

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn A.R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK DI RPD III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

**ROSWITA DORTINA WENI
NIM.PO5303202210072**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn A. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE DI RPD III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh :

**ROSWITA DORTINA WENI
NIM. PO. 5303202210033**

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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Roswita Dortina Weni

NIM : PO. 5303202210033

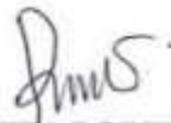
Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn A. R
DENGAN DIAGNOSA MEDIS STROKE DI RPD III
RSUD ENDE

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

Ende 30 September 2024

Yang membuat pernyataan



ROSWITA DORTINA WENI
NIM. PO. 5303202210033

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn A. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE DI RPD III
RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

**ROSWITA DORTINA WENI
NIM. PO5303202210072**

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

Ende, 04 September 2024

Pembimbing


**Syaputra Artama S., S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 19881102020121002**

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


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

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn A. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE DI RPD III
RSUD ENDE**

Oleh:

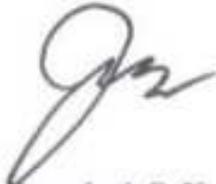
ROSWITA DORTINA WENI
NIM. PO5303202210072

Karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan

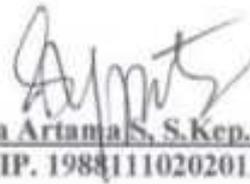
Pada tanggal 19 September 2024

Penguji Ketua

Penguji Anggota



Anatolia K. Doondori, S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 197602171999032001



Svaputra Artana, S. Kep., Ns., M. Kep.
NIP. 198811102020121002

Disahkan oleh :

**Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Proposal tentang “Asuhan Keperawatan Pada Tn A. R Pasien Dengan Stroke di RSUD Ende” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi tugas akhir pada Program Studi DIII Keperawatan Ende.

Selama melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis banyak mendapatkan bantuan, masukan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ungkapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Irfan, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.,Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menimba ilmu di pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan Ende.
3. Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep., Ns M. Kep selaku pembimbing dan penguji yang telah meluangkan waktu serta pikiran dalam proses bimbingan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku penguji yang telah memberikan masukan terkait penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini

5. Kedua orang tua, kakak saya dan teman teman yang telah memberikan dukungan secara materi, cinta dan kasih sayang, serta doa bagi kelancaran penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Rekan-rekan seperjuangan yang telah memberi dukungan dalam kelancaran penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, 21 Oktober 2024



ROSWITA DORTINA WENI

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.A.R dengan Diagnosa Medis *Stroke Non Hemoragik* Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende⁽¹⁾

Roswita Dortina Weni⁽¹⁾, Syaputra Artama Syarifudin⁽²⁾, Anatolia K. Doondori⁽²⁾

1) Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende

2) Dosen Program Studi DIII Keperawatan Ende

Dortinweni59@gmail.com

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia. Stroke merupakan suatu kondisi perubahan neurologis berupa gangguan fungsi otak baik fokal maupun global yang sering terjadi pada orang dewasa. Stroke menurut (WHO) adalah suatu kondisi yang ditandai dengan adanya defisit neurologi baik fokal maupun global, dapat terjadi memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, dan tanpa diketahui penyebab lain yang jelas selain adanya masalah di vaskular. Di Amerika Serikat, stroke menjadi penyebab kematian ketiga dengan angka kematian sebanyak 146.664 jiwa. Stroke merupakan penyebab kematian terbanyak ketiga di Indonesia, setelah diabetes dan hipertensi, dengan angka kematian 138.268 orang atau, 9,7% dari total kematian.

Tujuan studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.A.R dengan diagnosa medis stroke non hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

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. Hasil Studi Kasus Tn.A.R dilaksanakan berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Pada pengkajian di temukan data Pada pengkajian ditemukan pasien merasa , pusing, tidak bisa bicara (*afasia*), kaki dan tangan kiri mengalami kelemahan. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus Tn.A.R adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. implementasi dilakukan selama 3 hari dan didapatkan masalah keperawatan sebagian teratasi. Oleh karena itu pasien stroke non hemoragik sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor –faktor yang dapat memperburuk *stroke non hemoragik*.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Pasien Stroke Non Hemoragik.

Kepustakaan : 20 buah

1) Program Studi DIII Keperawatan Ende

2) Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Mr. A.R Patients with Non-Hemorrhagic Stroke Medical Diagnosis in Internal Medicine Room III Ende Hospital

Roswita Dortina Weni⁽¹⁾, Syaputra Artama Syarifudin⁽²⁾, Anatolia K. Doondori⁽²⁾

1) Studen program Studi DIII Keperawatan Ende

2) Lektorer Program Studi DIII Keperawatan Ende

Dortinweni59@gmail.com

Stroke is one of the health problems that is still a concern of the world. Stroke is a condition of neurological changes in the form of impaired brain function, both focal and global, that often occurs in adults. Stroke according to (WHO) is a condition characterized by the presence of neurological deficits both focal and global, can occur severely and last for 24 hours or more, can cause death, and without knowing other obvious causes besides vascular problems. In the United States, stroke is the third leading cause of death with a death toll of 146,664 people. Stroke is the third leading cause of death in Indonesia, after diabetes and hypertension, with a mortality rate of 138,268 people or 9.7% of the total deaths.

The purpose of the case study is to be able to apply nursing care to Mr. A.R with a medical diagnosis of non-hemorrhagic stroke in the Internal Medicine Room III of Ende Hospital

The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and evaluation. The results of Mr. A.R's Case Study were carried out based on the nursing process approach. In the assessment, it was found that the patient felt dizzy, could not speak (aphasia), and the left leg and hand were weak. Nursing problems that arise in the case of Mr. A.R are physical mobility disorders related to neuromuscular disorders, the risk of ineffective cerebral perfusion related to hypertension, verbal communication disorders related to decreased cerebral circulation and sleep pattern disorders related to environmental barriers. Nursing interventions are carried out based on nursing problems. The implementation was carried out for 3 days and it was found that the nursing problem was partially resolved. Therefore, non-hemorrhagic stroke patients are as good as

Keywords : Nursing, patient Non-Hemorrhagic Stroke

Bibliography : 20 pieces

1) Ende Nursing D III Study Program Student

2) Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Penyakit Stroke.....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	19
BAB III METODE PENELITIAN	45
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	45

B. Subyek Studi Kasus	45
C. Batasan Istilah	45
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	46
E. Metode/Prosedur Studi Kasus	46
F. Teknik Pengumpulan Data.....	46
G. Instrumen Pengumpulan Data	47
H. Keabsahan Data.....	47
I. Analisa Data	48
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	50
A. Hasil Studi Kasus	50
B. Pembahasan	79
BAB V PENUTUP.....	87
A. Kesimpulan.....	87
B. Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	90

DAFTAR TABEL

Analisa Data	84
Pemeriksaan Penunjang	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Phatway Stroke.....	13
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan.....	92
Lampiran 2 Asuhan Keperawatan.....	83
Lampiran 3 Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus.....	105
Lampiran 4 Informent Consent.....	106
Lampiran 5 Kartu Konsul KTI.....	107
Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup.....	114

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia (Saraswati, 2021). Stroke merupakan suatu kondisi perubahan neurologis berupa gangguan fungsi otak baik fokal maupun global yang sering terjadi pada orang dewasa. Stroke menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu kondisi yang ditandai dengan adanya defisit neurologi baik fokal maupun global, dapat terjadi memberat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, dan tanpa diketahui penyebab lain yang jelas selain adanya masalah di vaskular. Stroke terjadi karena adanya pembuluh darah di otak yang pecah membuat sebagian otak kehilangan suplay darah dan oksigen yang dibutuhkan nya dan menyebabkan kematian sel dan jaringan (Kemenkes RI, 2019).

Di Amerika Serikat, stroke menjadi penyebab kematian ketiga dengan angka kematian sebanyak 146.664 jiwa. Stroke merupakan penyebab kematian terbanyak ketiga di Indonesia, setelah diabetes dan hipertensi, dengan angka kematian 138.268 orang atau, 9,7% dari total kematian. Indonesia harus menghadapi dua masalah kesehatan yang berbeda. hal ini disebabkan lambatnya penurunan kejadian penyakit menular yang cenderung mendatar, serta pesatnya peningkatan kejadian penyakit tidak menular. Secara nasional, prevelensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur > 15 tahun mencapai 6,06% (28.430

pasien) (Kemenkes, 2019). Prevalensi stroke tertinggi di Indonesia terdapat di Provinsi Kalimantan Timur mencapai 14,7% dari seluruh penderita stroke, sedangkan untuk wilayah Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) sebesar 6,06%. Salah satu Kabupaten di Provinsi NTT yaitu Kabupaten Ende mencatatkan jumlah penderita stroke pada tahun 2020 sampai 2023 dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Ende (2023), kasus stroke mengalami perubahan yang hampir sama tiap tahun. Pada tahun 2020 tercatat sebanyak 466 kasus dengan stroke, kemudian pada tahun berikutnya di tahun 2021 meningkat sebanyak 488 kasus, pada tahun tahun 2022 mengalami penurunan sebanyak 428 kasus, dan kemudian pada tahun 2023 mengalami penurunan juga sebanyak 137 kasus. Penurunan jumlah kasus penderita stroke di tahun 2023 dapat disebabkan salah satunya adalah karena kesadaran pola hidup masyarakat semakin tahu dan sadar akan resiko yang akan terjadi jika mengalami penyakit stroke dengan cara mengatur pola makan yang teratur, minum obat dan berusaha untuk mengurangi beban hidup yang dapat membahayakan diri. Sementara kasus penderita stroke di Rumah Sakit Umum di Ruang Penyakit Dalam (RPD III) RSUD. Ende pada tahun 2021 sebanyak 8 orang, pada tahun 2022 sebanyak 53 orang, kemudian pada tahun 2023 mencapai 22 orang (RSUD Ende, 2024).

Jumlah penderita stroke yang mengalami fluktuasi saat ini tetap menjadi perhatian penting bagi setiap orang dan pemerintah. Pasien, keluarga maupun tenaga kesehatan dapat memberi perhatian lebih terkait pencegahan dan penanganan yang tepat bagi penderita yang beresiko mengalami stroke.

Mengidentifikasi risiko tinggi pasien yang mengalami gangguan pra dan pasca-stroke sangat membantu dalam merencanakan target terapi dan menentukan prognosis Hidayat, F, dkk (2021). Stroke hemoragik adalah kondisi stroke yang disebabkan karena adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak, sedangkan stroke non hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah ke otak.

Dampak akibat penyakit stroke ditentukan oleh luas daerah dan lokasi di otak yang mengalami gangguan. Gejala yang paling sering muncul adalah kesulitan menggerakkan anggota gerak, tidak dapat merasakan sensasi di wajah, sulit untuk berbicara (*afasia*), bibir tidak simetris, sulit untuk menelan, hilang kesadaran bahkan kelumpuhan. Apabila tidak ditangani dengan baik stroke dapat menyebabkan kecacatan fisik bahkan kematian, maka dari itu penanganan stroke harus segera dilakukan dengan baik dan cepat. (Loveta, dkk 2022).

Berbagai dampak baik secara fisik dan psikologi dapat timbul pasca serangan stroke. Dampak fisik yang sering dialami penyandang stroke antara lain, *hemiparase, hemiplegia, fatigue, afasia, dispagia*, kekakuan otot sedangkan dari segi dampak psikologi penyandang stroke dapat mengalami stress, panic, sehingga berkontribusi pada penurunan kualitas hidup dan tertanggungnya pemenuhan aktivitas secara mandiri Dewi, L., Astrid, M., & Supardi, S. (2020). Kejadian stroke dapat dialami oleh siapa saja dengan karakteristik yang berbeda. Setiap karakteristik seseorang dapat mempengaruhi risiko kejadian penyakit stroke.

Upaya pencegahan penyakit stroke ini dapat dilakukan dengan edukasi dan pengawasan langsung serta melalui deteksi dini untuk mengurangi faktor resiko terjadinya stroke. Langkah awal pasien dapat mengetahui faktor-faktor resiko yang dapat diubah sedini mungkin yaitu dengan menjaga tekanan darah, gula darah, indeks masa tubuh, kolesterol pada ambang normal yaitu dengan menjaga pola makan, memilih makanan dengan tepat dan berolahraga secara teratur, mengurangi kebiasaan merokok, hal ini perlu dilakukan terutama pada individu yang memiliki riwayat keluarga tiga generasi yang mengalami stroke (Kurniajati, dkk 2022). Bentuk perawatan yang diberikan kepada penderita penyakit stroke yaitu dengan melatih mobilisasi saat tirah baring setiap 2 jam sekali untuk mencegah terjadinya kekakuan pada otot, kolaborasi pemberian obat secara tepat dan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun pasien tentang perawatan penyakit stroke. Salah satu pendidikan kesehatan yang perlu ditekankan pada pasien adalah tentang gaya hidup, karena gaya hidup yang negatif menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka kejadian stroke di lingkungan masyarakat, jika stroke itu tidak dicegah dan ditangani dengan baik maka itu akan berdampak lebih buruk bagi kondisi kesehatan pasien dan bahkan dapat menyebabkan kematian.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka penulis tertarik melakukan penerapan asuhan keperawatan terhadap pasien yang mengalami penyakit stroke melalui pendekatan proses keperawatan demi meningkatkan kesadaran pasien dan keluarga tentang pencegahan komplikasi dan penanganan penyakit

stroke serta dapat meningkatkan kemandirian pasien dan kualitas hidup pasien dengan penyakit stroke.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana penerapan dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD III RSUD. Ende?”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Telah melakukan konsep dasar teori dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD 3 RSUD Ende.

2. Tujuan khusus

- a. Dilakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD III RSUD Ende.
- b. Dimerumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD III RSUD Ende.
- c. Disusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD III RSUD Ende.
- d. Dilakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD III RSUD Ende.
- e. Dilakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD III RSUD Ende.

- f. Diketahui kesenjangan antara teori dan kasus kelolaan pasien dengan diagnosa medis stroke di ruangan RPD III RSUD Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan di atas maka manfaat studi kasus ini untuk :

1. Bagi peneliti

Proposal ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan pengalaman, memperdalam keterampilan dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit dan pelayanan kesehatan

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

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

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

4. Bagi responden pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang stroke yang diderita pasien dan mengetahui cara penanganan pasien dengan stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke merupakan suatu kondisi perubahan neurologis berupa gangguan fungsi otak baik fokal maupun global yang disebabkan karena adanya gangguan suplai darah ke otak yang berkembang cepat dan berlangsung selama 24 jam atau lebih yang dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas (Anggraini. D. D. dkk, 2023).

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

2. Etiologi

Menurut Haryono, R & Utami ,M.P.S. (2021), stroke disebabkan oleh arteri yang tersumbat (*stroke iskemik*) dan dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (*stroke hemoragik*). Beberapa orang mungkin mengalami gangguan sementara aliran darah ke otak yang tidak menyebabkan kerusakan permanen.

a. *Stroke non hemoragik*

Sekitar 80% kasus stroke menurut Haryono. R. dkk (2021). Adalah stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, menyebabkan aliran darah sangat berkurang (iskemia) stroke iskemik dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

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

b. *Stroke hemoragik*

Stroke hemoragik menurut Haryono, R & Utami, M.P.S.(2021), terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi yang memengaruhi pembuluh darah antara lain:

- 1) Tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol (hipertensi).
- 2) Overtreatment dengan anti koagulan (pengencer darah).
- 3) Melemahnya dinding pembuluh darah (aneurisme).

Penyebab perdarahan yang kurang umum adalah pecahnya jalinan abnormal pembuluh darah berdinding tipis (*malaformasi arteriovenosa*).

Jenis stroke *hemoragik* meliputi:

1) Perdarahan intrasebral.

Dalam perdarahan intrasebral, pembuluh darah di otak pecah atau menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga merusak sel-sel otak di luar kebocoran kekurangan darah dan rusak. Tekanan darah tinggi, trauma, malaformasi vascular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intrasebral.

2) Perdarahan subaraknoid.

Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan di arteri. Pembengkakan yang parah membuat pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Penyebab aneurisma serebral sendiri belum diketahui. Beberapa penderita aneurisma mengalami kondisi ini sejak lahir dengan keseimbangan yang sangat lambat.

3. Faktor Risiko

Faktor risiko menurut Haryono, R & utami ,M.P.S. (2021) yang dapat meningkatkan risiko stroke. Beberapa faktor yang juga dapat meningkatkan kemungkinan mengalami serangan jantung. Faktor risiko stroke yang berpotensi dapat diobati meliputi:

a. Faktor risiko gaya hidup

- 1) Kelebihan berat badan atau obesitas
- 2) Ketidakaktifan fisik
- 3) Minuman berat atau pesta
- 4) Penggunaan obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin

b. Faktor risiko medis

- 1) Memiliki tekanan darah lebih tinggi 120/80 mmHg
- 2) Merokok atau terpapar asap rokok bekas
- 3) Kolesterol tinggi
- 4) Diabetes
- 5) Apnea tidur obstruktif
- 6) Penyakit kardiovaskular, termasuk gagal jantung, cacat jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal.
- 7) Riwayat pribadi atau keluarga terkait stroke, serangan jantung, atau serangan *iskemik transien*.

c. Faktor-faktor lain yang terkait dengan risiko stroke, termasuk :

- 1) Usia, Orang berusia 55 tahun atau lebih memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang yang lebih mudah.
- 2) Ras.Orang Afrika-Amerika memiliki resiko stroke yang lebih tinggi dari pada orang-orang di Ras lain.
- 3) Jenis kelamin. Pria memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dari pada wanita. Perempuan biasanya lebih tua ketika mereka mengalami stroke.

- 4) Hormon. Penggunaan pil KB atau terapi hormon yang termasuk estrogen, serta peningkatan kadar estrogen dari kehamilan dan persalinan.

4. Patofisiologi

Patofisiologi utama stroke menurut Haryono,R & utami ,M.P.S.(2021). adalah penyakit jantung atau pembuluh darah yang mendasarinya. Dua jenis stroke yang dihasilkan dari penyakit ini adalah *stroke iskemik dan hemoragik*.

a. *Stroke non hemoragik*

Stroke non hemoragik atau stroke penyumbatan disebabkan oleh oklusi cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah terganggu. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 20 sampai 90 detik akan menurun fungsinya. Trombus atau penyumbatan seperti aterosklerosis menyebabkan *iskemia* pada jaringan otak dan membuat kerusakan jaringan neuron sekitarnya akibat proses hipoksia dan anoksia. Sumbatan emboli yang terbentuk di daerah sirkulasi lain dalam sistem peredaran darah yang biasa terjadi di dalam jantung atau sebagai komplikasi dan fibrilasi atrium yang terlepas dan masuk ke sirkulasi darah otak, dapat pula mengganggu sistem sirkulasi 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 10cc/100g jaringan otak tiap menit. Daerah ini beresiko menjadi nekrosis dalam hitungan menit. Kerusakan jaringan otak akibat oklusi atau

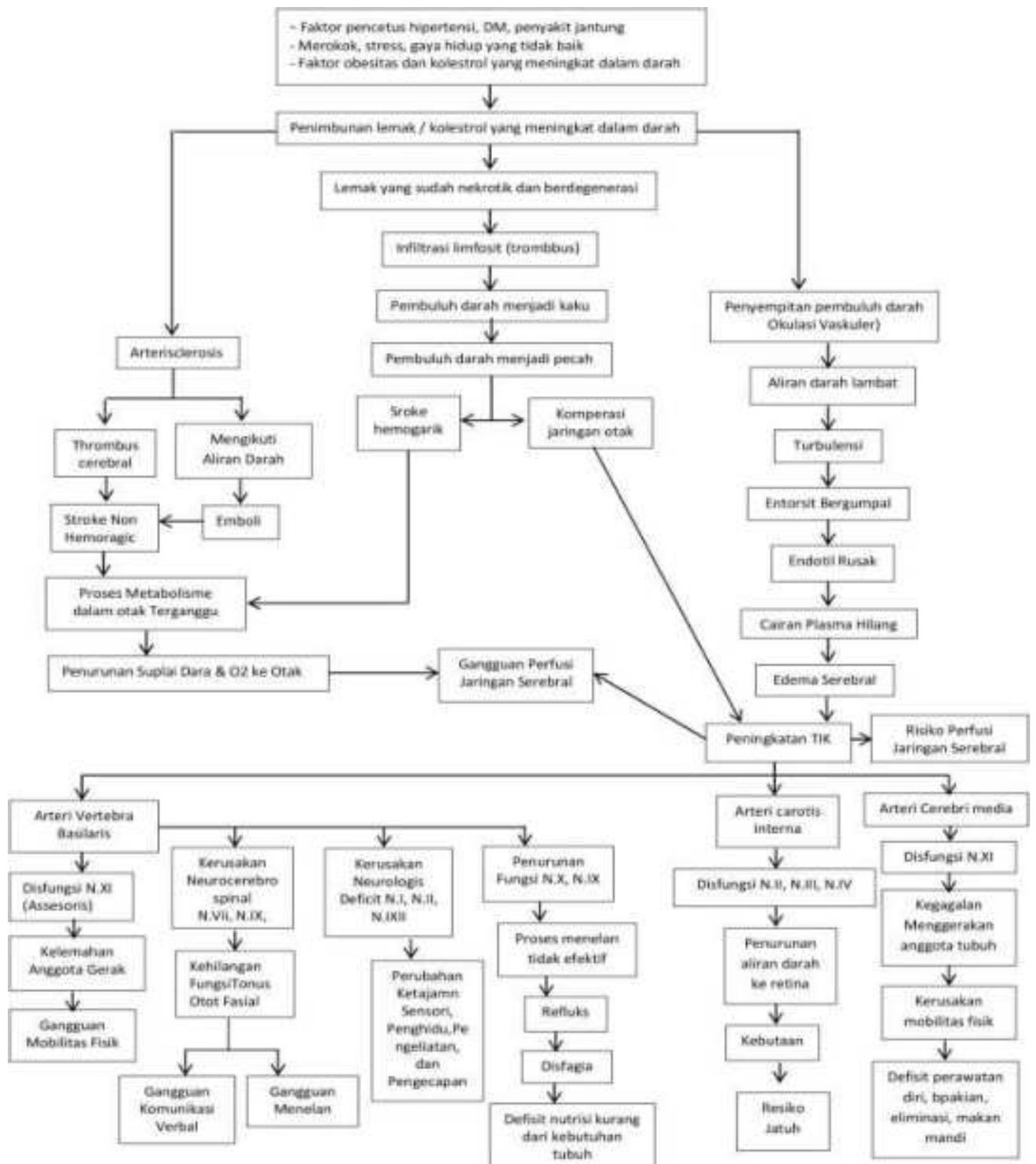
tersumbat aliran darah adalah suatu proses biomelekular yang bersifat cepat dan progresif pada tingkat selular, proses ini disebut dengan kaskade iskemia. Setelah aliran darah terganggu, jaringan menjadi kekurangan oksigen dan glukosa yang menjadi sumber utama energy untuk menjalankan proses potensi membran. Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan *metabolisme anaerob*.

b. *Stroke hemoragik*

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasari darah keparenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah *aneurisma* dan *malaformai arteriovenous (AVM)*. Ekstrasvasasi darah keparenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma.

Faktor predisposisi dari *stroke hemoragik* yang sering terjadi adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah adalah salah satu faktor hemodinamika kronis yang menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur atau kerusakan vascular. Perubahan struktur yang terjadi meliputi lapisan elastik eksternal dan lapisan adventisia yang membuat pembuluh darah menipis. Peningkatan tekanan darah yang mendadak dapat membuat pembuluh darah pecah.

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Stroke Haryono,R & utami ,M.P.S.(2021)

6. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis Menurut *Helty* 2023, Stroke sebagai berikut :

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

Manifestasi klinis stroke menurut Haryono, R & utami ,M.P.S.(2021).

- a. Kesulitan berbicara dan berkebingungan. Pasien yang mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata-kata dan / atau mengalami kesulitan memahami ucapan.
- b. Kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki. Penderita stroke bisa mengalami mati rasa tiba-tiba, kelemahan atau kelumpuhan diwajah, lengan atau kaki. Hal ini sering terjadi di satu sisi tubuh.
- c. Kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata. Penderita stroke akan mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan kabur atau hitam disatu atau kedua mata.

- d. Sakit kepala. Sakit kepala yang tiba-tiba dan parah, yang mungkin disertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, mungkin menunjukkan bahwa seseorang mengalami stroke.
- e. Kesulitan berjalan. Penderita stroke mungkin tersandung atau mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan, atau kehilangan koordinasi.

7. Komplikasi Stroke

Komplikasi menurut Kariasa, (2022) antara lain :

a. Edema otak

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

b. Pneumonia

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

c. Infeksi saluran kemih atau inkontinensia/ retensi urine

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

d. Kejang

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

e. Dekubitus

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

f. Kekakuan sendi (kontraktur) dan atrofi otot

Hal ini dikarenakan kurangnya pergerakan sendi dan immobilisasi pada pasien stroke

g. Depresi dan kecemasan

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

8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik Menurut Sari, R.H, (2021) ada beberapa tes yang perlu dilakukan untuk menentukan risiko, termasuk:

- a. Pemeriksaan fisik. Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui gejala apa yang dialami, kapan gejala mulai dirasakan, dan reaksi pasien terhadap gejala tersebut. Selain itu riwayat kesehatan, riwayat konsumsi obat-obatan, dan cedera juga perlu dicatat.

- b. Tes darah. Pasien harus menjalani serangkaian tes darah agar tim perawatan mengetahui seberapa cepat gumpalan darah berkembang, apakah gula darah tinggi atau rendah secara abnormal, apakah zat kimia darah tidak seimbang, atau apakah pasien mengalami infeksi.
- c. Pemeriksaan *CT scan (Computerized Tomography Scan)*. CT scan menggunakan serangkaian sinar-x untuk membuat gambar detail dari otak. CT scan dapat menunjukkan perdarahan, tumor, stroke, dan kondisi lainnya.
- d. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat untuk menciptakan tampilan rinci otak.
- e. USG karotis. Dalam tes ini, gelombang suara menciptakan gambar terperinci dari bagian dalam arteri karotid di leher. Tes ini menunjukkan penumpukan deposit lemak (plak) dan aliran darah di arteri carotid.
- f. Angiogram serebral. Dalam tes ini, dokter memasukan tabung tipis (kateter) tipis melalui sayatan kecil (biasanya di pangkal paha) melalui arteri utama dan ke arteri karotid atau vertebral.
- g. Ekokardiogram (EKG). Ekokardiogram menggunakan gelombang suara untuk membuat detail dari jantung ekokardiogram dapat menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan stroke.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Yulidirim, (2018) antara lain:

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) *Trombolitik (streptokinase)*
- 2) *Antikoagulan (heparin)*
- 3) *Hemorragik (pentoxyfilin)*
- 4) *Antagonis serotonin (noftidrofuryl)*
- 5) *Antagonis kalsium (nomodipin, piracetam)*

b. Penatalaksanaan perawat

Perawat merupakan salah satu tim medis yang merupakan peran penting dalam melakukan tindakan pengobatan pasien stroke ketika pasien membutuhkan perawatan pasca stroke. Tujuan dari perawatan pasca yaitu meningkatkan fungsional pasien yang dapat membantu dalam aktifitasnya menjadi pasien yang mandiri secepat mungkin. Untuk mencegahnya stroke pada kebutuhan holistic pasien dari pasien dan keluarga yang meliputi perawatan fisiknya. Keperawatan pasca stroke seperti dilakukannya mengkaji pasien dan kebutuhan pasien untuk menyediakan informasi dan memberi latihan untuk keluarga terkait bagaimana perawatan pasien saat dirumah, memberi cara bagaimana cara untuk memberikan nutrisi, manajemen latihan gerak pada anggota tubuh. Kemudian perawat juga memfasilitasi pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi dan mendapatkan dukungan yang terbaik pada pasien dan keluarga.

- c. Penatalaksanaan khusus/kompikasi
 - a. Atasi kejang (konvulsan)
 - b. Atasi dekompresi (kraniotomi)
 - c. Hipertensi
 - d. Hiperglikemia

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Pengumpulan Data

Pengkajian merupakan tahapan awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi maupun mengidentifikasi apa yang dihadapi pasien baik fisik, sosial, mental maupun spiritual dapat di tebtukan untuk mengetahui status pasien Nurhalima, Ratna Ningsi ,Yuli Mulyanti (2021). Dalam hal ini pengkajian meliputi:

1) Identitas klien

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

2) Keluhan utama

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

3) Data Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

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

b) Riwayat penyakit dahulu

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

c) Riwayat penyakit keluarga

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

4) Pengkajian perpola

a) Pola Persepsi Kesehatan

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

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Adanya keluhan sulit menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut, apakah sering mengonsumsi masakan yang mengandung garam, santan, goreng-gorengan, suka makan hati,

limpa, usus dan bagaimana nafsu makannya. apakah ada ketergantungan mengonsumsi minuman yang mengandung alkohol.

c) Pola Eliminasi

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

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensoria tau paralise/ hemiplegia, kesukaran untuk istirahat 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 Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan mudah 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, antagonis histamine.

j) Pola Penanggulangan Stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan 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 atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat di rangsang (*samnolen*), pasien acuh tak acuh terhadap lingkungan (*apati*), mengantuk yang dalam (*sopor*), *sopor coma*, hingga penurunan kesadaran (*coma*),

dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat keadaran latergi dan composmentis dengan GCS 13-15.

b) Tanda-tanda vital

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

c) Kepala

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

d) Mata

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

e) Hidung

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

f) Dada

Inspeksi : Bentuk simetris

Palapasi : Tidak adanya masa dan benjolan

Perkusi : Nyeri tidak ada bunyi jantung lup-dup

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

g) Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada pembesaran

Auskultasi : Bising usus agak lemah

Perkusi : Nyeri tekan tidak ada, nyeri perut tidak ada

h) Ekstremitas

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

Pengukuran kekuatan otot yaitu:

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

i) Pemeriksaan fungsi saraf kranialis

Fungsi saraf kranial

1) Nervus I (*Olfactorius*)

Biasanya pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

2) Nervus II (*Optikus*)

Biasanya pada pasien stroke tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaiannya.

3) Nervus III (*Okulomotori*)

Gerakan mata kontraksi pupil akomodasi

4) Nervus IV (*Toklearis*)

Biasanya pasien dapat melihat mengikuti arah tangan perawat.

5) Nervus V (*Trigeminus*)

Biasanya pasien dapat menyebut lokasi rangsangan nyeri

6) Nervus VI (*Abusen*)

Biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

7) Nervus VII (*Facialis*)

Padatung lokasi kelemahan. Pasien stroke saat mengembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergan

8) Nervus VIII (*Auditoris*)

Biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.

9) Nervus IX (*Glosfaringeus*)

Pada pasien stroke biasanya ovula terangkat simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah.

10) Nervus X (*Vagus*)

Pada pasien stroke biasanya mengalami gangguan menelan.

11) Nervus XI (*Assesorius*)

Pada pasien stroke biasanya tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu.

12) Nervus XII (*Hipoglosus*)

Pada pasien stroke biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.

j) Reflek patologis

1) Reflek hoffiman tromer

Tangan pasien ditumpu oleh tangan pemeriksa, kemudian ujung jari tangan pemeriksa yang lain disentilkan ke ujung jari tengah tangan penderita. Kita lihat respon jari tangan penderita, yaitu fleksi jari-jari yang lain, aduksi dari ibu jari. Reflek

positif bilateral bisa dijumpai pada 25 % orang normal, sedangkan unilateral Hoffmann indikasi untuk suatu lesi UMN.

2) Grasping reflek

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

3) Reflek palmomental

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

4) Mayer reflek

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

5) Reflek Babinski

Lakukan goresan pada telapak kaki dari arah tumit ke arah jari melalui sisi lateral, orang normal akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki penarikan tungkai. Pada lesi UMN maka akan timbul respon jempol kaki akan dorsofleksi, sedangkan jari-jari lain akan menyebar atau membuka.

6) Reflek chaddock

Lakukan goresan sepanjang tepi lateral punggung kaki di luar telapak kaki, dari tumit ke depan. Jika positif maka akan timbul reflek seperti Babinski.

7) Reflek rossolimo

Pukulkan hammer reflek pada dorsal kaki pada tulang cuboid. Reflek akan terjadi fleksi jari-jari kaki.

8) Reflek Mendel-Bacctrerew

Pukulan telapak kaki bagian depan akan memberikan respon fleksi jari-jari kaki.

b. Tabulasi data

Kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, lemah, kesulitan menggerakkan ekstremitas, nyeri kepala, pusing, kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran : mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan, Lemah, Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu.

c. Klasifikasi Data

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

Data obyektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, kesulitan mengerjakan ekstermitas, kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain, penurunan kesadaran, batuk sebelum menelan, tersedak, makanan, kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri. Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu.

d. Analisa Data

1) *Sign/symptom*

Data subyektif : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data obyektif : Penurunan Kesadaran, gelisah, tampak mengiris.

Masalah keperawatan : Embolisme

Problem : Resiko perfusi cerebral tidak efektif

2) *Sign/symptom*

Data subjektif : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

Data obyektif: Kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

Etiologi : Gangguan neuromuskuler

Masalah Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

3) *Sign/symptom*

Data subjektif : -

Data objektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

Etiologi : Penurunan sirkulasi serebral

Masalah keperawatan : Gangguan komunikasi verbal

4) *Sign/symptom*

Data subjektif : Mual, dan muntah,kesulitan menelan, nafsu makan menurun

Data objektif : Mual, dan muntah

Etiologi : Ketidakmampuan menelan makanan

Masalah keperawatan : defisit nutrisi

5) *Sign/symptom*

Data subjektif : mengeluh sulit menelan

Data objektif : batuk sebelum menelan,tersedak,makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan

Etiologi: Gangguan saraf kranial

Masalah keperawatan : Gangguan menelan

6) *Sign /symptom*

Data subjektif : Lemah

Data objektif : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri

Etiologi : Kelemahan, gangguan neuromuskuler

Masalah keperawatan : Defisit perawatan diri

7) *Sign/symptom*

Data subjektif : -

Data objektif: Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu

Etiologi : Gangguan penglihatan

Masalah keperawatan : Resiko jatuh

2. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

Diagnosa Keperawatan (SDKI DPP PPNI, 2018)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien stroke antara lain:

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme

yang di tandai dengan :

Data subjektif : Mengeluh sakit kepala, tampak meringis

Data objektif : Penurunan Kesadaran, gelisah

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

yang di tandai dengan :

Data subjektif : Kelemahan anggota gerak sebelah badan

Data objektif : Kelumpuhan sebagian badan, kesulitan menggerakkan ekstremitas.

- a. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi

serebral yang ditandai dengan :

Data subjektif : -

Data objektif : Bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi

- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan yang ditandai dengan :

Data subjektif : Mual, dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun

Data objektif : Mual dan muntah

- c. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial yang ditandai dengan:

Data subjektif : Mengeluh sulit menelan

Data objektif : Batuk sebelum menelan, tersedak, makanan tertinggal dirongga mulut, sulit mengunyah dan muntah sebelum menelan.

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

Data subjektif : lemah

Data objektif : Kelemahan, tidak mampu beraktivitas mandiri.

- e. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Data subjektif : -

Data objektif : Berdiri tidak seimbang, menggunakan alat bantu (tongkat)

3. Perencanaan Keperawatan (intervensi keperawatan) (SLKI.SIKI, 2018)

- a) Diagnosa 1 : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi

Kriteria hasil (SLKI 2018).

- 1) Tingkat kesadaran meningkat (5)
- 2) Tekanan intra kranial menurun (5)
- 3) Sakit kepala menurun (5)
- 4) Gelisah menurun (5)
- 5) Kecemasan menurun (5)
- 6) Nilai rata rata tekanan darah membaik (5)
- 7) Reflek saraf membaik (5)

Intervensi :

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial :

Obsevasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis.Lesi gangguan metabolisme, edema serebral)
- 2) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- 3) Monitor status pernapasan
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor cairan serebro -spinalis (mis: warna, konsistensi).

Terapeutik

- 6) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 7) Berikan posisi semi fowler
- 8) Hindari maneuver valsava
- 9) Cegah terjadinya kejang

- 10) Hindari penggunaan PEEP
- 11) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- 12) Atur ventilator agar PaCO optimal
- 13) Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

- 14) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, *jika perlu*
- 15) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, *jika perlu*
- 16) Kolaborasi pemberian pelunakan tinja, *jika perlu*

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

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

Kriteria Hasil (SLKI 2018).

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

Intervensi :

Dukungan mobilisasi:

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 4) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Terapeutik

- 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Mis pagar tempat tidur)
- 6) Fasilitasi melakukan pergerakan, *jika perlu*
- 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- 8) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - 9) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
 - 10) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk ditempat tidur ,duduk disisi tempat tidur,pindah dari temat tidur ke kursi).
- c) Diagnosa 3 : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

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

Kriteria hasil (SLKI 2018)

- 1) Kemampuan berbicara meningkat (5)
- 2) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat(5)

- 3) Pelo menurun (5)
- 4) Gagap menurun (5)
- 5) Respon perilaku (5)
- 6) Pemahaman komunikasi membaik (5)

Intervensi :

Promosi komunikasi defisit bicara :

Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori pendengaran, dan bahasa).
- 3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternative (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, computer)
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis.berdiri didepan pasien,dengarkan dengan saksama,tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus,bicarakan dengan perlahan sambil menghindari teriakan,gunakan komunikasi tertulis atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
- 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
- 4) Ulangi apa yang di sampaikan pasien

- 5) Berikan dukungan psikologis
- 6) Gunakan juru bicara, jika perlu

Edukasi

- 1) Anjurkan berbicara perlahan
- 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara

Kolaborasi

- 1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
- d) Diagnosa 4 : Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

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

Kriteria hasil (SLKI 2018)

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

Manajemen nutrisi:

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai

- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- 5) Identifikasi perlu nya penggunaan selang nasogastrik
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 9) Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu
- 10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.piramid makanan).
- 11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 12) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 13) Berikan suplemen makanan,jika perlu
- 14) Hentikan pemberian melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat di toleransi
- 15) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 16) Berikan suplemen makanan,jika perlu
- 17) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

- 18) Anjurkan posisi duduk,jika mampu
- 19) Ajarkan diet yang diprogram kan

Kolaborasi

- 20) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.pereda nyeri, *antlemetik*), jika perlu

21) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.

e) Diagnosa 5 : Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranial

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status menelan klien membaik .

Kriteria hasil (SLKI 2018)

- 1) Mempertahankan makanan di mulut meningkat (5)
- 2) Reflek menelan meningkat (5)
- 3) Kemampuan mengunyah meningkat (5)
- 4) Usaha menelan meningkat (5)
- 5) Frekuensi tersedak menurun (5)
- 6) Muntah menurun (5)

Intervensi :

Dukungan perawatan diri : makan/minum

- 1) Identifikasi diet yang dianjurkan
- 2) Monitor kemampuan menelan
- 3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu.

Terapeutik

- 4) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
- 5) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
- 6) Lakukan oral *hygiene* sebelum makan, jika perlu
- 7) Letakan makanan disisi mata yang sehat

- 8) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
- 9) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkat nafu makan
- 10) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
- 11) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian,jika perlu
- 12) Motivasi untuk makan diruang makan,jika tersedia.

Edukasi

- 13) Jelaskan posii makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis.sayur di jam 12 rendang di jam 3)

Kolaborasi

- 14) Kolaborasi pemberian obat (mis. *analgesik, antiemetik*), sesuai indikasi

- f) Diagnosa 6: Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan neuromuskuler

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

Kriteria hasil (SLKI 2018)

- 1) Kemampuan mandi meningkat (5)
- 2) Kemampuan menegnakan pakaian meningkat (5)
- 3) Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat (5)
- 4) Melakukan perawatab diri meningkat (5)
- 5) Mempertahankan kebersihan diri meningkat (5)

Intervensi :

Dukungan perawatan diri

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- 2) Monitor tingkat kemandirian
- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis.suasana hangat, rileks, privasi).
- 2) Siapkan keperluan pribadi (mis parfum sikat gigi dan sabun mandi)
- 3) Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan dan ketergantungan
- 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

g) Diagnosa 7 : Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status penglihatan klien membaik

Kriteria hasil (SLKI 2018).

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun (5)
- 2) Jatuh saat berjalan menurun (5)

- 3) Jatuh saat dipindahkan menurun (5)
- 4) Jatuh saat naik tangga menurun (5)
- 5) Jatuh saat di kamar mandi menurun (5)

Intervensi :

Pencegahan jatuh

- 1) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. gangguan penglihatan)
- 2) Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan insitusi
- 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)
- 4) Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. *fall morse scale*, *humpty, dumpty, scale*), jika perlu.
- 5) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

Terapeutik

- 6) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- 7) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- 8) Pasang handrail tempat tidur
- 9) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- 10) Tempatkan pasien resiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station.
- 11) Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, walker)
- 12) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

Edukasi

- 13) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- 14) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- 15) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
- 16) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.
- 17) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi Keperawatan Merupakan tahap pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahapan sebelumnya. Tahapan implementasi meliputi :

- a. Melaksanakan rencana keperawatan ke dalam tindakan (aktivitas)
- b. Sebelum mengimplementasikan intervensi :
 - 1) Pahami alasan melakukann intervensi, efek yang diharapkan dan bahaya yang mungkin timbul
 - 2) Menyediakan lingkungan yang kondusif
 - 3) Mempertimbangkan intervensi yang pelaksanaanya dapat digabung
- c. Mengumpulkan data yang terus menerus.
 - 1) Dokumentasi (tulisan)
 - 2) Komunikasi (lisan). Ifadah Erlin, dkk (20224).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan Evaluasi terus menerus dilakukan untuk menentukan efektifitas dari rencana keperawatan yang telah disusun, menentukan keberlanjutan rencana keperawatan, melakukan revisi rencana keperawatan atau menghentikan rencana keperawatan. Ifadah Erlin,dkk (20224).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien Tn A.R dengan diagnosa medis *stroke non hemoragic* di ruangan RPD III RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi pada pasien dengan Diagnosa medis Stroke di Rumah Sakit Umum Ende

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus yakni Tn A..R dengan diagnosa medis *stroke non hemoragic* di ruangan RPD III RSUD Ende.

C. Istilah (Defenisi Operasional Batasan)

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah yaitu Asuhan Keperawatan dan Stroke:

1. Asuhan Keperawatan adalah rangkaian proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. Stroke merupakan gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadi kematian jaringan di otak.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus telah dilaksanakan pada tanggal 16 - 18 Agustus 2024 di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.

E. Metoda/Prosedur Studi Kasus

Adapun tahapan prosedur studi kasus yaitu:

1. Penyusunan proposal dilakukan pada hari/tanggal 1 November 2023
2. Proposal di ACC pembimbing pada tanggal, 22 Mei 2024
3. Ujian proposal dilakukan pada tanggal, 27 Mei 2024
4. Mengajukan surat permohonan studi kasus pada Direktur RSUD Ende pada tanggal 8 Agustus 2024
5. Melakukan pendekatan dan memohon ijin kepada kepala ruangan penyakit dalam III RSUD Ende 8 Agustus 2024
6. Melakukan pendekatan pada pasien tanggal, 16 Agustus 2024, dan mulai melakukan studi kasus dimulai dari tanggal, 16-18 Agustus 2024 dengan meminta tanda tangan *informed consent*
7. Hasil studi kasus di ACC pada tanggal, 31 Agustus 2024
8. Ujian hasil dilakukan pada tanggal, 04 September 2024

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara telah dilakukan pada tanggal 16 – 18 Agustus 2024 pada pasien Tn.A.R dan keluarganya berkaitan dengan biodata, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pola-pola kesehatan dan perkembangan pasien selama penulis melakukan asuhan keperawatan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir. Observasi ini dilakukan dengan cara mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien. Pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter.

3. Studi Kasus

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

G. Instrument Pengumpulan Data

Instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian keperawatan medikal bedah.

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien baik melalui wawancara maupun pemeriksaan fisik.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien dirumah maupun dirumah sakit dan studi dokumentasi.

I. Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan.

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pendokumentasian. Data tersebut ditulis dalam catatan yang terstruktur. Pengumpulan data diperoleh dengan melakukan pengkajian setelah itu menetapkan diagnosis keperawatan, melakukan perencanaan keperawatan untuk mengatasi masalah yang timbul, melakukan tindakan keperawatan serta mengevaluasi setiap tindakan keperawatan. Retnaningsih (2023).

2. Mereduksi Data

Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif. Data tersebut dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dengan tabel, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan klien terjamin dengan mengaburkan identitas klien.

4. Kesimpulan

Setelah data disajikan, data akan dibahas serta dibandingkan dengan teori dan hasil penelitian terdahulu. Penarikan kesimpulan terkait pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi kegiatan.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus yang dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 3 ruangan perawatan dalam 19 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang gudang, 1 ruang pantry, memiliki 16 orang perawat, 1 orang admin dan 2 orang cleaning service.

2. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada Tn.A.R pada tanggal 16 Agustus 2024. Klien berinisial Tn A.R, usia 61 tahun, klien beragama khatolik, status klien sudah menikah, pendidikan terakhir klien SMP, pekerjaan petani, klien tinggal di nangapenda. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 12 Agustus 2024 dengan diagnosa medis stroke Non Hemoragik (SNH). Penanggung jawab klien Tn A.R usia 27 Tahun yang merupakan anak kandung dari klien.

b. Status kesehatan

1) Status kesehatan saat ini

a) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh pusing lemah, tidak bisa bicara, kaki tangan kiri terasa kaku

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga klien mengatakan klien pada tanggal 12 Agustus 2024 jam 23.40 klien mengeluh pusing, lemah, kelemahan anggota gerak tangan dan kaki sebelah kiri terasa kaku, pada saat jam 00.00 pasien tiba-tiba jatuh dan tidak sadarkan diri.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan pasien lemah, pusing, tidak bisa bicara (*afasia*), kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan (*hemiparese dextra*) setelah pasien jatuh dan tidak sadarkan diri pada tanggal 12 Agustus 2024 pukul 00.00 wita sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke Puskesmas Nangapenda. Tiba di Puskesmas pada pukul 00:10 Wita pasien langsung dilakukan pemeriksaan, dan kemudian pasien dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pada pukul 02:25 dari IGD dipindahkan ke ICU untuk dilakukan perawatan intensif lanjutan pasien dirawat di ICU selama 3 hari, sebelum dipindahkan ke Ruang RPD III untuk dilakukan perawatan dan pemulihan.

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan upaya yang dilakukan yaitu pasien langsung diantar ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan

2) Status Kesehatan Lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pernah menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu di tahun 2019.

b) Pernah dirawat

Keluarga pasien mengatakan pasien pada tahun 2019 masuk rumah sakit dengan SNH, kemudian pada tahun 2023 pasien masuk kembali dengan SNH juga dan pada tahun.

c) Alergi

Keluarga pasien mengatakan tidak ada alergi makanan atau minuman maupun obat-obatan.

d) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll).

Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya minum kopi dan sering mengonsumsi alkohol. Tetapi pada saat pasien masuk rumah sakit pertama kali pada bulan Agustus 2023 lalu pasien sudah tidak mengonsumsi alkohol lagi.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti pasien.

4) Diagnosa Medis dan Therapy yang didapat sebelumnya

Keluarga klien mengatakan klien mendapatkan obat captopril dan obat amlodipine karena pasien memiliki penyakit hipertensi.

3. Pola kebutuhan Dasar

a. Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: Keluarga pasien mengatakan kesehatan nya sangat penting kebersihan dan lingkungan rumah selalu diperhatikan pasien, dan keluarga pasien mengatakan pasien mengetahui bahwa pasien mengalami penyakit hipertensi apabila sakit selalu berobat ke Puskesmas Nangapenda

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama masa perawatan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan sesuai anjuran Dokter seperti obat captopril, amlodipine.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering mengkonsumsi makanan yang berminyak, berlemak, santan dan yang manis sehari pasien makan 3X sehari dengan jenis makanan nasi sayur ikan dan biasanya makan daging, minum biasanya 8-9 gelas jenis minuman lain hanya kopi tetapi kopi sering di minum hanya pada pagi hari saja.

Keadaan saat ini: Pasien makan 2x sehari dan makanan yang dikonsumsi adalah makanan yang dibagikan dari rumah sakit dengan diet bubur saring Rendah Garam dan Rendah Lemak (RGRL), 1 porsi makan dihabiskan.

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: pasien terpasang *dower cateter*, frekuensi BAK 4-5 kali sehari warna kuning, berbau khas urine

d. Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan bekerja sebagai petani. Pasien tidak pernah mengalami sesak napas, nyeri dada ataupun keluhan leher tegang Semua aktivitas dilakukan secara mandiri. Keadaan saat ini: pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga karena kelemahan di sisi tubuh kiri (*hemiparese de* (amoniak)).

e. Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 21.00 - 05.00 sedangkan tidur siang \pm 1 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini : Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur karena cegukan dan suara bisingan dari keluarga pasien yang lain. Pada

siang hari pasien tidur kurang lebih satu jam saja pada malam hari
pasien tidur di jam 21:00

f. Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Gambaran diri : Pasien mengatakan ia menyukai seluruh bagian tubuhnya, kecuali bagian kaki dan tangannya sebelah kiri yang sulit untuk digerakan.

Harga diri : Klien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar

Ideal diri : Klien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga dan mau melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri : Klien mengatakan ia berperan sebagai kepala keluarga/yang mencari nafkah.

Identitas diri : Klien mengatakan ia adalah seorang pria berumur 61 tahun, dan merupakan seorang suami dan bapak dari 1 orang anaknya.

g. Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: Keluargamengatakan sebelum sakit 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.

h. Pola Sistem Reproduksi : Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien.

Pasien telah menikah dan mempunyai 1 oran anak

i. Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada isrti dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini : Pasien berharap cepat sembuh dari penyakitnya.

j. Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: Keluarga mengatakan pasien beragama islam, rajin dan rajin sholat.

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

4. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum : Pasien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon *eye* 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (orientasi baik) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).

Tanda-tanda vital: TD: 170/100 mmHg, Nadi: 60x/m, suhu: 36,8 °C, RR: 24 x/m SPO₂: 95%.Berat badan 50kg, tinggi badan 160 cm.IMT 19,53.

2. Pengkajian fisik

Kepala : Bentuk simetris rambut tampak bersih dan beruban, tidak ada nyeri tekan. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan kabur. Telinga: Tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung: Bentuk simetris, tidak ada sekret,

terpasang oksigen nasal canule 3 liter per menit (lpm). Mulut: mukosa bibir tampak kering, pasien belum bisa bicara, lidah: tidak mampu digerakan kedepan, kekiri dan ke kanan, leher: tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Dada: inspeksi : bentuk dada simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi: tidak ada suara napas tambahan. Jantung: auskultasi: bunyi jantung I & II reguler, Abdomen : palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : peristaltik usus 15x/m, pemeriksaan genetalia tidak dilakukan, terpasang *dower catheter* no 16 Fr Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas: tangan kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser lengan bagian kanan tetapi tidak mampu mengangkatnya (penilaian tonus otot 2). Tangan kiri tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan (penilaian tonus otot 5), *Capillary Refill Time* (CRT) ≤ 3 detik. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit. Ekstremitas bawah : kaki kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser tetapi tidak mampu mengangkatnya (penilaian tonus otot 2), tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap. Kaki kiri tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan (penilaian tonus otot).

Nilai kekuatan otot

4	2
4	2

3. Pemeriksaan Saraf Kranial

1) Nervus I Olfaktorius

Fungsi penciuman pasien baik, pasien mampu mencium bau aroma minyak kayu putih.

2) Nervus II Optikus

Meminta pasien menutup salah satu matanya lalu menanyakan pasien berapa angka yang ditunjukkan perawat jarak klien dan perawat sekitar 6 meter. Pasien tidak mampu melihat angka yang ditunjukkan pada pasien

3) Nervus III Okulomotorik

Dilatasi pupil, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.

4) Nervus IV Toklearis

Pasien mampu mengikuti arah benda yang digerakan perawat baik ke atas, bawah, ke kiri maupun ke kanan.

5) Nervus V Trigeminus

Pasien dapat membedakan benda yang halus dan tajam. Meminta pasien untuk menutup mata dan perawat memberikan rangsangan pada area wajah dengan menggunakan kapas dan tusuk gigi.

6) Nervus VI Abdusen

Klien dapat mengikuti arah benda yang dijauhkan perawat ataupun yang didekatkan perawat.

7) Nervus Fasialis

Otot pada kelopak mata pasien cukup kuat.

8) Nervus VIII Auditorius

Pendengannya pasien normal. pasien mendengar suara gesekan tangan perawat.

9) Nervus IX Glosfaringeus

Meminta klien untuk minum air (tidak ada kesulitan saat meminum air), dan reflek muntah pada klien baik

10) Nervus X Vagus

Meminta pasien untuk mengangkat mulutnya dan mencoba untuk mengucapkan AH, dan kemudian pasien membuka mulutnya dan mengucapkan AH, dan otot-otot palatal bekerja dengan baik, dan juga tidak ada gangguan pada saat menelan makanan

11) Nervus XI Assesorius

Ekstermitas kiri atas dan ekstermitas kiri bawah lemah saat bergerak penuh, ekstermitas kanan atas dan bawah dapat bergerak seperti biasa.

12) Nervus XII Hipoglosus

Pasien tidak mampu menggerakkan lidah ke kiri dan kekanan dan tidak mampu menjulurkan lidah.

4. Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	4,5	$10^3/HL$	4.0 - 10.0
LYM	1.1 s	$10^3/HL$	0.8 - 4.0
MID	0.2 s	$10^3/HL$	0.1 - 1.5
GRA	3.2 s	$10^3/HL$	2.0 - 7.0
LYM%	23.6 s	%	20.0 - 40.0
MID%	5.1 s	%	3.0 - 15.0

GRA %	71.3 sH	%	50.0 - 70.0
RBC	4,42	10 ⁶ /HL	4.00 - 5.00
HBG	12,9 L	g/dL	14.0 - 16.0
HCT	39.1 L	%	40.0 - 54.0
MCV	88.4	fL	80.0 - 100.0
MCH	29.2	Pg	27.0 - 34.0
MCHC	33.0	G/dL	32.0 - 36.0
RDW	12.9	%	11.0 - 16.0
PLT	78 L	10 ³ /HL	150 - 400
MPV	9.9	fL	6.5 - 12.0

5. Terapi

Citicolin 2 x 500 mg/iv (untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala) Mecobalamin 2 x 500 mg/iv (untuk neuropati perifer kerusakan saraf perifer).

Amlodipine 1x 10 mg/oral (untuk menurunkan tekanan darah tinggi)

Paracetamol 3 x 1 gr/iv (untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam)

6. Tabulasi Data

Keluarga mengatakan pasien merasa lemah, pusing, tidak bisa bicara Kaki dan tangan kiri mengalami kelemahan sejak tanggal 12 Agustus lalu 2024 jam 00:00 pasien mengalami penurunan kesadaran di bawah ke Puskesmas, lalu dirujuk ke RSUD Ende dan kemudian pasien dirawat di ICU selama 3 hari. Pada saat dikaji tangan dan kaki bagian kiri pasien menalami kelemahan, pasien masih merasa pusing, klien tidak ada pantangan makanan minuman maupun obat obatan, nafsu makan klien menurun, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, klien tampak lemah, rambut kering ada uban, kulit tampak kering, tidak mampu menjulurkan

lidah kekiri dan kekanan klien nampak sering cegukan, mukosa bibir kering, terpasang infus di tangan sebelah kiri. kesadaran *composmentis* GCS 15 (E:4, M:6, V:4), TD: 170/100 mmHg, Nadi: 60x/m, suhu: 36,8°C, RR: 24 x/m SPO₂: 95%. semua aktifitas dibantu keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting. Penilaian tonus otot 2 (tangan dan kaki kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser tetapi tidak mampu mengangkatnya).

7. Klasifikasi Data

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

Data subjektif: Keluarga mengatakan pasien merasa lemah, pusing, tidak bisa bicara, kaki dan tangan kiri mengalami kelemahan.

Data objektif: Keadaan umum lemah, kesadaran *composmentis*, GCS 15 (E:4 V:5 M:6), semua aktifitas dibantu keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting. mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, klien tampak lemah, tampak meringis, gigi sedikit bewarna kuning, rambut kering ada uban, kulit tampak kering, klien nampak sering cegukan, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, klien tampak lemah, tampak meringis, gigi sedikit bewarna kuning, tidak mampu menjulurkan lidah kedepan, kekiri dan kekanan, rambut kering, kulit tampak kering, klien terpasang infus di tangan sebelah

kiri. Di tangan sebelah kiri. Kekuatan otot menurun di ekstermitas kiri atas dan bawah. Kekuatan otot tangan kiri nilai 2, kaki kiri nilai 2, tangan dan kaki kanan nilai 4, TD: 170/100 mmHg, Nadi: 60x/m, suhu: 36,8 °c, RR: 24 x/m SPO₂: 95%.

8. Analisa Data

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

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	Data subjektif: keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri terasa kaku (bisa digeser atau digerakan tetapi tidak bisa mengangkat tangan dan kaki nya). Data objektif: kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 2, kaki kiri nilai 2, tangan kanan dan kaki kanan nilai 4. semua aktifitas dibantu keluarga. Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi:60x/m, suhu:36,8 ⁰ c, RR: 24 x/m SPO ₂ : 95%.	Gangguan neuromuskuler.	Gangguan mobilitas fisik.
2.	Data subjektif: pasien merasa pusing dan lemah Data objektif: klien tampak lemah Kesadaran composmentis GCS 15 tanda tanda vital Tekanan darah 170/100 mmHg Nadi:60x/m, suhu:36,8 ⁰ c, RR: 24 x/m SPO ₂ : 95%,	Hipertensi,	Resiko perfusi serebral tidak efektif
3.	Data sybjektif :keluarga mengatkan pasien susah untuk tidur. Pada siang hari pasien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di malam hari pasien tidur tidak nyenyak karena cegukan dan suara bisingan dari keluarga pasien	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

yang lain			
Data objektif : keadaan lemah kesadaran composmentis TTV			
Tekanan darah 170/100mmHg,			
Nadi:60x/m, suhu:36,8 ⁰ c, RR: 24			
x/m SPO ₂ : 95%,			
4.	Data subjektif: keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa bicara	Penurunan sirkulasi verbal	Gangguan komunikasi verbal
Data objektif: Pasien belum bisa bicara, pada pemeriksaan nervus XII Hipoglossus pasien tidak mampu menjulurkan lidah ke depan kiri dan kanan,lemah tanda tanda vital			
Tekanan darah 170/100 mmHg,			
Nadi:60x/m, suhu:36,8 ⁰ c, RR: 24			
x/m SPO ₂ : 95%,			

9. Diagnosa Keperawatan

1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, yang ditandai dengan :

Data subjektif: Keluarga pasien mengatakan kaki dan tangan kiri terasa kaku (bisa digeser atau digerakan tetapi tidak bisa mengangkat tangan dan kaki nya).

Data objektif: Kekuatan otot menurun tangan kiri nilai 2, kaki kiri nilai 2, tangan kanan dan kaki kanan nilai 4. semua aktifitas dibantu keluarga. Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi:60x/m, suhu: 36,8⁰C, RR: 24 x/m SPO₂: 95%.

2) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia, yang ditandai dengan :

Data subjektif: Pasien merasa pusing dan lemah

Data objektif: Klien tampak lemah Kesadaran composmentis
GCS15 tanda tanda vital Tekanan darah 170/100
mmHg, Nadi:60x/m, suhu: 36,8⁰C, RR: 24 x/m
SPO₂: 95%,

- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan,
yang ditandai dengan

Data subjektif: Keluarga mengatakan pasien susah untuk tidur. Pada
siang hari pasien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan
dimalam hari pasien tidur tidak nyenyak karena
cegukan dan suara bisingan dari keluarga pasien
yang lain.

Data objektif: Keadaan lemah kesadaran composmentis TTV
Tekanan darah 170/100mmHg, Nadi:60x/m, suhu:
36,8⁰C, RR: 24 x/m, SPO₂: 95%,

- 4) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan
sirkulasi serebral, yang ditandai dengan :

Data subyektif: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa
bicara.

Data objektif : Pasien belum bisa bicara, pada pemeriksaan
nerus pasien tidak mampu menjulurkan lidah ke
depan kiri dan kanan, lemah tanda tanda vital
Tekanan darah 170/100 mmHg, Nadi:60x/m,
suhu:36,8⁰C, RR: 24 x/m SPO₂: 95%,

10. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang ditemukan dan disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah tersebut yaitu prioritas utama yang mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, sedangkan Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Prioritas Masalah:

- 1) Gangguan Mobilitas Fisik
- 2) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- 3) Gangguan pola tidur
- 4) Gangguan Komunikasi Verbal

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan sebagai berikut:

- 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ditandai dengan DS : Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri mengalami terasa berat dan lemas, klien sulit untuk melakukan aktivitas. DO : Klien tampak lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, kekuatan otot menurun. Aktivitas dibantu oleh keluarga. TTV= TD: 170/100 mmHg, S: 36,8°C, N:60x/mnt, RR:24x/mnt, SPO₂: 95%. **Tujuan/kriteria hasil:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

pergerakan ekstermitas meningkat (5), kekuatan otot meningkat (5), rentang gerak (ROM) meningkat (5), nyeri menurun (5), kaku sendi menurun (5).

Intervensi Keperawatan

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Rasional : Mengetahui keluhan lain klien dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan. 2). Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Rasional: Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan memberi informasi tentang pemulihan. 3). Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Rasional: Mengetahui kondisi kesehatan klien. 4). Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, Rasional : Mencegah terjadinya cedera klien. 5). Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan, Rasional : Keluarga dapat secara mandiri membantu pasien melakukan latihan pergerakan. 6). Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
- 2) Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan aterosklerosis aorta ditandai dengan DS : keluarga klien mengatakan tangan dan kaki klien susah untuk digerakan, klien juga mengeluh pusing dan mulut mencong ke kiri. DO : keadaan lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, tangan dan kaki sebelah kiri susah digerakan. TTV= TD:140/60 mmHg, S: 36,5°C. N:70x/mnt, RR:

20x/mnt, SPO₂: 97%, terpasang infus NaCl 20 tpm pada ekstermitas kiri. **Tujuan/kriteria hasil:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat(5), tekanan intra kranial menurun(5), sakit kepala menurun(5), gelisah menurun(5).

Intervensi Keperawatan

1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Rasional: Mengetahui penyebab TIK dan segera melakukan tindakan yang tepat.
 - 2). Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Rasional : Mengetahui keadaan umum klien dan untuk menentukan tindakan selanjutnya.
 - 3). Berikan posisi semi fowler, Rasional: Meningkatkan ekspansi paru dan memudahkan pernapasan.
 - 4). Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Rasional : Dengan lingkungan yang nyaman akan merasakan rileks dan tenang.
 - 5). Pertahankan suhu tubuh normal, Rasional : Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal.
- 3) Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan Data Subjektif: keluarga mengatakan pasien susah untuk tidur. Pada siang hari pasien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di malam hari pasien tidur tidak nyenyak

karena cegukan dan suara bisingan dari keluarga pasien yang lain.

Data Objektif: keadaan lemah kesadaran composmentis TTV

Tekanan darah 170/100mmHg, Nadi:60x/m, suhu: 36,8⁰C, RR: 24

x/m SPO₂: 95%,**Tujuan kriteria hasil:** setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal

meningkat Kriteria hasil: kemampuan berbicara meningkat (5),

kemampuan mendengar meningkat (5), kesesuaian ekspresi wajah

tubuh meningkat (5), pelo menurun (5).

Intervensi keperawatan

1.) Monitor kecepatan, penekanan, kuantitas, volume, diksi bicara

Rasional: Mengetahui gangguan komunikasi verbal pada pasien. 2).

Monitor proses kognitif anatomis dan fisiologis yang berkaitan

dengan bicara (mis memori, pendengaran dan bahasa) Rasional:

mengetahu adanya factor penyebab yang lain yang dapat

mengganggu proses kognitif. 3). Identifikasi perilaku marah,

depresi, atau hal yang mengganggu bicara.Rasional: emosi dapat

menjadi salah satu indicator penyebab terjadinya gangguan bicara.

4). Anjurkan bicara perlahan perlahan. Rasional: mengetahui

indikator adanya gangguan bicara.

4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

ditandai dengan DS : Keluarga klien mengatakan klien susah untuk

tidur. Pada siang hari klien tidur kurang lebih 1 jam saja, dan di

malam hari klien tidur tidak nyenyak karena cegukan dan suara

bisingan dan keluarga pasien yang lain . DO : Keadaan lemah, kesadaran somnolen, konjungtiva anemis, klien tampak sering menguap, ada lingkaran hitam di mata (mata panda), klien juga tampak sering cegukan dan sesak nafas. TTV= TD: 170/60 mmHg, S:36,8°C, N:70x/mnt, RR:24x/mnt, SPO2:95%. **Tujuan/kriteria hasil** : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun(5).

Intervensi Keperawatan

1) Identifikasi faktor pengganggu tidur, Rasional : Mengetahui hal apa yang menyebabkan pola tidur terganggu. 2). Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan), Rasional: Lingkungan yang baik, aman, dan tenang dapat menambah kualitas tidur yang baik. 3). Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit, Rasional: Menambah energy untuk mempercepat proses penyembuhan.

11. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari jumad, 16 Agustus 2024

Diagnosa Keperawatan I

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular. Jam 09.40 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 170/60 mmHg, S:36,8°C, N:60x/mnt, RR:24x/mnt, SPO₂: 95%. Jam

09.45 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil :
Klien tampak tidak bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya. Jam
09.50 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dengan
memasang pengaman tempat tidur klien, hasil : memasang pagar tempat
tidur agar klien tidak jatuh. Jam 09.55 Melatih gerakan otot klien yang
kaku, hasil : klien mampu melakukan tindakan yang di ajarkan. Jam
10.10 Mengukur kekuatan otot :

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.30 Mengkaji tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan
Intracranial) : pasien mengeluh pusing tidak disertai sakit kepala. Jam
07.45 Memonitor tanda-tanda vital : TD: 140/70 mmHg, Nadi: 60x/m,
suhu: 36,8⁰C, RR: 24 x/m, SPO₂: 95%, MAP (*Mean Arteri Pressure*):
93 mmHg. Jam 08.00 Melayani injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv,
citicolin 500 mg/iv, paracetamol infus 1 gr/iv, Jam 09.20 Memberikan
posisi head up 30⁰ jam 09.30 Menganjurkan pasien untuk diet rendah
garam dan rendah lemak (mengomsumsi makanan segar seperti buah
buahan,sayur,mengurangi asupan garam dapur misalnya: dengan
menggunakan garam beryodium (30-80 ppm) tidak lebih dari satu
senduk tehperhari, megganti rasa tawar dengan bumbu bumbu yang
sedikit atau tidak mengandung garam seperti: bawang merah, bawang
putih,jahe,kencur). Jam 12.00 Melayani diet bubur saring (latihan
makan peroral sambil mengobservasi refleks menelan): refleks menelan
baik tanpa batuk atau tersedak jam 13.00 Melayani amlodipine 10 mg.

Diagnosa Keperawatan III

Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 140/60 mmHg, S: 36,5°C, N: 70x/mnt, RR: 20x/mnt, SPO₂: 97%. Jam 08.30 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil : klien mengatakan sulit tidur dikarenakan cegukan dan sesak nafas. 09.20 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi keluarga atau pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat.

Diagnosa keperawatan IV

Jam 10.00 Mengkaji kecepatan, penekanan, kuantitas, volume serta diksi bicara: pasien tampak memahami apa yang dibicarakan perawat hanya sulit untuk mengekspresikan dalam bentuk bahasa atau kata-kata jam 10.25 Mengajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A, I, U, E, O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 10.40 Menganjurkan keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien : keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada pasien dengan selalu ada saat pasien butuh. Jam 10.50 Menganjurkan pasien untuk selalu latihan berbicara secara perlahan.

Tindakan keperawatan dilakukan Pada hari jumat, 17 Agustus 2024

Diagnosa Keperawatan I

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan

neuromuscular. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 170/80 mmHg, S:36,8°C, N:60x/mnt, RR:24x/mnt, SPO₂: 95%. Jam 08.45 Mengidentifikasi adanya nyeri tekan, hasil : Klien mengatakan tidak ada nyeri saat di tekan di ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Jam 09.00 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil : klien tidak bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya. Jam 09.30 Memfasilitasi melakukan pergerakan rom, hasil : klien mau mengikuti perawat untuk melakukan rom pasif pada kedua tangan dan kakinya. Jam 09.40 Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan, hasil : Keluarga klien selalu membantu klien dalam makan/minum dan berpindah. Jam 10.00 mengajarkan dan membantu dalam melakukan mobilisasi sederhana, hasil : klien mau dan mampu melakukan pergerakan untuk memiringkan badannya ke kiri, namun klien masih mengalami kesulitan untuk memiringkan badannya ke kanan.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.45 Mengkaji tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien merasa lemah dan pusing. Jam 07.50 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 150/100 mmHg, Nadi : 62x/m, suhu : 36,00 °C, RR : 24 x/m, SPO₂ : 96%. mmHg, MAP: 116 mmHg. Jam 08.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 500 mg/iv, Jam 08.10 Mengingatkan keluarga untuk selalu mengatur posisi tidur pasien dengan posisi head up 30°C jam 08.30 Mengingatkan kembali pasien

untuk selalu diet rendah garam dan rendah lemak mengomsumsi makanan segar seperti buah buahan,sayur,mengurangi asupan garam dapur misalnya: dengan menggunakan garam beryodium(30-80 ppm) tidak lebih dari satu sendok tehperhari,megganti rasa tawar dengan bumbu bumbu yang sedikit atau tidak mengandung garam seperti: bawang merah, bawang putih, jahe, kencur). Jam 12.00 Melayani diet bubur saring (latihan makan peroral sambil mengobservasi refleks menelan): refleks menelan baik tanpa batuk atau tersedak jam 12.20 Melayani amlodipine 10 mg.

Diagnosa Keperawatan III

Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Jam 08.00 Mengukur Vital Sign Klien, hasil : TD: 160/80 mmHg, S: 36,3°C, N: 87x/mnt, RR: 22x/mnt, SPO₂: 99%. Jam 11.20 Memodifikasi lingkungan dengan cara membatasi pengunjung agar klien dapat beristirahat. Jam 11.30 Memberitahu pada klien dan keluarga tentang pentingnya tidur yang cukup untuk kesehatannya, hasil : klien dan keluarga mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat tentang pentingnya tidur dan klien sudah mulai tidur cukup lama.

Diagnosa keperawatan IV

Jam 09.40 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak belum bisa berbicara jam 11.25 Mengingatkan kembali pasien untuk selalu latihan menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 10.00

Mengingatkan kembali keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien, salah satunya dengan mendampingi pasien selama masa perawatan juga memenuhi segala kebutuhan selama masa perawatan: keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada pasien dengan selalu ada saat pasien butuh.

12. Evaluasi Keperawatan

Hari Sabtu, 16 Agustus 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

Gangguan mobilitas fisik

S: Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri mengalami kelemahan dan terasa berat, terasa lemah dan berat aktivitasnya dibantu oleh keluarga. O: Keadaan lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, pasien sudah bisa memiringkan badannya ke kanan dengan bantuan keluarga. TTV: TD: 140/80 mmHg, S: 36,2°C, N: 65x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO₂: 97%. A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan no 1-5

Diagnosa Keperawatan II

DS: pasien merasa lemah dan pusing tidak disertai sakit kepala, DO: pasien tampak lemah TD : 140/70 mmHg, A: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3 dan 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Berikan posisi head up 30°C 4. Penatalaksanaan terapi antiplatelet,

aktivator serebral dan vasodilator perifer, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan III

S: Pasien mengatakan masih sulit untuk tidur nyenyak karena terus menerus cegukan O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, pasien masih sering menguap terus. TTV: TD: 150/80 mmHg, S: 36,2°C, N: 85x/mnt, RR: 23x/mnt, SPO₂: 99%. A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan IV

DS: keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara hanya bisa mengerti apa yang disampaikan DO: afasia motorik. A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1 dan 2.

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

Hari Sabtu , Tanggal 17 Agustus 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

S: Klien mengatakan tangan dan kaki kirinya sudah mulai bisa dia angkat tetapi masi berat. O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, tampak meringis, aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga. TTV = TD: 150/60 mmHg, S: 36°C, N: 88x/mnt, SPO₂: 97%, RR: 20x/mnt, terpasang infuse NaCl 20 tpm di tangan kiri dan 02 nasal

kanul 3 lpm. A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P:
Intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan II

S: pasien merasa lemah dan pusing O: pasien tampak lemah, TD:
150/100 mmHg, A: Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi 1, 2,3 dan 4. Monitor tanda dan gejala
peningkatan TIK, Monitor tanda-tanda vital, Berikan posisi head up
30⁰. Penatalaksanaan terapi antiplatelet, aktivator serebral dan
vasodilator perifer, nootropik dan neurotropik

Diagnosa Keperawatan III

S: Pasien mengatakan ia tidak bisa tidur karena cegukan dan terdengar
suara bising dari keluarga pasien yang lain. O: Keadaan umum lemah,
kesadaran composmetis, TD: 150/60 mmHg, S: 36°C, N : 88x/mnt,
SPO₂: 97%, RR: 20x/mnt. A : Masalah gangguan pola tidur belum
teratasi 4h7o. P: Intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan IV

DS: keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara hanya bisa mengerti
tapi tidak bisa mengekspresikan dalam bentuk bahasa atau kata DO:
afasia motoric. 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.

13. Catatan Perkembangan

Minggu, 18 agustus 2024 sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

S: Klien mengatakan tangan kiri dan kaki kirinya sudah mulai bisa angkat sedikit-sedikit. O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tangan dan kaki kiri klien sudah bisa di gerakan secara bertahap. TD: 140/70mmHg, S: 36,4°C, N: 76x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO₂: 98%. A: Masalah gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. I: Jam 08.40 Mengidentifikasi adanya nyeri tekan, hasil : pasien mengatakan tidak ada nyeri saat di tekan di kepala, ekstermitas atas dan bawah. Jam 09.40 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, hasil: klien sedikit-sedikit sudah bisa menggerakkan tangan kiri dan kaki kirinya. Jam 10.00 Memfasilitasi melakukan pergerakan rom, hasil: klien mau mengikuti perawat untuk melakukan rom pasif pada kedua tangan dan kakinya, tangan kiri dan kaki kiri klien sudah bisa di gerakan sedikit-sedikit. Jam 10.30 Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga untuk sering melakukan pergerakan room 2x sehari agar otot-otot klien tidak kaku. Jam 10.35 Mengedukasi kepada pasien dan keluarga untuk tetap menjaga pola hidup sehat seperti tidak mengkonsumsi alkohol, tidak merokok, menjaga pola makan, sering berolahraga. E: Jam 14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan tangan dan kaki kirinya sudah mulai bisa digerakan, aktivitasnya masih

dibantu oleh keluarga. TD:140/80mmHg, S: 36,3°C, N: 75x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO₂: 97%. Masalah sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

Diagnosa Keperawatan II

S: pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang O: TD 120/80 mmHg, A: masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P : intervensi dipertahankan. I: Jam 07.40 Mengkaji tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien mengatakan lemah dan pusing berkurang. Jam 07.45 Memonitor tanda-tanda vital : TD : 140/80 mmHg, Nadi : 64x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SPO₂ : 98%. mmHg. Jam 08.00 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, paracetamol infus 1 gr/iv jam 12.00 Melayani diet lunak rendah garam dan rendah lemak jam 12.20 Melayani obat oral aspilet 80 mg + amlodipine 10 mg E: jam 14:00 Keluarga mengatakan lemah dan pusing yang dirasakan pasien sudah berkurang berkurang, TD: 130/80 mmHg, Nadi : 64x/m, suhu : 36,5 °c, RR : 24 x/m, SPO₂ : 98%,

Diagnosa Keperawatan III

S: Klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, cegukan sudah berkurang. O: Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, klien tidak lagi terpasang O₂ nasal kanul, cegukan pada klien sudah berkurang. TD: 130/80mmHg, S:36,5°C, N:64x/mnt, RR: 24x/mnt, SpO₂: 98%. A: Masalah gangguan pola tidur teratasi. P: Intervensi

dilanjutkan. I: Jam 11.00 Membatasi pengunjung untuk tidak terlalu banyak dalam ruangan agar klien dapat beristirahat. Jam 11.10 Memberitahu kepada klien tentang pentingnya tidur. Jam 11.20 Menyampaikan kepada keluarga tidak bicara dengan klien saat tidur. E: 14.00 Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak. Masalah teratasi. Intervensi dihentikan.

Diagnosa Keperawatan IV

S : keluarga mengatakan pasien belum bisa bicara hanya mengerti yang diucapkan tetapi tidak mampu mengucapkan dalam bentuk bahasa atau kata-kata.O: afasia motorik A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi P: intervensi dipertahankan I: Jam 10.00 Mengkaji kemampuan bahasa pasien jam 10.15 Mengingatkan kembali pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 11.40 Mengingatkan pasien untuk berbicara secara perlahan E: jam 14.00 pasien tampak tidak bisa berbicara (afasia motorik)

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Hemoragik menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. A.R di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

1. Pengkajian

Menurut Rudi Haryono (2021) manifestasi klinis *stroke non haemorrhagic* adalah kesulitan berbicara dan kebingungan, kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan dan kaki, pandangan kabur atau hitam di satu atau dua mata, sakit kepala dan tiba-tiba dan parah, yang mungkin disertai dengan muntah, pusing atau perubahan kesadaran, kesulitan berjalan, mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan atau kehilangan koordinasi.

Hasil pengkajian merupakan proses pengumpulan informasi baik subjektif maupun objektif (mis. tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik kasus pasien Tn. A. R ditemukan keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh kelemahan anggota gerak bagian kiri, pusing, dan tidak bisa bicara. Penilaian tonus otot 2 TTV= TD: 170/100mmHg, S: 36,8°C, N: 70x/mnt, RR: 24x/mnt, SPO₂ : 95%, BB 50kg, TB:160 cm.

Keluhan pasien seperti pusing, tidak bisa bicara (*afasia*), kaki dan tangan kiri mengalami kelemahan disebabkan adanya penyumbatan pada pembuluh darah di otak dan tekanan darah menjadi meningkat sehingga suplai oksigen ke otak terhambat kondisi ini dapat menyebabkan kematian otak sehingga otak tidak bisa melaksanakan fungsinya dengan baik salah satunya adalah mengirim pesan ke otot agar tubuh dapat menciptakan sebuah gerakan sesuai pesan yang dikirim otak hal ini hal ini

menyebabkan terjadinya kelemahan pada sisi tubuh (hemiparese dextra) dan keluhan afasia disebabkan karena kerusakan otak menyebabkan area broca pada gyrus frontalis inferior, pars triangularis pada lobus frontalis korteks otak besar yang berperan pada proses bahasa, serta kemampuan dan pemahaman berbicara sehingga tidak bisa mempersepsikan bahasa dalam bentuk ucapan atau kata/kata. Sedangkan pusing terjadi karena kondisi penurunan kadar oksigen ke otak menyebabkan metabolisme yang terjadi adalah metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat sehingga terjadi pusing.

Keluhan yang tidak ada pada kasus yaitu nyeri kepala hebat gangguan penglihatan dan mual muntah. Nyeri kepala hebat disebabkan karena penurunan suplai oksigen ke otak sehingga metabolisme yang terjadi adalah metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat dan menstimulasi nyeri sehingga nyeri dipersepsikan. Nyeri kepala ini tidak ditemukan pada pasien karena pada saat serangan awal pasien langsung diantar oleh keluarga dan mendapat terapi oksigen sehingga metabolisme yang terjadi adalah metabolisme aerob dengan menggunakan oksigen sehingga menghasilkan asam piruvat yang digunakan untuk energi. Sedangkan gangguan penglihatan tidak terjadi karena kecepatan dalam pemberian terapi oksigen dan terapi citicoline sebagai neuroprotektif yang dapat menghambat kerusakan sel-sel pada otak dan membantu dalam proses metabolisme sel saraf sehingga dapat menurunkan degenerasi makula sehingga tidak terjadi gangguan penglihatan, dan tidak mengalami

mual muntah dikarenakan pasien tidak mengalami keracunan makanan, malnutrisi.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Pada kasus stroke menurut Sari, R. H (2021) bahwa masalah/diagnosa yang ditemukan pada kasus stroke adalah risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf cranial, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, namun pada kasus Tn. A. R hanya ditemukan 4 diagnosa yaitu, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi verbal, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara diagnosa keperawatan pada teori dan diagnosa keperawatan pada kasus Tn. A. R, dimana pada kasus pada Tn. A. R tidak ditegakkan diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan

ketidakmampuan menelan makanan hal ini dikarenakan klien mampu mengkonsumsi diet yang diterapkan, dan pada kasus Tn A. R tidak ditegakkan diagnosa resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan hal ini dikarenakan saat di kaji pasien tidak mengalami gangguan pada penglihatan lalu pasien menggunakan pengaman (pagar tempat tidur) selalu terpasang serta pasien selalu di dampingi oleh keluarga, sehingga kemungkinan tidak memungkinkan pasien terjatuh dan pada kasus Tn. A. R tidak ditegakkan diagnosa gangguan menelan hal ini dikarenakan pasien mampu mengkonsumsi diet yang diterapkan.

Adapun diagnosa keperawatan tambahan yang ditegakkan pada kasus Tn. A. R yaitu gangguan pola tidur hal ini dikarenakan saat pengkajian ditemukan data-data yang mendukung yaitu pasien mengalami kesulitan saat tidur, pasien juga sering cegukan. Menurut hasil penelitian Turwoto (2022) dengan masalah stroke yaitu, risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, pola napas tidak efektif, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, diagnosa yang diangkat pada penelitian Turwoto (2022) sama dengan kasus Tn A. R, tapi ada beberapa diagnosa yang tidak ada pada penelitian Turwoto (2022), yaitu gangguan pola tidur, hal ini dikarenakan pada setiap pasien akan menunjukkan tanda dan gejala yang berbeda-beda.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk

mencapai peningkatan, pencegah pemulihan dari kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Berdasarkan 4 diagnosa yang ditegaskan maka tujuan intervensi antara lain mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif, memenuhi kebutuhan mobilitas fisik dan mengatasi masalah gangguan komunikasi verbal pasien, dan identifikasi faktor pengganggu tidur. 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 30° dengan tujuan untuk menurunkan peningkatan tekanan intracranial sehingga dapat meningkatkan suplai darah ke otak sedangkan posisi semifowler dapat menurunkan suplai darah ke otak.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. 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 serebral 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 Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan melalui catatan perkembangan. Pada kasus Tn.A.R dapat dievaluasi bahwa masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian karena kaki dan tangan kiri pasien sudah bisa di angkat pelan- pelan walaupun masih kelihatan berat akibat dari kerusakan otak sehingga otak tidak bisa mengirim impuls ke tonus otot secara stabil sehingga aktifitas pasien juga masih dibantu keluarga, diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian karena lemah dan pusing berkurang, TD: 130/80 mmHg, Nadi : 64x/m, suhu : 36,5 °C, RR : 24 x/m, SPO₂ : 98%,

Sedangkan diagnosa gangguan komunikasi verbal belum teratasi dengan hasil: keluarga mengatakan pasien tidak bisa bicara (afasia motorik). Hal ini disebabkan karena kerusakan otak menyebabkan area broca pada gyrus frontalis inferior, pars triangularis pada lobus frontalis korteks otak besar yang berperan pada proses bahasa, serta kemampuan dan pemahaman berbicara sehingga tidak bisa mempersepsikan bahasa dalam bentuk ucapan atau kata/kata, dan gangguan pola tidur masalah teratasi dikarenakan cegukan yang dialami pada pasien sudah berkurang.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik di Ruang Penyakit Dalam III pada tanggal 16 agustus– 18 agustus 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut : Tn. A.R usia 61 tahun dengan Stroke Hemoragik:

1. Pengkajian pada Tn. A.R dilakukan secara komprehensif dan ditemukan data Pasien mengatakan merasa lemah, pusing, tidak bisa bicara (*afasia*), kaki dan tangan kiri terasa kaku, dengan hasil pemeriksaan TD : 170/100, N: 60X/m, SpO₂: 95%
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. A. R adalah sebagai berikut : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuscular, Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi verbal, Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan Pada Tn. A. R yaitu Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial, Dukungan ambulasi, promosi komunikasi Defisit bicara, Dukungan Pola tidur.

4. Implementasi yang dilakukan pada Tn A.R yaitu mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, melatih gerakan otot pasien, memonitor peningkatan TIK, Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur seperti memodifikasi lingkungan membatasi keluarga atau pengunjung agar tidak terlalu banyak dalam ruangan agar pasien dapat beristirahat, mengkaji kecepatan penekanan kualitas folome serta diksi bicara pasien, mengajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A, I, U, E, O.
5. Evaluasi Keperawatan yang dilakukan pada Tn A.R menunjukkan hasil bahwa masalah gangguan mobilitas fisik, resiko gangguan perfusi serebral tidak efektif , gangguan pola tidur, dan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian
6. Kesenjangan yang ditemukan adalah terdapat keluhan batuk berdahak yang mana keluhan tersebut tidak tersedia secara teori. Kesenjangan dalam diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan napas tidak efektif. Kesenjangan secara intervensi keperawatan adalah intervensi manajemen jalan napas. Kesenjangan dari sisi implementasi keperawatan adalah tidak diberikan obat pengencer dahak. Kesenjangan dalam evaluasi adalah sekret masih ada karena tidak diberikan obat pengencer dahak.

B. Saran

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

1. Bagi Perawat

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

2. Bagi Institusi Pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dan laboratorium yang efektif untuk menambah skill mahasiswa.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan selalu meningkatkan gaya hidup yang sehat dan teratur serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan untuk mencegah komplikasi dari stroke non hemoragik.

4. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan agar institusi lebih banyak menyediakan literatur dipergustakaan berkaitan dengan buku keperawatan medical bedah sehingga memperkaya literatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, I.M., & Adityasto, I.T. (2019). 'Studi Kasus Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Citra Tubuh di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X. *In Prosiding University Research Colloquium* (pp. 171-176). Diakses 27 Mei 2023
[Http://Ppniateng.Org/Wp-Content/Uploads/2014/09/5.-Studi-Fenomenologi-Pengalaman-Perubahan-Citra-Tubuh-Pada-Klien-Kelemahan-Pasca-Stroke.Pdf](http://Ppniateng.Org/Wp-Content/Uploads/2014/09/5.-Studi-Fenomenologi-Pengalaman-Perubahan-Citra-Tubuh-Pada-Klien-Kelemahan-Pasca-Stroke.Pdf)
- Dinas kesehatan Kabupaten Ende 2024. Profil Kesehatan Kabupaten Ende. Ende: Dinas Kesehatan Kabupaten Ende.
- Dewi, L., Astrid, M., & Supardi, S. (2020). Analisis Pengaruh Latihan Rentang Gerak Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Dan Aktifitas Perawatan Diri Pasien Stroke Di RSUD Kota Depok. *Edu Dharma Journal: jurnal penelitian dan pengabdian masyarakat*, 4(2), 13:28. Diakses 8 Maret 2023
<http://openjournal.wdh.ac.id/index.php/edudharma/article/view/52>
- Helty. (2023). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah ,Jawa Tengah: PT Nasya Expanding Management
- Haryono, R & Utami, M.P.S. (2021). Keperawatan Medikal Bedah 2. pustaka baru press Yogyakarta
- Hidayat, F., Gamayani, U., Wibisono, Y., Berliana, S., & Rakhma, T. (2022). Perbandingan Luaran Klinis pada Pasien Stroke Iskemik Fase Akut dengan Satu atau lebih Faktor Risiko. *jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 11 (1), 7-14. Diakses 8 Maret 2023
<http://inasnacc.org/ojs2/index.php/jni/article/view/345>
- Kemendes RI. (2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemendagri Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Kurniajati, S., Paradi, I., Luchas, R., Ndaru, P., & Kristiani, Y. (n.d.) (2022). Peningkatan kemampuan deteksi dini faktor resiko stroke melalui pendidikan kesehatan metode pelatihan improving the ability of early detection of stroke Diakses 9 Maret 2024
<https://jurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/615>
- Kariasa, I. M. (2022). Antisipasi Serangan Stroke Berulang . Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Management.
- Loveta, A., Suka, G., Kasih, L. C., Safuni, N., Program, M., Profesi, S., Keperawatan, F., Syiah, U., Keilmuan, B., Medikal, K., Keperawatan, F., & Syiah, U. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di Ruang Saraf Pria: Suatu Studi Kasus Nursing Care For Patients With Ischemic Stroke In

The Men ' s Nervous Room : I, 141–147. Diakses 9 Maret 2024
<https://jim.usk.ac.id/FKep/article/view/21449>

Nurhalima ddk,(2024),terapi kognitif pada pasien stroke,penerbit pusat pengembangan pendidikan dan penelitian indonesia pada tanggal 18 april 2024

<https://books.google.co.id/books?id=au4CEQAAOBAJ&pg=PA41&dq>

Pratama. (2021). Pengaruh Pemberian Dual Task Training Terhadap Penurunan Risiko Jatuh Pada Kasus Stroke Iskemik. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*, 3(2), 32–40. Diakses 1 April 2024
<https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?article=1074&context=jsht>

Rumah Sakit Umum Ende. (2023/2024). Diambil Tanggal 31 Maret 2024

Retnaningsih D,(2023),asuhan keperawatan pada pasien stroke,penerbit NEM,pada tanggal 11 april 2023.
<https://books.google.co.id/books?id=iyw7EAAAQBAJ&pg=PA42&dq=>

Saraswati, D, R. (2021). Transisi Epidemiologi Stroke Sebagai Penyebab Kematian Pada Semua Kelompok Usia Di Indonesia. *Journal Kedokteran*, 2(1),81–86. Diakses 6 April 2023
<https://conference.upnvj.ac.id/index.php/sensorik/article/view/1001>

LKI DPP PPNI, 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.

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

SDKI DPP PPNI, 2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik (1 st ed). Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesi.

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

Yulidirin, S. (2018). peningkatan kekuatan motorik pasien stroke non hemoragik (Issue 21).

LAMPIRAN 1

JADWAL STUDI KASUS

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024													
	BULAN													
	September	Oktober	November	Desember	Januari	Pebruari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober
Penyajian Judul Studi Kasus														
Penyusunan Bab I, II, III														
Ujian Proposal														
Revisi Proposal														
Studi Kasus														
Penyusunan Bab IV dan V														
Ujian Studi Kasus														
Revisi Studi Kasus														
Penyerahan Studi Kasus														



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



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PAD Tn A.R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIG DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Agustus 2024

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn.A.R
Umur : 61 tahun
Jenis kelamin : Laki-Laki
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani
Agama : Islam
Alamat : Nangapenda
Dx. Medik : Stroke Non Hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A.R
Umur : 27 tahun

Hubungan dengan pasien: Anak kandung

Alamat : Nangapenda

2. Status kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh pusing lemah, tidak bisa bicara, kaki tangan kiri terasa kaku

2) Riwayat keluhan utama

Keluarga klien mengatakan klien pada tanggal 12 Agustus 2024 jam 23.40 klien mengeluh pusing, lemah, kelemahan anggota gerak tangan dan kaki sebelah kiri terasa kaku, pada saat jam 00.00 pasien tiba-tiba jatuh dan tidak sadarkan diri.

30

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Keluarga pasien mengatakan pasien lemah, pusing, tidak bisa bicara (*afasia*), kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan (*hemiparese dextra*) setelah pasien jatuh dan tidak sadarkan diri pada tanggal 12 Agustus 2024 pukul 00.00 wita sehingga keluarga memutuskan untuk mengantar pasien ke puskesmas nangapenda. Tiba di Puskesmas pada pukul 00:10 Wita pasien langsung dilakukan pemeriksaan, dan kemudian pasien dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pada pukul 02:25 dari IGD dipinahkan ke ICU untuk dilakukan perawatan intensif lanjutan pasien dirawat di ICU selama 3

hari,sebelum dipindahkan ke Ruangan RPD III untuk dilakukan perawatan dan pemulihan.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi nya

Keluarga mengatakan upaya yang dilakukan yaitu pasien langsung diantar ke puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan dan pengobatan

b. Status Kesehatan Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan pernah menderita hipertensi sejak 5 tahun yang lalu di tahun 2019.

2) Pernah dirawat

Keluarga pasien mengatakan pernah di rawat inap di RSUD Ende selama 2 kali dengan kasus SNH

3) Alergi

Keluarga pasien mengatakan tidak ada alergi makanan atau minuman maupun obat obatan.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll).

Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya minum kopi dan sering mengomsumsi akohol. Tetapi pada saat pasien masuk rumah sakit pertama kali pada bulan Agustus 2023 lalu paisen sudah tidak mengomsumsi alkohol lagi.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti pasien.

d. Diagnosa Medis dan Therapy yang didapat sebelumnya

Keluarga klien mengatakan klien mendapatkan obat captropil dan obat amlodipine karena pasien memiliki penyakit hipertensi.

e. Pola kebutuhan Dasar

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: Keluarga pasien mengatakan kesehatan nya sangat penting kebersihan dan lingkungan rumah selalu diperhatikan pasien, dan keluarga pasien mengatakan pasien mengetahui bahwa pasien mengalami penyakit hipertensi apabila sakit selalu berobat ke Puskesmas Nangapenda

Keadaan saat ini: pasien mengatakan selama masa perawatan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan sesuai anjuran Dokter seperti obat captopril, amlodipine.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering mengkonsumsi makanan yang berminyak, berlemak, santan dan yang manis sehari pasien makan 3X sehari dengan jenis makanan nasi sayur ikan dan biasanya makan daging, minum biasanya 8-9 gelas jenis minuman lain hanya kopi tetapi kopi sering di minum hanya pada pagi hari saja.

Keadaan saat ini: pasien makan 2x sehari dan makanan yang dikonsumsi adalah makanan yang dibagikan dari rumah sakit dengan

diet bubur saring rendah garam dan rendah lemak (RGRL), 1 porsi makan dihabiskan.

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: pasien terpasang *dower cateter*, frekuensi BAK 4-5 kali sehari warna kuning, berbau khas urine

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai petani. Pasien tidak pernah mengalami sesak napas, nyeri dada ataupun keluhan leher tegang Semua aktivitas dilakukan secara mandiri. Keadaan saat ini: pasien tidak bisa melakukan aktifitas secara mandiri, semua aktifitas dibantu keluarga karena kelemahan di sisi tubuh kiri (*hemiparese de* (amoniak)).

e) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 21.00 - 05.00 sedangkan tidur siang \pm 1 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur karena cegukan dan suara bisingan dari keluarga pasien yang lain. Pada siang hari pasien tidur kurang lebih satu jam saja pada malam hari pasien tidur di jam 21:00

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Gambaran diri : Pasien mengatakan ia menyukai seluruh bagian tubuhnya, kecuali bagian kaki dan tangannya sebelah kiri yang sulit untuk digerakan.

Harga diri : Klien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar

Ideal diri : Klien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluarga dan mau melakukan kembali aktivitas sehari-hari.

Peran diri : Klien mengatakan ia berperan sebagai kepala keluarga/yang mencari nafkah.

Identitas diri : Klien mengatakan ia adalah seorang pria berumur 61 tahun, dan merupakan seorang suami dan bapak dari 1orang anaknya.

g) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: keluarga mengatakan sebelum sakit 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.

h) Pola Sistem Reproduksi : Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien. Pasien telah menikah dan mempunyai 1 oran anak

i) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada isrti dan anak-anaknya.

Keadaan saat ini : pasien berharap cepat sembuh dari penyakitnya.

j) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: keluarga mengatakan pasien beragama islam, rajin dan rajin sholat.

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

f. Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : pasien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon *eye* 4 (membuka mata spontan), respon verbal 5 (orientasi baik) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).

b) Tanda-tanda vital: TD: 170/100 mmHg, Nadi: 60x/m, suhu: 36,8 °C, RR: 24 x/m SPO₂: 95%.Berat badan 50kg, tinggi badan 160 cm.IMT 19,53.

c) Keadaan fisik

Kepala : bentuk simetris rambut tampak bersih dan beruban, tidak ada nyeri tekan. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan kabur. Telinga: Tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung: Bentuk simetris, tidak ada sekret, terpasang oksigen nasal canule 3 liter per menit (lpm). Mulut: mukosa bibir tampak kering, pasien belum bisa bicara leher: tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Dada: inspeksi : bentuk dada simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi: tidak ada suara napas tambahan. Jantung: auskultasi: bunyi jantung I & II reguler, Abdomen : palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : peristaltik usus 15x/m, pemeriksaan genetalia tidak dilakukan, terpasang *dower catheter* no 16 Fr Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas: tangan kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser lengan bagian kanan tetapi tidak mampu mengangkatnya (penilaian tonus otot 2). Tangan kiri tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan, mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan (penilaian tonus otot 5), *Capillary Refill Time* (CRT) ≤ 3 detik. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit. Ekstremitas bawah : kaki kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser tetapi tidak mampu mengangkatnya (penilaian tonus otot 2), tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap. Kaki kiri tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan,

mampu melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan (penilaian tonus otot).

Nilai kekuatan otot

4	2
4	2

3. Pemeriksaan Saraf Kranial

13) Nervus I Olfaktorius

Fungsi penciuman pasien baik, pasien mampu mencium bau aroma minyak kayu putih.

14) Nervus II Optikus

Meminta pasien menutup salah satu matanya lalu menanyakan pasien berapa angka yang ditunjukkan perawat jarak klien dan perawat sekitar 6 meter. Pasien tidak mampu melihat angka yang ditunjukkan pada pasien

15) Nervus III Okulomotorik

Dilatasi pupil, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.

16) Nervus IV Toklearis

Pasien mampu mengikuti arah benda yang digerakan perawat baik ke atas, bawah, ke kiri maupun ke kanan.

17) Nervus V Trigeminus

Pasien dapat membedakan benda yang halus dan tajam. Meminta pasien untuk menutup mata dan perawat memberikan rangsangan pada area wajah dengan menggunakan kapas dan tusuk gigi.

18) Nervus VI Abdusen

Klien dapat mengikuti arah benda yang dijauhkan perawat ataupun yang didekatkan perawat.

19) Nervus Fasialis

Otot pada kelopak mata pasien cukup kuat.

20) Nervus VIII Auditorius

Pendengaran pasien normal. pasien mendengar suara gesekan tangan perawat.

21) Nervus IX Glosofaringeus

Meminta klien untuk minum air (tidak ada kesulitan saat meminum air), dan reflek muntah pada klien baik

22) Nervus X Vagus

Tidak ada gangguan pada saat menelan makanan

23) Nervus XI Assesorius

Ekstermitas kiri atas dan ekstermitas kiri bawah lemah saat bergerak penuh, ekstermitas kanan atas dan bawah dapat di bergerak seperti biasa.

24) Nervus XII Hipoglosus

Pasien tidak mampu menggerakkan lidah ke kiri dan kekanan dan tidak mampu menjulurkan lidah.

4. Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	4,5	10 ³ /HL	4.0 / 10.0
LYM	1.1 s	10 ³ /HL	0.8 / 4.0
MID	0.2 s	10 ³ /HL	0.1 / 1.5
GRA	3.2 s	10 ³ /HL	2.0 / 7.0
LYM%	2.3.6 s	%	20.0 / 40.0
MID%	5.1 s	%	3.0 / 15.0
GRA%	71.3 sH	%	50.0 / 70.0
RBC	4,42	10 ⁶ /HL	4.00 / 5.00
HGB	12,9 L	g/dL	14.0 / 16.0
HCT	39.1 L	%	40.0 / 54.0
MCV	88.4	fL	80.0 / 100.0
MCH	29.2	Pg	27.0 / 34.0
MCHC	33.0	G/dL	32.0 / 36.0
RDW	12.9	%	11.0 / 16.0
PLT	78 L	10 ³ /HL	150 / 400
MPV	9.9	fL	6.5 / 12.0

1. Terapi

Citicolin 2 x 500 mg/iv (untuk mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke atau cedera kepala)

Mecobalamin 2 x 500 mg/iv (untuk neuropati perifer kerusakan saraf perifer).

Amlodipine 1x 10 mg/oral (untuk menurunkan tekanan darah tinggi)

Paracetamol 3 x 1 gr/iv (untuk meredakan nyeri dan menurunkan demam)

2. Tabulasi Data

Keluarga mengatakan pasien merasa lemah, pusing, tidak bisa bicara Kaki dan tangan kiri mengalami kelemahan sejak tanggal 12 Agustus 2024 jam 00:00 pasien mengalami penurunan kesadaran di

bawah ke Puskesmas, lalu dirujuk ke RSUD Ende dan kemudian pasien dirawat di ICU selama 3 hari. Pada saat dikaji tangan dan kaki bagian kiri pasien mengalami kelemahan, pasien masih merasa pusing, klien tidak ada pantangan makanan minuman maupun obat-obatan, nafsu makan klien menurun, mukosa bibir kering, konjungtiva anemis, klien tampak lemah, rambut kering ada uban, kulit tampak kering, tidak mampu menjulurkan lidah ke kiri dan ke kanan klien nampak sering cegukan, mukosa bibir kering, terpasang infus di tangan sebelah kiri. kesadaran *composmentis* GCS 15 (E:4, M:6, V:4), TD: 170/100 mmHg, Nadi: 60x/m, suhu: 36,8 °C, RR: 24 x/m SpO2: 95%. semua aktifitas dibantu keluarga seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan toileting. Penilaian tonus otot 2 (tangan dan kaki kiri terdapat kelemahan dan hanya bisa menggeser tetapi tidak mampu mengangkatnya).

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.R Dengan Diagnosa Medis Stroke Non Hemoragig di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 081237413579

Peneliti



ROSWITA DORTINA WENI
PO.5303202210072

INFORMED CONSET

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : ROSWITA DORTINA WENI, NIM PO.5303202210072 dengan judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn A.R Dengan Stroke Non Hemoragig Di Ruangank Penyakit Dalam III 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 tanpa sanksi apapun.

Ende, 16 Agustus 2024

Saksi



(Abdul Rejab Rasyid)

Yang memberikan Persetujuan



(Abdul Rasyid)

Peneliti



ROSWITA DORTINA WENI
NIM : PO 5303202210072



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



LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : ROSWITA DORTINA WENI

NIM : PO.5303202210072

Pembimbing Utama : Syaputra Artama S,S.Kep.Ns., M.Kep

Pembimbing Pendamping: Anatolia K. Doondori,S,Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Selasa 14/11/2023	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki paragraf sesuai dengan yang sudah ditentukan 2. Penulisan huruf kapital nama, referensi, dan tahun. 3. Penulisan huruf bahasa inggris harus menggunakan huruf miring 4. Perbaiki cara penulisan tujuan umum dan tujuan khusus 5. Cara penulisan manfaat studi kasus. 	
2.	Selasa 21/11/2023	Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edit huruf dan spasi sesuai panduan 2. Tambahkan tahun terbaru Jumlah penderita stroke cari referensi yang angka % tetapi harus jumlah korban jiwa. 	
3.	Rabu 22/11/2023	Latar belakang Phatway	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angka kematian stroke diindonesia cari referensi terbaru 2. Penulisan huruf yang baik 3. Perbaiki penulisan sumber pada 	

		Intervensi Implementasi Evaluasi Bab III	<p>4. Tinjauan pustaka penulisan referensi</p> <p>5. Pengumpulan data carikan tahun referensi terbaru</p> <p>6. Intervensi sesuaikan (SLKI)</p> <p>7. Implementasi masukan sumber</p> <p>8. Evaluasi masukan referensi</p> <p>9. Metode /prosedur studi kasus tambahkan dan lengkapi</p> <p>10. Instrumen pengumpulan data lengkapi sumber.</p>	
7.	Selasa 07/05/2024	Manfaat Pengkajian Diagnosa Intervensi Daftar pustaka	<p>11. Daftar pustaka dan sesuaikan</p> <p>1. Manfaat bagi perawat tambahkan.</p> <p>2. Pengumpulan data masukan sumber</p> <p>3. Penulisan SD,DO tidak boleh disingkat</p> <p>4. Perbaiki penulisan intervensi dan sesuaikan</p> <p>5. Tambahkan bahasa dan bahasa yang sesuai</p> <p>6. Daftar pustaka perbaiki sedikit penulisan nya</p> <p>7. Pengeditan di perbaiki</p>	
8.	Senin 13/05/2024	Pengeditan	<p>1. Perbaiki pendesitann angka dan kata kata yang kurang ditambahkan</p> <p>2. Daftar pustaka yang sesuai</p>	
9.	Rabu 15/05/2024	Pengeditan	<p>1. Tambahkan kembali dan edit lagi yang belum sesuai referensi dalam kurun titik koma yang</p>	

			sesuai. 2. Lengkapi kembali penulisan sumber dalam daftar pustaka	
10	Jumad 17/05/2024	Keseluruhan proposal	1. Tambahkan lembar pengkajian dan lembar persetujuan untuk pasien 1. ACC Proposal 2. Lanjutkan kontrak waktu dengan penguji untuk ujian proposal	
1.	Senin 20/05/2024			
11	20/08/2022 4	Pengkajian Diagnosa	1. Pengetikan 2. Alasan masuk rumah sakit dijelaskan secara terperinci 3. Tambahkan penjelasan status kesehatan 4. Pola kebutuhan dasar (pola kognitif dan persepsi sensori: gambaran diri, ideal diri, peran diri, harga diri, identitas diri). 5. Tambahkan diagnosa yang ada di pengkajian.	
2	23/08/2024	Pemeriksaan saraf kranial Prioritas masalah Penilaian otot	1. Penjelasan tentang nerfus IX Glosofaringeus, nerfus XII Hipoglosus 2. Urutkan priorotas masalah yang benar 3. Jelaskan penilaian otot yang baik dan benar.	
3	25/08/2024		1. Perbaiki pengetikan 2. Ubah DO diagnosa gangguan	

			pola tidur 3. Lanjut pembahasan	
4	29/08/2024		1. Perbaiki pembahasan tentang diagnosa	
5	30/08/2024		1. Perbaiki kesenjangan jelaskan sesuai dengan masalah yang ada pada pasien 2. Perbaiki penulisan kesimpulan dari pengkajian sampai evaluasi	

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan KEMENKES Kupang



Artis Wawonco, M.Ns,Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001



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



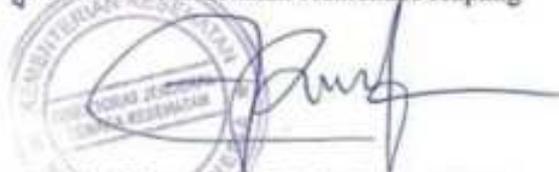
LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Roswita Dortina Weni
NIM : PO.5303202210072
Pembimbing Utama : Syaputra Artama S,S.Kep.Ns., M.Kep
Pembimbing/Pendamping: Anatolia K. Doondori,S,Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf penguji
1.	27/05/2024	Proposal revisi	1. Pengetikan spasi 2. Sesuaikan penggunaan tata bahasa 3. Perbaiki penulisan huruf yang kurang 4. Perbaiki bab III observasi dan pemeriksaan fisik	
2.	24/07/2024	Proposal revisi	1. Penulisan nama dan spasi yang benar 2. Tambahkan data dinas kesehatan tahun 2023 3. Tambahkan penjelasan tentang gaya hidup dan pendidikan kesehatan	
3.	06/08/2024	Proposal revisi	ACC Lanjutkan studi kasus	
4.	28/08/2024	Proposal revisi KTI	1. Perbaiki tanda titik, koma yang benar, dan penulisan huruf yang lengkap 2. Perbaiki penulisan nama kasus sesuaikan dengan kasus yang diambil 3. Perbaiki dan memperjelas penjelasan tentang status kesehatan lalu, penyakit	

			<p>yang pernah dialami.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tambahkan pengkajian fisik tentang mulut 5. Perbaiki hasil pengkajian saraf vagus jelaskan hasil pengkajiannya. 6. Perbaiki tanda penulisan data penunjang yang benar 	
5.	11/09/2024	Konsul revisi KTI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan disesuaikan dengan buku panduan. 2. Lihat dan perbaiki dengan baik penulisan yang seharusnya dinarasikan dan pisahkan sesuai diagnosa 3. Perbaiki tanda penulisan data penunjang yang benar 	
4	18/09/2024	Konsul revisi KTI	1. Perbaiki Nim Penguji	
5	19/09/2024	Konsul revisi KTI	ACC	

Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang


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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**A. Data Diri**

Nama : Roswita Dortina Weni
Tempat/Tanggal lahir : Kotabaru, 05 September 2002
Alamat : Jln. Ndona Pu'usambi
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Satu Atap Welamosa
2. SDI Welamosa
3. SMP Negeri 1 Detusoko (Welamosa)
4. SMA Katolik Santo Petrus Ende
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

**“Serahkanlah perbuatanmu kepada” Tuhan,
maka terlaksanalah segala rencanamu.**

[Amsal 16 : 3]