguan komunikasi verbal

Tindakan yang dilakukan : (10.50) Memonitor kecepatan (tekanan,kuantitas,volume, dan diksi bicara), (11,05) Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, berikan

dukungan psikologis kepada klien, (11.25) Menganjurkan klien untuk bicara secara perlahan.

5. Evaluasi keperawatan

a. Tanggal 20 mei 2022

1) Evaluasi Diagnosa I :

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : keadaan umum klien masih lemah, kesadaran compos mentis, ADL di bantu, bicara pello, mulut moncong ke kanan, terpasang infus NaCl 20 tpm, TD 120/80 mmHg, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, nadi 76x/m, RR 22x/m

A : Masalah ketidakefektifan jaringan serebral belum teratasi

P : intervensi 1-5 di lanjutkan

2) Evaluasi diagnosa II :

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : klien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga, kaki dan tangan kiri klien lemah dan belum bisa digerakkan, TD 120/80 mmHg, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, nadi 76x/m, RR 22x/m

A : masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : intervensi 1-4 dilanjutkan

3) Evaluasi Diagnosa III :

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : klien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga, kaki dan tangan kiri klien lemah dan belum bisa digerakkan, TD 120/80 mmHg, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, nadi 76x/m, RR 22x/m

A : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : intervensi 1-4 dilanjutkan

4) Evaluasi diagnosa IV :

S: klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : keadaan umum lemah, klien berbicara pello, mulut miring kekanan TD 120/80 MmHg, suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, nadi 76x/m, RR 22x/m

A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : intervensi 1-3 dilanjutkan

b. Tanggal 21 mei 2022

1) Evaluasi diagnosa I :

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya masih lemah dan belum bisa digerakkan

O : keadaan umum klien masih lemah, kesadaran compos mentis, ADL di bantu keluarga, bicara pello, mulut miring kekanan, terpasang infus NaCl 20 tpm, TD 120/70 MmHg, suhu 36°C , nadi 70x/m, RR 20x/m

A : Masalah ketidakefektifan jaringan serebral belum teratasi

P : intervensi 1,2,4,5 di lanjutkan

2) Evaluasi diagnosa II

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : klien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga, kaki dan tangan kiri klien lemah dan belum bisa digerakkan, TD 120/70 MmHg, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, nadi 70x/m, RR 20x/m

A : masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : intervensi 1-4 dilanjutkan

3) Evaluasi diagnosa III

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : klien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga, kaki dan tangan kiri klien belum bisa digerakkan, TD 120/70 MmHg, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, nadi 70x/m, RR 20x/m

A : masalah Intoleransi aktifitas belum teratasi

P : intervensi 1-4 dilanjutkan

4) Evaluasi diagnosa IV:

S: klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : keadaan umum lemah, klien berbicara pello, mulut moncong ke kanan TD 120/70 mmHg, suhu 36°C , nadi 70x/m, RR 22x/m

A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : intervensi 1-3 dilanjutkan

c. Tanggal 22 mei 2022

1) Evaluasi diagnosa I :

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya masih lemah dan belum bisa digerakkan

O : keadaan umum klien masih lemah, kesadaran compos mentis, ADL di bantu keluarga, bicara pello, mulut miring kekanan, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD 110/70 mmHg, suhu 36⁰C, nadi 70x/m, RR 20x/m

A : Masalah ketidakefektifan jaringan serebral belum teratasi

P : intervensi 1,2,4,5 di lanjutkan.

2) Evaluasi diagnosa II :

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya masih lemah dan belum bisa digerakkan

O : Klien tampak segar, kesadaran composmentis, aktivitas klien masih di bantu keluarga, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD 120/90 mmHg, suhu 36,5⁰C, nadi 74x/m, RR 20x/m

A : Masalah Gangguan mobilatas fisik belum teratasi

P : intervensi 1-4 di lanjutkan.

3) Evaluasi diagnosa III :

S : klien mengatakan kaki dan tangan kirinya masih lemah dan belum bisa digerakkan

O : Klien tampak segar, kesadaran compos mentis, aktivitas klien masih di bantu keluarga, terpasang infus Nacl 20 tpm, TD 120/90 mmHg, suhu 36,5⁰C, nadi 74x/m, RR 20x/m

A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

P : intervensi 1-4 di lanjutkan.

4) Evaluasi diagnosa IV :

S: klien mengatakan kaki dan tangan kirinya lemah dan tidak bisa digerakkan

O : klien tampak segar, klien berbicara pello, mulut moncong ke kanan TD
120/90 mmHg, suhu 36,7⁰C, nadi 74x/m, RR 20x/m

A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : intervensi 1-3 dilanjutkan

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Tn. A.O dengan masalah Stroke Non Hemoragik menggunakan metode proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata), yang di temukan pada klien Tn. A.O di rumah sakit umum daerah ende (ruangan penyakit dalam).

Pengkajian pada teori ditemukan data-data sebagai berikut, kelemahan anggota gerak badan sebagian, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, mersa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot), gangguan tonus otot, paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran, kesulitan menelan, obesita. Sedangkan pada kasus nyata yaitu pada pasien Tn. A.0 yang ditemukan, pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri sulit digerakan dan merasa lemah.

Berdasarkan data di atas antara teori dan kasus nyata maka ditemukan kesenjangan antara pengkajian teori dan pengkajian kasus pada Tn.A.O. tidak semua data dari pengkajian teori dimasukan, dan hanya sebagian yang terdapat pada pengkajian kasus Tn.A.O. yaitu adanya kelemahan umum yang terjadi pada pasien, badan bagian kiri dari atas sampai bawah terasa berat dan sulit digerakan serta lemah, aktivitas dibantu keluarga seperti : makan, minum, mandi, berpakaian, toileting, dan berpindah tempat. Ekstermitas atas dan bawah bagian kiri pasien tidak bisa digerakan karena terasa berat.

Diagnosa pada teori didapatkan ada 6 diagnosa keperawatan yaitu : risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas. Sedangkan pada kasus Tn.A.O. tidak semua diagnosa diambil dari teori, karena saat melakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien baru mengalami sakit dan di dapatkan diagnosa keperawatan; ketidakefektifan perfusi jaringan serbral berhubungan dengan penurunan sirkulasi O₂ ke otak, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral. Masalah keperawatan yang tidak muncul pada kasus ini adalah; yang pertama: defisit nutrisi b/d ketidakmampuan menelan makanan, dikarenakan tidak ditemukan pada pasien mengalami penurunan nafsu makan. Yang kedua: defisit perawatan diri b/d gangguan neuromuskuler, dikarenakan pasien tampak bersih. Yang ketiga: kerusakan integritas

kulit b/d penekanan jaringan setempat, dikarenakan tidak ditemukan pada pasien mengalami luka pada kulit.

Berdasarkan data tersebut maka dapat disimpulkan ada kesenjangan antara teori dan kasus dimana pada teori ada 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya di temukan ada 4 diagnosa saja. Hal ini berarti tidak semua pasien Stroke Non Hemoragik akan di temukan diagnosa keperawatan yang sama tergantung dari data yang muncul saat pengkajian.

(SIKI intervensi keperawatan, 2017). Menyatakan perencanaan dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi klien. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun pada tinjauan kasus adalah sama dan telah dilaksanakan berkat kerja sama dari klien dan keluarga klien.

Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerja sama antara klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tidak ada perbedaan antara teori dan kasus. Semua intervensi berjalan dengan baik dan memberikan hasil yang baik dimana klien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah diterapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus TN. A.O. evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada masalah keperawatan yang pertama adalah; ketidakefektifan perfusi jaringan serebral sebagian teratasi dengan menunjukkan TD: 120/70 MmHg, suhu : 36,5⁰c, nadi : 74 x/menit, RR : 20 x/menit. Untuk masalah intoleransi aktivitas setelah dilaksanakan intervensi diperoleh hasil bahwa masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dikarenakan semua aktivitas klien masih dibantu

keluarga. Dan masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi dikarenakan klien berbicara pelo dan kurang jelas.

Pelaksanaan studi kasus ini tidak terdapat hal-hal yang dapat menghambat berjalannya asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Stroke Non Hemoragik, dan peroses pengumpulan datanya tidak sulit karena pasien dan keluarga setēju untuk dilakukan asuhan keperawatan.

Kaitan studi kasus ini dengan keperawatan adalah ditemukan beberapa peran perawat, antara lain: 1) sebagai pendidik: pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti oleh pasien dari segi fasilitas dan lainnya. 2) sebagai advokat : pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat adalah perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3) sebagai pemberi perawatan : pada studi kasus ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada klien Tn.A.O.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil pengkajian yang ditemukan pada Tn.A.O. yaitu adanya kelemahan umum yang terjadi pada pasien, tangan dan kaki kiri sulit digerakan karena terasa berat dan lemah, aktivitas klien dibantu keluarga seperti; makan, minum, mandi, berpakaian, toileting, dan berpindah. Ekstermitas atas bagian kiri tidak bisa diangkat karena merasa berat dan lemah, ekstermitas bawah bagian kiri tidak bisa diangkat karena merasa berat dan lemah.

Diagnosa yang ditemukan pada pasien Tn.A.O. yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan suplay 02 ke otak, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang muncul pada Tn.A.O. yaitu pada diagnosa I intervensi: 1) mengkaji tanda-tanda vital. 2) mengkaji keadaan umum klien. 3) menganjurkan klien untuk banyak istirahat. 4) menganjurkan klien untuk makan-makanan yang rendah garam. 5) pemberian terapi citicolin 3x1 500 mg/oral, amlodipin 1x1 5 mg/oral. Diagnosa II, intervensi; 1) menganjurkan melakukan mobilisasi dini, 2) memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, 3) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 4) mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi.

Diagnosa III intervensi; 1) mengkaji tanda-tanda vital klien, 2) menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas, 3) menganjurkan klien untuk melakukan room aktif dan room pasif, 4) menganjurkan klien untuk tidak kerja yang berat, untuk mencegah terjadinya cedera. Diagnosa IV intervensi; 1) memonitor kecepatan (tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara), 2) mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi, 3) memberikan dukungan psikologis kepada klien, 4) menganjurkan klien untuk bicara secara perlahan.

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang lebih diharapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Tn.A.O. Evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan pada masalah keperawatan yang pertama adalah : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan suplay O₂ ke otak sebagian teratasi. Masalah keperawatan yang kedua adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot belum teratasi. Masalah keperawatan ketiga adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik belum teratasi. Masalah keperawatan yang keempat adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan serebral belum teratasi.

B. Saran

1. Bagi penulis

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

2. Bagi klien dan keluarga

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

3. Bagi perawat

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

4. Bagi RSUD Ende

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

DAFTAR PUSTAKA:

- Afriyanti, 2014. *Metedologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta : Rajawali Pers.
- American Heart Assosiation (AHA).(2015). *Heart Disease and stroke statistics 2015 Update*. American. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000152>.
- Arum, & Sheria Puspita. 2015. *Stroke kenali cegah & obati*, Yogyakarta: Notebook.
- Black, Joyce M dan Jane Hokanson Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah Ed 8 Buku 2*. Singapura : Elsevier.
- Brunner, & Suddarth. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Depkes. 2015. *Stroke Pembunuh Nomor Satu di Indonesia*. Jakarta: tersedia dalam www.litbang.depkes.go.id/node/639).
- Kozier, dkk (2017). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume 1*.dalam Dermawan (2017). Jakarta : EGC
- Nggebu. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik*. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 8(9), 9. [http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/KTI STROKE NON HEMORAGI..pdf](http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/KTI-STROKE%20NON%20HEMORAGI..pdf)
- Nurarif,A.H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis*. Jogjakarta: MediAction.
- Perdana, W. H. 2017. *Asuhan Keperawatan Ny. S Di Ruang Teratai RSUD Banyumas*.Skripsi. Purwokerto: Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.
- Profil Rumah Sakit Umum Ende. (2021). Diambil Tanggal 31 Maret 2022
- Rahmayanti, & Destia. (2019). 'Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Rawat Inap Saraf RSUP Dr. M. Djamil Padang'. *Karya Tulis Ilmiah, Prodi D-III Keperawatan*. Padang : Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- Riskesdas, (2018). *Kementrian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. <http://www.depkes.go.id>
- SDKI DPP PPNI, 2017. *Standar Diagnosis Keperwatan Indonesia: Defenisi dan Indikator*

Diagnostik (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.

Tarwoto, 2013. Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika

Tim Pokja SIKI DPP PPNI.(2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesiaku.Jakarta: DPP PPNI

Widyanto dan Triwibowo. 2013. Trend Disease (trend penyakit saat ini). Jakarta : CV. Trans Info Media

WHO, (2012). WHO. WHO STEPS Prevalensi Stroke: The WHO STEP Wise Approach to Stroke Surveillance

Wijaya, & Putri. (2013). Stroke Non Hemoragik. Retrieved from http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/636/3/KTI_UPLOAD_BAB_II.pdf

Wati, & Eno,A. (2019). 'Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragik Pada Ny. B dan Ny. M Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Melati RSUD.




LEMBAR KONSUL KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL








Nama : Vikireinol metris

Nim : PO530320218058

Pembimbing : Rifatunnisa, S.Kep, Ns, M.Kep

Penguji : Irwan Budiana, S.Kep, Ns, M.Kep

No	TANGGAL	HASIL KONSUL	PARAF PEMBIMBING
1.	07 februari 2022	Konsultasi judul proposal, mencari sumber-sumber dan artikel yang berhubungan dengan kasus.	
2.	11 februari 2022	Cara menyusun latar belakang dari Dunia, Indonesia, NTT, RSUD Ende, serta menentukan dampak, upaya, dan kesenjanagan. Cara menggunakan perpustakaan nasional.	
3.	15 Februari 2022	Lengkapi bagian bab1	
4	04 maret 2022	Perhatikan cara penulisan, buat paragraf terakhir kalimat penutup, rangkum bagian latar belakang yang meliputi masalah,dampak,masalah spesifik, setiap paragraf harus ada referensinya.	
5.	15 maret 2022	Cari referensi yang berfariasi, jangan hanya satu sumber, perhatikan rata kiri dan awal paragraf, judul tidak boleh sendiri, harus diikuti dengan awal paragraf, perhatikan kelurusan nomor dan kalimat dari atas, buat yang rapi. Tambahkan sumber referensi yang lain.	

6.	18 Maret 2022	Kenapa banyak kata-kata yang sambung, narasika dan kaitkan dengan fungsinya (penatalaksanaan), narasikan (konesp masalah keperawatan), narasikan (perencana keperawatan), searching penulisan dapus yang benar, kirimkan masing-masing lembar konsul.	
7.	19 Maret 2022	Masukin pathway, di konsep keperawatan masih banyak yang belom dinarasikan, dan penomoranya belom lurus. Isi lembar konsul sesuai dengan masukan dari ibu dan sesuaikan dengan tanggalnya.	
8.	28-3-2022	Perbaiki, tambahkan dapus. Siap ujian	
9	27-05-2022	Silahkan menyusun BAB pembahasannya	
10	20-06-2022	Lengkapi pengkajian, tambahkan GCS dan kekuatan otot, terapi tidak perlu masuk di data objektif, tambahkan diagnosa gangguan mobilitas fisik, nama diagnosis sesuaikan dengan SDKI, sinkronkan waktu tindakan mengukur TTV, rata kiri dan kanan diperhatikan.	
11	05-07-2022	Ceritakan tentang waktu pengkajiannya kapan, perbaiki pemeriksaan GCS, buat tabel terbuka dan judul setiap tabel diperhatikan.	
12	06-07-2022	Buatkan PPT dan kontrak waktu sama penguji untuk naik ujian	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Vikireinol Metris
Tempat / tanggal lahir : Rangga, 26-02-1999
Alamat : Desa : Golo Lijun, Kec : Elar
Jenis kelamin : Laki-Laki
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2006 – 2012 : SDK BUNTAL
2. Tahun 2012 – 2015 : SMP NEGRI 08 ELAR
3. Tahun 2015 – 2018 : SMA NEGRI 07 ELAR

MOTTO

GAGAL TAK MENGAPA, SUKSES ITU TUJUAN