

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Z DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI PUSKESMAS TAPAN
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2018**



OLEH :

DEVIA YESNITA

NIM. 174401112

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. Z DENGAN STROKE
NON HEMORAGIK DI PUSKESMAS TAPAN
KABUPATEN PESISIR SELATAN
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan
Program Studi Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

DEVIA YESNITA

NIM. 174401112

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : **DEVIA YESNITA**
Nim : **1714401112**
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z Dengan Stroke Non Hemoragik Di Puskesmas Tapan Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018**

Karya Tulis Ilmiah Ini telah disetujui, diperiksa dan sudah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 31 Juli 2018

Pembimbing,

Ns. DIA RESTI DEWI NANDA DEMUR, M.Kep
NIK. 1420108028611071

Mengetahui,

Program Studi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. ENDRA AMALIA, M.Kep
NIK. 1420123106993012

LEMBAR PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : **DEVIA YESNITA**
Nim : **1714401112**
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z Dengan Stroke Non Hemoragik Di Puskesmas Tapan Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018**

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Berhasil Dipertahankan di Hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan Diterima Sebagai Bagian Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan Penguji,

Penguji I

Ns. VERA SESRIANTY, M.Kep
NIK. 1440102110909052

Penguji II

Ns. DIA RESTI DEWI NANDA DEMUR, M.Kep
NIK. 1420108028611071

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus, Juli 2018

**DEVIA YESNITA
NIM : 1714401112**

Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z Dengan Stroke Non Hemoragik Di Puskesmas Tapan Kabupaten Pesisir Selatan Tahun 2018

V BAB + Halaman 87 + Lampiran 4

ABSTRAK

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai jalan lahir, lama hamil normal adalah 280 hari atau 9 bulan 7 hari, yang dihitung dari HPHT. Perubahan yang fisiologis pada trimester III biasanya berupa sering kencing, sakit pinggang, konstipasi, susah tidur dan lain-lain. Tujuan dari penulisan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan Pada Ny. T dengan kehamilan Trimester III (tiga) di wilayah kerja Puskesmas Tapan. Hasil laporan kasus di temukan data pada Ny. T mengatakan mengatakan Klien mengatakan pinggangnya sakit, kaki keram, mual dan nafsu makan menurun. Klien juga mengatakan susah tidur karna kaki sering keram, klien mengatakan tidak ada kualitas tidur, dan sering terbangun pada malam hari, Klien tampak tidak menghabiskan porsi makan, klien tampak meringis sambil memegang pinggangnya, skala nyeri sedang. Klien tampak pucat, lesu dan tidak bersemangat.klien juga tampak gelisah. Dari hasil pengkajian tersebut di dapatkan masalah keperawatan pada Ny. T adalah nyeri, gangguan nutrisi dan gangguan pola tidur. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta melakukan evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Oleh karena itu disarankan kepada tim kesehatan untuk dapat membantu dalam memelihara kesehatan dan asuhan keperawatan pada ibu hamil trismester III.

Kata Kunci : Trimester III, Asuhan Keperawatan

Daftar Bacaan : 1981- 2007

**HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCES PERINTIS PADANG
DIII STUDY NURSING PROGRAM**

Scientific papers, Case study report, July 2018

**LIZA SASMITA
NIM : 1714401130**

Nursing Care In Mrs. T With a Third Trimester Pregnancy in the Work Area of Tapan Health Center South Pesisir Regency in 2018

Chapter V + 87 Pages + 4 Attachman

ABSTRACT

Pregnancy is a period starting from conception to the birth canal, normal pregnancy is 280 days or 9 months 7 days, which is calculated from HPHT. Physiological changes in the third trimester are usually in the form of frequent urination, lumbago, constipation, insomnia and others. The purpose of this paper is to be able to do nursing care in Mrs. T with a third trimester pregnancy (three) in the working area of the Tapan Health Center. The results of the case report found data on Mrs. T said that the client said his waist hurts, legs cramped, nausea and decreased appetite. The client also said it was difficult to sleep because the legs were often cramped, the client said there was no quality sleep, and often woke up at night, the client did not seem to spend a meal, the client looked grimacing while holding his waist, moderate pain scale. The client looks pale, lethargic and uninspired. The client also looks nervous. From the results of the study get nursing problems in Mrs. T is pain, nutritional disorders and sleep patterns disorders. Based on the nursing problem above, the plan is prepared and carry out nursing actions and conduct evaluations that refer to the objectives and criteria of results. Therefore it is recommended to the health team to be able to assist in maintaining the health and nursing care of pregnant women in trismester III.

Keyword : Third Trimester Pregnancy, Nursing Care

Reading List : (1981-2007)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan pada Tn. Z dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Tapan Tahun 2018”**, tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd.Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Ujian Pengamatan Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada :

1. Bapak Yendrizar Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

3. Ibu Ns. Dia Resti Dewi Nanda Demur, M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
4. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M. Kep selaku penguji yang telah memberikan kritik dan saran yang sangat bermanfaat demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini
5. Khususnya kepada kedua orangtuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Doa yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
6. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi Program RPL STIKes Perintis Padang Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

PERNYATAAN PERSETUJUAN

KATAPENGANTARi

DAFTAR ISI.....iii

DAFTAR TABEL.....v

DAFTAR LAMPIRANvi

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Tujuan Penulisan.....4

1.3 Manfaat Penulisan.....4

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1K

onsep Dasar

Pengertian6

2.1.1A

anatomi fisiologi.....7

2.1.2E

tiologi.....10

2.1.3M

anifestasi Klinis 11

2.1.4P

atofisiologi dan WOC.....12

2.1.5K

omplikasi16

2.1.6	P
enatalaksanaan	16
2.1.7	P
emeriksaan penunjang	17
2.2	A
skep Teoritis	
2.2.1	P
engkajian.....	18
2.2.2	D
iagnosa	24
2.2.3	I
ntervensi	25
2.2.4	I
mplementasi dan evaluasi.....	32

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1	P
engkajian	36
3.2	D
iagnosa Keperawatan.....	46
3.3	I
ntervensi Keperawatan	46
3.4	I
mplementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	50

BAB IV PEMBAHASAN

4.1.....	
Pengkajian	61
4.2.....	
Diagnosa	62
4.3.....	I
ntervensi	64

4.4.....	I
implementasi	64
4.5.....	E
valuasi.....	65

BAB V PENUTUP

5.1. Kesimpulan	66
5.2. Saran	68

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Analisa Data	44
Tabel 3.2 Rencana Keperawatan.....	46
Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing
Lampiran 2	Daftar Bimbingan Revisi
Lampiran 3	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 4	Surat Keterangan Pengambilan Data

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pola hidup yang tidak sehat seperti makan makanan instan, junk food, merokok dan minum kopi yang berlebihan, tidak pernah melakukan olah raga serta gaya hidup yang selalu identik dengan narkoba dan alkohol maka segala penyakit akan datang menyerang. Bermula dari kelebihan kolesterol, kelelahan karena kurang istirahat, tingkat stres yang tinggi dan hipertensi maka timbullah berbagai penyakit seperti stroke (Tarwoto, 2007). Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Mutaqqin, 2008).

Penyakit stroke sebenarnya sudah tidak asing lagi bagi sebagian besar masyarakat. Hal ini diakibatkan oleh cukup tingginya insidensi (jumlah kasus baru) kasus stroke yang terjadi di masyarakat. Insidensi stroke setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar lima juta menderita kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO, 2010). Prevalensi Stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DIY (10,3%). Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan

terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%). DIY (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil. Prevalensi penyakit Stroke pada kelompok yang didiagnosis nakers meningkat seiring bertambahnya umur, tertinggi ≥ 75 tahun laki-laki (43,1%) dan perempuan (67,0%) (Risksedes, 2013).

Sedang prevalensi stroke non hemoragik pada tahun 2009 sebesar 0,09%, mengalami penurunan bila dibandingkan prevalensi tahun 2008 sebesar 0,11%. Prevalensi tertinggi adalah di Kota Surakarta sebesar 0,75%. Di Indonesia, setiap 1000 orang, delapan orang diantaranya terkena stroke (Depkes, 2011).

Berdasarkan penelitian belah lintang multi senter di 28 rumah sakit di Indonesia dengan subyek sebanyak 2065 orang pada tahun didapatkan gejala dan tanda klinis stroke non hemoragik yaitu gangguan motorik (90,5%), nyeri kepala, gangguan visual, disartria, tidak sadar, gangguan sensorik, muntah, vertigo, tidak sadar, kejang, gangguan keseimbangan, disfasia, bruit dan migren. Sesuai dengan data yang ada terlihat jika hampir seluruh penderita penyakit stroke memiliki gangguan motorik. Walaupun terkadang terdapat pasien stroke yang tidak ditemukan gejala gangguan motorik (Steven, 2008). Salah satu pemeriksaan motorik untuk pasien stroke yaitu motor assessment scale for stroke (MAS).

Penanganan medis perlu dilakukan sejak fase akut, yakni mulai pertama kali terserang stroke hingga tujuh hari. Tujuannya adalah antara lain mencegah terjadinya serangan ulang, meminimalkan cedera otak, dan

menghindari komplikasi. Jika individu menderita stroke berat pada bagian otak yang mengontrol respon pernapasan atau kardiovaskuler pasien dapat meninggal (Darmawan,2011). Prognosis stroke dipengaruhi oleh sifat dan tingkat keparahan defisit neurologis yang dihasilkan. usia pasien, penyebab stroke, gangguan medis yang terjadi bersamaan juga mempengaruhi prognosis. Secara keseluruhan, kurang dari 80% pasien dengan stroke bertahan selama paling sedikit 1 bulan, dan didapatkan tingkat kelangsungan hidup dalam 10 tahun sekitar 35%. pasien yang selamat dari periode akut, sekitar satu setengah sampai dua pertiga kembali fungsi independen, sementara sekitar 15% memerlukan perawatan institusional. Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat. Sebanyak 28,5% penderita stroke meninggal dunia, sisanya menderita kelumpuhan sebagian maupun total. Hanya 15% saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke dan kecacatan (Yastroki, 2012).

Cara mengatasi masalah ini diperlukan strategi penanggulangan stroke yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan menggunakan sistem asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Aspek promotif antara lain seperti tindakan penyuluhan tentang stroke, penyebab dan tanda gejala. Untuk tindakan preventif yaitu bisa dilakukan dengan menyarankan kepada masyarakat supaya merupakan pola hidup sehat dan rajin cek tekanan darah. Tindakan kuratif yaitu penanganan stroke yang cepat, tepat dan akurat di rumah sakit

yang maksimal dan untuk tindakan rehabilitasi yaitu pemulihan aktivitas pasca stroke yang bisa berkolaborasi dengan tim fisioterapi.

1.2.1 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Penulis mampu memberikan dan melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn "Z" usia 56 tahun dengan stroke non hemoragik serta memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan proses dan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik di puskesmas Tapan.

1.2.2 Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik, penulis mampu :

1. Memahami tentang konsep asuhan keperawatan stroke non hemoragik
2. Melaksanakan pengkajian pada klien dengan stroke non hemoragik
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik
4. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik
5. Mampu melaksanakan implementasi pada klien dengan stroke non hemoragik
6. Mampu melakukan evaluasi pada klien dengan stroke non hemoragik
7. Melakukan pendokumentasian pada klien dengan stroke non hemoragik

1.1 Manfaat

1.1.1 Bagi Puskesmas

Memberikan masukan bagi tim kesehatan di Puskesmas Tapan dalam memberikan Asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik.

1.1.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai penyambung Ilmu Asuhan Keperawatan pada klien dengan stroke sehingga dapat menambah referensi dan acuan dalam memahami Asuhan Keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik.

1.1.3 Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dan memperbanyak pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan stroke non hemoragik.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

I. Konsep Dasar

2.1. Pengertian

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang

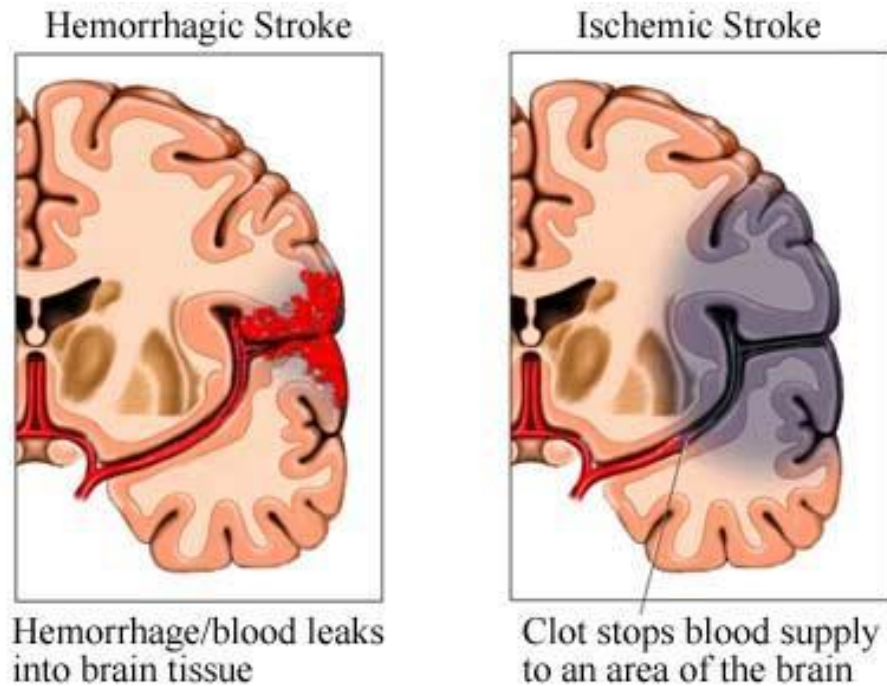
berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular (Muttaqin, 2008).

Stroke non hemoragik adalah stroke yang terjadi karena pembuluh darah di otak pecah sehingga timbul iskemik dan hipoksia di hilir. Penyebab stroke non hemoragi antara lain: hipertensi, pecahnya aneurisma, malformasi arteri venosa. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun (Ria Artiani, 2009).

Stroke non hemoragik adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya (Adib, 2009).

Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa stroke non hemoragik adalah salah satu jenis stroke yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah tidak dapat mengalir secara semestinya yang menyebabkan otak mengalami hipoksia dan berakhir dengan kelumpuhan.

2.2. Anatomi Fisiologi



1) Otak

Berat otak manusia sekitar 1400 gram dan tersusun oleh kurang lebih 100 triliun neuron. Otak terdiri dari empat bagian besar yaitu serebrum (otak besar), serebelum (otak kecil), brainstem (batang otak), dan diensefalon (Satyanegara, 1998).

- a. Serebrum terdiri dari dua hemisfer serebri, korpus kolosum dan korteks serebri. Masing-masing hemisfer serebri terdiri dari lobusfrontalis yang merupakan area motorik primer yang bertanggung jawab untuk gerakan-gerakan volunter, lobus parietalis yang berperan pada kegiatan memproses dan mengintegrasikan informasi sensorik yang lebih tinggi tingkatnya, lobus temporalis yang merupakan area sensorik untuk impuls pendengaran dan lobus oksipitalis yang mengandung korteks

penglihatan primer, menerima informasi penglihatan dan menyadari sensasi warna.

- b. Serebelum terletak di dalam fosa kranii posterior dan ditutupi oleh duramater yang menyerupai atap tenda yaitu tentorium, yang memisahkannya dari bagian posterior serebrum. Fungsi utamanya adalah sebagai pusat refleksi yang mengkoordinasi dan memperhalus gerakan otot, serta mengubah tonus dan kekuatan kontraksi untuk mempertahankan keseimbangan sikap tubuh.
- c. Bagian-bagian batang otak dari bawah ke atas adalah medula oblongata, pons dan mesensefalon (otak tengah). Medula oblongata merupakan pusat refleksi yang penting untuk jantung, vasokonstriktor, pernafasan, bersin, batuk, menelan, pengeluaran air liur dan muntah. Pons merupakan mata rantai penghubung yang penting pada jaras kortikosereberalis yang menyatukan hemisfer serebri dan serebelum. Mesensefalon merupakan bagian pendek dari batang otak yang berisi aquedukus Sylvius, beberapa traktus serabut saraf asenden dan desenden dan pusat stimulus saraf pendengaran dan penglihatan.
- d. Diensefalon dibagi empat wilayah yaitu talamus, subtalamus, epitalamus dan hipotalamus. Talamus merupakan stasiun penerimaan dan integrasi subkortikal yang penting. Subtalamus fungsinya belum dapat dimengerti sepenuhnya, tetapi lesi pada subtalamus akan menimbulkan hemibalismus yang ditandai dengan gerakan kaki atau tangan yang terhempas kuat pada satu sisi tubuh.

Epitalamus berperan pada beberapa dorongan emosi dasar seseorang. Hipotalamus berkaitan dengan pengaturan rangsangan dari sistem susunansaraf otonom perifer yang menyertai ekspresi tingkah dan emosi (Price, 1995).

2) Sirkulasi Darah Otak

Otak menerima 17 % curah jantung dan menggunakan 20 % konsumsi oksigen total tubuh manusia untuk metabolismaerobiknya. Otak diperdarahi oleh dua pasang arteri yaitu arteri karotis interna dan arteri vertebralis. Dan dalam rongga kranium, keempat arteri ini saling berhubungan dan membentuk sistem anastomosis, yaitu sirkulus Willis (Satyanegara, 1998).

- a. Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteria karotis komunis kira-kira setinggi rawan tiroidea. Arteri karotis internamasuk ke dalam tengkorak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum, menjadi arteri serebri anterior dan media. Arteri serebri anterior memberi suplai darah pada struktur-struktur seperti nukleus kaudatus dan putamen basal ganglia, kapsula interna, korpuskolosum dan bagian-bagian (terutama medial) lobus frontalis dan parietalis serebri, termasuk korteks somestetik dan korteks motorik. Arteri serebri media mensuplai darah untuk lobus temporalis, parietalis dan frontalis korteks serebri. Arteria vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama.

- b. Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum, setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris, arteri basilaris terus berjalan sampai setinggi otak tengah, dan di sini bercabang menjadi dua membentuk sepasang arteri serebri posterior. Cabang-cabang sistem vertebrobasilaris ini memperdarahi medula oblongata, pons, serebelum, otak tengah dan sebagian diensefalon. Arteri serebri posterior dan cabang-cabangnya memperdarahi sebagian diensefalon, sebagian lobus oksipitalis dan temporalis, aparatus koklearis dan organ-organ vestibular. (Sylvia A. Price, 1995).
- c. Darah di dalam jaringan kapiler otak akan dialirkan melalui venula-venula (yang tidak mempunyai nama) ke vena serta di drainase ke sinus duramateris. Dari sinus, melalui vena emisaria akan dialirkan ke vena-vena ekstrakranial (Satyanegara, 1998).

2.3. Etiologi

Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi

- 1) Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital.
- 2) Aneurisma fusiformis dari atherosklerosis. Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan
- 3) Aneurisma mycotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.

- 4) Malformasi arteriovenous, adalah pembuluh darah yang mempunyai bentuk abnormal, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena, menyebabkan mudah pecah dan menimbulkan perdarahan otak.
- 5) Ruptur arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.

Faktor resiko pada stroke adalah

- 1) Hipertensi
- 2) Penyakit kardiovaskuler: arteria koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif)
- 3) Kolesterol tinggi, obesitas
- 4) Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral)
- 5) Diabetes Melitus (berkaitan dengan aterogenesis terakselerasi)
- 6) Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- 7) Penyalahgunaan obat (kokain), rokok dan alkohol

2.4. Manifestasi Klinis

Kemungkinan kecacatan yang berkaitan dengan stroke

- 1) Daerah a. serebri media
 - a. Hemiplegi kontralateral, sering disertai hemianestesi
 - b. Hemianopsi homonim kontralateral
 - c. Afasi bila mengenai hemisfer dominan
 - d. Apraksi bila mengenai hemisfer nondominan

- 2) Daerah a. Karotis interna
Serupa dengan bila mengenai a. Serebri media
- 3) Daerah a. Serebri anterior
 - a. Hemiplegi (dan hemianestesi) kontralateral terutama di tungkai
 - b. Incontinentia urinae
 - c. Afasi atau apraksi tergantung hemisfer mana yang terkena
- 4) Daerah a. Posterior
 - a. Hemianopsi homonim kontralateral mungkin tanpa mengenai
 - b. daerah makula karena daerah ini juga diperdarahi oleh a. Serebri media
 - c. Nyeri talamik spontan
 - d. Hemibalisme
 - e. Aleksi bila mengenai hemisfer dominan
- 5) Daerah vertebrobasiler
 - a. Sering fatal karena mengenai juga pusat-pusat vital di batang otak
 - b. Hemiplegi alternans atau tetraplegi
 - c. Kelumpuhan pseudobulbar (disartri, disfagi, emosi labil)

2.5. Patofisiologi

Ada dua bentuk CVA bleeding

- 1) Perdarahan intra cerebral

Pecahnya pembuluh darah otak terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa atau hematoma yang menekan jaringan otak dan menimbulkan oedema di sekitar otak. Peningkatan TIK yang terjadi dengan cepat dapat

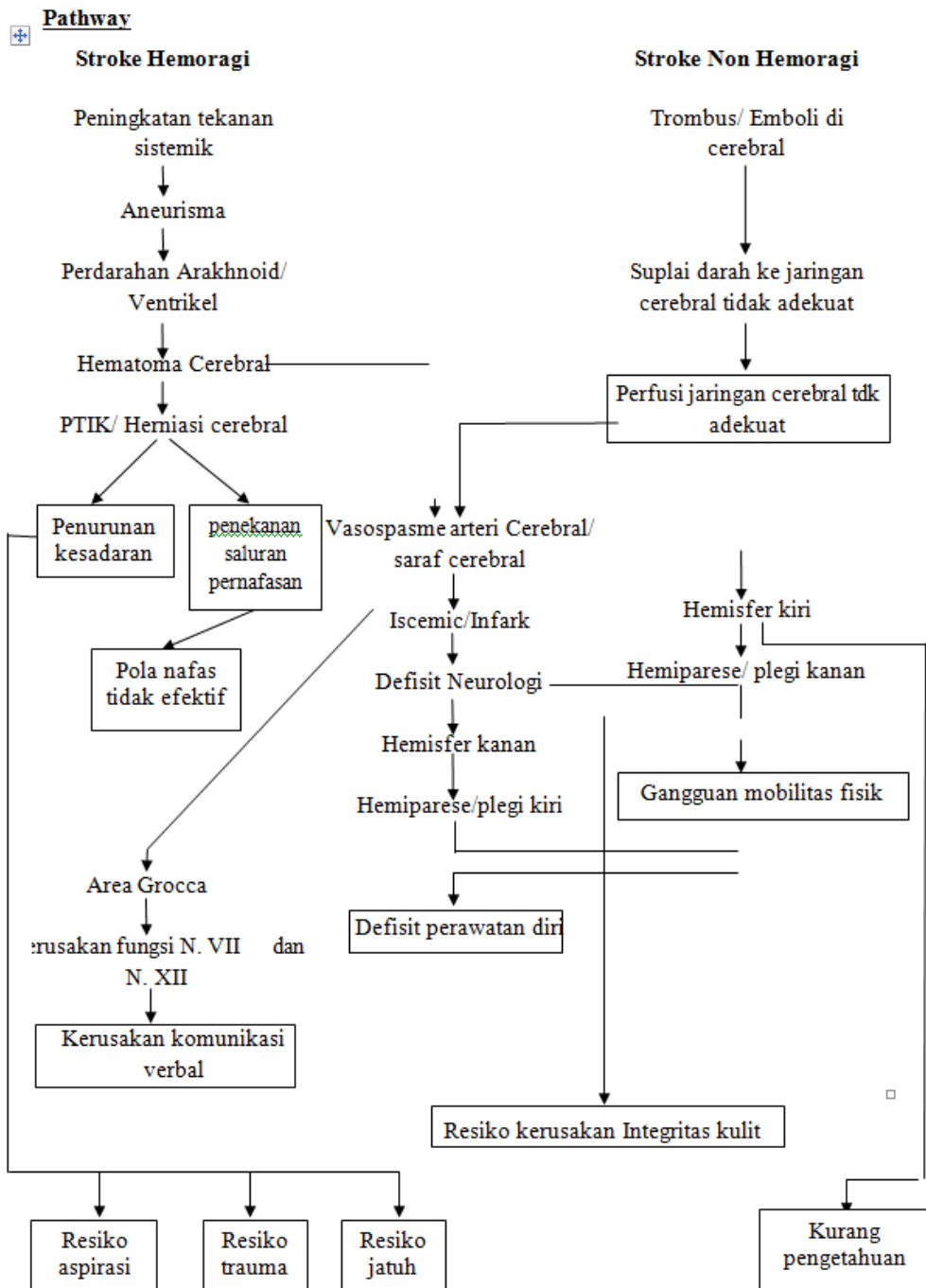
mengakibatkan kematian yang mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra cerebral sering dijumpai di daerah putamen, talamus, sub kortikal, nukleus kaudatus, pon, dan cerebellum. Hipertensi kronis mengakibatkan perubahan struktur dinding pembuluh darah berupa lipohyalinosis atau nekrosis fibrinoid.

2) Perdarahan sub arachnoid

Pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau AVM. Aneurisma palingsering didapat pada percabangan pembuluh darah besar di sirkulasi willisi. AVM dapat dijumpai pada jaringan otak dipermukaan pia meter dan ventrikel otak, ataupun didalam ventrikel otak dan ruang subaraknoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah keruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya. Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini seringkali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5-9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2-5. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan kedalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang subaraknoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal

(hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan O₂ jadi kerusakan, kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70 % akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O₂ melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

Pathway



2.6. Komplikasi

Stroke hemoragik dapat menyebabkan

- 1) Infark Serebri
- 2) Hidrosephalus yang sebagian kecil menjadi hidrosephalus normotensif
- 3) Fistula caroticocavernosum
- 4) Epistaksis
- 5) Peningkatan TIK, tonus otot abnormal

2.7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk stroke hemoragik, antara lain:

- 1) Menurunkan kerusakan iskemik cerebral

Infark cerebral terdapat kehilangan secara mantap inti central jaringan otak, sekitar daerah itu mungkin ada jaringan yang masih bisa diselamatkan, tindakan awal difokuskan untuk menyelamatkan sebanyak mungkin area iskemik dengan memberikan O₂, glukosa dan aliran darah yang adekuat dengan mengontrol / memperbaiki disritmia (irama dan frekuensi) serta tekanan darah.

- 2) Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK

Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan.

3) Pengobatan

- a. Anti koagulan: Heparin untuk menurunkan kecenderungan perdarahan pada fase akut.
- b. Obat anti trombotik: Pemberian ini diharapkan mencegah peristiwa trombolitik/emobolik.
- c. Diuretika : untuk menurunkan edema serebral

4) Penatalaksanaan Pembedahan

Endarterektomi karotis dilakukan untuk memperbaiki peredaran darah otak. Penderita yang menjalani tindakan ini seringkali juga menderita beberapa penyulit seperti hipertensi, diabetes dan penyakit kardiovaskular yang luas. Tindakan ini dilakukan dengan anestesi umum sehingga saluran pernafasan dan kontrol ventilasi yang baik dapat dipertahankan.

2.8. Pemeriksaan Penunjang

1) Angiografi cerebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurism atau malformasi vaskular.

2) Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subarakhnoid atau perdarahan pada intrakranial.

3) CT scan

Penindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

4) MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5) EKG

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

II. Asuhan Keperawatan Secara Teoritis

2.8.1. Pengkajian

1) Aktivitas dan istirahat

Data Subyektif:

- a. Kesulitan dalam beraktivitas ; kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis.
- b. Mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot)

Data obyektif:

- a. Perubahan tingkat kesadaran
- b. Perubahan tonus otot (flaksid atau spastic), paraliysis (hemiplegia), kelemahan umum.

c. Gangguan penglihatan

2) Sirkulasi

Data Subyektif:

Riwayat penyakit jantung (penyakit katup jantung, disritmia, gagal jantung , endokarditis bacterial), polisitemia.

Data obyektif:

- a. Hipertensi arterial
- b. Disritmia, perubahan EKG
- c. Pulsasi : kemungkinan bervariasi
- d. Denyut karotis, femoral dan arteri iliaka atau aorta abdominal

3) Integritas ego

Data Subyektif: Perasaan tidak berdaya, hilang harapan

Data obyektif:

- a. Emosi yang labil dan marah yang tidak tepat, kesedihan , kegembiraan
- b. Kesulitan berekspresi diri

4) Eliminasi

Data Subyektif:

- a. Inkontinensia, anuria
- b. Distensi abdomen (kandung kemih sangat penuh), tidak adanya suara usus (ileus paralitik)

5) Makan/ minum

Data Subyektif:

- a. Nafsu makan hilang

- b. Nausea / vomitus menandakan adanya PTIK
- c. Kehilangan sensasi lidah , pipi , tenggorokan, disfagia
- d. Riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah

Data obyektif:

- a. Problem dalam mengunyah (menurunnya reflek palatum dan faring)
- b. Obesitas (faktor resiko)

6) Sensori neural

Data Subyektif:

- a. Pusing / syncope (sebelum CVA / sementara selama TIA)
- b. Nyeri kepala : pada perdarahan intra serebral atau perdarahan sub arachnoid.
- c. Kelemahan, kesemutan/kebas, sisi yang terkena terlihat seperti lumpuh/mati
- d. Penglihatan berkurang
- e. Sentuhan : kehilangan sensor pada sisi kolateral pada ekstremitas dan pada muka ipsilateral (sisi yang sama)
- f. Gangguan rasa pengecap dan penciuman

Data obyektif:

- a. Status mental ; koma biasanya menandai stadium perdarahan , gangguan tingkah laku (seperti: letargi, apatis, menyerang) dan gangguan fungsi kognitif

- b. Ekstremitas : kelemahan / paralisis (kontralateral pada semua jenis stroke, genggaman tangan tidak seimbang, berkurangnya reflek tendon dalam (kontralateral)

SKALA KEKUATAN OTOT

Skala	Nilai	Ket.
Normal	5/5	Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh
Baik	4/5	Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang
Sedang	3/5	Hanya mampu melawan gaya gravitasi
Buruk	2/5	Tidak mampu melawan gaya gravitasi {gerakkan pasif}i
Sedikit	1/5	Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakkan persendian
Tidak ada	0/5	Tidak ada kontraksi otot

- c. Wajah: paralisis / parese (ipsilateral)
- d. Afasia (kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif/ kesulitan berkata-kata, reseptif / kesulitan berkata-kata komprehensif, global / kombinasi dari keduanya).

- e. Kehilangan kemampuan mengenal atau melihat, pendengaran, stimuli taktil
- f. Apraksia : kehilangan kemampuan menggunakan motorik
- g. Reaksi dan ukuran pupil : tidak sama dilatasi dan tak bereaksi pada sisi ipsi lateral

7) Nyeri / kenyamanan

Data Subyektif:

Sakit kepala yang bervariasi intensitasnya

Data Obyektif:

Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan otot / fasial

Ada dua skala nyeri yang sering digunakan, yaitu Wong-Baker FACES Pain Rating Scale dan Skala Nyeri 0-10 (Comparative Pain Scale). Wong-Baker FACES Pain Rating Scale Skala nyeri yang satu ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya.

Berikut skala nyeri yang kita nilai berdasarkan ekspresi wajah:



Penilaian Skala nyeri dari kiri ke kanan: Wajah Pertama : Sangat senang karena ia

tidak merasa sakit sama sekali. Wajah Kedua : Sakit hanya sedikit. wajah ketiga : Sedikit lebih sakit. Wajah Keempat : Jauh lebih sakit. Wajah Kelima : Jauh lebih sakit banget. Wajah Keenam : Sangat sakit luar biasa sampai-sampai menangis. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas.

Skala Nyeri 0-10 (Comparative Pain Scale) ;

0 = Tidak ada rasa sakit. Merasa normal

1 = Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu Anda tidak pernah berpikir tentang rasa sakit

2 = (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit

3 = (bisa ditoleransi) = nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter.

4 = (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah.

5 = (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir

6 = (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra Anda, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.

7 = (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra Anda menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri.

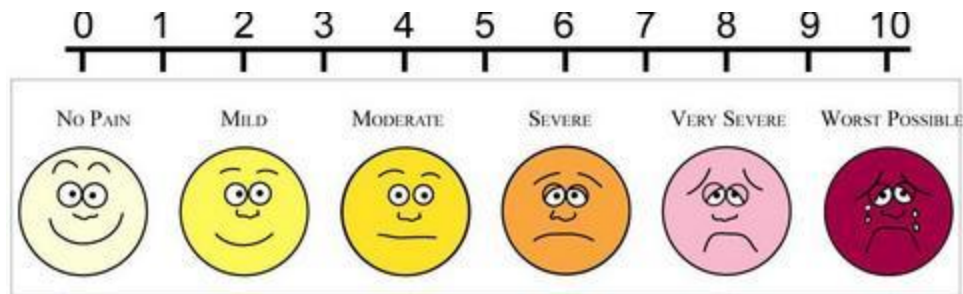
8 = (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

9 = (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga Anda tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya

10 = (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami sakala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

Pengelompokan: Skala nyeri 1-3 berarti Nyeri Ringan (masih bisa ditahan, aktifitas tak terganggu) Skala nyeri 4-6 berarti Nyeri Sedang (mengganggu aktifitas fisik) Skala nyeri 7-10 berarti Nyeri Berat (tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri) Jika kedua skala nyeri di atas digabungkan maka akan menjadi seperti

ini:



8) Respirasi

Data Subyektif:

Perokok (faktor resiko)

Tanda:

- a. Kelemahan menelan/ batuk/ melindungi jalan napas
- b. Timbulnya pernapasan yang sulit dan / atau tak teratur
- c. Suara nafas terdengar ronchi /aspirasi

9) Sistem Persarafan.

Dapat terjadi penurunan tingkat kesadaran dihitung dari nilai GCS biasanya pada stroke dengan hemoragik, biasanya stroke infark pada hemisfer serebri tetap sadar selama perjalanan penyakitnya.

a. Tes Fungsi Serebral.

1. Status Mental.

Dapat timbul gejala disorientasi waktu, tempat dan orang, menjadi kurang konsentrasi dan perhitungan, ataupun dalam memori.

2. Pengkajian Bicara.

Klien dengan stroke didapatkan bicara menjadi tidak jelas, bicara rero, pelo dan tidak dimengerti.

b. Tes Fungsi Nervus Kranial.

1. Kerusakan Nervus I (olfaktorius) memperlihatkan gejala penurunan daya penciuman.
2. Nervus II (optikus). Penurunan daya penglihatan kehilangan sebagian penglihatannya, atau bahkan terjadi diplopia.
3. Nervus III (okulamotorius), Nervus IV (troklearis) dan Nervus VI (abducens). Kerusakannya akan menyebabkan penurunan lapang pandang perubahan ukuran pupil, pupil tidak sama, pupil berdilatasi, pergerakan bola mata tidak simetris.
4. Nervus V (trigeminus). Kerusakannya akan menyebabkan gangguan dalam mengunyah, terjadi paralisis otot wajah dan penurunan fungsi reflek kornea.
5. Nervus VII (fasialis). Asimetris wajah saat tersenyum, melemahnya penutupan kelopak mata dan hilangnya rasa 2/3 bagian tidak anterior lidah.
6. Nervus VIII (akustikus). Menyebabkan menurunnya fungsi pendengaran dan daya keseimbangan tubuh.
7. Nervus IX (glosfaringeus), Nervus X (vagus). Biasanya terjadi cegukan (hiccuping), biasa terjadi pada klien dengan resiko peningkatan intra kranial, menurunnya reflek menelan, menurunnya fungsi rasa pada 1/3 posterior lidah.

8. Nervus XI (asesorius). Biasanya terjadi penurunan kekuatan otot sternokleidomastoideus dan otot trapezius.
9. Nervus XII (Hipoglosus). Gejala yang biasa timbul adalah jatuhnya lidah ke salah satu sisi, menurunnya fungsi pergerakan lidah.

10) Keamanan

Data Obyektif:

- a. Motorik/sensorik : masalah dengan penglihatan
- b. Perubahan persepsi terhadap tubuh, kesulitan untuk melihat objek, hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit
- c. Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenali
- d. Gangguan berespon terhadap panas, dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh

11) Interaksi sosial

Data Obyektif:

Problem berbicara, ketidakmampuan berkomunikasi

12) Pengajaran / pembelajaran

Data Subjektif :

- a. Riwayat hipertensi keluarga, stroke
- b. Penggunaan kontrasepsi oral

13) Pertimbangan rencana pulang

- a. Menentukan regimen medikasi / penanganan terapi

- b. Bantuan untuk transportasi, shopping, menyiapkan makanan, perawatan diri dan pekerjaan rumah

2.8.2. **Diagnosa Keperawatan**

- 1) Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
- 3) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan
- 4) Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak
- 5) Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler
- 6) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler
- 7) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik

(Nanda, 2017)

2.8.3. Intervensi

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1.	Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral b.d aliran darah ke otak terhambat.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan suplai aliran darah keotak lancar dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nyeri kepala / vertigo berkurang sampai de-ngan hilang b. Berfungsinya saraf dengan baik c. Tanda-tanda vital stabil 	<p>Monitorang neurologis</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor ukuran, kesimetrisan, reaksi dan bentuk pupil 2. Monitor tingkat kesadaran klien 3. Monitir tanda-tanda vital 4. Monitor keluhan nyeri kepala, mual, muntah 5. Monitor respon klien terhadap pengobatan 6. Hindari aktivitas jika TIK meningkat 7. Observasi kondisi fisik klien <p>Terapi oksigen</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan jalan nafas dari sekret 2. Pertahankan jalan nafas tetap efektif 3. Berikan oksigen sesuai intruksi 4. Monitor aliran oksigen, kanul oksigen dan sistem humidifier 5. Beri penjelasan kepada klien tentang pentingnya pemberian oksigen 6. Observasi tanda-tanda hipo-ventilasi 7. Monitor respon klien terhadap pemberian oksigen

			8. Anjurkan klien untuk tetap memakai oksigen selama aktifitas dan tidur
2	Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vaskuler serebral	<p>Noc :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ pain level, ○ pain control ○ comfort level <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) ○ melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ○ mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi 	<p>Nic :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi ○ observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan ○ bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan ○ kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan ○ kurangi faktor presipitasi nyeri ○ kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi ○ ajarkan tentang tehnik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin ○ berikan analgetik untuk mengurangi nyeri: ○ tingkatkan istirahat ○ berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur ○ monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

		<p>dan tanda nyeri)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ○ tanda vital dalam rentang normal ○ tidak mengalami gangguan tidur 	
2	Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratory status : Ventilation - Respiratory status : Airway patency - Vital sign Status <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) - Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, 	<p>Airway Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 5. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 6. Lakukan suction pada mayo 7. Berikan bronkodilator bila perlu 8. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 9. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan 10. Monitor respirasi dan status O₂ <p>Terapi Oksigen</p>

		<p>frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)</p> <p>- Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea2. Pertahankan jalan nafas yang paten3. Atur peralatan oksigenasi4. Monitor aliran oksigen5. Pertahankan posisi pasien6. Onservasi adanya tanda tanda hipoventilasi7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi <p>Vital sign Monitoring</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah3. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri4. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan5. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas6. Monitor kualitas dari nadi7. Monitor frekuensi dan irama pernapasan8. Monitor suara paru9. Monitor pola pernapasan abnormal10. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
--	--	--	--

3	Kerusakan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi ke otak	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan klien mampu untuk berkomunikasi lagi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. dapat menjawab pertanyaan yang diajukan perawat b. dapat mengerti dan memahami pesan-pesan melalui gambar c. dapat mengekspresikan perasaannya secara verbal maupun nonverbal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Libatkan keluarga untuk membantu memahami / memahamkan informasi dari / ke klien 2. Dengarkan setiap ucapan klien dengan penuh perhatian 3. Gunakan kata-kata sederhana dan pendek dalam komunikasi dengan klien 4. Dorong klien untuk mengulang kata-kata 5. Berikan arahan / perintah yang sederhana setiap interaksi dengan klien 6. Programkan speech-language therapy 7. Lakukan speech-language therapy setiap interaksi dengan klien
4	Defisit perawatan diri; mandi,berpakaian, makan,	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, diharapkan kebutuhan mandiri klien terpenuhi, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien dapat makan dengan bantuan orang lain / mandiri b. Klien dapat mandi de-ngan bantuan orang lain c. Klien dapat memakai pakaian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan klien untuk perawatan diri 2. Pantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu dalam makan, mandi, berpakaian dan toileting 3. Berikan bantuan pada klien hingga klien sepenuhnya bisa mandiri 4. Berikan dukungan pada klien untuk menunjukkan aktivitas normal sesuai kemampuannya 5. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri k

		<p>dengan bantuan orang lain / mandiri</p> <p>d. Klien dapat toileting dengan bantuan alat</p>	
5	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan neurovas-kuler	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Tidak terjadi kontraktur otot dan footdrop</p> <p>b. Pasien berpartisipasi dalam program latihan</p> <p>c. Pasien mencapai keseimbangan saat duduk</p> <p>d. Pasien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang parese/plegi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan klien untuk latihan rentang gerak aktif pada sisi ekstremitas yang sehat 2. Ajarkan rentang gerak pasif pada sisi ekstremitas yang parese / plegi dalam toleransi nyeri 3. Topang ekstremitas dengan bantal untuk mencegah atau mengurangi bengkak 4. Ajarkan ambulasi sesuai dengan tahapan dan kemampuan klien 5. Motivasi klien untuk melakukan latihan sendi seperti yang disarankan 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien latihan sendi
6.	Resiko kerusakan integritas kulit b.d	Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 3 x 24 jam,	1 Beri penjelasan pada klien tentang: resiko adanya luka tekan, tanda dan gejala luka tekan, tindakan pencegahan

	<p>immobilisasi fisik</p>	<p>diharapkan pasien mampu mengetahui dan mengontrol resiko dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mampu mengenali tanda dan gejala adanya resiko luka tekan b. Klien mampu berpartisipasi dalam pencegahan resiko luka tekan (masase sederhana, alih baring, manajemen nutrisi, manajemen tekanan). 	<p>agar tidak terjadi luka tekan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 Berikan masase sederhana <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan lingkungan yang nyaman b. Gunakan lotion, minyak atau bedak untuk pelicin c. Lakukan masase secara teratur d. Anjurkan klien untuk rileks selama masase e. Jangan masase pada area kemerahan utk menghindari kerusakan kapiler f. Evaluasi respon klien terhadap masase 3 Lakukan alih baring <ol style="list-style-type: none"> a. Ubah posisi klien setiap 30 menit- 2 jam b. Pertahankan tempat tidur sedatar mungkin untuk mengurangi kekuatan geseran c. Batasi posisi semi fowler hanya 30 menit d. Observasi area yang tertekan (telinga, mata kaki, sakrum, skrotum, siku, ischium, skapula) 4 Berikan manajemen nutrisi <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi dengan ahli gizi b. Monitor intake nutrisi c. Tingkatkan masukan protein dan karbohidrat untuk memelihara keseimbangan nitrogen positif 5 Berikan manajemen tekanan <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kulit adanya kemerahan dan pecah-pecah b. Beri pelembab pada kulit yang kering dan pecah-pecah c. Jaga spreid dalam keadaan bersih dan kering
--	---------------------------	---	--

		d. Monitor aktivitas dan mobilitas klien e. Beri bedak atau kamper spritus pada area yang tertekan
--	--	---

2.8.4. **Implementasi**

Implementasi adalah serangkaian kegiatan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang di perkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan.

2.8.5. **Evaluasi**

Evaluasi Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

BAB III

TINJAUAN KASUS

I. PENGKAJIAN

A. Identitas Pasien

Nama : Tn.Z
Umur : 56 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Alamat : Kp. Pulai Air Tapan
Tanggal Pengkajian : 05 juli 2018
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

Penanggung Jawab

Nama : Ny.S
Umur : 48 tahun
Hubungan dengan keluarga : Istri
Pekerjaan : IRT

B. Alasan Masuk

Pasien mengeluh lemah pada tangan dan kaki sejak 1 minggu yang lalu

C. Riwayat Kesehatan

- Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian Tn. Z mengatakan kepala terasa pusing dan mengeluhkan tangan dan kaki sebelah kiri tiba-tiba mengalami kelemahan. Klien mengatakan mengatakan sakit kepala

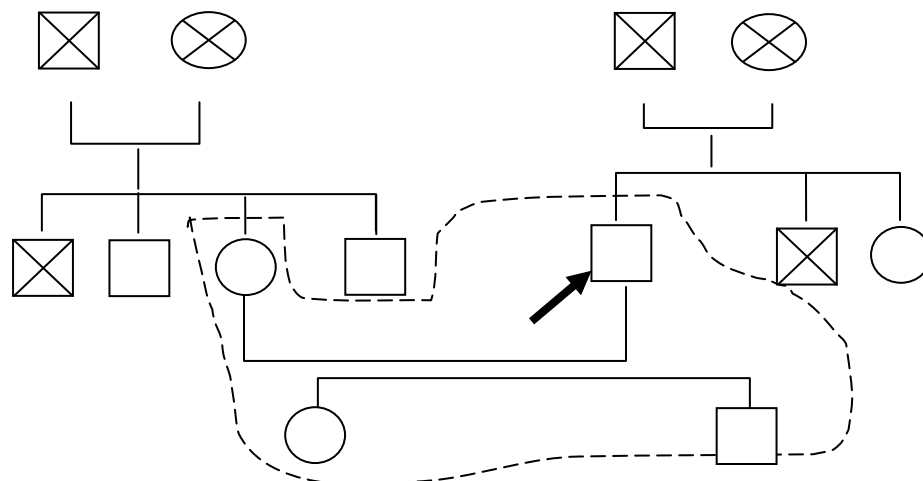
- Riwayat Kesehatan Dahulu

Tn. Z mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan selama keluhan klien belum pernah berobat dan mengkonsumsi obat anti hipertensi. Klien mengatakan punya riwayat merokok 2 tahun yang lalu.

- Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti dirinya, tapi pasien tidak mengetahui pasti penyebab dari kedua orang tuanya meninggal

D. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

- : Perempuan
- ☒ : Laki-laki meninggal
- ⊗ : Perempuan meninggal
- ↑ : Kasus (klien)
- ⋮ : Tinggal serumah

E. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

BB/TB : 56 kg/151 cm

Tanda Vital : TD=160/100 mmHg, P=20x/i

S=37 °C N=80x/i

1. Kepala

Rambut berwarna hitam, tidak ada ketombe, pertumbuhan rambut rata, tidak ada pembengkakan atau bekas luka.

2. Mata

Simetris kiri dan kanan, Pupil isokhor, Konjungtiva tidak anemis, Reflek pupil terhadap cahaya (+).

3. Hidung

Simetris kiri dan kanan, Penciuman tidak terganggu, Tidak ada kelainan, Mukosa hidung tidak meradang, tidak ada sekret.

4. Mulut

Tonsil tidak meradang, Mukosa bibir kering, Tidak ada masa, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi

5. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer getah bening dan tiroid, tidak ada pelebaran vena jugularis, Tidak ada kelainan.

6. Thorak

Jantung

- I : ictus cordis tidak ada terlihat
- P : ictus cordis tidak teraba
- P : perkusi pekak
- A : irama reguler

Paru

- I : bentuk dada datar, tidak ada kelainan atau bekas luka
- P : tidak ada pembengkakan, tidak ada bantuan otot pernafasan, fremitus taktil sama kiri dan kanan
- P : perkusi sonor
- A : suara nafas vesikuler dan tidak ada bunyi nafas tambahan

7. Abdomen

- I : tidak ada kelainan, tidak ada asites, tidak ada bekas luka
- A : bising usus 12x/i
- P : nyeri tekan tidak ada, tidak ada pembesaran hepar
- P : timpany

8. Ekstremitas

Atas : Sebelah kanan tidak ada keluhan, tangan kiri sulit untuk digerakkan

Bawah : kaki kanan tidak ada gangguan, kaki kiri terasa berat

5555	2222
------	------

5555 3333

9. Genitalia

Bersih dan tidak ada keluhan

10. Neurologis

- Nervus I (olfaktorius) tidak ada memperlihatkan gejala penurunan daya penciuman.
- Nervus II (optikus). Tidak ada Penurunan daya penglihatan.
- Nervus III (okulomotorius), Nervus IV (troklearis) dan Nervus VI (abducens). Tidak ada gangguan
- Nervus V (trigeminus). Sedikit kesulitan dalam mengunyah dan menjulurkan lidah
- Nervus VII (fasialis). Tidak ada gangguan
- Nervus VIII (vestibulocochlearis). Tidak ada gangguan fungsi pendengaran
- Nervus IX (glosofaringeus) tidak ada gangguan
- Nervus X (vagus). Tidak ada gangguan
- Nervus XI (asesorius). Klien sulit mengangkat bahu sebelah kiri
- Nervus XII (Hipoglosus). Klien susah menjulurkan lidah

F. Data Biologis

No	Aktivitas	Sehat	Sakit
1	Makan dan minum - Menu - Porsi - Makanan kesukaan - Pantangan - Cemilan - Minum	- Nasi, lauk, sayur - 1 ½ - 2 porsi - Sayuran - Tidak ada - Tidak ada pantangan - Air putih, teh	- Nasi, lauk, sayur - 0,5 porsi - Sayuran - Diet rendah garam - Tidak ada

	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah - Minuman kesukaan - Pantangan 	<ul style="list-style-type: none"> - 2-3 L/hari - Air putih - Tidak ada 	<p>pantangan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Air putih - 2-3 L/hari - Air putih - Tidak ada
2	<p>Eliminasi BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan <p>BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi - Warna - Bau - Kesulitan 	<ul style="list-style-type: none"> - 1x sehari - Kekuningan - Khas - Padat - Tidak ada <ul style="list-style-type: none"> - 4-5x sehari - Kuning jernih - Khas - Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - 1x sehari - Kekuningan - Khas - Padat - Tidak ada <ul style="list-style-type: none"> - 4-5x sehari - Kuning jernih - Khas - Tidak ada
3	<p>Istirahat dan tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waktu tidur - Lama tidur - Waktu bangun - Hal yang mempermudah bangun - Kesulitan tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Jam 08.00 atau 09.00 malam - 8-9 jam - Jam 04.00 atau 05.00 subuh - Tidak ada - Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - Jam 10.00 atau 11.00 malam - 7-8 jam - Jam 03.00 atau 04.00 subuh - Suara berisik - Suara berisik
4	<p>Personal Hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku 	<ul style="list-style-type: none"> - 2-3x sehari - Tiap hari - 2-3x sehari - Bila panjang 	<ul style="list-style-type: none"> - 2-3x sehari - Tiap hari - 2-3x sehari - Bila panjang
5	<p>Rekreasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hobby - Minat khusus - Penggunaan waktu senggang 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada - Tidak ada - Kumpul dengan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada - Tidak ada - Kumpul dengan keluarga
6	<p>Ketergangungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merokok - Minuman - Obat-obatan 	<ul style="list-style-type: none"> - ada - Tidak ada - Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - ada - Tidak ada - Tidak ada

G. Data Psikologis

1. Perilaku non verbal

normal

2. Perilaku verbal

Komunikasi baik, klien menggunakan bahasa daerah tapan

3. Emosi

stabil

4. Persepsi penyakit

Klien mengatakan penyakitnya karena memikirkan kehidupan yang semakin sulit

5. Konsep diri

Body image : klien mengatakan senang dengan anggota tubuhnya

Harga diri : klien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya

Ideal diri : klien mengatakan ingin cepat pulang

Peran diri : klien adalah seorang nenek

6. Adaptasi

Klien mengatakan tidak ada masalah

7. Mekanisme pertahanan diri

Klien mengatakan akan mengikuti instruksi dokter

H. Data Sosial

1. Pola komunikasi

Klien menggunakan bahasa daerah tapan

2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Anggota keluarga

3. Orang yang paling berharga bagi pasien

Anggota keluarga

4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Cukup baik

I. Data Spritual

1. Keyakinan : islam
2. Ketaatan beribadah : shalat tiap waktu
3. Keyakinan terhadap penyembuhan : percaya pada takdir

J. Data Penunjang

1. Diagnosa medis : stroke non hemoragik
2. Pemeriksaan diagnostik : belum dilakukan

K. Data Pengobatan

- PCT : 3x500 mg
- Captopril : 2x25 mg
- Amlodipin : 1x5 mg
- Cairan : RL+Inj Vitamin B komplek

L. Data Fokus

• Data Subjektif

- Klien mengeluh pusing, dada berdebar-debar dan terasa sesak
- Klien mengeluh nyeri pada kepala
- Klien mengeluh skala nyeri sedang
- Klien mengeluh memiliki riwayat hipertensi
- Klien mengeluh susah menggerakkan badan
- Klien mengeluh susah mengangkat bahu kiri

- Klien mengeluh kaki kiri terasa berat

- Data Objektif

- Klien tampak meringis sambil memegang kepalanya
- Klien tampak gelisah
- Skala nyeri 3-4
- Klien mengalami kesulitan membalik badan saat berbaring
- Klien memiliki riwayat hipertensi
- Klien terlihat sempoyongan saat berdiri
- Klien sedikit susah mengunyah
- Klien tampak susah menggerakkan tangan dan kaki kiri
- TD=160/100 mmHg, P=20x/i
- S=37 °C N=80x/i

II. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada kepala - Klien mengeluh skala nyeri sedang DO : <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis sambil memegang kepalanya - Klien tampak gelisah - Skala nyeri 3-4 - TD=160/100 mmHg, - P=20x/i 	Nyeri akut	Peningkatan tekanan vaskuler cerebral

	<ul style="list-style-type: none"> - S=37⁰C - N=80x/i 		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh pusing, dada berdebar-debar dan terasa sesak - Klien mengeluh memiliki riwayat hipertensi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien memiliki riwayat hipertensi - Klien terlihat sempoyongan saat berdiri - Klien tampak gelisah - TD=160/100 mmHg, - P=20x/i - S=37⁰C - N=80x/i 	<p>Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral</p>	<p>aliran darah ke otak terhambat</p>
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh susah menggerakkan badan - Klien mengeluh susah mengangkat bahu kiri - Klien mengeluh kaki kiri terasa berat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengalami kesulitan membalik badan saat berbaring 	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Kerusakan neurovas-kuler</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat sempoyongan saat berdiri - Klien tampak susah menggerakkan tangan dan kaki kiri - TD=160/100 mmHg, - P=20x/i - S=37 °C - N=80x/i 		
--	--	--	--

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler cerebral
2. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler

IV. INTERVENSI

DIAGNOSA	NOC	NIC
Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler cerebral	<p>Noc :</p> <ul style="list-style-type: none"> o pain level, o pain control o comfort level setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil: o mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi 	<p>Nic :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

	<p>nyeri, mencari bantuan)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri ○ mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) ○ menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ○ tanda vital dalam rentang normal ○ tidak mengalami gangguan tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 4. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. kurangi faktor presipitasi nyeri 6. kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 8. berikan analgetik untuk mengurangi nyeri: 9. tingkatkan istirahat 10. berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
Ketidakefektifan jaringan berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan suplai aliran darah ke otak lancar dengan indikator:	<p>Monitorang neurologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Monitor ukuran, kesimetrisan, reaksi dan bentuk pupil 9. Monitor tingkat kesadaran klien

	<p>d. Nyeri kepala / vertigo berkurang sampai dengan hilang</p> <p>e. Berfungsinya saraf dengan baik</p> <p>f. Tanda-tanda vital stabil</p>	<p>10. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>11. Monitor keluhan nyeri kepala, mual, muntah</p> <p>12. Monitor respon klien terhadap pengobatan</p> <p>13. Hindari aktivitas jika TIK meningkat</p> <p>14. Observasi kondisi fisik klien</p> <p>Terapi oksigen</p> <p>9. Bersihkan jalan nafas dari sekret</p> <p>10. Pertahankan jalan nafas tetap efektif</p> <p>11. Berikan oksigen sesuai intruksi</p> <p>12. Monitor aliran oksigen, kanul oksigen dan sistem humidifier</p> <p>13. Beri penjelasan kepada klien tentang pentingnya pemberian oksigen</p> <p>14. Observasi tanda-tanda hipo-ventilasi</p> <p>15. Monitor respon klien terhadap pemberian oksigen</p> <p>16. Anjurkan klien untuk tetap memakai oksigen selama aktifitas dan tidur</p>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam,	7. Ajarkan klien untuk latihan rentang gerak aktif pada sisi

	<p>diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Tidak terjadi kontraktur otot dan footdrop f. Pasien berpartisipasi dalam program latihan g. Pasien mencapai keseimbangan saat duduk h. Pasien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi yang parese/plegi 	<p>ekstrimitas yang sehat</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. Ajarkan rentang gerak pasif pada sisi ekstrimitas yang parese / plegi dalam toleransi nyeri 9. Topang ekstrimitas dengan bantal untuk mencegah atau mengurangi bengkak 10. Ajarkan ambulasi sesuai dengan tahapan dan kemampuan klien 11. Motivasi klien untuk melakukan latihan sendi seperti yang disarankan 12. Libatkan keluarga untuk membantu klien latihan sendi
--	---	--

V. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No	TGL/JAM	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	JAM	PARAF
1	4-7-2018 Jam 08.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler cerebral terhambat	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan kepala dan dada masih nyeri Klien mengatakan skala nyeri sedang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak masih meringis dan memegang bagian tubuh yang sakit Skala nyeri 4 Klien tampak gelisah Klien mendapatkan obat anti nyeri TD=160/100 mmHg N=86x/i P=24x/i 	11.00 WIB	

			<p>napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin</p> <p>7. Melakukan kolaborasi pemberian PCT : 3x500 mg, Captopril: 2x25 mg, Amlodipin: 1x5 mg</p> <p>8. Meningkatkan istirahat</p> <p>9. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>10. Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>	<p>- S=36,5 0C</p> <p>A :</p> <p>- Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>		
2	Jam 10.30 WIB	Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak	<p>1. Memonitor ukuran, kesimetrisan, reaksi dan bentuk pupil</p> <p>2. Memonitor tingkat kesadaran klien</p>	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan kepala masih pusing dan dada berdebar-debar</p>	12.00 WIB	

			<p>3. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>4. Memonitor keluhan nyeri kepala, mual, muntah</p> <p>5. Mengindari aktivitas jika TIK meningkat</p> <p>6. Mengobservasi kondisi fisik klien</p> <p>7. Mempertahankan jalan nafas tetap efektif</p> <p>8. Mengobservasi tanda-tanda hipo-ventilasi</p>	<p>- Klien mengatakan kadang-kadang mual</p> <p>O :</p> <p>- Klien tampak pusing</p> <p>- Tidak ada TIK</p> <p>- Kesadaran compos mentis</p> <p>- Pupil isokhor</p> <p>- TD=160/100 mmHg</p> <p>- N=86x/i</p> <p>- P=24x/i</p> <p>- S=36,5 0C</p> <p>A :</p> <p>- Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>		
3	Jam 11.00 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan	1. Ajarkan klien untuk latihan rentang gerak aktif pada	<p>S :</p> <p>- Klien</p>	13.00 WIB	

		dengan kerusakan neurovaskuler	<p>sisi ekstremitas yang sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan rentang gerak pasif pada sisi ekstremitas yang paresis / plegi dalam toleransi nyeri 3. Topang ekstremitas dengan bantal untuk mencegah atau mengurangi bengkak 4. Ajarkan ambulasi sesuai dengan tahapan dan kemampuan klien 5. Motivasi klien untuk melakukan latihan sendi seperti yang disarankan 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien latihan sendi 	<p>mengatakan masih sempoyongan jika berdiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih susah menggerakkan badan saat berbaring - Klien mengatakan bahu dan kaki kiri terasa berat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sempoyongan jika berdiri - Jika berdiri klien dibantu oleh keluarga - TD=160/100 mmHg - N=86x/i - P=24x/i - S=36,5 OC 		
--	--	--------------------------------	---	--	--	--

				<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 		
4	5-7-2018 Jam 08.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler cerebral terhambat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 4. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kepala dan dada masih sedikit nyeri - Klien mengatakan skala nyeri sedang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meringis kurang - Skala nyeri 4 - Klien tampak lebih tenang - Klien mendapatkan obat anti nyeri - TD=150/80mmH 	11.00 WIB	

			<p>5. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>6. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin</p> <p>7. Melakukan kolaborasi pemberian PCT : 3x500 mg, Captopril: 2x25 mg, Amlodipin: 1x5 mg</p> <p>8. Meningkatkan istirahat</p> <p>9. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>10. Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik</p>	<p>g</p> <ul style="list-style-type: none"> - N=80x/i - P=22x/i - S=37 OC <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi 1,4,6,7,8,10 dilanjutkan 		
--	--	--	--	--	--	--

			pertama kali			
5	Jam 10.00 WIB	Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor ukuran, kesimetrisan, reaksi dan bentuk pupil 2. Memonitor tingkat kesadaran klien 3. Memonitor tanda-tanda vital 4. Memonitor keluhan nyeri kepala, mual, muntah 5. Mengindari aktivitas jika TIK meningkat 6. Mengobservasi kondisi fisik klien 7. Mempertahankan jalan nafas tetap efektif 8. Mengobservasi tanda-tanda hipo-ventilasi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kepala masih sedikit pusing - Klien mengatakan mual berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mual tidak ada - Tidak ada TIK - Kesadaran compos mentis - Pupil isokhor - TD=150/80mmHg - N=80x/i - P=22x/i - S=37 0C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi 2,3,4,6 	12.00 WIB	

				dilanjutkan		
6	Jam 11.30 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan klien untuk latihan rentang gerak aktif pada sisi ekstremitas yang sehat 2. Ajarkan rentang gerak pasif pada sisi ekstremitas yang parestesi / plegi dalam toleransi nyeri 3. Topang ekstremitas dengan bantal untuk mencegah atau mengurangi bengkak 4. Ajarkan ambulasi sesuai dengan tahapan dan kemampuan klien 5. Motivasi klien untuk melakukan latihan sendi seperti yang disarankan 6. Libatkan keluarga untuk membantu klien latihan sendi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sempoyongan jika berdiri - Klien mengatakan masih susah menggerakkan badan saat berbaring - Klien mengatakan bahu dan kaki kiri terasa berat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sempoyongan jika berdiri - Jika berdiri klien dibantu oleh keluarga - TD=150/80 mmHg - N=80x/i 	13.00 WIB	

				<ul style="list-style-type: none"> - P=22x/i - S=37 0C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 		
7	6-7-2018 Jam 08.00 WIB	Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler cerebral terhambat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 4. Melakukan kolaborasi pemberian PCT : 3x500 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri mulai berkurang - Klien mengatakan skala nyeri ringan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meringis kurang - Skala nyeri 3 - Klien tampak lebih tenang - Klien mendapatkan obat anti nyeri - TD=140/80mmHg 	11.00 WIB	

			<p>mg, Captopril: 2x25 mg, Amlodipin: 1x5 mg</p> <p>5. Meningkatkan istirahat</p> <p>6. Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>	<p>- N=82x/i - P=20x/i - S=37 OC</p> <p>A :</p> <p>- Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi 2,4,5,6 dilanjutkan</p>		
8	Jam 10.00 WIB	Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak	<p>1. Memonitor tingkat kesadaran klien</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>3. Memonitor keluhan nyeri kepala, mual, muntah</p> <p>4. Mengobservasi kondisi fisik klien</p>	<p>S :</p> <p>- Klien mengatakan pusing kurang</p> <p>- Klien mengatakan mual tidak ada lagi</p> <p>O :</p> <p>- Mual tidak ada</p> <p>- Tidak ada TIK</p> <p>- Kesadaran compos mentis</p> <p>- TD=140/80mmHg</p> <p>- N=82x/i</p> <p>- P=20x/i</p>	12.00 WIB	

				<ul style="list-style-type: none"> - S=37 OC <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi 1,2,4 dilanjutkan 		
9	Jam 10.30 WIB	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan klien untuk latihan rentang gerak aktif pada sisi ekstremitas yang sehat 2. Ajarkan rentang gerak pasif pada sisi ekstremitas yang paresis / plegi dalam toleransi nyeri 3. Topang ekstremitas dengan bantal untuk mencegah atau mengurangi bengkak 4. Ajarkan ambulasi sesuai dengan tahapan dan kemampuan klien 5. Motivasi klien untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sempoyongan sudah berkurang - Klien mengatakan masih susah menggerakkan badan saat berbaring - Klien mengatakan bahu dan kaki kiri masih terasa berat <p>O :</p>	13.00 WIB	

			<p>melakukan latihan sendi seperti yang disarankan</p> <p>6. Libatkan keluarga untuk membantu klien latihan sendi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jika berdiri klien dibantu oleh keluarga - TD=140/80mmHg - N=82x/i - P=20x/i - S=37 OC <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 		
--	--	--	---	--	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Tn. Z Dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik, Diruangan Rawat inap Pukesmas Tapan pada tanggal 04 s.d 06 Juli Tahun 2018. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas Asuhan Keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur Keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito & Moyet, 2007)

Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari klien, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

4.1.1 Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis kesulitan untuk mendapatkan data dari klien, karena klien mengalami penurunan kesadaran. Jadi penulis mendapatkan data klien dari keluarga.

4.1.2 Keluhan utama

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.

4.1.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan data, karena pada kasus yang di temui punya riwayat merokok..

4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien, karena dikonsept teoritis terdapat faktor resiko pada stroke. namun pada teori kasus tidak ada keluarga klien yang mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien.

4.1.5 Pemeriksaan fisik

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat adanya kesenjangan data karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus ditemukan 7 Diagnosa Keperawatan. Menurut Edisi revisi jilid 1 Nanda NIC-NOC, 2015 Diagnosa keperawatan yang muncul :

- a. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan
- d. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak
- e. Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler
- f. gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler
- g. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik

Sedangkan pada kasus ditemukan 4 diagnosa Keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskuler cerebral
2. Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskuler

Diagnosa pada kasus yang tidak ditemukan di teori adalah :

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan
2. Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neurovaskuler
3. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik

3.3 Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan Keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

3.4 Implementasi Keperawatan

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

4.5 Evaluasi

Dari 3 diagnosa Keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya keja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 04 - 06 Juli 2018.

1. Pada diagnosa 1 yaitu Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular cerebralc sudah teratasi sebagian, karena klien sudah secara mandiri mengontrol lingkungan dan melakukan tehnik relaksasi napas dalam dengan mandiri.
2. Pada Diagnosa 2 yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah keotak terhambat sudah teratasi sebagian karena klien dari hasil evaluasi sudah menunjukkan mual tidak ada, TIK tidak ada dan tanda-tanda vital normal.

Pada diagnosa 3 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskular belum teratasi karena klien masih tampak dibantu oleh keluarga segala sesuatunya.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Tn. Z dengan Stroke Non Hemoragik yang dirawat di ruang rawat Puskesmas Tapan, mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 04 sampai dengan 06 Juli 2018.

5.1. Kesimpulan

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular (Muttaqin, 2008). Menurut penyebab stroke non hemoragik ada factor-faktor yang berisiko terjadinya keluhan yaitu Penyakit kardiovaskuler: arteria koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif), Kolesterol tinggi, obesitas, Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral), Diabetes Melitus (berkaitan dengan aterogenesis terakselerasi), Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi), Penyalahgunaan obat (kokain), rokok dan alkohol

Dari uraian diatas, penulis dapat mengambil kesimpulan

- 5.1.1. Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik di Puskesmas Tapan tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik, walaupun data yang didapat dari keluarga klien karena klien mengalami kesulitan berbicara.
- 5.1.2. Pada diagnosa asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di Puskesmas Tapan tahun 2018 dapat dirumuskan 3 diagnosa pada tinjauan kasus.
- a. Pada diagnosa 1 yaitu Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular cerebralc sudah teratasi sebagian, karena klien sudah secara mandiri mengontrol lingkungan dan melakukan tehnik relaksasi napas dalam dengan mandiri.
 - b. Pada Diagnosa 2 yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah keotak terhambat sudah teratasi sebagian karena klien dari hasil evaluasi sudah menunjukkan mual tidak ada, TIK tidak ada dan tanda-tanda vital normal.
 - c. Pada diagnosa 3 yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neurovaskular belum teratasi karena klien masih tampak dibantu oleh keluarga segala sesuatunya.
- 5.1.3. Pada perencanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di Puskesmas Tapan semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.
- 5.1.4. Pada implementasi asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di Puskesmas Tapan hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak dapat dilakukan.

5.1.5 Evaluasi pada pasien dengan asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik di Puskesmas Tapan, hanya 2 masalah keperawatan yang teratasi sebagian dengan diagnosa Nyeri akut dan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral sedangkan 1 diagnosa keperawatan belum teratasi : gangguan mobilitas fisik..

5.2. Saran

Setelah pemakalah membuat kesimpulan tentang Asuhan Keperawatan pada Tn. Z dengan Stroke non Hemoragik, maka penulis menganggap perlu adanya saran untuk memperbaiki dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Adapun saran-saran sebagai berikut:

5.1.1 Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan kesehatan harus melakukan pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang, agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang profesional untuk klien, khususnya asuhan keperawatan dengan Stroke non Hemoragik.

5.1.2 Institusi Puskesmas

Institusi Puskesmas harus menekankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi membantu pengobatan klien dan memberikan kepuasan klien dalam pelayanan di Puskesmas, terutama di rawat dengan Stroke non Hemoragik.

5.1.3 Penulis

Penulis harus mampu memberikan dan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien, terutama klien dengan Stroke non Hemoragik. Penulis juga harus menggunakan teknik komunikasi terapeutik yang lebih baik lagi pada saat pengkajian, tindakan dan evaluasi agar terjalin kerja sama yang baik guna mempercepat kesembuhan klien.

5.1.4 Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya sebaiknya dapat memberikan pelayanan dan melakukan asuhan keperawatan yang lebih baik lagi, terutama pada klien dengan Stroke non Hemoragik. Kerja sama yang baik hendaknya tetap dipertahankan dan untuk mengatasi terjadinya komplikasi lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Brashers, Valentina L. 2007. *Aplikasi Klinis Patofisiologi : Pemeriksaan & Manajemen*, Alih bahasa: H.Y. Kuncar, Editor edisi bahasa Indonesia : Devi yulianti. Edisi 2.
Jakarta: EGC
- Doenges, Marilyn E, dkk. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Alih Bahasa, 1 Made Kariasa, N Made Sumarwati. Editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester, Yasmin asih ed.3. Jakarta : EGC
- Nurarif, Amin Huda Dan Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc*. Edisi Revisi Jilid 1. Jogjakarta : MediAction.
- Nursalam. 2001. *Pengantar Dokumentasi Keperawata*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, Suzanna C& Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Dan Suddart*. (Alih Bahasa Agung Waluyo). Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Suyono, Slamet, (2001), *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jilid II, Edisi 3, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Price A, Sylvia. 1994. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 4. Jakarta : EGC.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata Penulis

Nama : Liza Sasmita
Umur : 40 tahun
Tempat / Tanggal Lahir : Inderapura/ 12 Juli 1978
Agama : Islam
Bangsa : Indonesia
Alamat : Inderapura - Sumatera Barat

Riwayat Pendidikan

1. SDN 47 Kudo-kudo : Tamat 1991
2. SMPN 01 Inderapura : Tamat 1994
3. SPK Ranah Minang Padang : Tamat 1997
4. Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang Tahun 2017
Sampai Sekarang

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : DEVIA YESNITA
 Nim : 1714401112
 Pembimbing : Ns. DIA RESTI DEWI NANDA DEMUR, M. Kep
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.Z dengan Stroke Non Hemoragik di Puskesmas Tapan Tahun 2018

No	Bimbingan ke-	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

