

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH:

SHINTA HARA HUNGGU HAMU

NIM: PO.5303202201219

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

2023

KARYA TULIS ILMIAH

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

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



OLEH:

SHINTA HARA HUNGGU HAMU
NIM: PO.5303202201219

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

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

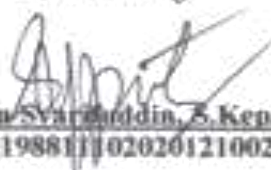
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.T.T DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *STROKE NON HEMORAGIK*
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE**

OLEH :

SHINTA HARA HUNGGU HAMU
NIM: PO.5303202201219

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing untuk Diujikan
Ende, 2 November 2023

Pembimbing



Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP.198811102020121002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

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

SIYTA HARA HUNGGU RAMU
PG.53032212119

Karya Tulis Ilmiah ini telah Dipiknik dan Dipertanggungjawabkan
Pada tanggal 13 Oktober 2023

Penguji Ketua

Penguji Anggota


Susanti Astuti Sariyanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 196811102020121002


Ananda K. Dendari, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 197602171999032001

Disahkan Oleh

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


Agus Wawanono, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Shinta Hara Hunggu Hamu

NIM : PO. 5303202200493

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.T. T dengan Diagnosa Medis
Stroke Non Hemoragik di Ruangan Penyakit Dalam 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 dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 25 Oktober 2023

Yang Membuat Pernyataan

Shinta Hara Hunggu Hamu
PO. 5303202200493

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 Ny.T.T Dengan Diagnosa Medis Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**” dapat terselesaikan dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan terimakasih kepada :

1. Bapak Irfan, SKM., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melakukan penelitian studi kasus
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
3. Bapak Syahputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah.
4. Ibu Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai Ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah.

5. Pasien Ny.T.T yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
6. Kedua orang tua tercinta ayah Dominggus Hina Anamilla dan ibunda Makdalena Tamar Dembi Duppa dua orang yang sangat berjasa dalam hidup saya, terima kasih atas kepercayaan yang telah diberikan atas izin merantau dari kalian, serta pengorbanan, do'a, motivasi, nasihat dengan penuh keikhlasan dan juga tanpa lelah mendukung segala keputusan dan pilihan dalam hidup saya, yang selalu menjadi sandaran terkuat bagi saya dari kerasnya dunia, yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta. Terima kasih selalu berjuang untuk kehidupan saya, berkat do'a dan dukungan mama dan papa saya bisa berada dititik ini menjadi suatu kebanggaan memiliki orang tua yang mendukung anaknya untuk mencapai cita-citanya, Terima kasih bapak dan mama telah membuktikan kepada dunia bahwa anak petani/nelayan bisa menjadi seorang sarjana.
7. Kepada cinta kasih keempat saudara-saudari saya. Ira Maya Lungga Nani, Albertina Rambu Maramba Ha'u, Umbu Adi Putra Hamana Ndakulinya dan Alvino Katangga Kini Umbu Hama, Terima kasih atas segala do'a, usaha, motivasi dan dukungan yang telah diberikan kepada kaka sulung kalian ini.
8. Kepada Dandres Umbu Pura woha, Terima kasih atas dukungan secara finansial yang selalu siap siaga saat saya kekurangan biaya dalam proses perkuliahan.
9. Terakhir, diri saya sendiri, Shinta Hara Hunggu Hamu atas segala kerja keras, kelapang dadaan dan semangat sehingga tidak pernah menyerah dalam

mengerjakan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah ini semoga kedepannya selalu dan tetap rendah hati, karena ini baru permulaan awal dari semuanya.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende Oktober 2023

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.T.T dengan Diagnosa Medis *Stroke Non Hemoragik* Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Shinta Hara Hunggu Hamu ⁽¹⁾

Syahputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽²⁾

Stroke merupakan masalah kesehatan yang sering di temukan pada masyarakat baik di negara maju maupun berkembang termasuk Indonesia. Stroke menempati peringkat ke tiga penyebab kematian. Pada tahun 2013 terdapat 3,5 juta orang meninggal dan meningkat sebanyak 12% pada tahun 2018 yaitu sekitar 14 juta orang

Tujuan studi kasus untuk Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan pendekatan proses asuhan keperawatan yang di susun secara sistematis dan kompherensif.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan

Pengkajian studi kasus Ny.T.S ditemukan pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan, TD : 140/90 mmHg, Cholesterol Total: 260 mg/dL

Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi hiperkolesteronemia, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi ditemukan masalah teratasi sebagian yaitu , resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi hiperkolesteronemia, sedangkan masalah tidak teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan Ny.T.S. Oleh karena itu pasien Stroke Non Hemoragik sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor –faktor yang dapat memperburuk Stroke Non Hemoragik serta rutin mengkonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran.

Kepustakaan : 20 Buah (2021-2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Stroke Non Hemoragik*

1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRAK

Nursing Care for Ny.T.T Patients with a Medical Diagnosis of Non-Hemorrhagic Stroke in Internal Medicine Room III, Ende Hospital

Shinta Hara Hunggu Hamu (1)

Syahputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns.,M.Kep (2)

Stroke is a health problem that is often found in society in both developed and developing countries, including Indonesia. Stroke is ranked as the third cause of death. In 2013 there were 3.5 million people who died and this increased by 12% in 2018, namely around 14 million people.

The aim of the case study is to describe the implementation of nursing care for patients with non-hemorrhagic stroke using a systematic and comprehensive nursing care process approach.

The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation.

Assessment of the Mrs. T.S case study found that the patient felt weak, dizzy, could not move her left leg and arm, spoke slowly, and had her mouth turned to the right, BP: 140/90 mmHg, Total Cholesterol: 260 mg/dL

Nursing problems that arise are impaired physical mobility related to neuromuscular disorders, risk of ineffective cerebral perfusion related to hypertension hypercholesteronemia, impaired verbal communication related to decreased cerebral circulation.

Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation found that the problem was partially resolved, namely, the risk of ineffective cerebral perfusion related to hypertension, hypercholesteronemia, while the problem was not resolved, namely impaired physical mobility related to neuromuscular disorders, impaired verbal communication related to decreased cerebral circulation.

It is concluded that there is a gap between the theory and Mrs.T.S. Therefore, Non-Hemorrhagic Stroke patients should modify a healthier lifestyle by avoiding factors that can worsen Non-Hemorrhagic Stroke and regularly taking medication as recommended.

Bibliography: 20 Pieces (2021-2023)

Keywords: Nursing Care, Non-Hemorrhagic Stroke

1. Ende Nursing DIII Study Program student
2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN	v
KATA PENGANTAR	vi
Abstrak Bahasa Indonesia	viii
Abstrak Bahasa Inggris	x
DAFTAR ISI	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Medis Stroke	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Etiologi	10
4. Patofisiologi	11
5. Pathway	13
6. Manifestasi Klinis	14
7. Pemeriksaan Penunjang	14
8. Penatalaksanaan	15
9. Komplikasi	17
B. Konsep Masalah Keperawatan	17
C. Konsep Asuhan Keperawatan	21
1. Pengkajian Keperawatan.....	21
2. Diagnosa Keperawatan	28
3. Perencanaan Keperawatan	29
4. Implementasi Keperawatan	36
5. Evaluasi Keperawatan.....	36
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Rancangan/Desain Studi Kasus	38
B. Subyek Studi Kasus	38
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	38
D. Lokasi Studi Kasus	39
E. Proses Studi Kasus	39
F. Teknik Pengumpulan Data	39
G. Instrumen Pengumpulan Data	40
H. Keabsahan Data	40
I. Analisa Data	41

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	42
A. Hasil Studi Kasus	42
B. Pembahasan	65
BAB V PENUTUP	71
A. Kesimpulan.....	71
B. Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan masalah kesehatan yang sering di temukan pada masyarakat baik di negara maju maupun berkembang termasuk Indonesia. Stroke termasuk penyakit tidak menular yang serius dengan serangan akut yang menyebabkan kematian dalam waktu yang singkat atau kecacatan seumur hidup. Stroke adalah istilah yang di gunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke otak. Stroke memiliki prevalensi tertinggi, di perkirakan 25 juta penderitanya secara global akan berakhir dengan kematian (Tandra, 2018).

Dari data *World Health Organization* (WHO) stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang utama di dunia. Stroke menempati peringkat ke tiga penyebab kematian. Pada tahun 2013 terdapat 3,5 juta orang meninggal dan meningkat sebanyak 12% pada tahun 2018 yaitu sekitar 14 juta orang. Stroke menjadi penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia (*World Health Organization, 2018*). Berdasarkan hasil dari data *American Heart Association* (AHA) pada tahun 2018, didapatkan bahwa penyebab kematian akibat stroke (16,8%).

Menurut hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018), penyakit stroke di Indonesia telah mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya. Pada tahun 2013 jumlah penderita penyakit stroke sebanyak 7,0 per mil atau 1.236.825 meningkat pada tahun 2018 menjadi 10,9 per mil atau sebesar

2.120.362 orang. Dari Provinsi Nusa Tenggara Timur meningkat dari 1,8% menjadi 6,1% dan berada pada urutan ke tiga dari tiga puluh empat provinsi di Indonesia. Prevalensi *stroke non hemoragik* yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan di RPD III RSUD Ende pada tahun 2022 sebanyak 53 orang terdiri dari 32 laki-laki dan 21 orang perempuan. Pada bulan January, Februari dan Maret 2023 jumlah penderita stroke sebanyak 22 orang terdiri dari 11 orang laki-laki dan 11 orang perempuan (Profil RSUD Ende, 2023).

Gaya hidup yang awalnya sehat, saat ini berubah menjadi tidak sehat salah satunya perubahan pola hidup yang tidak sehat. Seperti makan-makanan yang banyak mengandung lemak dan kolesterol, merokok, kurang olahraga, minum alkohol dan berlebihan dalam bekerja (*Cerebro Vascular Accident*) merupakan gangguan pada system persyarafan yang sering di derita oleh manusia. Penyebab terjadinya stroke karena sumbatan dan pecahnya pembuluh darah sehingga memutus suplai nutrisi dan oksigen ke otak (Yasmara, 2017).

Faktor lain yang dapat menjadi faktor resiko stroke adalah faktor jenis kelamin dan hipertensi. Prevalensi stroke sering di jumpai pada laki-laki di bandingkan dengan perempuan pada usia dewasa awal karena hormon testosteron dan estrogen yang di miliki. Hipertensi salah satu faktor resiko yang meningkat terjadinya stroke sebanyak 6 kali lipat (Laily, 2017). Penyakit stroke dibedakan menjadi dua, *stroke hemoragik dan stroke non hemoragik*.

Stroke yang sering terjadi di masyarakat adalah *stroke non hemoragik* sekitar 80% dari populasi penduduk yang menderita stroke adalah *stroke non hemoragik*. *Stroke non hemoragik* adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti yang terjadi secara cepat dan mendadak (Azizah, 2020).

Peran perawat dibutuhkan untuk mengatasi kondisi ini dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien stroke. Seorang 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 dan segera mungkin. Penanganan tepat dari tenaga medis dalam jangka waktu antara 3 hingga 5 jam dari gejala awal diharapkan dapat mengurangi risiko kematian dan kecacatan permanen

Upaya yang dilakukan untuk mengobati keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor kritis seperti : menstabilkan tanda-tanda vital, menempatkan pasien dalam posisi yang tepat dan dilakukan latihan gerak pasif. Untuk mencegahnya hindari merokok, kopi dan alkohol. Usaha 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 Ny.T.T dengan Diagnosa Medis *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”. Asuhan keperawatan yang profesional di berikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis dapat membuat rumusan masalah yaitu: Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende?.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang di susun secara sistematis dan kompherensif.

2. Tujuan khusus

Agar Penulis mampu:

- a. Melaksanakan pengkajian secara sistematis pada pasien Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- c. Menentukan rencana tindakan pada pasien Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- e. Mengidentifikasi evaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan dan membuat catatan perkembangan pada pasien Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende
- f. Menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dan kejadian nyata pada pasien Ny.T.T dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik* di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

D. Manfaat

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

1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat memberi informasi, menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan, dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien *stroke non hemoragik*..

2. Bagi Perawat

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke non hemoragik*.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke non hemoragik*.

4. Bagi Pasien Dan Keluarga

Sebagai saran untuk memperoleh pengetahuan tentang *stroke non hemoragik*. beserta pelaksanaannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis Stroke

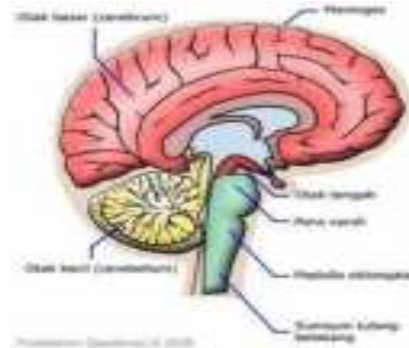
1. Pengertian

Secara umum stroke adalah gangguan pada fungsi system saraf di karenakan adanya gangguan pada peredaran darah di dalam otak akibat pecahnya pembuluh darah atau dalam otak. Otak seharusnya mendapatkan pasokan berupa oksigen dan nutrisi akan mengalami gangguan di karenakan kurangnya pasokan oksigen ke otak sehingga terjadi kematian sel saraf otak (Maria, 2021).

Stroke non hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau ke seluruhnya berhenti (Nurarif, 2016). *Stroke non hemoragik* terjadi ketika pembuluh darah arteri yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyempitan, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak sangat berkurang. Kondisi ini di sebut juga iskemia, *stroke non hemoragik* dapat di sebabkan oleh thrombosis dan emboli (Maria, 2021).

Berdasarkan pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa *stroke non hemoragik* adalah gangguan fungsi otak yang di akibatkan oleh berkurangnya atau berhentinya suplai oksigen ke otak baik Karena emboli maupun trombus sehingga mengakibatkan kematian jaringan otak yang bisa mengakibatkan kematian bagi penderitanya.

2. Anatomi fisiologi



Gambar. 2.1. Anatomi Fisiologi (Yudha, 2015)

a. Otak

Otak terdiri dari 3 bagian besar dengan fungsi tertentu yaitu :

1) Otak besar

Yaitu bagian utama otak yang berkaitan dengan fungsi intelektual yang lebih tinggi, yaitu fungsi bicara, integritas informasi sensori (rasa) dan kontrol gerakan halus. Pada otak besar di temukan beberapa lobus yaitu, lobus frontalis, lobus parientalis, lobus temporalis, dan lobus oksipitalis.

2) Otak kecil

Terletak di bawah otak besar berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan.

3) Batang otak

Berhubungan dengan tulang belakang, mengendalikan berbagai fungsi tubuh termasuk koordinasi gerakan mata, menjaga keseimbangan, serta mengatur pernafasan dan tekanan darah. Batang otak terdiri dari, otak tengah, pons dan medula oblongata.

b. Saraf otak di bagi menjadi 12 pasang saraf yaitu:

- 1) *Nervus olfaktorius*, saraf pembau yang keluar dari otak di bawa oleh dahi, membawa rangsangan aroma (bau-bauan) dari rongga hidung ke otak.
- 2) *Nervus optikus*, mensarafi bola mata, membawa rangsangan pengelihatn ke otak
- 3) *Nervus okulomotoris*, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata), menghantarkan serabut-serabut saraf parasimpati untuk melayani otot siliaris dan otot iris
- 4) *Nervus troklearis*, bersifat motoris, mensarafi otot-otot orbital
- 5) *Nervus trigeminus*, bersifat majemuk (sensoris motoris)
- 6) *Nervus abducentis*, sifatnya motoris fungsinya sebagai saraf penggoyang sisi mata
- 7) *Nervus fasialis*, serabut-serabut motorisnya mensarafi otot-otot lidah dan sel selaput lendir rongga mulut
- 8) *Nervus vestibulokoklearis*, mensarafi alat pendengar, membawa rangsangan dari pendengaran dari telinga ke otak. Fungsinya sebagai saraf pendengar
- 9) *Nervus glossofaringeus*, mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan rasa ke otak
- 10) *Nervus vagus*, mengandung saraf-saraf motorik, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum

minor, kejar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya saraf perasa.

11) *Nervus aksesorius*, sebagai saraf tambahan

12) *Nervus hipoglossus*, fungsinya sebagai saraf lidah

3. Etiologi

Menurut Haryono, (2019) etiologi stroke non hemoragik antara lain:

a. Timbulnya thrombosis

Thrombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang di sebabkan karena tingginya lemak dalam darah.

b. Timbulnya emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari perlekatan pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah karena tersumbatnya oleh bekuan darah lemak dan udara. Emboli ini biasanya menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

c. Akibat adanya kerusakan arteri yaitu : usia, hipertensi, dan diabetes mellitus.

Pembuluh darah mengalami degenerative seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan pembuluh darah.

4. Patofisiologi

Menurut Haryono, (2019) patofisiologi Stroke Non Hemoragik adalah sebagai berikut :

Stroke iskemik atau penyumbatan di sebabkan oleh oklusi sepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60-90 detik akan menurun fungsinya. Thrombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan iskemia pada jaringan dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang bisa terjadi didalam jantung atau sebagai komplikasi dari fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem seirkulasi otak.

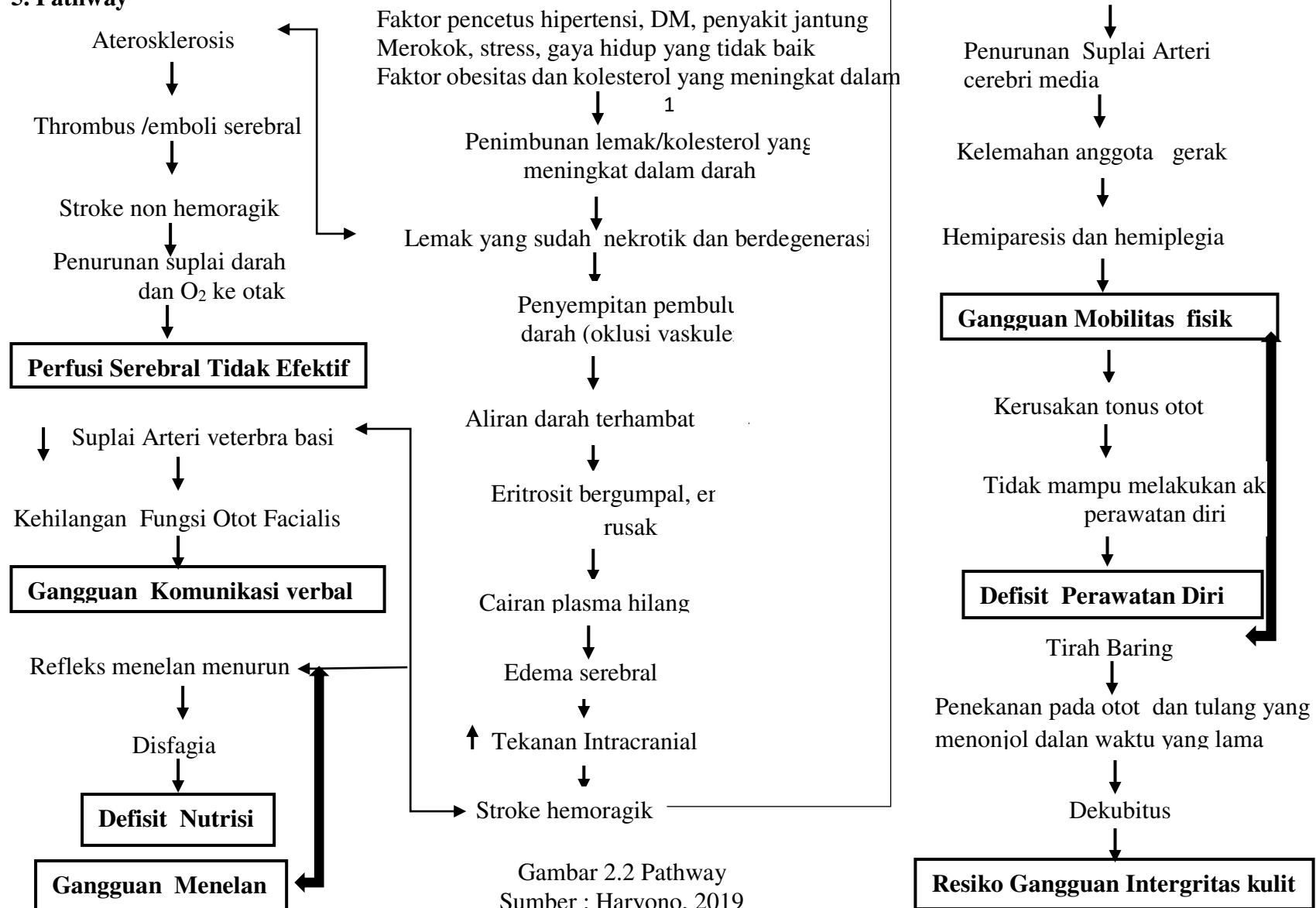
Oklusi akut pada pembuluh darah otak membuat daerah otak terbagi menjadi dua daerah keparahan derajat otak, yaitu daerah inti dan daerah penumbra. Daerah inti adalah daerah atau bagian otak yang memiliki aliran darah kurang dari 10 cc/ 100 g jaringan otak setiap menit. Daerah ini berisiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Sedangkan daerah penumbra adalah daerah otak yang aliran darahnya terganggu tetapi masih lebih baik dari pada daerah inti karena daerah ini masih mendapatkan suplai perfusi dari pembuluh darah lainnya. Daerah penumbra memiliki aliran darah 10-25 cc/ 100 g jaringan otak setiap menit. Daerah penumbra memiliki prognosis lebih baik di bandingkan dengan daerah inti. Defisit

neurologis dari stroke iskemik tidak hanya tergantung pada luas daerah inti dan penumbra, tetapi juga pada kemampuan sumbatan menyebabkan kekakuan pembuluh darah atau vasospasme.

Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau tersumbatnya aliran darah adalah suatu proses biomolekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia (*ischemic cascade*). Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membrane. Kekurangan energi ini membuat daerah kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan metabolisme anaerob.

Metabolisme anaerob ini merangsang pelepasan senyawa glutamate. Glutamate bekerja pada reseptor di sel-sel saraf (terutama reseptor NMDA-methyl-D-aspartate), menghasilkan influx natrium dan kalsium. Influx natrium membuat jumlah cairan intraseluler meningkat dan pada akhirnya menyebabkan edema pada jaringan. Influx kalsium merangsang pelepasan enzim proteolisis (protease, lipase, nuklease) yang memecah protein, lemak dan struktur sel. Influx kalsium juga dapat menyebabkan kegagalan mitokondria, suatu organ sel membran yang berfungsi mengatur metabolisme sel. Kegagalan-kegagalan tersebut yang membuat sel otak pada akhirnya mati atau nekrosis (Haryono, 2019; Maria, 2021; Tim Pokja SDKI, 2

5. Pathway



Gambar 2.2 Pathway
Sumber : Haryono, 2019

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke sebagai berikut : tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara, gangguan penglihatan , mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, vertigo, proses kencing terganggu, gangguan fungsi otak, dan kesadaran baik (Huda, 2016).

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah 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 fungsi : tekanan yang meningkat di sertai bercak darah pada caespiratoriratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada inrakarnial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif sedangkan pada perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari pertama.
- c. CT scan : pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik lihat edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan hiperdens

fokal, kadang pematatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

- d. MRI (Magnetic Imaging Reronance) : menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya di dapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.
- e. USG Dopler : untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)
- f. EEG : pemeriksaan ini bertujuan melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya implus listrik dalam jaringan otak.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Stroke Non Hemoragik menurut Harsono, (2016) adalah sebagai berikut :

- a. Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Bedrest total dengan posisi kepala heand up 15-30⁰
 - 2) Berikan terapi oksigen 2-3 L/ menit dengan nasal kanul
 - 3) Pasang infus IV sesuai kebutuhan
 - 4) Monitor ketat kelainan-kelainan neurologis yang timbul
 - 5) Berikan posisi miring kanan dan kiri per 2 jam dan observasi pasca pemberian posisi

b. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 g/kgBB dengan onset <6 jam sebagai trombolisis intravena.
- 2) Trombektomi mekanik dengan oklusi karotis intravena atau pembuluh darah intracranial dengan onset <8 jam sebagai terapi endovascular.
- 3) Pemberian obat-obatan seperti Nicarpidin, ACE inhibitor, Beta blocker, Diuretik, calcium antagonist sebagai manajemen hipertensi.
- 4) Pemberian obat-obatan seperti anti diabetikoral maupun insulin sebagai manajemen gula darah.
- 5) Trombolitik merupakan penggunaan obat-obatan untuk melarutkan gumpalan darah yang merupakan penyebab utama serangan stroke non hemoragik.
- 6) Pemberian obat-obatan antikoagulan, terapi antikoagulan ini untuk mengurangi pembentukan gumpalan darah dan mengurangi emboli seperti warfarin.
- 7) Antiplatelet golongan obat ini sering di gunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulang dengan mencegah terjadinya agregasi platelet.
- 8) Pemberian obat-obatan neuroprotektor seperti citicholin, piracetm, dan pentoxyfiline.

c. Fase rehabilitas

- 1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- 2) Program manajemen bladder dan bowel.

- 3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak *Range Of Motion* (ROM).
- 4) Terapi latihan genggan bola karet.
- 5) Pertahankan intergritas kulit.
- 6) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- 7) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

9. Komplikasi

Menurut Taufan, (2018) komplikasi stroke non hemoragik sebagai berikut :

- a. Hipoksia serebral
- b. Penurunan aliran darah
- c. Embolisme serebral
- d. ISK inkontinensia
- e. Kontraktur
- f. Abrasi kornea
- g. Decubitus, encephalitis
- h. CHF
- i. Distrimia, hidrocephalus, vasopasme

B. Konsep Masalah Keperawatan

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

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

1. Perfusi Serebral Tidak Efektif

Defenisi : 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 : ketidak bugaran fisik, penurunan kekuatan otot, gangguan neumuskular, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, gangguan sensori persepsi.

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif : sulit menggerakkan ekstermitas

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

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat melakukan pergerakan

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

Kondisi Klinis Terkait : stroke

3. Gangguan Komunikasi Verbal

Definisi : penurunan, perlambatan, atau ketidakadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim / menggunakan sistem simbol.

Penyebab : penurunan sirkulasi serebral, gangguan neumuskular, gangguan pendengaran

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : tidak tersedia

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

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : afaksia, apraksia, disleksia, disartria, afonia, dislalia, peloma, 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, ruangan,waktu), defisit pengelihatian dan delusi.

Kondisi Klinis Terkait : stroke, peningkatan tekanan intrakranial.

4. Defisit Perawatan Diri

Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Penyebab : gangguan muskuloskeletal, kelemahan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : menolak melakukan perawatan diri

Objektif : tidak mampu mandi/ mengenakan pakian/ tidak mampu berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tidak tersedia

5. Defisit Nutrisi

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab : kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan menelan makanan.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : tidak tersedia

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, membran mukosa pucat.

Kondisi Klinis Terkait : stroke, kerusakan neumuskular

6. Resiko gangguan Integritas Kulit/ jaringan

Definisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis).

Penyebab : perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan mobilitas, kelembapan, proses penuaan, neuropati perifer, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas kulit.

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit

Gejala dan Tanda 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 melalui dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien (Turonto, 2013). Hal-hal yang perlu di kaji antara lain :

a. Pengumpulan Data

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku, alamat, 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 atau pun 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 militus, 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 penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes militus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

3) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan

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

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah pada saat fase akut. Apakah sering mengonsumsi masakan

yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati, limpa, usus, apa makanan kesukaan dari pasien, apakah pasien memiliki makanan pantangan dan bagaimana nafsu makannya. Apakah ada ketergantungan mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol, apakah ada pantangan makan.

c) Pola Eliminasi

Pada pasien stroke biasanya di dapatkan 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 urin sementara.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

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

e) Pola Sensori dan Kognitif

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

f) Pola Tidur dan Istirahat

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

g) Pola Persepsia dan Konsep Diri

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

h) Pola Hubungan dan Peran

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

i) Pola Reproduksi Seksual

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

j) Pola Penanggulangan Stres

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dalam kesulitan berkomunikasi.

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

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

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Kesadaran, terjadi gangguan tingkat kesadaran sampai 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 kalteral (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 di temukan hemiplegi atau hemiparase, mengalami kelemahan otot dan perlu juga di lakukan pengukuran kekuatan otot, normal : 5

Pengukuran kekuatan otot yaitu :

- 1) Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot sama sekali.
- 2) Nilai 1 : ada sedikit kontraksi otot tetapi persendian tidak bisa digerakkan.
- 3) Nilai 2 : pasien bisa menggerakkan ekstermitas tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gaya berat, misalnya pasien bisa menggeser lengan tetapi tidak dapat mengangkatnya.
- 4) Nilai 3 : kekuatan otot sangat lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi.
- 5) Nilai 4 : kekuatan otot lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan.
- 6) Nilai 5 : tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, kondisi normal (Purwanto, 2016).

b. Tabulasi Data

Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilangnya rasa peka, bicara pelo, kesulitan menelan, mual, muntah, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, bisa terjadi kejang, ketidakmampuan dalam

mengendalikan buang air, gangguan mental, gemetar pada tangan (tremor), kepala berputar (vertigo), gangguan pendengaran, gangguan penglihatan, sulit melakukan aktivitas secara mandiri, dan kesadaran baik (Manir, 2015)

c. Klsifikasi Data

Ds : Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, bisa terjadi kejang, ketidakmampuan dalam mengendalikan buang air, vertigo.

Do : bicara pelo, hilangnya rasa peka, gangguan daya ingat, kejang, gangguan mental, tremor, gangguan pendengaran, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, gangguan daya ingat, sesulitan menelan, mual, muntah, sulit melakukan aktivitas, gangguan penglihatan, kesadaran baik

d. Analisa Data

Tabel 2.3. Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: kepala berputar (vertigo) kejang DO: gangguan daya ingat, kesadaran Baik	Embolime	Perfusi serebral tidak efektif
2.	DS: lumpuh separuh badan DO: fisik lemah, ketidakmampuan dalam melakukan BAB/BAK	Gangguan musculoskeletal	Gangguan mobilitas fisik

3.	DS: mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai DO: bicara pelo	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal
4.	DS : lemah DO: tidak mampu beraktivitas mandiri	Gangguan neumuskular	Defisit perawatan diri
5.	DS : mual, muntah DO: muntah	Ketidakmampuan mencerna makanan	Defisit nutrisi
6.	DS : - DO : kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemerahan	Penurunan mobilitas	Resiko gangguan integritas kulit

e. Prioritas Masalah

- 1) Perfusi serebral tidak efektif.
- 2) Gangguan mobilitas fisik.
- 3) Gangguan komunikasi verbal.
- 4) Defisit perawatan diri.
- 5) Defisit nutrisi.
- 6) Resiko gangguan integritas kulit.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.
- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
- f. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan Mobilitas.

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : mempetahankan tingkat kesadaran biasanya/membaik, fungsi kognitif, dan motorik/ sensori.

Mendemonstrasikan tanda-tanda vital stabil dan tidak adanya tanda-tanda peningkatan TIK.

Intervensi :

- 1) Pantau tanda-tanda vital seperti tercatat : adanya hipertensi/hipotensi bandingkan dengan tekan darah yang terbaca pada kedua lengan.
Rasional : tersumbatnya arteri subklavia dapat dinyatakan dengan adanya perbedaan tekan darah pada kedua lengan.

- 2) Letakan kepala dengan posisi agak di tinggikan dan dalam posisi anatomis (netral).

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

- 3) Pertahankan keadaan tirah baring, ciptakan lingkungan yang tenang, batasi pengunjung/aktivitas pasien sesuai indikasi. Berikan

istirahat secara periodik antara aktivitas perawatan, batasi lamanya setiap prosedur.

Rasional : aktivitas atau stimulus yang kontinu dapat meningkatkan TIK. Istirahat total dan ketenangan mungkin di perlukan untuk pencegahan terhadap perdarahan dalam kasus stroke hemoragik/perdarahan lainnya.

4) Berikan oksigen sesuai indikasi

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

5) Pemberian obat sesuai indikasi : antikoagulasi seperti natrium warfarin, (Coumadin), heparin, antitrobosis (ASA), dipiridamol (Persantine).

Rasional : dapat digunakan untuk meningkatkan/ memperbaiki aliran darah serebral atau selanjutnya dapat mencegah pembekuan embolus/trombus merupakan factor masalahnya. Merupakan kontra indikasi pada pasien dengan hipertensi sebagai akibat peningkatan resiko pendarahan.

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan musculoskeletal.

Tujuan : setelah di lakukan perawatan 3x24 jam di harapkan masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi denga kriteria hasil : mempertahankan posisi optimal dari fungsi yang di buktikan tak adanya kontraktur, footdrop. Mempertahankan/ meningkatkan kekuatan dan

fungsi bagian tubuh yang terkena atau kompensasi. Mendemonstrasikan teknik/perilaku yang memungkinkan melakukan aktivitas.

Intervensi :

1) Ubah posisi minimal setiap 2 jam (terlentang/miring), dan sebagainya dan jika memungkinkan biasa lebih sering di letakan dalam posisi bagian yang terganggu.

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

2) Mulai melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif pada semua ekstermitas saat masuk. Anjurkan melakukan meremas bola karet, melebarkan jari-jari dan kaki/telapak.

Rasional : meningkatkan sirkulasi, membantu mencegah kontraktur.

3) Tinggikan tangan dan kepala.

Rasional : meningkatkan aliran balik vena dan membantu mencegah terbentuknya edema.

4) Konsultasikan dengan ahli secara aktif latihan resistif, dan ambilansi pasien.

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

- c. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Tujuan : setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil :mengindikasikan pemahaman tentang komunikasi. Membuat metode komunikasi di mana kebutuhan dapat di ekspresikan

Rasional :

- 1) Mintalah pasien untuk mengikuti perintah sederhana (seperti”buka mata”, “tunjuk kearah pintu”) ulangi dengan kata/kalimat yang sederhana.

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

- 2) Tunjukan objek dan minta pasien untuk menyebutkan nama benda tersebut.

Rasional : melakukan penilaian terhadap adanya kerusakan motoric (afasi motorik) seperti pasien mungkin mengenalinya tetapi tidak dapat menyebutkannya.

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

Rasional : mengidentifikasi adanya disartria sesuai komponen motorik dari bicara (seperti lidah, gerakan bibir, control napas) yang dapat mempengaruhi artikulasi dan mungkin tidak di sertai afasia motoric.

4) Berikan metode komunikasi alternatif seperti menulis di papan tulis, gambar. Berikan petunjuk visual (gerakan tangan, gambar-gambar).

Rasional : memberikan komunikasi tentang kebutuhan berdasarkan keadaan

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

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

d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neumuskular.

Tujuan : setelah di lakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah kurang perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil : melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri. Mengidentifikasi sumber memberikan bantuan pribadi/komunitas sesuai kebutuhan.

Intervensi :

1) Kaji kemampuan dari tingkat kekurangan (dengan menggunakan skala 0-4) untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.

Rasional : membantu dalam mengantisipasi /merencanakan kebutuhan secara individual.

2) Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat di lakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional : pasien ini mungkin sangat ketakutan dan sangat tergantung dan meskipun bantuan yang di berikan bermanfaat dalam mencegah frustasi adalah penting bagi pasien untuk melakukan sebanyak mungkin untuk diri sendiri untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.

- 3) Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan atau keberhasilannya.

Rasional : meningkatkan perasaan makna diri, meningkatkan kemandirian dan mendorong pasien untuk berusaha secara kontinu.

- 4) Letakkan makanan dan alat-alat lain pada sisi pasien yang tidak sakit.

Rasional : pasien akan melihat untuk memakan makannya..

- e. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makan.

Tujuan : setelah dilakukan perawatan selama 3x24jam di harapkan masalah menelan dapat teratasi dengan kriteria hasil : mendemonstrasikan metode makan tepat untuk situasi individual dengan aspirasi tercegah. Mempertahankan berat badan yang di inginkan.

Intervensi :

- 1) Letakan pasien pada posisi duduk/tegak selama dan setelah makan.

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

- 2) Letakan makanan pada daerah mulut yang tidak terganggu.

Rasional : memberikan stimulasi sensori (termasuk rasa kecap)

yang dapat mencetuskan usaha untuk menelan dan meningkatkan masukan.

- 3) Berikan makanan perlahan pada lingkungan yang tenang

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

- 4) Anjurkan orang terdekat untuk membawa makanan kesukaan pasien.

Rasional : menstimulasi upaya makan dan meningkatkan upaya menelan/masukan

- 5) Anjurkan pasien menggunakan sedotan untuk meminum cairan

Rasional : menguatkan otot fasial dan otot menelan untuk menurunkan resiko terjadinya tersedak.

- f. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Tujuan : setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, tidak ada tanda-tanda infeksi, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

Intervensi :

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

Rasional : mengetahui kondisi kulit untuk di lakukan pilihan intervensi yng tepat.

- 2) Berikan produk berbahan petroleum jelly pada kulit kering.

Rasional : mengoptimalkan fungsi perlindungan dan kelembaban agar kulit tidak terlalu kering.

3) Anjurkan menggunakan pelembab seperti serum.

Rasional : mengoptimalkan fungsi perlindungan pada kulit

4) Anjurkan mandi menggunakan sabun secukupnya.

Rasional : mandi dua kali sehari membantu klien agar tetap bersih.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dari hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan atau diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, mengarahkan kinerja aktivitas hidup setiap hari memberikan arahan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada klien dan mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien. Implementasi adalah kesinambungan dari interaktif dengan komponen lain, dengan proses keperawatan (Potter dan Perry, 2005). Pada penelitian ini pelaksanaan yang dilaksanakan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun, baik tindakan secara mandiri maupun kolaboratif.

5. Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan implementasi yang telah diberikan kepada pasien. Evaluasi keperawatan untuk studi kasus ini Perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas

fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, gangguan menelan dan gangguan integritas kulit teratasi atau tidak.

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 pengkajian, 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 di teliti oleh peneliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Adapun subyek studi kasus yang akan diteliti berjumlah satu pasien yaitu Ny.T.T dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III Pada Rumah Sakit Umum Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1. Batasan Istilah

No	Pernyataan	Defenisi
1	Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk keperawatan yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang di berikan langsung kepada klien.

2	stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik adalah tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau ke seluruhnya berhenti (Nurarif, 2016).
---	----------------------	---

D. Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende Jalan Prof. Dr.W.Z Yohanes, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, pada tanggal 3-5 Oktober 2023.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal. Setelah disetujui oleh pembimbing selanjutnya penulis mengurus surat izin yang dimulai dengan meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepada Kepala Ruang Penyakit Dalam III. Setelah mendapatkan izin dan diperbolehkan untuk memilih pasien sesuai dengan kasus, penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan. Setelah disetujui oleh responden, penulis meminta tanda tangan *informed consent* dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara di pergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang di rasakan 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.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan 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 di hadapinya, meliputi : biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang di rasakan 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 di kumpulkan 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 di lakukan dalam penelitian ini di mulai dengan pengumpulan data-data berupa data keperawatan yang kemudian di klasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah di klasifikasikan, data-data tersebut di analisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang di temukan tersebut di jadikan diagnosa keperawatan yang akan di atasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan di implementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah di lakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk narasi kemudian dilanjutkan dengan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada Ny.T.T

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

C. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi dan Poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang paviliun dan Ruang perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSR), unit kamar jenazah, dapur, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 3 Oktober 2023, jam 08.00 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

Studi kasus dilakukan pada Ny.T.T yang berumur 59 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam III, pasien berjenis kelamin perempuan, beragama Katolik, beralamat di Saga (Aisera), status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SMP pasien bekerja sebagai petani. Penanggung jawab pasien yaitu anak kandung pasien Tn. S.Y yang berumur 25 tahun, tinggal di Saga (Aisera), pekerjaan petani. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan.

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara tidak jelas (bicara pello), dan mulut mencong ke kanan, kesadaran menurun. Melihat kondisi pasien tersebut anaknya memutuskan untuk mengantar ibunya ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pasien masuk rumah sakit melalui IGD (Instalasi Gawat Darurat) pada tanggal 2 Oktober 2023 dengan keluhan lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan, kesadaran menurun: apatis, GCS 12 (E: 3, M: 5, V:4) sehingga dilakukan tindakan pemasangan *Naso Gastric Tube* (NGT). Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi : 98x/menit, suhu : 37,1⁰C, SPO₂ : 95%, RR : 18x/menit. Pasien didiagnosis *stroke non*

hemoragik (SNH), dan mendapat terapi Parasetamol 3x1 gr/iv, citicoline 2x500, mecobalamin 2x500 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv, captopril 2x25 mg/oral mg/iv amlodipin 1x10 mg/oral, selanjutnya pasien di rawat di Ruang RPD 3.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan hanya sakit batuk pilek saja. .

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit stroke sama sepertinya.

4) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien dan pasien mengatakan apabila sakit selalu berobat ke puskesmas.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama masa perawatan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan sesuai anjuran dokter.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering mengkonsumsi makanan yang berminyak, berlemak dan santan.

Keadaan saat ini: pasien hanya bisa diet cair (Susu Enterasol Gold) 6x200 cc/ NGT

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan BAB sebelumnya 1 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK

5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Pasien BAB dan BAK menggunakan diapers (pampers).

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Pasien tidak mengalami sesak napas, tidak nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini: pasien belum bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga karena kelemahan di sisi tubuh kiri (*hemiparese sinistra*).

e) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00 - 05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00, tidak terbangun di malam hari dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan tangan bagian kiri terasa lemah dan sensasi nyeri saat dicubit berkurang).

h) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah seorang istri yang bertanggungjawab menurus keluarga dan anak-anak. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan dia adalah seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

i) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

i) Pola Sirkulasi Reproduksi : Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

j) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada suami dan anak-anaknya. Keadaan saat ini : pasien berharap cepat sembuh dari penyakitnya.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke Gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk proses penyembuhannya.

3) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : pasien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon *eye* 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara saat ditanyakan) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%. Pada kepala: rambut tampak bersih dan tidak beruban. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung: simetris, terpasang NGT. Mulut: mulut mencong ke kanan, mukosa bibir tampak lembab, pasien tampak berbicara lambat dengan sebutan tidak jelas (bicara pelo). Pemeriksaan leher: tidak

terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada : inspeksi : bentuk dada simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : tidak ada suara napas tambahan. Pada pemeriksaan jantung: auskultasi: bunyi jantung I & II reguler, murmur dan Gallop tidak ada. pemeriksaan abdomen : palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : peristaltik usus 12x/m, pemeriksaan genetalia tidak dilakukan. Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas: tangan kanan tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan dan penilaian tonus otot : 5, tangan kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser lengan bagian kiri tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, *Capillary Refill Time* (CRT) ≤ 3 detik. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit pada tangan kanan. Ekstremitas bawah : kaki kanan kanan tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan dan penilaian tonus otot : 5, kaki kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser kaki kiri tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilain tonus otot : 2, tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pada tanggal 3 Oktober 2023 pukul 05.00 dilakukan pemeriksaan darah sebagai berikut:

1) Kimia Darah Lengkap.

➤ Lemak Darah

Table 4.1 Pemeriksaan Lemak Darah

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Cholesterol Total	260 mg/dL	≥ 200
<i>High Density Lipoprotein(HDL)</i>	30 mg/dL	≥ 45 mg/dL
<i>Low Density Lipoprotein(LDL)</i>	160 mg/dL	≤ 130 mg/dL
<i>Trigliserida</i>	180 mg/dL	≤ 150 mg/dL

b. Pemeriksaan *CT Scan* Kepala

Pada tanggal 3 Oktober 2023 pukul 09.00

Kesimpulan :

Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri. Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

5) Terapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 3 Oktober 2023 dan obat-obatan yang diminum pasien ialah mecobalamin 2x500 mg/iv, Citicoline 2x500 mg/iv, Amlodipin 1x10 mg/oral, Parasetamol 3x500 mg/oral, Aspilet 1x80 mg/oral, clopidogrel 1x75 mg/oral, atrovastatin 1x20 mg.

b. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan, kesadaran *composmentis* GCS 15 (E:4, M:6, V:4), : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, SpO2 : 98%. RR : 24 x/m, semua aktifitas dibantu keluarga, terpasang infus NaCL 0.9% 20 tetes/menit, terpasang NGT. Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 30 mg/dL, *Low Density Liporotein*(LDL) 160 mg/dL, *Trigliserida* 180 mg/dL, *CT scan: Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*

c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: Pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, dan mulut mencong ke kanan

Data objektif : keadaan umum lemah, kesadaran *composmentis*, GCS 15 (E:4 V:5 M:6), pasien tampak berbicara lambat, semua aktifitas dibantu keluarga, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, SpO2 : 98%.

RR : 24 x/m, terpasang infus NaCl 0.9%, terpasang NGT. Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 30 mg/dL, *Low Density Liporotein*(LDL) 160 mg/dL, *Trigliserida* 180 mg/dL, *Infark pada centrum*

semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

1) Data subjektif: pasien merasa lemah dan pusing.

Data objektif: keadaan umum lemah, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Lipoprotein* (HDL) 30 mg/dL, *Low Density Lipoprotein* (LDL) 160 mg/dL, *Trigliserida* 180 mg/dL, *Infark* pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri.* Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia

2) Data subjektif :pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

Data objektif : hemiparesis sinistra, semua aktifitas dibantu keluarga.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

3) Data subjektif : pasien mengatakan saat berbicara sebutannya tidak jelas

Data objektif : pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang , tidak jelas (bicara pelo), *Infark* pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

3. Diagnosa Keperawatan

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

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia yang ditandai dengan :

DS: pasien merasa lemah dan pusing.

DO: keadaan umum lemah, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °c,

RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. *Cholesterol Total: 260 mg/dL, High Density Liporotein (HDL) 30 mg/dL, Low Density Liporotein (LDL) 160 mg/dL, Trigliserida 180 mg/dL, Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus*

lentiformis kanan, Atrofi cerebri. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial.*

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

DS: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

DO: hemiparesis sinistra, semua aktifitas dibantu keluarga.

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

DS: pasien mengatakan saat berbicara sebutannya tidak jelas

DO: pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang tidak jelas (bicara pelo), *Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri.* Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial.*

4. Rencana Keperawatan

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

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas Masalah:

- a. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- b. Gangguan Mobilitas Fisik
- c. Gangguan Komunikasi Verbal

1) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesterolemia

DS: pasien merasa lemah dan pusing.

DO: keadaan umum lemah, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 0C, SpO2 : 98%. RR : 24 x/m, Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Lipoprotein (HDL) 30 mg/dL, Low Density Lipoprotein (LDL) 160 mg/dL, Trigliserida 180 mg/dL, Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri.* Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif teratasi

Kriteria hasil : Tekanan intra kranial menurun (5), Gelisah menurun (5), Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5), Kesadaran membaik (5).

Intervensi:

Observasi : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah

melebar, kesadaran menurun, pola napas), Monitor MAP, Monitor status pernapasan, Monitor intake dan output cairan, **Therapeutik** : Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal. **Kolaborasi** : Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. Penatalaksanaan citicoline 2x500 mg/IV

2) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

DO: *hemiparese sinistra*, semua aktifitas dibantu keluarga.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot

meningkat, rentang gerak meningkat, Gerakan tidak terkoordinasi menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun.

Intervensi :

Dukungan mobilisasi

Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi **Terapeutik** 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat

bantu 6) fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Edukasi 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

- 3) Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

DS: pasien mengatakan bicara lambat dan sebutan belum jelas.

DO: pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang, tidak jelas (berbicara pelo), pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil: Kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah tubuh meningkat, pelo menurun.

Intervensi

Observasi : 1) monitor kecepatan tekanan kuantitas volume diksi bicara, 2) monitor proses kognitif anatomis dan fisiologis yang

berkaitan dengan bicara (mis memori, pendengaran dan bahasa), 3) identifikasi perilaku marah, depresi, atau hal yang mengganggu bicara.

Therapeutik : 4) kesesuaian gaya komunikasi dengan kebutuhan saksama tunjukan satu gagasan/ pemikiran sekaligus bicara dengan perlahan dan dengarkan seksama, 5) ulangi apa yang disampaikan pasien. **Edukasi** : Anjurkan bicara perlahan perlahan.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari selasa 3 Oktober 2023

Diagnosa Keperawatan I

Jam 08.00 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(tekanan intracranial) : pasien merasa lemah dan pusing tidak disertai sakit kepala dan mual muntah. Jam 08.30 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 106 mmHg. Jam 09.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv Jam 09.10 Memberikan posisi head up 30°. 09.30 Menganjurkan pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak (tidak mengkonsumsi makanan seperti ikan kering, kuning telur, santan, makanan laut seperti cumi, gurita, lobster) 12.00 Melayani diet bubur saring (latihan makan peroral sambil mengobservasi refleks menelan): refleks menelan baik tanpa batuk atau tersedak 13.00 Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg + paracetamol 500 mg/oral

Diagnosa Keperawatan II

08.35 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya : pasien mengeluh kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan. 08.40 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga
08.45 Menjelaskan ke keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien
08.50 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti miring ke kiri dan ke kanan. 08.55 Mengatur posisi pasien miring kiri /kanan dengan 1 bantal diganjal diantara kedua paha

Diagnosa Keperawatan III

Jam 10.45 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan tidak jelas 10.50 Mengajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 10.30 Menganjurkan keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien : keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada pasien dengan selalu ada saat pasien butuh. 10.40 Menganjurkan pasien berbicara secara perlahan.

Tindakan keperawatan dilakukan Pada hari Rabu, 4 Oktober 2023

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.15 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien merasa lemah dan pusing. Jam 07.30 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 160/100 mmHg, Nadi : 87x/m, suhu : 36,00⁰c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%.
mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 120 mmHg. Jam 09.00 Melayani

pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv Jam 09.40 Memberikan posisi head up 30⁰ 09.50 Mengingatkan kembali pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak. 12.00 Melayani diet bubur saring (latihan makan peroral sambil mengobservasi refleks menelan): refleks menelan baik tanpa batuk atau tersedak 11.00 Mengaff NGT 12.20 Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg + paracetamol 500 mg/oral.

Diagnosa Keperawatan II

08.35 Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya : pasien mengeluh kaki dan tangan kiri belum bisa digerakan 08.40 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga 08.45 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti dari posisi berbaring ke posisi miring lalu ke posisi duduk. 09.00 Mengingatkan kembali pasien untuk mengulang apa yang sudah diajarkan oleh petugas fisioterapi seperti *latihan range of motion* (ROM) dengan menggenggam bola.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 11.00 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan tidak jelas 11.25 Mengingatkan kembali pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 11.30 Menganjurkan keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien : keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada

pasien dengan selalu ada saat pasien butuh. 11.40 Mengingatkan pasien untuk berbicara secara perlahan.

6. Evaluasi Keperawatan

Hari Selasa, 3 Oktober 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien merasa lemah dan pusing tidak disertai sakit kepala dan mual
muntah

DO: pasien tampak lemah, TD : 140/90 mmHg,

A: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3 dan 4

1. Monitor tanda dan gejala peningkatan
2. Monitor tanda-tanda vital
3. Berikan posisi head up 30⁰.
4. Penatalaksanaan terapi antiplatelet, aktivator serebral dan vasodilator perifer, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengeluh kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan

DO: *hemiparese sinistra*, ADL (*activity daily living*) dibantu keluarga)

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1 2, dan 3

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan

3. Ajarkan mobilisasi sederhana

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan bicara lambat dengan sebutan tidak jelas

DO: pasien tampak bicara pello

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2

1. Monitor kecepatan dan volume bicara
2. Ajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk ulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat.

Hari Rabu, Tanggal 4 Oktober 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien merasa lemah dan pusing

DO: pasien tampak lemah, TD: 160/100 mmHg,

A: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3 dan 4

1. Monitor tanda dan gejala peningkatan
2. Monitor tanda-tanda vital
3. Berikan posisi head up 30⁰.
4. Penatalaksanaan terapi antiplatelet, aktivator serebral dan vasodilator perifer, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengeluh kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan

DO: *hemiparese sinistra*, ADL(*activity daily living*) dibantu keluarga.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2 dan 3

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan
3. Ajarkan mobilisasi sederhana

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan bicara lambat dengan sebutan tidak jelas

DO: pasien tampak bicara pello

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2

1. Monitor kecepatan dan volume bicara
2. Ajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk ulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat.

Catatan Perkembangan Hari Kamis, 5 Oktober 2023 sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

S: pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang

O: TD 130/70 mmHg,

A: masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

P : intervensi diertahankan.

I: Jam 07.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang . Jam 0.35 Memonitor tanda-tanda vital : TD :

130/70 mmHg, Nadi : 85x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg,
 MAP (*Mean Arteri Pressure*): 90 mmHg. Jam 09.00 Melayani pasien injeksi obat
 mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv 09.50
 Mengingatkan kembali pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak. 12.00
 Melayani diet lunak rendah garam dan rendah lemak 12.20 Melayani obat oral
 aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg + paracetamol 3x500 mg/oral

E: pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang, : 130/70 mmHg, Nadi : 85x/m,
 suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*):
 90 mmHg.

Diagnosa Keperawatan II

S: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri masih lemah untuk digerakan

O: *Hemiparese sinistra*, ADL (*activity daily living*) dibantu keluarga)

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: intervensi dipertahankan

I: 08.35 Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya : pasien mengatakan kaki dan
 tangan kiri sudah bisa digerakan hanya masih lemah untuk diangkat 08.40
 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak
 bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga
 08.45 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti dari posisi berbaring ke
 posisi miring lalu ke posisi duduk. 09.00 Mengingatkan kembali pasien untu
 mengulang apa yang sudah diajarkan oleh petugas fisioterapi seperti latihan
range of motion (ROM) aktif dengan menggenggam bola.

E: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri sudah bisa digerakan hanya masih

lemah untuk diangkat.

Diagnosa Keperawatan III

S : pasien mengatakan bicara lambat dengan sebutan sudah lebih jelas

O: bicara pello berkurang (sebutan lebih jelas)

A: Masalah gangguan komunikasi verbal sebagian teratasi

P: intervensi dipertahankan

I: Jam 11.00 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan mulai lebih jelas 11.45 Mengingatkan kembali pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. 11.40 Mengingatkan pasien untuk berbicara secara perlahan

E: pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan mulai lebih jelas.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny.T.S di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan 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 pasien .

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny.T.T ditemukan pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan, kesadaran *composmentis* GCS 15 (E : 4 V:5 M:6), TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, SpO2 : 98%. RR : 24 x/m, semua aktifitas dibantu keluarga, Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 30 mg/dL, *Low Density Liporotein* (LDL) 160 mg/dL, Trigliserida 180 mg/dL, *Infark* pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*. Menurut Huda (2016) manifestasi klinis *stroke non haemoragic* adalah tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, tiba-tiba hilang rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara, gangguan penglihatan, mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai, nyeri kepala hebat, vertigo, proses kencing terganggu, gangguan fungsi otak, dan kesadaran (Huda, 2016).

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Ny.T.T dimana keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu nyeri kepala hebat, vertigo, proses kencing terganggu, dan gangguan penglihatan. Hal ini tidak ditemukan pada pasien karena sejak pasien masuk rumah sakit dari IGD (Instalasi Gawat Darurat) tanggal 2 Oktober 2023 pasien sudah mendapatkan terapi citicoline 2x500 mg/iv, mecobalamin 2x500 mg/iv dan paracetamol 3x500 mg/oral dimana fungsi

citicoline dapat meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di dalam otak, memiliki efek penghambatan apoptosis (kematian sel), yang berkontribusi peningkatan kognitif (daya ingat) dan dapat menurunkan penumpukan asam lemak bebas pada lesi iskemik yang terjadi karena kerusakan dan kematian neuron. Mecobalamin berfungsi membantu menghambat kerusakan sel-sel pada otak setelah cedera, dan membantu dalam proses metabolisme sel saraf sehingga dapat menurunkan degenerasi makula sehingga tidak terjadi gangguan penglihatan dan paracetamol oral berfungsi sebagai analgesik untuk mengurangi sakit kepala dengan memblok transmisi. perpindahan nyeri untuk tidak dipersepsikan di korteks serebri dan keluhan yang ada dikasus semuanya ada ada teori.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.T.T adalah resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan, hipertensi, hiperkolesteronemia, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Sedangkan diagnosa keperawatan pada pasien *stroke non hemoragik* menurut Standar Diagnosis Keperawatan dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 adalah adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler,

resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan, hipertensi, hiperkolesteronemia, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kekurangan mobilitas.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa yang terdapat pada teori tapi tidak ada dikasus adalah defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Diagnosa ini tidak ditegakan karena saat pengkajian awal pasien masih terpasang NGT namun 1 (satu) jam kemudian NGT dilepas dan pasien diminta untuk dilatih refleks menelan dengan diberikan bubur saring dan 1 porsi makanan pasien dapat menghabiskan $\frac{3}{4}$. Sedangkan resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kekurangan mobilitas, diagnosa ini tidak ditegakan karena keluarga pasien rutin melakukan mobilisasi sederhana seperti miring ke kiri dan ke kanan sehingga tidak terjadinya luka/dekubitus akibat penekanan pada otot dan tulang dalam jangka waktu yang lama dan diagnosa defisit perawatan diri tidak ditegakan karena keluarga pasien rutin merawat diri dengan melap badan 2x sehari, menggunting kuku pasien, menyisir rambut serta menggosok gigi.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai

luaran (outcome) yang diharapkan. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dimodifikasi lagi karena ada beberapa perencanaan keperawatan yang ada dalam teori tetapi tidak bisa dilakukan seperti pemberian terapi *diuretic osmosis* dan berikan posisi semifowler.

Pemberian terapi *diuretic osmosis* seperti obat *mannitol* hanya bisa dilakukan pada pasien stroke hemorrhagic dengan oedema serebri dan posisi yang paling baik untuk pasien stroke non hemoragik adalah head up 30⁰ dengan tujuan untuk menurunkan peningkatan tekanan intracranial sehingga dapat meningkatkan suplai darah ke otak sedangkan posisi semifowler dapat menurunkan suplai darah ke otak.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan Keperawatan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah ditentukan dan tidak semua perencanaan dapat diimplementasikan seperti pemberian terapi pemberian *diuretic osmosis* dan posisi semifowler.

Menurut penulis pemberian *diuretic osmosis* seperti obat *mannitol* hanya bisa dilakukan pada pasien stroke hemorrhagic dengan oedema serebri dan posisi yang paling baik adalah head up 30 dengan tujuan untuk menurunkan peningkatan intracranial sehingga dapat meningkatkan suplai darah ke otak. Hal ini didukung dengan studi kasus yang dilakukan oleh Hasan, 2018 (Implementasi Evidence Based Nursing pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik). Studi Kasus menunjukkan bahwa

pengaturan posisi kepala head-up 30 derajat dapat meningkatkan saturasi oksigen pada pasien stroke. Pengaturan posisi kepala untuk memperbaiki saturasi oksigen juga telah diteliti dan banyak dilakukan untuk mendapatkan outcome yang lebih baik dari tindakan keperawatan.

Oleh karena itu pada pasien dengan *stroke non hemorrhagic* posisi berbaring yang tepat adalah posisi head up 30⁰ dan tidak dianjurkan untuk pemberian terapi *mannitol*.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapam terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan asien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang, 130/70 mmHg, Nadi : 85x/m, suhu : 36,5⁰c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 90 mmHg. Diagnosa gangguan mobilitas fisik belum teratasi hasil pasien mengatakan kaki dan tangan kiri sudah bisa digerakan hanya masih lemah untuk diangkat, diagnosa gangguan komunikasi verbal belum teratasi dengan hasil: pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan mulai lebih jelas.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Ny.T.S maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada pengkajian ditemukan ditemukan pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan, kesadaran *composmentis* GCS 15 (E:4, M:6, V:4), : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, SpO2 : 98%. RR : 24 x/m, semua aktifitas dibantu keluarga, Kolesterol Total: 260 mg/dL, High Density Liporotein (HDL) 30 mg/dL, Low Density Liporotein(LDL) 160 mg/dL, Trigliserida 180 mg/dL, *Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracrania*.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul ada kasus Ny.T.S adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mengatasi masalah. Maka tindakan yang dilakukan

adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

4. Pelaksanaan keperawatan dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018) dan tidak semua perencanaan dapat diimplementasikan seperti pemberian terapi pemberian diuretic osmosis dan posisi semifowler.
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia, masalah tidak teratasi gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
6. Studi kasus pada pasien Ny.T.T ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus Ny.T.T dimana keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu nyeri kepala hebat, vertigo, proses kencing terganggu, dan gangguan penglihatan.

B. Saran

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan hipertensi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dengan buku referensi minimal 3 tahun terakhir dan praktek laboratorium yang efektif untuk menambah skill mahasiswa.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan mengubah gaya hidup yang lebih sehat serta rutin control kesehatan dan mengkonsumsi obat yang diberikan sesuai anjuran

DAFTAR PUSTAKA

- A Potter & Perry, A. G. 2015. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Pratik, edisi 4, Volume. 2. Jakarta : EGC
- Afiyanti, Rachmawati. (2014). Metode Penelitian Kualitatif Pada Riset Keperawatan. Jakarta : Rajawali Pers
- American Heart Association. (2018). *Council on Epidemiology and prevention Statistic Committee and Stroke Statistic Subcommite*. Update: areport from the American Heart Associaton
- Azizah, N. and Wahyuningsih (2020) ‘Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik’
- Fajar Yudha (2014), pengaruh *Range of Motion* terhadap kekuatan otot pasien pasca perawatan stroke
- Harsono, editor. Buku Ajar Neurologi Klinis. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press; 2016
- Haryono, R, dkk. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta : Pustaka Baru Pres.
- Hasan, A. K. (2018). Studi Kasus Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Dengan Penurunan Kesadaran Pada Pasien Stroke Hemoragik Setelah Diberikan Posisi Kepala Elevasi 30 Derajat. Babul Ilmi: Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan, 9(2), 229–241. Bukittinggi.
- Laily, S. R. (2017). Hubungan Karakteristik Penderita Dan Hipertensi Kejadian Stroke Iskemik. *Jurnal Berkala Epidemiologi*
- Maria, I. 2021. *Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus dan Asuhan Keperawatan Stroke*. Yogyakarta : deepublish.
- Muttaqin, A. (2015). Buku ajar asuhan keperawatan klien dengan gangguan system imonologi. Jakarta: selemba medika
- Nurarif Amin Huda & Kusuma Hardhi. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 3*. Yogyakarta: Mediacion Publishing
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Ende. (2021). Di Ambil Tanggal 31 Maret 2022
- Purwanto, 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Standar Diagnosis Keperawatan dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017.

- Tandra, H. (2018). *Dari Diabetes Menuju Jantung & Stroke*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Taufan, N. (2018). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Triwibowa. (2013). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit (Trans Info)*. Jakarta.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y. M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2 Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh ASKEP*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Yasmara, D & et al. (2017). *Rencana asuhan keperawatan medical-bedah: Diagnosis Nanda-I 2015-2017 intervensi nic hasil noc*. Jakarta : EGC

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul _____
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah _____ yang dapat memberi manfaat berupa _____ Studi kasus ini akan berlangsung selama _____
3. Prosedur pelaksanaan berupa anuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 - 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan anuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : _____

Ende, 03 Oktober 2023
Peneliti,



Shinta Hera H. Berni

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 : Shinta Hara Hinggih Hamu, dengan judul: **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS Stroke Non Hemoragik di 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, 03 Oktober 2023

Yang memberikan persetujuan:

Saksi



Keluarga



Pasien

Peneliti



SHINTA HARA HINGGIH HAMU
Nim. PO5303202201219



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
RESDA R DAYA MANUSIA KESEHATAN
TEKNIK KESEHATAN KUPANG

Alamat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.V.R DENGAN MASALAH UTAMA *POST SECTIO CAESAREA* DI RUANGAN NIFAS III PADA RSUD ENDE

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Oktober 2023, jam 08.00

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama : Ny.T.T
Umur : 59 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Katolik
Alamat : Saga (Aisera)
Dx. Medik : Stroke Non Hemoragik

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S.Y
Umur : 25 tahun

Hubungan dengan pasien : Anak dari pasien

Alamat : Saga (Aisera

b. Status Kesehatan

1) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan Utama

Pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

b) Riwayat Keluhan Utama

Pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara tidak jelas (bicara pello), dan mulut mencong ke kanan, kesadaran menurun. Melihat kondisi pasien tersebut anaknya memutuskan untuk mengantar ibunya ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pasien masuk rumah sakit melalui IGD (Instalasi Gawat Darurat) pada tanggal 2 Oktober 2023 dengan keluhan lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan, kesadaran menurun: apatis, GCS 12 (E: 3, M: 5, V:4) sehingga dilakukan tindakan pemasangan *Naso Gastric Tube* (NGT). Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi : 98x/menit, suhu : 37,1⁰C, SPO₂ : 95%, RR : 18x/menit. Pasien didiagnosis *stroke non hemoragik (SNH)*, dan mendapat terapi Parasetamol 3x1 gr/iv, citicoline 2x500, mecobalamin 2x500 mg/iv, omeprazole 2x40 mg/iv, captopril 2x25 mg/oral mg/iv amlodipin 1x10 mg/oral, selanjutnya pasien di rawat di Ruangan RPD 3.

2) Status Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit masa lalu hanya batuk pilek biasa.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit stroke sama sepertinya.

c. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Kultural-Spiritual)

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien dan pasien mengatakan apabila sakit selalu berobat ke puskesmas.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama masa perawatan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan sesuai anjuran dokter.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering mengkonsumsi makanan yang berminyak, berlemak dan santan.

Keadaan saat ini: pasien hanya bisa diet cair (Susu Enterasol Gold) 6x200 cc/ NGT

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan BAB sebelumnya 1 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien BAB 2 hari sekali, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Pasien BAB dan BAK menggunakan diapers (pampers).

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Pasien tidak mengalami sesak napas, tidak nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini: pasien belum bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga karena kelemahan di sisi tubuh kiri (*hemiparese sinistra*).

e) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00 - 05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00, tidak terbangun di malam hari dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan tangan bagian kiri terasa lemah dan sensasi nyeri saat dicubit berkurang).

h) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah seorang istri yang bertanggungjawab menurus keluarga dan anak-anak. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan dia adalah seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

ii) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

i) Pola Sirkulasi Reproduksi : Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

j) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada suami dan anak-anaknya. Keadaan saat ini : pasien berharap cepat sembuh dari penyakitnya.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke Gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk proses penyembuhannya.

d. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : pasien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon *eye* 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara saat ditanyakan) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m SpO2 : 98%. Pada kepala: rambut tampak bersih dan tidak beruban. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung: simetris, terpasang NGT. Mulut: mulut mencong ke kanan, mukosa bibir tampak lembab, pasien tampak berbicara lambat dengan sebutan tidak jelas (bicara pelo). Pemeriksaan leher: tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada : inspeksi : bentuk dada simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : tidak ada suara napas tambahan. Pada pemeriksaan jantung: auskultasi: bunyi jantung I & II reguler, murmur dan Gallop tidak ada. pemeriksaan abdomen : palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : peristaltik usus 12x/m, pemeriksaan genetalia tidak dilakukan. Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas: tangan kanan tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan dan penilaian tonus otot : 5, tangan kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser lengan bagian kiri tetapi tidak mampu

mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, *Capillary Refill Time* (CRT) ≤ 3 detik. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit pada tangan kanan. Ekstremitas bawah : kaki kanan kanan tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan dan penilaian tonus otot : 5, kaki kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser kaki kiri tetapi tidak mampu mengangkatnya dan penilaian tonus otot : 2, tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap.

e. Pemeriksaan Penunjang

2) Pada tanggal 3 Oktober 2023 pukul 05.00 dilakukan pemeriksaan darah sebagai berikut:

3) Kimia Darah Lengkap.

➤ Lemak Darah

Table 4.1 Pemeriksaan Lemak Darah

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Cholesterol Total	260 mg/dL	≥ 200
<i>High Density Lipoprotein(HDL)</i>	30 mg/dL	≥ 45 mg/dL
<i>Low Density Lipoprotein(LDL)</i>	160 mg/dL	≤ 130 mg/dL
<i>Triglycerida</i>	180 mg/dL	≤ 150 mg/dL

4) Pemeriksaan *CT Scan* Kepala

Pada tanggal 3 Oktober 2023 pukul 09.00

Kesimpulan :

Infark pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan,*

Atrofi cerebri. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

f. Terapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 3 Oktober 2023 dan obat-obatan yang diminum pasien ialah mecobalamin 2x500 mg/iv, Citicoline 2x500 mg/iv, Amlodipin 1x10 mg/oral, Parasetamol 3x500 mg/oral, Aspilet 1x80 mg/oral, clopidogrel 1x75 mg/oral, atrovastatin 1x20 mg.

2. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, bicara pello, dan mulut mencong ke kanan, kesadaran *composmentis* GCS 15 (E:4, M:6, V:4), : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, SpO2 : 98%. RR : 24 x/m, semua aktifitas dibantu keluarga, terpasang infus NaCL 0.9% 20 tetes/menit, terpasang NGT. Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 30 mg/dL, *Low Density Liporotein*(LDL) 160 mg/dL, *Trigliserida* 180 mg/dL, *CT scan: Infark* pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*

3. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: Pasien merasa lemah, pusing, kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan, dan mulut mencong ke kanan

Data objektif : keadaan umum lemah, kesadaran *composmentis*, GCS 15 (E:4 V:5 M:6), pasien tampak berbicara lambat, semua aktifitas dibantu keluarga, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, SpO2 : 98%. RR : 24 x/m, terpasang infus NaCl 0.9%, terpasang NGT. Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 30 mg/dL, *Low Density Liporotein*(LDL) 160 mg/dL, *Trigliserida* 180 mg/dL, *Infark* pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

4. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

4) Data subjektif: pasien merasa lemah dan pusing.

Data objektif: keadaan umum lemah, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °C, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High Density Liporotein* (HDL) 30 mg/dL, *Low Density Liporotein* (LDL) 160 mg/dL, *Trigliserida* 180 mg/dL, *Infark* pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia

5) Data subjektif :pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

Data objektif : hemiparesis sinistra, semua aktifitas dibantu keluarga.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

6) Data subjektif : pasien mengatakan saat berbicara sebutannya tidak jelas

Data objektif : pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang , tidak jelas (bicara pelo), *Infark* pada *centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

7. Diagnosa Keperawatan

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

d. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia yang ditandai dengan :

DS: pasien merasa lemah dan pusing.

DO: keadaan umum lemah, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8⁰c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. Kolesterol Total: 260 mg/dL, *High*

Density Lipoprotein (HDL) 30 mg/dL, Low Density Lipoprotein (LDL) 160 mg/dL, Triglycerida 180 mg/dL, Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri. Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

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

DS: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

DO: hemiparesis sinistra, semua aktifitas dibantu keluarga.

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

DS: pasien mengatakan saat berbicara sebutannya tidak jelas

DO: pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang tidak jelas (bicara pelo), *Infark pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan, Atrofi cerebri. Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.*

8. Rencana Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan,

prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas Masalah:

- a. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
 - b. Gangguan Mobilitas Fisik
 - c. Gangguan Komunikasi Verbal
- 4) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesterolemia

DS: pasien merasa lemah dan pusing.

DO: keadaan umum lemah, TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu :

36,8 0C, SpO2 : 98%. RR : 24 x/m, Kolesterol Total: 260 mg/dL,

High Density Lipoprotein (HDL) 30 mg/dL, Low Density

Lipoprotein (LDL) 160 mg/dL, Triglycerida 180 mg/dL, Infark

pada centrum semiovale kanan, corona radiata kanan, genu

corpus callosum, capsula eksterna kiri, nucleus lentiformis kanan,

Atrofi cerebri. Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif teratasi

Kriteria hasil : Tekanan intra kranial menurun (5), Gelisah menurun (5),

Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5), Kesadaran

membaik (5).

Intervensi:

Observasi : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas), Monitor MAP, Monitor status pernapasan, Monitor intake dan output cairan, **Therapeutik :** Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal. **Kolaborasi :** Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. Penatalaksanaan citicoline 2x500 mg/IV

5) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan :

DS: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakan.

DO: *hemiparese sinistra*, semua aktifitas dibantu keluarga.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat, Gerakan tidak terkoordinasi menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun.

Intervensi :

Dukungan mobilisasi

Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6) fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan **Edukasi** 7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 9) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

- 6) Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

DS: pasien mengatakan bicara lambat dan sebutan belum jelas.

DO: pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang, tidak jelas (berbicara pelo), pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil: Kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah tubuh meningkat, pelo menurun.

Intervensi

Observasi : 1) monitor kecepatan tekanan kuantitas volume diksi bicara, 2) monitor proses kognitif anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis memori, pendengaran dan bahasa), 3) identifikasi perilaku marah, depresi, atau hal yang mengganggu bicara.

Therapeutik : 4) kesesuaian gaya komunikasi dengan kebutuhan saksama tunjukan satu gagasan/ pemikiran sekaligus bicara dengan perlahan dan dengarkan seksama, 5) ulangi apa yang disampaikan pasien. **Edukasi** : Anjurkan bicara perlahan perlahan.

9. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari selasa 3 Oktober 2023

Diagnosa Keperawatan I

Jam 08.00 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK(tekanan intracranial) : pasien merasa lemah dan pusing tidak disertai sakit kepala dan mual muntah. Jam 08.30 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,8 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 106 mmHg. Jam 09.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 500 mg/iv, omperazole 40

mg/iv Jam 09.10 Memberikan posisi head up 30°. 09.30 Mengajukan pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak (tidak mengkonsumsi makanan seperti ikan kering, kuning telur, santan, makanan laut seperti cumi, gurita, lobster) 12.00 Melayani diet bubur saring (latihan makan peroral sambil mengobservasi refleks menelan): refleks menelan baik tanpa batuk atau tersedak 13.00 Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg + paracetamol 500 mg/oral

Diagnosa Keperawatan II

08.35 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya : pasien mengeluh kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan. 08.40 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga 08.45 Menjelaskan ke keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien 08.50 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti miring ke kiri dan ke kanan. 08.55 Mengatur posisi pasien miring kiri /kanan dengan 1 bantal diganjal diantara kedua paha

Diagnosa Keperawatan III

Jam 10.45 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan tidak jelas 10.50 Mengajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 10.30 Mengajukan keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien : keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada

pasien dengan selalu ada saat pasien butuh. 10.40 Menganjurkan pasien berbicara secara perlahan.

Tindakan keperawatan dilakukan Pada hari Rabu, 4 Oktober 2023

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.15 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien merasa lemah dan pusing. Jam 07.30 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 160/100 mmHg, Nadi : 87x/m, suhu : 36,00 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 120 mmHg. Jam 09.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv Jam 09.40 Memberikan posisi head up 30° 09.50 Mengingatkan kembali pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak. 12.00 Melayani diet bubur saring (latihan makan peroral sambil mengobservasi refleks menelan): refleks menelan baik tanpa batuk atau tersedak 11.00 Mengaff NGT 12.20 Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg + paracetamol 500 mg/oral.

Diagnosa Keperawatan II

08.35 Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya : pasien mengeluh kaki dan tangan kiri belum bisa digerakan 08.40 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga 08.45 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti dari posisi berbaring ke posisi miring lalu ke posisi duduk. 09.00 Mengingatkan kembali pasien untuk mengulang apa yang sudah diajarkan oleh petugas fisioterapi seperti *latihan range of motion*

(ROM) dengan menggenggam bola.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 11.00 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan tidak jelas 11.25 Mengingatkan kembali pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 11.30 Menganjurkan keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien : keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada pasien dengan selalu ada saat pasien butuh. 11.40 Mengingatkan pasien untuk berbicara secara perlahan.

10. Evaluasi Keperawatan

Hari Selasa, 3 Oktober 2023 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien merasa lemah dan pusing tidak disertai sakit kepala dan mual
muntah

DO: pasien tampak lemah, TD : 140/90 mmHg,

A: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3 dan 4

1. Monitor tanda dan gejala peningkatan
2. Monitor tanda-tanda vital
3. Berikan posisi head up 30⁰.

4. Penatalaksanaan terapi antiplatelet, aktivator serebral dan vasodilator perifer, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengeluh kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan

DO: *hemiparese sinistra*, ADL (*activity daily living*) dibantu keluarga)

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1 2, dan 3

4. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
5. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan
6. Ajarkan mobilisasi sederhana

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan bicara lambat dengan sebutan tidak jelas

DO: pasien tampak bicara pello

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2

3. Monitor kecepatan dan volume bicara
4. Ajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk ulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat.

Hari Rabu, Tanggal 4 Oktober 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS: pasien merasa lemah dan pusing

DO: pasien tampak lemah, TD: 160/100 mmHg,

A: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3 dan 4

5. Monitor tanda dan gejala peningkatan
6. Monitor tanda-tanda vital
7. Berikan posisi head up 30⁰.
8. Penatalaksanaan terapi antiplatelet, aktivator serebral dan vasodilator perifer, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien mengeluh kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan

DO: *hemiparese sinistra*, ADL(*activity daily living*) dibantu keluarga.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2 dan 3

4. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
5. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan
6. Ajarkan mobilisasi sederhana

Diagnosa Keperawatan III

DS: pasien mengatakan bicara lambat dengan sebutan tidak jelas

DO: pasien tampak bicara pello

A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2

3. Monitor kecepatan dan volume bicara
4. Ajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk ulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat.

Catatan Perkembangan Hari Kamis, 5 Oktober 2023 sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

S: pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang

O: TD 130/70 mmHg,

A: masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

P : intervensi diertahankan.

I: Jam 07.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang . Jam 08.35 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 130/70 mmHg, Nadi : 85x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 90 mmHg. Jam 09.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, omperazole 40 mg/iv 09.50 Mengingatkan kembali pasien untuk diet rendah garam dan rendah lemak. 12.00 Melayani diet lunak rendah garam dan rendah lemak 12.20 Melayani obat oral aspilet 80 mg + clopidogrel 75 mg + paracetamol 3x500 mg/oral

E: pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang, : 130/70 mmHg, Nadi : 85x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SpO2 : 98%. mmHg, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 90 mmHg.

Diagnosa Keperawatan II

S: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri masih lemah untuk digerakan

O: *Hemiparese sinistra*, ADL (*activity daily living*) dibantu keluarga)

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: intervensi dipertahankan

I: 08.35 Mengidentifikasi keluhan fisik lainnya : pasien mengatakan kaki dan tangan kiri sudah bisa digerakan hanya masih lemah untuk diangkat 08.40 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan : pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga 08.45 Mengajarkan mobilisasi sederhana seperti dari posisi berbaring ke posisi miring lalu ke posisi duduk. 09.00 Mengingatkan kembali pasien untuk mengulang apa yang sudah diajarkan oleh petugas fisioterapi seperti latihan *range of motion* (ROM) aktif dengan menggenggam bola.

E: pasien mengatakan kaki dan tangan kiri sudah bisa digerakan hanya masih lemah untuk diangkat.

Diagnosa Keperawatan III

S : pasien mengatakan bicara lambat dengan sebutan sudah lebih jelas

O: bicara pelan berkurang (sebutan lebih jelas)

A: Masalah gangguan komunikasi verbal sebagian teratasi

P: intervensi dipertahankan

I: Jam 11.00 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan mulai lebih jelas 11.45 Mengingatkan kembali pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. 11.40 Mengingatkan pasien untuk berbicara secara perlahan

E: pasien tampak berbicara pelan dengan sebutan mulai lebih jelas.



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Shinta Hara Bungga Hamu
NEM : PG.5303202201219
Pembimbing Utama : Syagatra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Anatella K. Dondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Rabu, 21 Februari 2023	Konsultasi Judul Proposal	1. Pembimbing meminta untuk membuat tiga pilihan judul proposal dan di konsultasikan kembali untuk menentukan judul proposal yang akan di ambil	
2	Jumat, 24 Februari 2023	Konsultasi judul Proposal	1. Pembimbing meminta untuk mencari apa itu SNH secara konsep teori. 2. Sumber harus jelas	
3	Senin, 20 Maret 2023	Konsul judul Proposal dan BAB I (Latar Belakang)	1. Format harus di sesuaikan dengan panduan 2. Perbaiki spasi dalam penulisan, penulisan bahasa asing di perbaiki, penulisan ejaan dan tanda baca di sesuaikan, panjang minimal tiga kalimat. 3. Tambahkan rumusan masalah 4. Kata-kata jangan di angkat di sesuaikan dengan panduan	
4	Kamis, 30 Maret 2023	Konsul proposal BAB I dan BAB II	1. Perbaiki rumusan masalah 2. Tambahkan sumber 3. Di bagian tujuan khusus tambahkan rumusan	
5	Senin, 31 Juli 2023	Konsul proposal BAB I dan BAB III	1. Perbaiki penulisan RISKESDAS 2. Lengkapi lagi bagian tujuan khusus 3. Bagaima lokasi studi kasus tambahkan proposal karya tulis ilmiah	
6	Selasa, 1 Agustus 2023	Konsul perbaikan BAB I dan BAB III	ACC Siap ujian proposal tanggal 8 agustus 2023	



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL

Nama : Shinta Hara Hanny Hana
NIM : PD.5303202201219
Pembimbing Utama : Syaputra Ariana Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Anastasia K. Doendori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Yanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Selasa 05 September 2023	Konsultasi Revisi Proposal BAB I	1. Bagian kata pengantar di perbaiki nama dari pembimbing dan pengaji Proposal KT) 2. Penempatan tanda baca di belakang nama lain dalam proposal jangan di kumpang	
2	Kamis 07 September 2023	Konsultasi Revisi Proposal	1. Apa tindakan yang akan kamu lakukan pada pasien stroke non hemoragik 2. Apa yang dirasakan oleh pasien stroke non hemoragik	
3	Senin 11 September 2023	Konsul Revisi BAB II	1. Pengisian keperawatan perbaiki daftar pustaka dan nama sumber dan caruturutan dalam daftar pustaka 2. Bagian analisa data tambahkan data U5 dan DO yang mendukung untuk diagnosa ke 3, sebel dan sesak dalam buku SDAKJ 3. Bagian prioritas masalah sesuaikan dengan analisa data	
4	Selasa 12 September 2023	Konsul Revisi Proposal	1. Pada pola nutrisi dan metabolisme keluhan apa yang dirasakan pasien, diperjelas secara rinci 2. Pada pola sensorik dan kognitif separah apa yang dirasakan atau dialami pasien stroke non hemoragik 3. Pada pola persepsi dan	



			konsep diri, tindakan secara terencana dan memiliki ke lima hal yang dibagi seperti (sifat diri, gambaran diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri)	
5	Senin 18 September 2023	Konsul Revisi Proposal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada diagram gangguan perfasi setelah tindakan apa saja yang akan kamu lakukan 2. Pada diagram mobilitas fisik tindakan yang paling tepat yang bisa dilakukan apa, seperti apa diagram yang lain masukkan ringkas tindakan yang akan kamu lakukan masukkan secara terperinci 	9
6	Rabu 20 September 2023	Konsul Revisi Proposal	<p>ACC</p> <p>Dengan satu catatan perubahan pada proposal lanjut di konsul saat turun penulisan kasus</p>	9



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Shinta Hara Wangga Hamu
NIM : PA0502202201219
Nama Pembimbing : Syapetra Artana Syarifuddin, S.Kep., Ns., M.Kep
Jabatan KTI : Asisten Keperawatan pada Pasien Ny. T.T Dengan
Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di Ruang
Penyakit Dalam III RSUD Ende

NO	HARI TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 17 Oktober 2023	Bab IV Hasil dan Pembahasan > Perbaiki pemertepatan diagnosa actual dan resiko > Talar Terpat antara Diagnosa Perfori Seribraf dan gangguan mobilitas fisik > Perbaiki penulisan tulisan > Pembahasan di bahas saat pertemuan kelas	
2.	Kamis, 19 Oktober 2023	Bab IV Hasil dan Pembahasan > Perbaiki pemertepatan diagnosa aktual resiko dan potensial pada > Pada Pengumpulan data di bahasakan keluhan utama lalu dituliskan dengan riwayat keluhan utama > Pada Pemeriksaan Fisik tidak boleh menggunakan simbol tapi ditranskrip > Pada Pemeriksaan Keaktifan Otak Bagian Ekstermitas Kaji sesuai nilai keluhan otak yang didapat pada pasien sebelah kanan berupa dan sebelah kiriya berupa > Pada Dukungan Mobilisasi narasikan Pakai nomor intervensi	
3.	Rabu, 25 Oktober 2023	Bab IV Hasil dan Pembahasan > Pada Bagian Pengkajian Catatan Konsep Teori lalu diikuti dengan hasil Pengkajian di kelas > Hasil Pengkajian di kelas lalu mencatatkan hasil pengkajian	

		<ul style="list-style-type: none"> revisi tera) Diskus dengan Kementerian antara lain dan tera) 	
4.	Senin, 30 Oktober 2023	Bab V Penutup <ul style="list-style-type: none"> Pada Bab V Keseluruhan Point 4 cantumkan kesenjangan antara teori dan kerja, lalu dirajutkan dengan daftar pustaka 	
5.	Kamis, 02 November 2023	<ul style="list-style-type: none"> Ubah Nama dan Tanggal pada Lembar Pengantar ACC Siap ujian XTI tanggal 13 November 2023 	

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Koperasi dan Usaha




Ida Wicakanti, M.Kom., Ns, Sp. Kom.Kom
NIP. 19640114 199102 1 001



LEMBAR KONSULTASI
REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Shinta Hara Honggu Hamu
NIM : PO.5303202201219
NAMA PENGUJI KTI : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.T.T Dengan
Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragik di
Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

NO	HARI/ TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 05 Desember 2023	Bab IV Hasil dan Pembahasan <ul style="list-style-type: none">> Kesesuaian antara proposal dan kasus bagian diagnosa deficit nutrisi sinkronkan dengan dikasus> Pada metode penelitian tanda baca serta kata-kata di perbaiki lagi> Pada bagian pemeriksaan fisik di pemeriksaan kekuatan tonus otot dibuat dengan cara narasikan setiap memeriksakan tangan kanan dan kaki kanan serta tangan kiri dan kaki kiri> Tambahkan pemeriksaan reflek pada kaki dan tangan karena itu mengenai sistem saraf> Pada pemeriksaan peminjang dibagian tabel hilangkan setiap garis vertikal> Bagian tubulasi data tambahkan kata terpasang <i>Naso Gastric Tube (NGT)</i>.	
2.	Rabu, 06 Desember 2023	Bab IV Hasil dan Pembahasan <ul style="list-style-type: none">> Syarat-syarat penentuan diagnosa prioritas masalah itu apa> Perbaiki tanda baca pada analisa data> Bagian pembahasan narasikan keluhan apa yang dirasakan pasien pada bagian kaki dan tangan pasien yang terkena stroke dan yang tidak bermasalah, mengidentifikasi letak nyeri yang terasa> Selain mobilisasi dini sederhana miring kiri dan kanan apa lagi tindakan yang kita ajarkan pada keluarga pasien> Perbaiki kesesuaian antara intervensi	

		<p>dan implementasi keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tambahkan opini sendiri kenapa tidak dilaksanakan tindakan itu, apa alasannya ➢ Dinarasikan kenapa tidak diangkar diagnosis yang tertera, sertakan alasan yang jelas dan bukti yang kuat. 	
3.	Senin, 11 Desember 2023	<p>Bab IV Merit dan Pembahasan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pada bagian pemeriksaan fisik & pemeriksaan semua otot tambahkan /narasikan kenapa bisa dikatakan keadaannya normal, hal apa yang dilakukan agar bisa mengetahui nilai semua keadaan itu ➢ Pada bagian pembahasan tambahkan/narasikan kenapa diagnosis deficit motorik tidak diangkar, sertakan bukti yang kuat dan konkret 	

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Prayanto, M.Kes., Ns., Sp.Kep.Kem
NIP. 19640114 199102 1 001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. DATA DIRI

Nama : SHINTA HARA HUNGGU HAMU
Tempat/Tanggal lahir : Mburukulu, 06-06-1999
Alamat : Mburukulu –Pahungalodu-Sumba Timur
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD Masehi Mburukulu 2006 -2013
2. SMP Satap Lambakara 2014 – 2016
3. SMA Negri Satu Pandawai 2016 -2018

MOTTO

"Orang lain tidak akan bisa paham struggle dan masa sulitnya kita, yang mereka ingin tahu hanya bagian success stories. Berjuanglah untuk diri sendiri, walaupun tidak ada yang tepuk tangan kelak diri kita dimasa depan akan sangat bangga dengan apa yang kita perjuangkan hari ini, tetap semangat berjuangnya!"