

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny P.S DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANG CEMPAKA RSUD. PROF. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**



DISUSUN OLEH :

JUAN NGGEBU
NIM : PO. 530320116257

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny P.S DENGAN STROKE NON HEMORAGIK
DI RUANG CEMPAKA RSUD. PROF. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada program diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



JUAN NGGEBU
NIM : PO. 530320116257

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Juan Nggebu
NIM : PO. 530320116257
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 1 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Juan Nggebu

PO. 530320116257

Mengetahui

Pembimbing



Maria Sambriang, SST, MPH

NIP.196808311989032001

BIODATA PENULIS

Nama : Juan Nggebu
Tempat / Tanggal Lahir : Taum, 27 Juni 1995
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jln. Timor Raya KM 14 Desa Mata Air Tarus Tengah
Riwayat Pendidikan :

1. SDK Yasuari Panite
2. SMP Negeri 1 Panite
3. SMA Negeri 1 Panite
4. Sejak tahun 2016 Kuliah di program Studi D III Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Motto

“ Sesuatu yang belum dikerjakan ,sering kali tampak mustahil; kita baru yakin kalau kita telah berhasil melakukannya”

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Studi Kasus oleh Juan Nggebu dengan NIM PO.530320116257 dengan judul "Asuhan Keperawatan Stroke Non Hemoragik pada Ny. P. S diruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johanes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Maria Sambriana, SST, MPH
NIP. 196808311989032001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh Juan Nggebu dengan judul “ Asuhan Keperawatan Penyakit Stroke Non Hemoragik pada Ny. P. S diruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 13 Juni 2019.

Dewan Penguji

Penguji I

Era Dorihi Kale Ns, M.Kep, Sp. Kep.MD
NIP. 197710211999032001

Penguji II

Maria Sambriang, SST,MPH
NIP. 196808311989032001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

Dr. Florentianus Tat,SKp,M. Kes
NIP.196911241993031005

Mengesahkan

Ketua Program studi D-III Keperawatan

Margaretha Teli,S.Kep.,Ns.,MSc-PII
NIP.197707272000032002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Ny. P. S Dengan Masalah Kesehatan Stroke Non Hemoragik di RSUD. Prof. W. Z Johannes Kupang** Pada Tanggal 27-29 Mei 2019”. Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Maria Sambriang SST,MPH selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membimbing penulis sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Era Dorihi Kale Ns, M.Kep,Sp.KMB selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Studi Kasus ini.
3. Ibu Bergita O. Hali Samon S.Kep CI Ruangan yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di Ruangan Cempaka
4. Bapak Dr. Florentianus Tat SKp,M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini
5. Ibu Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah bersedia menjadi koordinator dari kegiatan ujian akhir program.
6. Seluruh Dosen keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang atas bimbingannya selama perkuliahan dan semua karyawan/I yang telah banyak membantu selama kuliah.
7. Ibu R.H.Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
8. Orang tua tercinta, bapak Herman Nggebu dan mama Victoria Koamesach yang telah memberikan cinta dan sayang untuk penulis, serta membesarkan, mendidik dan memberikan dukungan yang baik kepada penulis.

9. Teman-teman yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi penyempurnaan Studi Kasus ini.

Kupang, 04 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Halaman Sampul Dalam an Prasyarat Gelar	
Pernyataan Keaslian Penulisan	i
Biodata Penulis	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Halaman Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Lampiran	viii
Abstrak	ix
Bab I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.2.1 Tujuan Umum	3
1.2.2 Tujuan Khusus	3
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
Bab II Tinjauan Teori	4
2.1 Konsep Dasar Stroke Non Hemoragik	4
2.1.1 Pengertian	4
2.1.2 Etiologi	4
2.1.3 Manifestasi Klinis	6
2.1.4 Patofisiologi	7
2.1.5 Pahtway	9
2.1.6 Komplikasi	10
2.1.7 Penatalaksanaan	10
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	12
2.2.1 Pengkajian	12
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	18
2.2.3 Rencana Keperawatan	19
2.2.4 Implementasi Keperawatan	20
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	20
Bab III Hasil Studi Kasus Dan Pembahasan	21
3.1 Hasil Studi Kasus	21
3.2 Pembahasan	29
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	34
Bab IV Penutup	35
4.1 Kesimpulan	35
4.2 Saran	36
Daftar Pustaka	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan

Lampiran 3 Dokumentasi

Lampiran 4 Lembaran Konsultasi

ABSTRAK

Juan Nggebu. Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johhanes Kupang Tanggal 27-29 Mei Tahun 2019. (Dibimbing oleh Ibu Maria Sambriang SST,MPH).

Latar belakang: Stroke non hemoragik adalah stroke yang di sebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai.

Tujuan: Untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke Non hemoragik meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode: Penulis menggunakan metode wawancara, studi dokumentasi dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di ruangan cempaka RSUD.Prof. Dr .W. Z. Johannes Kupang. Lama studi kasus yang dilakukan dimulai sejak tanggal 27-29 Mei 2019. Subjek pasien Stroke non hemoragik Ny. P.S dengan teknik wawancara, observasi, studi dokumentasi, pemeriksaan fisik sistem tubuh.

Hasil: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari untuk Diagnosa Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, kerusakan mobilitas fisik dan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak teratasi

Kesimpulan: Masalah keperawatan di atas belum teratasi dan perlu perawatan lanjutan baik dilakukan oleh perawat maupun keluarga.

Kata Kunci : Stroke Non Hemoragik, Asuhan Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare 2013). Stroke non hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena penyumbatan pembuluh darah di otak oleh thrombosis maupun emboli sehingga suplai glukosa dan oksigen ke otak berkurang dan terjadi kematian sel atau jaringan otak yang disuplai (Wijaya & Putri 2013).

Menurut American Heart Association (AHA), pada tahun 2014 prevalensi stroke mencapai angka 43 juta pasien di dunia. Stroke adalah penyebab kematian ke-3 di Amerika dengan angka penderita sebanyak 972.000 pasien/tahun dan pasien yang meninggal sebanyak 149.000 jiwa. Hampir setengah dari pasien stroke yang selamat mengalami kecacatan dari yang ringan sampai berat.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan terjadi pada usia >75 tahun (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun (0,2%). Prevalensi berdasarkan jenis kelamin yaitu lebih banyak pada laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di NTT adalah 7,1 per 1000 penduduk. Menurut kabupaten/kota prevalensi stroke berkisar antara 2,5% - 21,4% dan kabupaten sumba barat mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya berdasarkan diagnosis dan gejala.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan terjadi pada usia >75 tahun (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun (0,6%). Prevalensi berdasarkan jenis kelamin yaitu lebih banyak pada laki-laki (11 %) dibandingkan dengan perempuan (10,9%). Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi stroke di NTT adalah 4,1 %.

Data pada rumah sakit umum daerah Prof. Dr W.Z Johannes Kupang dalam 2 tahun terakhir, angka kejadian Stroke Non hemoragik pada ruang cempaka pada tahun 2017

yaitu 7 kasus, dan pada tahun 2018 yaitu 10 kasus (Catatan Buku Register Ruang Cempaka).

Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah gangguan peredaran darah otak, disebut juga sebagai serangan otak (brain attack) di tandai dengan hilangnya sirkulasi darah ke otak secara tiba-tiba yang dapat mengakibatkan terganggunya fungsi neurologis. Stroke non hemoragik terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu (iskemik) yang disebabkan oleh oklusi atau stenosis arteri. Diperkirakan sebanyak 2 juta neuron mati setiap menit pada kasus stroke non hemoragik jika tidak diberikan terapi yang efektif. Berdasarkan hal tersebut didapatkan istilah “waktu adalah otak” yang berarti waktu sangat menentukan dalam pengobatan stroke. Prinsip terapi pada pasien stroke non hemoragik adalah pembukaan pada sumbatan arteri. Selain itu, bisa diberikan terapi umum yaitu head up position, pemberian oksigen, pemberian obat antihipertensi, menjaga asupan cairan dan nutrisi serta terapi khusus pemberian antiplatelet atau trombolitik rt-PA (recombinant tissue Plasminogen Activator), dan bisa diberikan obat neuroprotektor.

Perawat merupakan agen penting dalam merawat pasien penyakit stroke non hemoragik, penanganan yang di berikan kepada pasien stroke non hemoragik yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pendidikan, pemberi asuhan keperawatan, pembaharuan, pengorganisasi pelayanan kesehatan yang khususnya adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan untuk pemulihan pasien. Berdasarkan latar belakang ini, penulis tertarik untuk membuat studi kasus dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik Ny . P . S . di Ruang Cempaka RSUD Prof W . Z. Johannes Kupang.**

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. P.S dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian pada pasien Ny. P.S dengan Stroke Non Hemoragik
- b. Mahasiswa dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. P.S dengan Stroke Non Hemoragik

- c. Mahasiswa dapat menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien Ny. P.S dengan Stroke Non Hemoragik
- d. Mahasiswa dapat melakukan rencana keperawatan pada pasien Ny. P.S dengan Stroke Non Hemoragik
- e. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Ny. P.S dengan Stroke Non Hemoragik.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Penulis

Sebagai pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik

1.3.2 Pasien dan Keluarga

Sebagai pengetahuan keluarga tentang penyakit Stroke Non Hemoragik. Agar dapat menjaga dan merawat anggota keluarga yang sakit terutama stroke non hemoragik.

1.3.3 Institusi Pendidikan

Mengetahui tingkat kemampuan dalam upaya untuk mengevaluasi materi yang telah disampaikan kepada mahasiswa keperawatan serta dapat digunakan sebagai pengetahuan dalam proses belajar tentang asuhan keperawatan keluarga dengan stroke non hemoragik yang dapat digunakan bagi praktik mahasiswa keperawatan

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Pengertian

Stroke atau penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Wijaya & Putri 2013), stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare 2013).

Stroke adalah sindroma klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal maupun global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain kelainan vascular (WHO 2006).

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

2.1.2 Etiologi

Penyebab stroke dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

a. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang adalah penyebab paling umum dari stroke (Smeltzer & Bare 2013).

Thrombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Wijaya & Putri 2013).

b. Emboli serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus dalam jantung

sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung.

c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi diluar durameter (hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragik subarachnoid atau dalam substansial otak (Wijaya & Putri 2013).

Adapun Penyebab lain terjadinya stroke non hemoragik yaitu:

a. Aterosklerosis

Terbentuknya *aterosklerosis* berawal dari endapan *ateroma* (endapan lemak) yang kadarnya berlebihan dalam pembuluh darah. Selain dari endapan lemak, *aterosklerosis* ini juga mungkin karena *arteriosklerosis*, yaitu penebalan dinding arteri (tunika intima) karena timbunan kalsium yang kemudian mengakibatkan bertambahnya diameter pembuluh darah dengan atau tanpa mengecilnya pembuluh darah.

b. Infeksi

Peradangan juga menyebabkan menyempitnya pembuluh darah, terutama yang menuju ke otak.

c. Jenis kelamin

Pria lebih berisiko terkena stroke dari pada wanita.

d. Obat-obatan

Ada beberapa jenis obat-obatan yang justru dapat menyebabkan stroke seperti: amfetamin dan kokain dengan jalan mempersempit lumen pembuluh darah ke otak.

e. Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika hipotensi ini sangat parah dan menahun.

Sedangkan faktor resiko pada stroke (Wijaya & Putri 2013):

a. Hipertensi merupakan faktor resiko utama.

b. Penyakit kardiovaskuler (Embolisme serebral mungkin berasal dari jantung).

c. Kontrasepsi oral, peningkatan oleh hipertensi yang menyertai usia di atas 35 tahun dan kadar estrogen yang tinggi.

- d. Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau dalam jangka panjang dapat menyebabkan iskhemia serebral umum.
- e. Penyalahgunaan obat tertentu pada remaja dan dewasa muda.
- f. Konsultan individu yang muda untuk mengontrol lemak darah, tekanan darah, merokok kretek dan obesitas.

2.1.3 Manifestasi

Menurut Smeltzer dan Bare, (2013) stroke menyebabkan berbagai deficit neurologik, gejala muncul akibat daerah otak tertentu tidak berfungsi akibat terganggunya aliran darah ke tempat tersebut, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Gejala tersebut antara lain :

- a. Umumnya terjadi mendadak, ada nyeri kepala
- b. Parasthesia, paresis, Plegia sebagian badan
- c. Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunter terhadap gerakan motorik. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon.
- d. Dysphagia
- e. Kehilangan komunikasi
- f. Gangguan persepsi
- g. Perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis
- h. Disfungsi Kandung Kemih

2.1.4 Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada

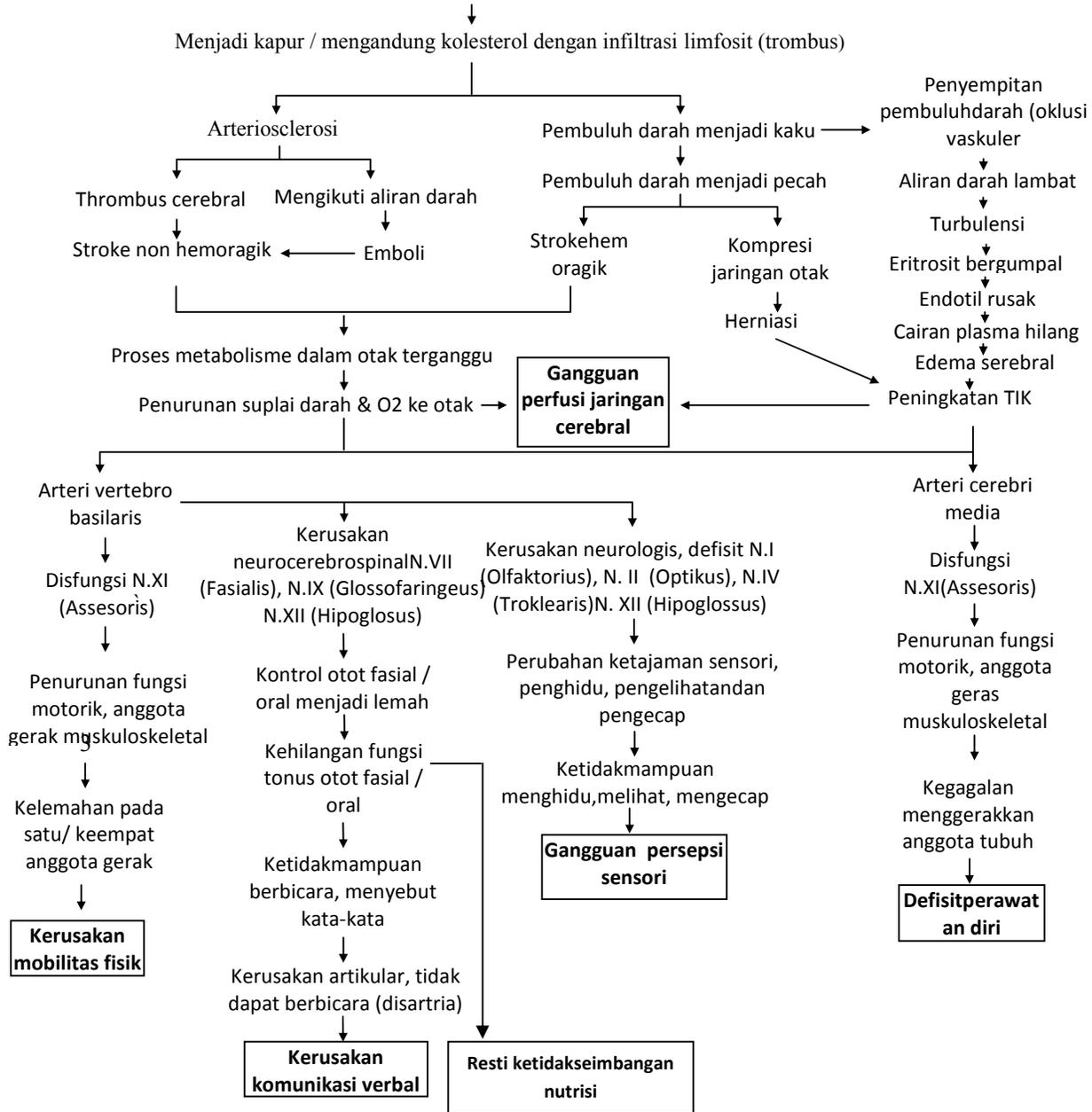
otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi (Wijaya & Putri 2013).

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah, terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari pada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat, menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan lebih sering menyebabkan kematian di bandingkan keseluruhan penyakit serebro vaskulai; karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum. Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hernisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Wijaya & Putri 2013).

2.1.5 Pahtway

Bagan 2.1 Pahtway Stroke Non Hemoragik

Faktor pencetus hipertensi, diabetes militus, penyakit jantung, obesitas, kolesterol yang meningkat dalam darah merokok, stres, gaya hidup yang tidak bagus



Sumber: Corwin . 2000.

2.1.6 Komplikasi

Menurut (Smeltzer & Bare 2013) komplikasi stroke meliputi hipoksia, penurunan aliran darah serebral, embolisme serebral dan dekubitus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Fase Akut:

- a. Pertahankan fungsi vital seperti: jalan nafas, pernafasan, oksigenisasi dan sirkulasi.
- b. Reperfusi dengan trombolitik atau vasodilation: Nimotop. Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik / embolik.
- c. Pencegahan peningkatan TIK. Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan, pemberian dexamethason.
- d. Mengurangi edema cerebral dengan diuretik
- e. Pasien di tempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang .

Post Fase Akut:

- a. Pencegahan spatik paralisis dengan antispasmodik
- b. Program fisiotherapi
- c. Penanganan masalah psikososial

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya & Putri (2013), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

- a. Angiografi serebral
Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.
- b. Lumbal pungsi
Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada caespiratori ratean lumbal menunjukkan adanya hernoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai

pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

c. CT scan.

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

d. MRI

MRI (Magnetic Imaging Resonance) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

e. USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

f. EEG

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

2.2 Konsep dasar asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Wiyaja & Putri 2013 anamnesa pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial.

a. Identitas Klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua 40 -70 tahun (Smeltzer & Bare 2013). Jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

b. 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.

c. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke non hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Kekeliruhan, perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis klien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien juga penting untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

1) B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada klien dengan tingkat kesadaran compos metris, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

2) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

3) B3 (Brain)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

4) B4 (Bladder)

Setelah stroke klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan

kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

6) B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuhh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuhh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

7) Pengkajian Tingkat Kesadaran

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada

tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan.

8) Pengkajian Fungsi Serebral

Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

9) Status Mental

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

10) Fungsi Intelektual

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage* yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

11) Kemampuan Bahasa

Penurunan kemampuan bahasa tergantung daerah lesi yang memengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (area Wernicke) didapatkan *disfasia reseptif*, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dari girus frontalis inferior (area Broca) didapatkan *disfasia ekspresif*, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. *Disartria* (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

h. Pengkajian Saraf Kranial

Menurut Wijaya & Putri (2013) Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I - XII.

1) Saraf I: Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.

- 2) Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada Mien dengan hemiplegia kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
 - 3) Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada tubuh.
 - 4) Satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
 - 5) Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
 - 6) Saraf VII. Persepsi pengecap dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
 - 7) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
 - 8) Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
 - 9) Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
 - 10) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecap normal.
- i. Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi berlawanan dari otak.

- 1) Inspeksi Umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
- 2) Fasikulasi. Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.
- 3) Tonus Otot. Didapatkan meningkat.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Wijaya & Putri (2013) dan Nugroho (2011) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, yaitu :

1. Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan suplai O₂ ke Otak menurun
2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi, kelemahan otot menelan.
3. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan kerusakan neurovaskular & neuromuskular
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara.
5. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan biofisik , psikososial.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1. Intervensi keperawatan berdasarkan Nanda NOC NIC

No	Diagnosa	Noc	Nic
1.	1. Perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan suplai O ₂ ke Otak menurun	<p>Tujuan (NOC) : Gangguan perfusi jaringan dapat tercapai secara optimal</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mempertahankan tingkat kesadaran • Fungsi sensori dan motorik membaik 	<p>Intervensi (NIC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau TTV tiap jam dan catat hasilnya. 2. Kaji respon motorik terhadap perintah sederhana 3. Pantau status neurologis secara teratur 4. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi 5. Kolaborasi pemberian O₂ sesuai anjuran
2	Ketidakeimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi Nutrisi	<p>Tujuan (NOC) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status gizi 2. Asupan makanan 3. Cairan dan zat gizi <p>Kriteria evaluasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan komponen kedekatan diet 2. Nilai laboratorium (mis, trnsferin, albumin, dan eletrolit) 	<p>Intevensi (NIC) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan gangguan makanan 2. Pengelulaan nutrisi 3. Bantuan menaikkan BB <p>Aktivitas keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan

		<p>3. Melaporkan keadekuatan tingkat giji</p> <p>4. Nilai laboratorium (mis:trasferin,albomen dan eletrolit</p> <p>5. Toleransi terhadap gizi yang dianjurkan.</p>	<p>2. Ketahui makanan kesukaan klien</p> <p>3. Rujuk kedokter untuk menentukan penyebab perubahan nutrisi</p> <p>4. Bantu memiliki makan sesuai dengan kebutuhan klien.</p> <p>5. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan untuk makan serta utk ketenangan dalam ruangan/kamar</p> <p>6. Memberikan makan melalui NGT, jika menggunakan NGT.</p>
3	Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskuler	<p>Tujuan (NOC): Gerak sendi : aktif.</p> <p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien terhindar dari kerusakan mobilitas fisik dengan</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan penggunaan alat bantu secara benar dengan pengawasan. 2. Meminta bantuan untuk beraktivitas mobilisasi jika diperlukan. 3. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 4. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 	<p>Intevensi (NIC) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terapi aktivitas, ambulasi ▪ Terapi aktivitas, mobilitas sendi. ▪ Perubahan posisi <p>Aktivitas Keperawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan Rom pasif 2. mobilisasi pasien tiap 2 jam 3. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan. 4. kolsultasi dengan alih fisioterapi.
4	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuscular, kerusakan sentral bicara	<p>Tujuan (NOC): Komunikasi dapat berjalan dengan baik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat mengekspresikan perasaan 2. Memahami maksud dan pembicaraan orang lain 3. Pembicaraan pasien dapat dipahami 	<p>Intevensi (NIC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan komunikasi dengan wajar, bahasa jelas, sederhana dan bila perlu diulang 2. Dengarkan dengan tekun jika pasien mulai berbicara 3. Berdiri di dalam lapang pandang pasien pada saat bicara 4. Latih otot bicara secara optimal 5. Libatkan keluarga dalam melatih komunikasi

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hasil asuhan keperawatan setiap diagnosa sesuai kriteria hasil pada masing-masing diagnosa.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. pengkajian

a) Identitas pasien

Mahasiswa melakukan pengkajian pada pasien bernama Ny. P.S di ruang cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Pada tanggal 27 Mei 2019. Pasien berusia 79 tahun, jenis kelamin perempuan, agama kristen protestan, pendidikan terakhir sekolah rakyat, pasien tidak bekerja, status perkawinan janda, alamat Oensala, suku timor, nomor register 0442308, masuk rumah sakit pada tanggal 22 Mei 2019 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik, tanggal pengkajian 26 Mei 2019, sumber informasi dari keluarga dalam hal ini sebagai penanggung jawab Ny. P.S yakni Tn. S.L selaku anak dari pasien.

2. Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari yang lalu (tanggal 22 Mei 2019).

b) Riwayat kesehatan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien sebelumnya hanya mengeluh kaki dan lututnya sering mengalami asam-asam. Jika pasien beraktifitas terlalu berat.

c) Riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 22 Mei 2019 Jam 16.00, di rawat di IGD, RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang selama 12 jam. Dengan keluhan keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri.

2) Keluhan saat dikaji

Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari lalu. GCS 6 (E/2/V/1/M/3), pasien tira baring, terpasang Infus Aminofluid 20 tpm, O₂ masker 8 lpm, NGT dan kateter. Tekana darah 140/80 mmHg, nadi 59 x/menit, respiratori rate 24 x/menit, suhu 37,7 °C.

Hasil CT Scan menunjukkan positif penyumbatan pembuluh darah ke otak oleh emboli yang terbawah dari pembuluh darah jantung ke otak.

3) Riwayat penyakit sebelumnya

Keluarga mengatakan Pasien hanya mengeluh kaki dan lututnya sering mengalami asam-asam. Tidak ada alergi, tidak ada riwayat operasi, tidak merokok, tidak minum alkohol dan tidak minum kopi.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti yang di alami pasien.

3. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan dapatkan data sebagai berikut, pasien penurunan kesadaran, tingkat kesadaran stupor GCS 6 (Eye: 2, Verbal: 1 Motorik: 3), hemiparesis positif pada sisi tubuh bagian kanan. Kekuatan otot :

3	0
3	0

4. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan CT Scan pada tanggal 22 Mei 2019 menunjukkan positif penyumbatan pembuluh darah ke otak oleh emboli yang terbawah dari pembuluh darah jantung ke otak.

5. Terapi

Di ruangan Cempaka, Ns. S .P mendapatkan terapi infus aminofluid 20 tpm, furosemide 2 x 40 mg / iv Pagi dan siang, spiro lacton 1 x 25 mg / IV di berikan siang hari, ranitidine 2 x 25 mg / IV, Levofloxacin 1 x 750 mg /iv, acetamol 2 x 1 mg /ml / iv, siang dan malam.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian di tetapkan 3 diagnosa keperawatan yaitu :

Diagnosa pertama ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan Data Subjektif : Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari yang lalu. Data Objektif : pasien tidak respon, GCS 6 / Eye: 2, Verbal: 1, Motorik: 3, tekanan darah 140/80, nadi 59 x /m, respiratori rate 24 x/menit, terpasang O₂ masker non rebriting 8 lpm, CT Scan menunjukkan positif

penyumbatan pembuluh darah ke otak oleh emboli yang terbawah dari pembuluh darah jantung ke otak.

Diagnosa kedua kerusakan mobilitas fisik dengan data subjektif: Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari yang lalu. Data Objektif: Pasien tira baring, GCS 6, hemiparesis positif sisi kanan tubuhh Kekuatan otot:

3	0
3	0

Diagnosa ketiga Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuhh dengan data subjektif : Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari yang lalu. Data objektif : pasien penurunan kesadaran, GCS 6, terpasang NGT.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi, perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada masalah keperawatan dengan kasus:

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral sebagai diagnosa utama. NOC : Status Sirkulasi, Perfusi Jaringan : Serebral, setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral Optimal dengan kriteria hasil : tekanan darah dalam batas normal, nadi dalam batas normal, respiratori rate dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial, tingkat kesadaran membaik. NIC : monitor tekanan intrakranial. Dengan aktifitas: pantau tanda-tanda vital tiap jam, kaji adanya tanda-tanda tekanan intrakranial, kaji tingkat kesadaran, pantau status neurologis secara teratur, pantau adanya hipertensi ortostatik, tinggikan kepala tempat tidur 15⁰-30⁰, kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, kolaborasi pemberian antibiotik, kolaborasi pemberian O₂ sesuai anjuran (O₂ masker non rebreting 8 Lpm).

Kerusakan mobilitas fisik sebagai diagnosa ke dua. NOC : Gerak sendi : aktif. Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien terhindar dari kerusakan mobilitas fisik dengan kriteria hasil : klien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas. NIC : Terapi

aktivitas, ambulasi, mobilitas sendi dan perubahan posisi. Dengan aktifitas : melakukan ROM pasif, mobilisasi pasien tiap 2 jam, konsultasi dengan ahli fisioterapi.

Resiko ketidakseimbangan nutrisi sebagai diagnosa ketiga dengan NOC: Status Nutrisi : Asupan makan dan cairan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 3 hari diharapkan pasien terhindar dari resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan Kriteria Hasil : mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi, tidak ada tanda-tanda malnutrisi, tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti. NIC: manajemen nutrisi. Dengan aktifitas : kaji adanya alergi makanan, monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, memberikan makan melalui NGT jika pasien menggunakan NGT

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 jam 08.00, untuk diagnosa 1. ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan keperawatan yaitu, mengobservasi tanda-tanda vital tiap jam : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 59 x/menit, respiratori rate 24 x/menit, suhu 37⁰C, SpO₂ : 100 %, mengobservasi tingkat kesadaran : GCS 6 (Eye: 2, Verbal: 1/ Motorik: 3) stupor, tinggikan kepala tempat tidur 15⁰, di lanjutkan lagi pada Jam 09.00 yaitu: mengobservasi tanda – tanda vital tiap jam : tekanan darah 140/80 mmHg, nadi: 60x/menit, respiratori rate : 24 x/menit, suhu : 37,7⁰C, SpO₂ 100 %, di lanjutkan lagi pada jam 10.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 140/70 mmHg, nadi 64 x/menit, respiratori rate 24 x/menit, suhu 38⁰C, SpO₂ : 100 %, melakukan kompres hangat di kedua aksila. Jam 10.30, kolaborasi pemberian infus antipiretik : paracetamol 1 mg/ml (100 ml), dilanjutkan lagi pada jam 12.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 130/80, nadi 77 x/menit, suhu 37,5⁰C, respiratori rate 24 x/menit, SpO₂ : 100 %. kolaborasi pemberian omeprazol 2 x1 dan di lanjutkan lagi pada jam 13.00 yaitu: mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 38,1⁰C, respiratori rate 24 x/menit, kolaborasi pemberian infus antibiotik : levofloxacin 750 mg.

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 Jam 08.00, untuk diagnosa 2. Kerusakan mobilitas fisik yaitu melakukan Rom pasif, memobilisasi pasien tiap dua jam, memberikan baby oil pada daerah yang tertekan.

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 Jam 12.00 untuk diagnosa 3. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu kolaborasi pemberian ranitidine 2 x 1, melayani MLP 200 cc serta kolaborasi pemberian amlodrome 3 x 20 mg /oral.

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019, jam 08.00 untuk diagnosa 1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yaitu, mengobservasi tanda-tanda vital : tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 64 x/menit, suhu 37,7 °C, respiratori rate 24 x/menit, Spo2: 100%, mengobservasi tingkat kesadaran GCS 6 (Eye: 2, Verbal: 1, Motorik : 3), di lanjutkan lagi pada jam 09.00 yaitu: mengobservasi tanda – tanda vital: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 74 x/menit, suhu 38 C, respiratori rate 24 x/menit, Spo2 :100 %, melakukan kompres hangat, di lanjutkan lagi jam 10.00 yaitu: mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 74, suhu 38, 4 C, respiratori rate 24 x/menit, Spo2 : 100 %, kolaborasi pemberian paracetamol infus 100 ml 1 mg/ml. Dilanjutkan lagi ke jam 11.00 mengobservasi tanda-tanda vital : takanan darah 120 / 70 mmHg, nadi 76 x/menit, suhu 37,7 °C, respiratori rate: 24 x/menit Spo2 : 100 %, kolaborasi pemberian antibiotik infus levofloxacin 750 mg, dilanjutkan lagi pada jam 12.00, kolaborasi pemberian antideuretik : furosemide 2 x 40 mg. Serta di lanjutkan lagi ke jam 13.00 yaitu mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 120/ 80 mmHg, nadi 79 x/menit, respiratori rate 24 x/menit, suhu 37,5 °C, Spo2: 100 %, GCS 6.

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019, jam 08.00 untuk diagnosa 2. Resiko kerusakan mobilitas fisik yaitu : melakukan Rom pasif, mengoleska lotion pada daerah yang tertekan, serta memobilisasikan pasien tiap 2 jam.

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 jam 12.00 untuk diagnosa 3. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu: melayani MLP 200 cc, mengajarkan keluarga cara memberi makan lewat NGT.

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 jam 08.00, untuk diagnosa 1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital tiap jam: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 76 x/menit suhu 37,7 C, respiratori rate 20 x/menit, Spo2 : 100 %, mengobservasi tingkat kesadaran : GCS 6 (Eye: 2, Verbal:1, Motorik : 3), di lanjutkan lagi pada Jam 09.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 74 x/menit, respiratori rate 24 x/menit, suhu 37,7 °C, Spo₂ 100 %, di lanjutkan lagi pada jam 10.00 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital : tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 79 x/menit, respiratori rate 20 x/menit, suhu 38⁰C, Spo₂ : 100 %, melakukan kompres hangat di kedua aksila. Jam 11.00 : kolaborasi pemberian infus antipiretik : paracetamol 1 mg/ml (100 ml), dilanjutkan lagi pada jam 12.00 yaitu : mengobservasi tanda-tanda vital: tekanan darah 120/80, nadi 77 x/menit, suhu 37,5⁰C, respiratori rate : 24 x/menit, Spo₂ : 100%, kolaborasi pemberian omeprazol 2 x 1, kolaborasi pemberian antidiuretik 2 x 20 mg/ iv, dan di lanjutkan lagi pada jam 13.00 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital : tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 38,1⁰C, respiratori rate : 20 x/menit, kolaborasi pemberian infus antibiotik : levofloxacin 750 mg.

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 jam 08.00, untuk diagnosa 2. Kerusakan mobilitas fisik yaitu melakukan Rom pasif, memobilisasi pasien tiap dua jam, memberikan baby oil pada daerah yang tertekan.

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 jam 12.00, untuk diagnosa Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu: melayani MLP 200 cc, mengajarkan keluarga cara memberi makan lewat NGT.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang dilakukan kepada klien (Nugroho 2011).

Tanggal 27 mei 2019 jam 13.50 Evaluasi diagnosa satu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : pasien mengalami penurunan kesadaran , GCS 6 (Eye : 2, Verbal : 1, Motorik : 3), tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 77 x/menit, suhu 38 C, respiratori rate 24

x/menit, Spo2 : 100%, hemiparesis positif di sisi tubuh bagian kanan. A : masalah perfusi jaringan serebral belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Evaluasi diagnosa kedua : kerusakan mobilitas fisik. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : pasien tiring, GCS 6 , hemiparesis positif sisi kanan tubuh, kekuatan otot :

3	0
3	0

A : kerusakan mobilitas fisik belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.

Evaluasi diagnosa ketiga resiko kurang nutrisi. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : terpasang NGT. A : resiko kekurangan nutrisi belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Tanggal 28 Mei 2019 jam 13.50 Evaluasi diagnosa satu ketidakefektifan perfusi serebral. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 6 (E : 2 / V : 1 / M : 3), tanda – tanda vital: TD : 130/70 mmHg, N : 77 x/menit, S: 38,1⁰C, respiratori rate : 20 x/menit, hemiparesis positif di sisi tubuh bagian kanan. A : masalah perfusi jaringan serebral belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Evaluasi diagnosa kedua : kerusakan mobilitas fisik belum teratasi. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : pasien tiring, GCS 6, hemiparesis positif sisi kanan tubuh kekuatan otot :

3	0
3	0

A : kerusakan mobilitas fisik belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.

Evaluasi diagnosa ketiga resiko kurang nutrisi. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : terpasang NGT. A : resiko kekurangan nutrisi belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Tanggal 29 Mei 2019 jam 13.50 Evaluasi diagnosa satu ketidakefektifan perfusi serebral. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 6 (E : 2 / V : 1 / M : 3), tanda – tanda vital : TD :130/70 mmHg, N: 77 x/menit, S : 38 C, respiratori rate : 24 x/menit, Spo2 : 100%, hemiparesis positif di sisi tubuh bagian kanan. A : masalah perfusi jaringan serebral belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan.

Evaluasi diagnosa kedua : kerusakan mobilitas fisik belum teratasi. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : pasien tirah baring, GCS 6, hemiparesis positif sisi kanan tubuh, kekuatan otot :

$$\begin{array}{c|c} 3 & 0 \\ \hline 3 & 0 \end{array} .$$

A : kerusakan mobilitas fisik belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan.

Evaluasi diagnosa ketiga resiko kurang nutrisi. S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : terpasang NGT. A : resiko kekurangan nutrisi belum teratasi. P : intervensi di lanjutkan perawat ruangan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Ny. P.S dengan Stroke Non Hemoragik di ruang Cempaka RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan ini akan di bahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien sehingga dapat diketahui berbagai permasalahan yang dialami pasien.

Menurut Smeltzer & Bare (2013) menjelaskan bahwa stroke sering terjadi pada usia 40-70. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018, prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan terjadi pada usia >75 tahun (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun (0,6%). Berdasarkan pengkajian yang di dapat pada Ny.P.S. sekarang berusia 79 tahun dan mengalami stroke pada usia 79 tahun.

Hal ini menunjukkan bahwa antara teori dan kasus nyata tidak ada kesenjangan di karenakan Ny. P.S berusia 79 tahun dan mengalami stroke non hemoragik pada usia 79 tahun sesuai dengan Smeltzer & Bare (2013) mengatakan stroke sering terjadi pada usia 40-70.

Menurut Wijaya & Putri (2013) mengatakan bahwa riwayat kesehatan dahulu meliputi riwayat hipertensi, riwayat penyakit kardiovaskuler, riwayat tinggi

kolsesterol, obesitas, riwayat diabetes militus, riwayat aterosklerosis, merokok, riwayat pemakaian kontrsepsi, riwayat konsumsi alkohol. Hal ini tidak sesuai dengan hasil pengkajian pada Ny.P.S yang di dapatkan yaitu keluarga mengatakan sebelum sakit pasien mempunyai riwayat Rematik, tidak ada riwayat hipertensi, tidak ada riwayat kolestrol, tidak ada riwayat penyakit kardiovaskuler, tidak merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol.

Menurut Wijaya & Putri (2013) mengatakan bahwa riwayat kesehatan keluarga apakah mempunyai penyakit degeneratif, hal ini tidak sesuai dengan hasil pengkajian yaitu keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi diagnosa keperawatan aktual, resiko, kemungkinan dan kesejahteraan. Syarat untuk menegakan suatu diagnosa keperawatan maka diperlukan adanya *problem, etiology, symptom* (PES). Menurut Wijaya & Putri (2013) dan Nugroho (2011) diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik adalah Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusi, hemorsgi, vasospasme serebral, edema serebral. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakn neurovaskular & neuromuskular, kelemahan/flaksid paralisis hipotonik (awal), kerusakan perseptual/kognitif. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan sirkulasi serebral, kerusakan neuromuskular, kehilangan tonus otot/kontrol otot fasia, kelemahan/ kelelahan umum. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan transmisis, integrasi (trauma neurologis atau deficit), stres psikologis. Gangguan harga diri dan deficit perawatan diri berhubungan dengan perubahan biofisik, perseptual kognitif, kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol/ koordinasi otot, kerusakan perseptual/ kognitif, nyeri. Pada kasus nyata diagnosa yang tegakkan pada Ny. P

S adalah Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penyumbatan pembuluh darah ke otak, resiko kerusakan mobilitas fisik dan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan. Pada kasus nyata dan teori ditemukan beberapa diagnosa yang tidak ditegakkan. Pada diagnosa Gangguan harga diri tidak ditegakkan karena tidak ditemukan data pendukung seperti pasien mengalami perubahan perilaku, mengatakan malu dengan keadaannya sekarang.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Secara teoritis, perencanaan disusun berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien dan prioritas masalah yang mengancam kehidupan dan membutuhkan penanganan segera. Tujuan yang dibuat di tetapkan lebih umum tetapi pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan ditegakkan. Berdasarkan teori menurut Taylor, 2013, penulis menyusun rencana keperawatan pada diagnosa resiko ketidakseimbangan nutrisi penulis tidak mengambil 2 rencana yang ada pada teori yaitu : tentukan dan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan, ketahui makanan kesukaan klien. Hal ini karena intervensi yang lain tidak sesuai dengan kondisi Ny. P S yang mengalami penurunan kesadaran. Pada diagnosa kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskular dan neuromuskular tindakan yang tidak dapat dilakukan adalah konsultasi dengan ahli fisioterapi hal ini karena tidak ada kunjungan dari fisioterapi ke ruangan. Pada ketidakefektifan perfusi jaringan serebral penulis menggunakan kesembilan intervensi yang ada pada teori dalam menyelesaikan masalah keperawatan karena dapat dilakukan dan dicapai.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan serta berorientasi pada pasien dan tindakan keperawatan yang direncanakan. Berdasarkan teori perencanaan menurut Taylor, 2013 dan pada saat melakukan implementasi pada Ny. P.A ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Pada diagnosa kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskular & neuromuskular tindakan yang tidak dapat dilakukan adalah

konsultasi dengan ahli fisioterapi hal ini karena tidak ada kunjungan dari fisioterapi ke ruangan dan tindakan yang dilakukan adalah : melatih pasien ROM pasif minimal 8 jam sekali, menguba posisi pasien setiap 2 jam, mengobservasi tanda-tanda vital sebelum/sesudah latihan, mengajarkan anggota keluarga tentang latihan ROM pasif, Pada diagnosa resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan tindakan yang tidak dapat dilakukan adalah tentukan dan motivasi klien untuk mengubah kebiasaan makan, ketahui makanan kesukaan klien. Hal ini dikarnakan Ny. P S yang mengalami penurunan kesadaran. Dan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral tindakan yang dilakukan adalah: mengobservasi TTV dua jam, pantau status neurologis secara teratur, kaji tingkat kesadaran, tinggikan kepala 15⁰, kolaborasi pemebrian O₂ sesuai anjuran (O₂ masker non rebriting 8 Lpm), kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi, kolaborasi pemberian antibiotik.

3.2.5 Evaluasi keperawatan

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Catatan perkembangan dilakukan sebagai bentuk evaluasi menggunakan (SOAP). Evaluasi pada Ny.P S sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa ketidakefektifan pefusi jaringan serebral berhubungan dengan penyumbatan pembuluh darah ke otak tidak tertasi, kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskular & neuromuskular tidak tertasi.

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan tidak teratasi. Dari tahap ini, penulis mendapatkan fakta bahwa tidak semua kriteria hasil dapat di capai selama pasien dirawat di Rumah Sakit, semuanya membutuhkan waktu, proses, kemauan, ketaatan pasien dalam mengikuti perawatan dan pengobatan.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam penulisan studi kasus ini, beberpa kendala yang penulis temui sehingga mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan berupa kurangnya ketersediaan fasilitas buku, keterbatasan waktu dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini, waktu yang disediakan hanya selama 3 hari sehingga membutuhkan

kemampuan lebih dalam penyusunan dan penulisan studi kasus ini. Selain itu data-data yang didapatkan dari wawancara merupakan data sekunder yang bukan merupakan data primer dari.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik pada umumnya sama antara teori dan kasus hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan kasus pada Ny. P.S yang menderita stroke non hemoragik. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. P.S selama hari 3 didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian didapatkan penyebab Stroke Non Hemoragik pada Ny. P S yaitu emboli yang terbawa ke otak melalui pembuluh darah jantung, keadaan umum penurunan kesadaran, pasien tirah baring, kesadaran stupor, terjadi hemiparesis pada sisi kanan tubuh.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. P S yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penyumbatan pembuluh darah ke otak, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskular & neuromuskular, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kelemahan otot menelan.
3. Intervensi keperawatan yang disusun yaitu observasi TTV tiap satu jam, observasi tingkat kesadaran, observasi adanya peningkatan TIK, meninggikan kepala tempat tidur 15°, melatih rom pasif, uba posisi setiap 2 jam, memberikan makan melalui NGT, kolaborasi pemberian O₂ masker non hibriting 8 Lpm dan pemberian terapi obat.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu mengobservasi TTV tiap dua jam, mengobservasi tingkat kesadaran, meninggikan kepala tempat tidur 15°, melatih rom pasif, menguba posisi setiap 2 jam, memberikan makan melalui NGT, kolaborasi pemberian O₂ masker non hibriting 8 Lpm dan pemberian terapi obat.
5. Evaluasi secara umum didapatkan masalah keperawatan belum teratasi berhubungan dengan waktu untuk melaksanakan implementasi yang didapatkan 3 hari.

4.2 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat dalam perkembangan status kesehatan pasien, antara lain :

1 Bagi perawat

Diharapkan mampu memberikan dan meningkatkan kualitas pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien khususnya pada klien dengan masalah keperawatan Stroke Non Hemoragik.

2 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan yang seoptimal mungkin serta mampu menyediakan sarana/prasarana yang memadai dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien khususnya dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.

3 Bagi Pasien & Keluarga

Diharapkan klien dapat melakukan pengobatan secara rutin dan dapat mengikuti program terapi serta kepatuhan terhadap pengobatan, diharapkan pula keluarga dapat memberikan motivasi dan semangat kepada pasien agar tetap mematuhi pengobatan dan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, dkk .2013. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Jakarta : EGC
- Corwin, Elizabeth .2000. *Patofisiologis*. Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta: EGC
- Herdman & Kamitsuru. (2015). *Nanda Internation Inc. Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Ahli bahsa Budi Anna Keliat. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI.2013 . *Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2018.*Riset Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI 2018
- Manjoer .2000. *Kapitaselekta kedokteran*. Media aesculapius: Jakartas
- Mardjono. 2003. *Neurologis Klinis Dasar*. Dian rakyat: Jakarta
- Moorhead, dkk. 2017. *Nursing Outcome Classification*. Jakarta : Elsevier.
- Nanda International.2017. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Nugroho. 2011. *Asuhan keperawatan penyakit dalam dan bedah*. Nuha medika : yogyakarta.
- Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Taylor, Cynthia M. (2013). *Diagnosa Keperawatan dan asuhan keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Wijaya & Putri.2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika

Lampiran

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : JUAN NGGEBU
NIM : PO. 530320116257

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny.P .S
Ruang/Kamar :CEMPAKA / C 15
DiagnosaMedis : STROKE NON HEMORAGIK
No. Medical Record : 510769
Tanggal Pengkajian : Minggu 26 Mei 2019 Jam : 15.00
MasukRumahSakit : Rabu 22 Mei 2019 Jam :16.00

IdentitasPasien

Nama Pasien :Ny. P . JenisKelamin :Perempuan
Umur/TanggalLahir : 79 / 22 Januari 1940 Status Perkawinan :Cerai Mati
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa :Timor
PendidikanTerakhir : SR (sekolah rakyat) Pekerjaan :Tidak bekerja
Alamat : Oensala

Identitas Penanggung

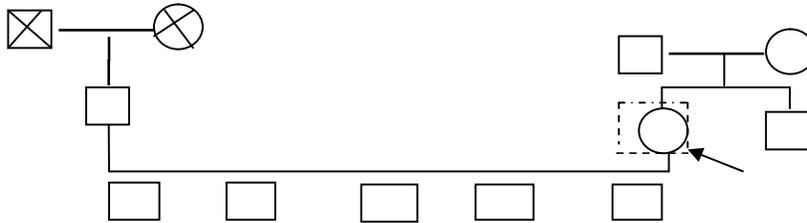
Nama : Tn. A. B Pekerjaan : PNS
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan dengan klien : Anak kandung
Alamat : Maulafa

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri.
 - Kapan: sejak awal masuk RS tanggal 22 Mei 2019 Jam 16.00
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan: Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak di bawah dari Oensala ke RS pada tanggal 22 Mei 2019 jam 16.00.
 - Sifat keluhan: Menetap
 - Lokasi : -
 - Keluhan lain yang menyertai:
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Keluarga mengatakan pasien sebelumnya masih mengikuti ibadah rumah tangga, sepulangnya dari ibadah pasien tidur beberapa saat, kemudian berteriak minta tolong.
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): -
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
Keluarga mengatakan tidak ada upaya yang dilakukan, pasien langsung di bawah ke RS.
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita : Keluarga mengatakan pasien hanya sering mengeluh kakinya asam- asam.
 - Riwayat Alergi ; tidak ada
 - Riwayat Operasi : tidak pernah
4. Kebiasaan
 - Merokok
Tidak merokok
 - Minum alkohol
 - Ya: Jumlah:, waktu * tidak√
 - Minum kopi :
 - Tidak minum kopi
 - Minum obat-obatan
 - Tidak√

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Penjelasan : pasien merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara, saudra pertama sudah meninggal di karnakan usia, pasien menikah dan mempunyai 5 orang anak, suami, anak pertama dan kedua sudah meninggal pasien tinggal sendiri di oensala.

Keterangan

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- : Garis keturunan
- ✕ : Meninggal
- - - - : Tinggal bersama
- ➔ : Pasien

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital
 - Tekanandarah : 140/80 mmHg
 - Nadi : 59 x/ m
 - Pernapasan : 24 x / m
 - Suhu : 37,7°C
2. Kepala dan leher
 - Kepala :
 - Sakit kepala :
 ya tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
 normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, tidak ada

- Masa : ada, tidak ada
- Observasi Wajah : simetris asimetri,

- Penglihatan :

- Konjungtiva: anemis tidak
- Sklera: ikterik tidak
- Pakai kacamata : **Ya** tidak
- Penglihatan kabur : **Ya**, tidak
- Nyeri : tidak ada
- Peradangan : tidak ada
- Operasi : tidak pernah

- Pendengaran

- Gangguan pendengaran : **Ya** **tidak**
- Nyeri : **Ya** **tidak**
- Peradangan : **Ya** **tidak**

- Hidung

- Alergi Rhinnitus : **Ya** **tidak**
- Riwayat Polip : **Ya**, **tidak**
- Sinusitis : **Ya**, **tidak**
- Epistaksis : **Ya**, **tidak**

- Tenggorokan dan mulut

- Keadaan gigi :
- Caries : **Ya**, **tidak**
- Memakai gigi palsu : **Ya**, **tidak**
- Gangguan bicara : **Ya**, **tidak**
- Gangguan menelan : **Ya**, **tidak**
- Pembesaran kelenjar leher : **Ya**, **tidak**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : **Ya**, **tidak**
- Inspeksi :
Kesadaran/ GCS : composmentis= E 2. V= 1, M = 3
- Bentuk dada : abnormal , normal
- Bibir : sianosis normal
- Kuku : sianosis normal
- Capillary Refill : Abnormal normal
- Tangan : Edema normal
- Kaki : Edema normal
- Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: **Teraba** tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba **tidak teraba**
- Perkusi : tidak ada pembesaran jantung

- Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
BJ II : Abnormal **normal**

Murmur : **tidak ada**

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : **tidak ada**
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, **tidak**
 - Bentuk Dada : Abnormal, **Normal**
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, **Normal**
 - Irama Napas : **teratur** tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan: Ya **tidak**
 - Pengguna alat bantu pernapasan : Ya, **tidak**
- Perkusi : Cairan : Ya **tidak**
Udara : Ya **tidak**
Massa : Ya **tidak**
- Auskultasi :
 - Inspirasi : **Normal** Abnormal
 - Ekspirasi : **Normal** Abnormal
 - Ronchi : Ya **tidak**
 - Wheezing : Ya **tidak**
 - Krepitasi : Ya **tidak**
 - Rales : Ya **tidak**
 - Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : klien mengatakan nyeri di bagian perut
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Abnormal, **Normal**
 - Keadaan bibir : lembab **kering**
 - Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : merah muda
 - Luka/ perdarahan : Ya, **tidak**
 - Tanda-tanda radang : Ya, **tidak**
 - Keadaan gusi : Abnormal, **normal**
 - Keadaan abdomen
Warna kulit : coklat
 - Luka : Ya, **tidak**
 - Pembesaran : Abnormal, **normal**
 - Keadaan rektal
Luka : Ya, **tidak**
Perdarahan : Ya, **tidak**

Hemmoroid : Ya, tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 33 x/m, baik)

d. Perkusi : Cairan : Abnormal, adanyaasites normal

Udara : Abnormal, (kembang) normal

Massa : Abnormal, normal

e. Palpasi :

Tonus otot: Abnormal, normal

Nyeri : Abnormal, normal

Massa : Abnormal normal

6. SistemPersyarafan

a. Keluhan : nyeripada area luka,

b. Tingkat kesadaran:composmentis, GCS (E/M/V): 6 (E/2/V/1/M/3)

c. Pupil : Isokor anisokor

d. Kejang : Abnormal, normal

e. Jenis kelumpuhan : Ya, Hemiparesis pada sisi tubuh kanan

f. Parasthesia : Ya, tidak

g. Koordinasigerak : Abnormal, tidak bisa mengerjakan tubu kanan

h. Cranial Nerves : Abnormal, normal

i. Reflexes : Abnormal, normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan :keluarga mengatakan pasien tidak bisa mengerjakan tubuh bagian kanan.

b. Kelainan Ekstremitas : ada, tidakada

c. Nyeri otot : ada tidak

d. Nyeri Sendi : ada tidak ada

e. Refleksi sendi : abnormal, tidak kontraksi pada anggota gerak kanan

f. : Atropi hiperthropi normal

g. kekuatanotot :

3	0
3	0

8. SistemIntegumentari

a. Rash : ada, tidak ada

b. Lesi : ada, tidak ada

c. Turgor : baik

d. Kelembaban : Abnormal, normal

e. Petechie : ada, Tidak ada

f. Lain lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)
 - a. Kebiasaan (Pasien menggunakan kateter)
Frekuensi dalam sehari : Warna : kuning
Bau : khas, Jumlah/ hari : 1500cc
 - b. Perubahan selama sakit :
2. Buang air besar (BAB)
 - a. Kebiasaan : saat kaji 1 x sehari
Warna : kecoklatan
Konsistensi :lembik
 - b. Perubahan selama sakit : BAB dibantu keluarga
 - c. Olah raga dan Aktivitas
 - Kegiatan olah raga yang disukai : -
 - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur :

C. Istirahat dan tidur: pasien penurunan kesadaran

- Tidur malam jam :
Bangun jam :
- Tidur siang jam :
Bangun jam :
- Apakah mudah terbangun :
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : keluarga mengatakan pasien dekat dengan keluarga.
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
Status rumah : milik sendiri
Cukup/ tidak
Bising/ **tidak**
Banjir / **tidak**
4. Jika mempunyai masalah apakah di bicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : pasien tinggal sendiri.
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : pasien tinggal seorang diri.
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : -

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : keluarga menyatakan pasien sering ke gereja.
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : pasien sering mengikuti ibadah rumah tangga

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita :klien berharap piacepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang kerumah.

2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : menyesal karena tidak menyangkan bisa tersengat listrik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

- 1) CT Scan: menunjukan adanya penyumbatan pembuluh darah di otak akibat emboli yang terbawah dari pembuluh darah jantung .

Penatalaksana/pegobatan

- OBAT:
Di ruangan Cempaka, Ns. S .P mendapatkan terapi, furosemide 2 x 40 mg / iv Pagi dan siang, spiro lacton 1 x 25 mg / IV di berikan siang hari, ranitidine 2 x 25 mg / IV , Levofloxacin 1 x 750 mg /iv , pacetamol 2 x 1mg /ml / iv , siang dan malam.
- LAIN- LAIN:
Infus Aminofluid 14 tpm.

A. Analisi Data Keperawatan

No	Data- Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subjektif : Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari yang lalu.</p> <p>Data Objektif : Pasien tidak sadar,GCS : 6 / E: 2,V: 1, M: 3 (Stupor).TTV: TD: 140/80 mmHg, N: 59 x/m,RR: 24 x/m, S : 37, 7 °C, SPO2: 100%. Pasien terpasang O₂ masker non hibriting 8 lpm. hemiparesis pada sisi tubuh bagian kanan.</p> <p>CT Scan : terjadi penyumbatan pembuluh darah di otak oleh emboli yang terbawah melalui pembuluh darah jantung.</p>	Penyumbatan aliran darah ke otak.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
2	<p>Data Subjektif : Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari yang lalu.</p>	Kelemahan neoromuskular	Kerusakan mobilitas fisik.

	<p>Data Objektif : pasien tira baring,GCS :6. Hemiparesis pada sisi tubuh bagian kanan. Kekuatan otot</p> $\begin{array}{r} 3 0 \\ \hline 3 0 \end{array}$		
3	<p>Data Subjektif : Keluarga mengatakan pasien tidak sadarkan diri sejak awal masuk RS 4 hari yang lalu. Data Objektif : pasien penurunan kesadaran ,GCS: 6. Terpasang NGT.</p>	Kelemahan otot menelan	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

B. Diagnosa Keperawatan

- 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Penyumbatan aliran darah ke otak.
- 2) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan Kelemahan neuromuscular.
- 3) Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kelemahan otot menelan

C. Intervensi Keperawatan

No	DX. Keperawatan	NOC	NIC
1	1 Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Penyumbatan aliran darah ke otak.	<p>NOC : Status Sirkulasi ,Perfusi Jaringan : Serebral.</p> <p>setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral Optimal dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tekanan darah dalam batas normal,Nadi dalam batas normal ,RR dalam batas normal. • tidak ada tanda-tanda peningkatan intrakranial, • tingkat kesadaran membaik 	<p>NIC: Monitor Tekanan Intrakranial.</p> <p>Dengan aktifitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pantau TTV tiap jam 2) kaji adanya tanda-tanda tekanan intrakranial 3) kaji tingkat kesadaran 4) pantau status neurologis secara teratur 5) pantau adanya hipertensi ortostatik 6) tinggikan kepala tempat tidur 15⁰-30⁰ 7) Kolaborasi pemeberian obat sesuai indikasi 8) Kolaborasi pemberian antibiotik

			9) kolaborasi pemberian O ₂ Sesuai anjuran (O ₂ masker non rebriting 8 Lpm)
2	Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan Kelemahan neuromuscular.	<p>NOC: Gerak sendi : aktif.</p> <p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien terhindar dari kerusakan mobilitas fisik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien meningkat dalam aktivitas fisik • Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 	<p>NIC: Terapi aktivitas, ambulasi, mobilitas sendi dan Perubahan posisi .</p> <p>Dengan aktifitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) melakukan Rom pasif 2) mobilisasi pasien tiap 2 jam. 3) kolsultasi dengan alih fisioterapi. 4) Mengajarkan keluarga cara melakukan ROM pasif pada pasien
3	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Kelemahan otot menelan	<p>NOC: Status Nutrisi : Asupan makan dan cairan.</p> <p>setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 3 hari diharapkan pasien terhindar dari Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi • Tidak ada tanda tanda malnutrisi • Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>NIC: Manejemen nutrisi.</p> <p>Dengan aktifitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji adanya alergi makanan 2) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 3) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 4) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi 5) memberikan makan melalui NGT jika

			pasien menggunakan NGT.
--	--	--	-------------------------

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan
Hari pertama

No	Hari/tgl/jam	No. Dx	Implementasi	Jam	Evaluasi
1	Senin 27/05/2019 Jam 08.00	1	1 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; tekanan darah 140/80 mmHg, nadi: 59 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: 37,7 °C	13.50	S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar O : ketika di panggil pasien tidak merespon. GCS 6, tanda- tanda vital; tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 64 x/menit, suhu 38,1 0C
	Jam 08.10		2 Mengobservasi tingkat kesadaran		
	Jam 09.00		3 Meninggikan kepala tempat tidur 15-30 ⁰		
	Jam 10.00		4 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; tekanan darah 140/80 mmHg, nadi: 60 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: : 37,7 °C.		A : masalah perfusi jaringan serebral belum teratasi P : intervensi dilanjutkan.
	Jam 10.20		5 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; tekanan darah 140/70 mmHg, nadi: 64 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: : 38 °C.		
	Jam 10.20		6 Melakukan kompres hangat di kedua aksila.		
	Jam 11.45		7 Kolaborasi pemberian infus paracetamol 1 g/ml		
	Jam 12.00		8 Kolaborasi pemberian anti diuretik; furosemide 2 x 40 mg /iv		

	Jam 13.00		9 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; takanan darah 130/70 mmHg, nadi: 64 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: : 37,5 °C.		
	Jam 13.20		10 Kolaborasi pemberian omeprasol 2 x 1 11 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; takanan darah 130/80 mmHg, nadi: 64 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: 38,1 °C. 12 Kolaborasi pemberian antibiotik; infus levofloxacin 750 mg		
2	Senin 27/05/2019 Jam 08.00	2	1 Melakukan ROM pasif . 2 Memobilisasikan pasien tiap 2 jam 3 Memberikan baby oil pada daerah yang tertekan.		S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar. O : pasien tira baring , GCS 6, kekuatan otot 3,0,3,0. A : masalah kerusakan mobilitas fisik belum teratasi P : intervensi di lanjutkan
3	Senin 27/05/2019 Jam 12.00 Jam 12.30	3	1 Kolaborasi pemberian ranitidine 2 x 25 mg. 2 Melayani MLP 200 cc. 3 Kolaborasi pemberian alodorome 3 x 20 mg/oral		S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar O : terpasang NGT. A: masalah resiko ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi. P: intervensi di lanjutkan

Hari kedua

No	Hari/tgl/jam	No. Dx	Implementasi	Jam	Evaluasi
1	Selasa 28/05/2019 Jam 08.00	1	1 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; tekanan darah 120/80 mmHg, nadi: 76 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: 37,7 °C	13.50	S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar O : ketika di panggil pasien tidak merespon. GCS 6, tanda- tanda vital; tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 74 x/menit, suhu 37,5 °C,s Spo2 100 %. A : masalah perfusi jaringan serebral belum teratasi P : intervensi dilanjutkan.
	Jam 08.10		2 Mengobservasi tingkat kesadaran		
	Jam 09.00		3 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; tekanan darah 120/70 mmHg, nadi: 74 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: 38 °C.		
	Jam 10.00		4 Melakukan kompres hangat di kedua aksila.		
	Jam 10.20		5 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; tekanan darah 120/70 mmHg, nadi: 74 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: : 38,3 °C.		
	Jam 11.00		6 Kolaborasi pemberian infus paracetamol 1 g/ml		
	Jam 11.45		7 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; tekanan darah 120/70 mmHg, nadi: 74 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: : 37,7 °C.		
	Jam 12.00		8 Kolaborasi pemberian antibiotik; infus levofloxacin 750 mg		
			9 Kolaborasi		

	Jam 13.00		<p>pemberian anti diuretik; furosemide 2 x 40 mg /iv</p> <p>10 Kolaborasi peberian omeprasol 2 x 1</p> <p>11 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; takanan darah 120/80 mmHg, nadi: 64 x/menit, RR: 24 x/menit, spo2 : 100 %, S: 37,5 °C.</p>	
2	<p>Selasa 28/05/2019</p> <p>Jam 08.00</p>	2	<ol style="list-style-type: none"> 1 Melakukan ROM pasif . 2 Memobilisasikan pasien tiap 2 jam 3 Memberikan baby oil pada daerah yang tertekan. 	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar.</p> <p>O : pasien tira baring , GCS 6, kekuatan otot 3,0,3,0.</p> <p>A : masalah kerusakan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p>
3	<p>Selasa 28/05/2019</p> <p>Jam 12.00</p> <p>Jam 12.30</p>	3	<ol style="list-style-type: none"> 1 Kolaborasi pemberian ranitidine 2 x 25 mg. 2 Melayani MLP 200 cc. 3 Kolaborasi pemberian alodorome 3 x 20 mg/oral 	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar</p> <p>O : terpasang NGT.</p> <p>A: masalah resiko ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi.</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>

Hari ketiga

	Jam 13.00		<p>9 Kolaborasi pemberian omeprasol 2 x 1</p> <p>10 Mengobservasi tanda- tanda vital setiap jam; takanan darah 130/70 mmHg, nadi: 77 x/menit, RR: 20 x/menit, spo2 : 100 %, S: 38,1 °C.</p> <p>11 Kolaborasi pemberian antibiotik; infus levofloxacin 750 mg</p>		
2	<p>Rabu 29/05/2019</p> <p>Jam 08.00</p>	2	<p>1 Melakukan ROM pasif .</p> <p>2 Memobilisasikan pasien tiap 2 jam</p> <p>3 Memberikan baby oil pada daerah yang tertekan.</p>		<p>S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar.</p> <p>O : pasien tirta baring , GCS 6, kekuatan otot 3,0,3,0.</p> <p>A : masalah kerusakan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p>
3	<p>Rabu 29/05/2019</p> <p>Jam 12.00</p> <p>Jam 12.30</p>	3	<p>1 Melayani MLP 200 cc.</p> <p>2 Mengajarkan keluarga cara pemberian makan lewat NGT.</p>		<p>S : keluarga mengatakan pasien masih belum sadar</p> <p>O : terpasang NGT.</p> <p>A: masalah resiko ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi.</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p>

--	--	--	--	--	--	--

Lampiran 3





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Pier A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256, Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Juan Nggebu
NIM : PO.530320116257
Nama Pembimbing : Maria Sambirong, SST, MPH

NO.	Hari/tgl	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Sabtu / 25 Mei 2019	Konsultasi Judul	
2	Jumat / 31 Mei 2019	- Konsultasi BAB I, II, III dan tambahkan pembahasan pada BAB II - Lanjut susun BAB IV, cover, kata pengantar Abstrak dan lembar pengesahan	
3	Kamis 06 Jun 2019	- Konsultasi hasil revisi BAB I, II, III - Konsultasi BAB IV, cover, kata pengantar, Abstrak dan lembar pengesahan	
4	Selasa 11 Jun 2019	ACC untuk ujian pada Kamis 13 Juni 2019	

5	Jumat/ 14 Juni 2019	Konsultasi revisi hasil ujian (perbaikan pengesahan penulisan daftar pustaka.	
6	Selasa/ 18 Juni 2019	Revisi pengotakan BAB III	
7	Rabu 19 Juni 2019	ACC pembimbing	
8	Selasa 25 Juni 2019	Jilid	