

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.E DENGAN  
STROKE NON HEMORAGIK DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KOTO BARU  
TAHUN 2018**



**OLEH :**

**MULIATI  
NIM : 1714401133**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.E DENGAN  
STROKE NON HEMORAGIK DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS KOTO BARU  
TAHUN 2018**

**LAPORAN STUDI KASUS**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan  
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



**OLEH :**

**MULIATI  
NIM : 1714401133**

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

## LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : MULIATI  
NIM : 1714401133  
Judul KTI : “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.E Dengan Stroke  
Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru  
Tahun 2018”

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 28 Juli 2018

Pembimbing,

**Ns. Muhammad Arif, M. Kep**  
1420114098409051

Mengetahui,  
Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang

**Ns. Endra Amalia, M. Kep**  
NIK 1420123106993012

## LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : MULIATI  
NIM : 1714401133  
Judul KTI : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.E Dengan Stroke  
Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru  
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.

Bukittinggi, 30 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji I,

**Ns. Muhammad Arif, M. Kep**  
1420114098409051

Penguji II,

**Ns. Lisa Mustika Sari, M. Kep**  
1420114098511072

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. E DENGAN STROKE NON  
HEMORAGIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KOTO BARU  
TAHUN 2018**

**(Muliati, 2018, 90 halaman)**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang** : Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan utama manusia karena setiap manusia berhak untuk memiliki kesehatan. Kenyataannya tidak semua orang dapat memiliki kesehatan yang optimal disebabkan oleh lingkungan yang buruk, sosial ekonomi yang rendah, gaya hidup yang tidak sehat mulai dari makanan, kebiasaan, maupun lingkungan sekitarnya. Hal ini yang memicu berbagai macam penyakit diantaranya adalah stroke.

**Tujuan** : Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik yang meliputi pengkajian, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

**Metode** : Metode yang digunakan adalah dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke non gemoragik.

**Hasil** : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan, hambatan mobilitas fisik dapat teratasi sebagian, klien dapat beraktivitas sedikit – sedikit setelah melakukan latihan ROM pasif dan aktif. Dan defisti pengetahuan dapat teratasi, klien memahami penyakit stroke dan mau berobat dengan teratur, setelah dilakukan penyuluhan kesehatan mengenai stroke, pengobatan yang teratur dan perawatan setelah stroke.

**Kesimpulan** : Satu masalah keperawatan berupa defisit pengetahuan dapat teratasi dengan baik. Dan hambatan mobilitas fisik sudah teratasi sebagian sehingga membutuhkan perawatan lebih lanjut.

**Kata kunci** : Asuhan keperawatan stroke non hemoragik

**NURSING CARE In Ny. E WITH STROKE NON HEMORAGIK  
IN THE REGION OF CLINICS KOTO BARU YEAR 2018**

(Muliati, 2018, 90 pages)

**ABSTRACT**

**Background:** health is one of the primary needs of mankind because every human being has the right to have health care. The reality is not everyone can have optimal health is caused by a bad environment, low socioeconomic, unhealthy life style ranging from food, habits, as well as the surrounding environment. This triggers a wide range of diseases such as stroke.

**Objective:** to know the care nursing in patients with stroke in non hemoragik which include assessment, intervention, implementation and evaluation of nursing.

**Method:** the method used is to do nursing care in stroke patients of non gemoragik.

**Results:** after asuhan keperawatan during 3x24 hours, mobilitas physical barriers can be partially resolved, the client may have a little – a bit after doing passive and active ROM exercises. And defisti of the knowledge can be resolved, the client understands disease stroke and want to seek treatment with regular, after a health counselling about stroke, regular treatment and care after stroke.

**Conclusion:** one issue of nursing knowledge deficit can be resolved properly. And physical mobility barriers already resolved some so need further treatment.

**Keywords:** nursing care of stroke non hemoragik

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nyalah Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.E Dengan Stroke Non Hemoragik di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Tahun 2018”. Shalawat dan salam semoga tercurah pada junjungan kita Nabi Muhammad SAW yang telah berjuang dengan semangatnya yang begitu mulia yang telah membawa kita dari jaman jahilliyah kepada jamani islamiyah.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat akhir bagi mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang, untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini banyak sekali hambatan yang penulis temui, berkat keyakinan, kemauan penulis dan dorongan dari semua pihak akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan dan banyak kekurangannya, maka dari itu penulis mohon saran dan kritik yang sifatnya membangun dari pembaca. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada yang terhormat :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.BioMed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amelia, M.Kep selaku Kepala Prodi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

3. Bapak Andri Dedi, SKM, MM selaku Kepala Puskesmas Koto Baru yang telah memberi izin dinas selama proses perkuliahan.
4. Bapak Ns. Muhammad Arif, M.Kep selaku pembimbing yang telah mengarahkan penulis hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Lisa Mustika Sari M. Kep selaku TIM Penguji.
6. Para Dosen yang telah memberikan ilmu pengetahuan selama dalam proses perkuliahan.
7. Orang tua, suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dorongan semangat baik moril maupun materil kepada penulis dalam mencapai cita-cita.
8. Rekan-rekan seperjuangan yang telah banyak membantu dan memberikan masukan yang berharga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Klien (Ny.E) beserta keluarga yang telah mengizinkan penulis menjadikan dirinya sebagai klien dalam Karya Tulis Imiah ini.

Seterusnya penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah banyak membantu dan semoga mendapat imbalan yang setimpal dari Tuhan YME, kepada-Nyalah kita berserah diri dan bermohon bahwa Karya Tulis Imiah ini hendaknya dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Koto Baru,12 Juli 2018

MULIATI

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK BAHASA INGGRIS.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	3
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat.....	4
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
2.1 Konsep Dasar.....	5
2.1.1 Pengertian.....	5
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.....	6
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.5 Patofisiologi disertai WOC ( <i>Web Of Coution</i> ).....	13
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.7 Penatalaksanaan.....	17
2.1.8 Komplikasi.....	20

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis.....	20
2.2.1 Pengkajian.....	20
2.2.2 Kemungkinan Diagnosa yang Muncul.....	29
2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	30
2.2.4 Implementasi.....	36
2.2.5 Evaluasi.....	36

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian.....	37
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	47
3.3 Intervensi Keperawatan.....	48
3.4 Implementasi Keperawatan.....	52
3.5 Evaluasi Keperawatan.....	56

### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian.....	61
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	62
4.3 Intervensi.....	64
4.4 Implementasi.....	66
4.5 Evaluasi.....	68

### **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan.....	70
5.2 Saran.....	71

### **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR TABEL

1.1 Rencana Asuhan Keperawatan .....	30
1.2 Data Biologis .....	42
1.3 Analisa Data .....	46
1.4 Intervensi Keperawatan .....	48
1.5 Implementasi Keperawatan.....	52
1.6 Evaluasi Keperawatan.....	56

## DAFTAR GAMBAR

1.1 Anatomi Fisiologi .....	6
-----------------------------	---

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Jadwal Dinas Pengamatan Kasus
2. Lembar Konsultasi Bimbingan
3. Daftar Riwayat Hidup
4. Dokumentasi Kegiatan

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Saat ini pembangunan dan perkembangan suatu negara telah memberikan dampak yang besar pada masyarakat, tidak terkecuali Indonesia. Dampak tersebut telah mengubah pola struktur masyarakat dari agraris menjadi industri, dan gaya hidup desa ke gaya hidup masyarakat perkotaan. Pola makan pun berubah dari yang alami menjadi cepat saji. Akibat dari perubahan pola tersebut mengakibatkan terjadinya pergeseran penyakit dari kecenderungan penyakit infeksi ke degeneratif seperti kardiovaskuler dan stroke (Widyanto & Triwibowo, 2013).

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi. Kadang pula stroke disebut dengan CVA (*Cerebro Vaskular Accident*). Orang awam cenderung menganggap stroke sebagai penyakit. Sebaliknya, para dokter justru menyebutnya sebagai gejala klinis yang muncul akibat pembuluh darah jantung yang bermasalah, penyakit jantung atau secara bersamaan (Auryn, 2009).

Data WHO tahun 2016, stroke menyumbang 5,7 juta kematian di seluruh dunia, setara dengan 9,9 % dari seluruh kematian. Lebih 85 % dari kematian ini terjadi pada orang yang hidup di negara-negara berpenghasilan rendah dan

menengah dan sepertiga pada orang yang berusia kurang dari 70 tahun. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2013 menunjukkan kejadian stroke di Indonesia sebesar 6% atau 8,3 per 1000 penduduk yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 6 per 1000 penduduk. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 5 di kota Padang setelah lansia, jantung, hipertensi dan diabetes mellitus (DinKes Sumbar, 2013).

Menurut hasil survei penulis di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru terdapat 32 orang yang menderita stroke yang terdiri 21 orang mengalami stroke non haemoragik dan 11 orang mengalami stroke haemoragik, yang disebabkan karena dari faktor keturunan, pola hidup yang salah seperti merokok, minum kopi, makanan yang berlemak, bergadang, jarang olahraga. Dari hasil survei tersebut sangat diperlukan peran perawat untuk menanggulangi penyakit stroke dengan cara memberikan dukungan dan asuhan keperawatan kepada klien stroke dan post stroke. Kemudian peran perawat yang lainnya meliputi pemberian informasi, edukasi dan ketrampilan yang diperlukan oleh klien, sehingga kualitas hidup klien penderita stroke maupun post stroke dapat meningkat.

## **1.2 Tujuan**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien Ny.E dengan post stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru tahun 2018.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian pada klien Ny.E dengan post stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru tahun 2018.
2. Mampu melakukan analisa data dan menegakkan diagnosa keperawatan pada klien Ny.E dengan post stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru tahun 2018.
3. Mampu menyusun intervensi terkait diagnosa keperawatan pada klien Ny.E dengan post stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru tahun 2018.
4. Mampu melakukan implementasi terkait intervensi yang disusun pada klien Ny.E dengan post stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru tahun 2018.
5. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan pada klien Ny.E dengan post stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru tahun 2018.
6. Mampu melakukan dokumentasi keperawatan pada klien Ny.E dengan post stroke non hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru tahun 2018.

## **1.3 Manfaat**

### **1.3.1 Bagi Penulis**

Setelah menyelesaikan karya tulis ilmiah ini diharapkan kami sebagai mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai stroke khususnya klien dengan post stroke non hemoragik agar terciptanya kesehatan masyarakat yang lebih baik.

### **1.3.2 Bagi Pembaca**

Diharapkan bagi pembaca dapat mengetahui tentang penyakit stroke, tindakan klien dengan post stroke sehingga dapat mencegah dan mengantisipasi diri dari penyakit tersebut.

### **1.3.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai masukan dan tambahan wacana pengetahuan, menambah wacana bagi mahasiswa dan Sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan bagi mahasiswa Diploma III keperawatan khususnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien penderita Stroke Non Hemoragik.

### **1.3.4 Bagi Tempat Peneliti**

Bahan referensi dan bahan pertimbangan bagi tenaga kesehatan tentang asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik guna meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 Konsep Dasar**

##### **2.1.1 Pengertian**

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak. (Sudoyo Aru, dkk 2009).

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan di otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008).

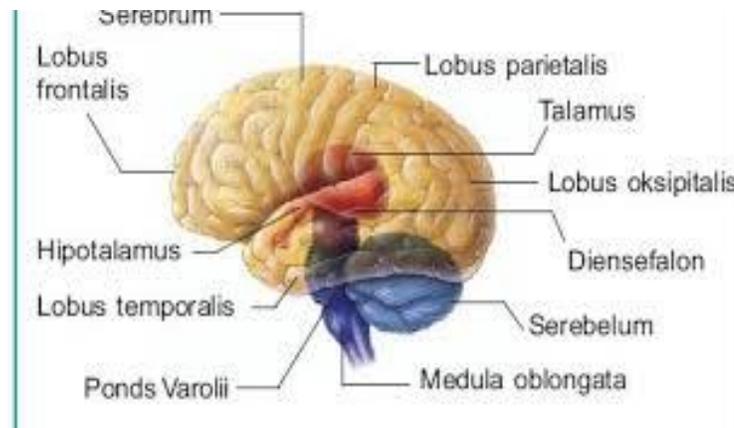
Stroke atau penyakit serebrovaskular adalah gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat penyumbatan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak (Sylvia A. Price, 2005).

Stroke atau cerebral vaskuler accident (CVA) adalah gangguan dalam sirkulasi Intraserebral yang berkaitan vascular insufficiency, trombosis, emboli, atau perdarahan (Wahyu Widagdo dkk, 2007).

## 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Otak

### a. Otak

**Gambar 1. Anatomi 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).

#### 1) Serebrum

Terdiri dari dua hemisfer serebri, korpus kolosum dan korteks serebri. Masing-masing hemisfer serebri terdiri dari lobus frontalis 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.

## **2) 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 refleks yang mengkoordinasi dan memperhalus gerakan otot, serta mengubah tonus dan kekuatan kontraksi untuk mempertahankan keseimbangan sikap tubuh.

## **3) Brainstem (batang otak)**

Bagian-bagian batang otak dari bawah ke atas adalah medula oblongata, pons dan mesensefalon (otak tengah).

Medula oblongata merupakan pusat refleks 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.

## **4) Diensefalon**

Dibagi empat wilayah yaitu talamus, subtalamus, epitalamus dan hipotalamus. Talamus merupakan stasiun penerima dan

pengintegrasikan subkortikal yang penting. Subtalampus fungsinya belum dapat dimengerti sepenuhnya, tetapi lesi pada subtalampus 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 susunan saraf otonom perifer yang menyertai ekspresi tingkah dan emosi (Sylvia A. Price, 1995).

#### **b. Sirkulasi Darah Otak**

Otak menerima 17% curah jantung dan menggunakan 20% konsumsi oksigen total tubuh manusia untuk metabolisme aerobiknya. 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 sirkulasi Willis (Satyanegara, 1998).

- 1) Arteri karotis interna dan eksterna bercabang dari arteria karotis komunis kira-kira setinggi rawan tiroidea. Arteri karotis interna masuk 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, korpus kolosum 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. Arteri vertebralis kiri dan kanan berasal dari arteria subklavia sisi yang sama.

- 2) Arteri vertebralis memasuki tengkorak melalui foramen magnum, setinggi perbatasan pons dan medula oblongata. Kedua arteri ini bersatu membentuk arteri basilaris, arteri basilaristerus 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).
- 3) Darah di dalam jaringan kapiler otak akan dialirkan melalui venula-venula (yang tidak mempunyai nama) ke vena serta di drainase ke sinus duramatis. Dari sinus melalui vena emisaria akan dialirkan ke vena-vena ekstrakranial (Satyanegara, 1998).

### 2.1.3 Etiologi

Stroke dibagi 2 jenis yaitu : stroke iskemik dan stroke hemoragik.

- a. Stroke iskemik (non hemoragik) yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti.

Stroke iskemik ini dibagi 3 yaitu :

- 1) Stroke Trombotik : proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan.
  - 2) Stroke Embolik : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
  - 3) Hipoperfusi sistemik : berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.
- b. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

Stroke hemoragik ada 2 jenis yaitu:

- 1) Hemoragik intraserebral : perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak.
- 2) Hemoragik subaraknoid : perdarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke :

- a. Faktor yang tidak dapat dirubah (non reversible)
  - 1) Jenis kelamin : pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita.
  - 2) Umur : makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke.
  - 3) Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.
- b. Faktor yang dapat dirubah (Reversible)
  - 1) Hipertensi
  - 2) Penyakit jantung
  - 3) Kolestrol tinggi
  - 4) Obesitas
  - 5) Diabetes melitus
  - 6) Polisetemia
  - 7) Stress emosional
- c. Kebiasaan hidup.
  - 1) Merokok
  - 2) Peminum alkohol
  - 3) Obat-obatan terlarang
  - 4) Aktivitas yang tidak sehat: kurang olahraga, makanan berkolestrol.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

- a. Gejala klinis pada stroke hemoragik berupa:
  - 1) Defisit neurologis mendadak
  - 2) Kadang-kadang tidak terjadi penurunan kesadaran
  - 3) Terjadi terutama pada usia >50 tahun
  - 4) Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya
- b. Gejala klinis pada stroke akut berupa :
  - 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak
  - 2) Gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (gangguan hemisensorik)
  - 3) Perubahan mendadak pada status mental (kesadaran menurun)
  - 4) Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
  - 5) Gangguan penglihatan
  - 6) Gangguan daya ingat
  - 7) Bicara pelo atau cadel
  - 8) Mual dan muntah
  - 9) Nyeri kepala hebat
  - 10) Gangguan fungsi otak/ vertigo

(Amin & Hardhi, 2013)

### 2.1.5 Patofisiologi dan WOC

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak yang menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen dapat diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, dimana sel-sel neuron tidak mampu

menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri menuju otak.

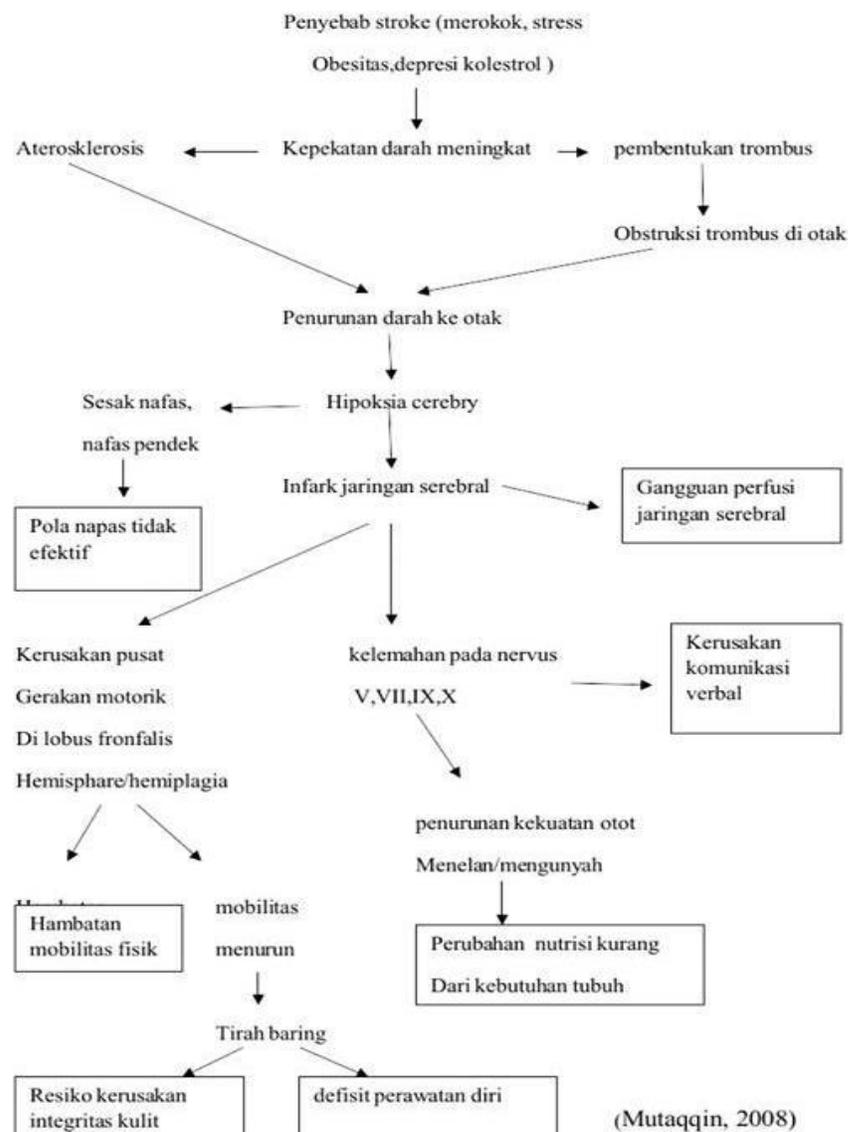
Perdarahan intrakranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan resiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah kebagian tertentu, menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak. Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Disamping itu, terjadi bradikardia, hipertensi sistemik, dan gangguan pernafasan. Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisa, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, menigen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi

serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke-4 sampai ke-10 setelah terjadinya perdarahan dan menyebabkan vasokonstriksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskmik otak dan infark (Fransisca B. Batticaca, 2008).

### WOC



### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

#### **a. Angiografi serebral**

Membantu menunjukkan penyebab stroke secara spesifik, misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.

#### **b. Skan Tomografi Komputer (Computer Tomography Scan/CT-Scan)**

Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subaraknoid dan perdarahan intrakranial. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi.

#### **c. Magnetic Resonance Imaging (MRI)**

Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).

#### **d. Ultrasonografi doppler (USG doppler)**

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis/ aliran darah/ timbulnya plak dan arteriosklerosi).

#### **e. Elektroensefalogram (Electroencephalogram-EEG)**

Mengidentifikasi masalah pada otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

**f. Sinar X tengkorak**

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; klasifikasi parsial dinding aneurisma ada perdarahan subarakhnoid.

**g. Pemeriksaan laboratorium**

Pemeriksaan laboratorium dilakukan dengan cara memeriksakan darah rutin, gula darah, urine rutin, cairan serebrospinal, analisa gas darah (AGD), biokimia darah, dan elektrolit

(Batticaca, 2008).

**2.1.7 Penatalaksanaan**

**a. Penatalaksanaan keperawatan**

Penatalaksanaan klien pada fase awal serangan 42-72 jam pertama :

- 1) Mempertahankan klien cukup oksigen
- 2) Membersihkan lendir dari jalan nafas klien
- 3) Memonitor/pantau fungsi nafas klien
- 4) Mengkaji tingkat kesadaran klien
- 5) Melakukan penilaian kemampuan menelan

Penatalaksanaan klien stroke setelah melewati masa kritis :

- 1) Tata ruang : meletakkan benda-benda yang klien butuhkan didekatnya
- 2) Meletakkan pasien pada posisi kepala ditinggikan 15-30°
- 3) Mengatur posisi tempat tidur datar

- 4) Merubah posisi tubuh klien 1 kali 2 jam, miringkan kekiri dan kekanan
- 5) Melakukan perawatan kebersihan badan, perawatan kulit, kebersihan mata
- 6) Melakuan latihan gerak tubuh dan sendi pada pasien
- 7) Melatih klien untuk berbicara

Penatalaksanaan klien stroke pada fase rehabilitasi (penyembuhan):

- 1) Rutin melakukan latihan gerak/ROM
- 2) Melatih klien melakukan aktifitas ringan seperti : memakai baju
- 3) Melakukan latihan berbicara
- 4) Keluarga memberikan motivasi pada klien untuk sembuh

Pengaturan makanan sehat untuk pasien stroke :

- 1) Menganjurkan pasien minum banyak air putih minimal 8 gelas/hari
- 2) Menghindari minum kopi dan alcohol
- 3) Menganjurkan menghindari memakan makanan yang mengandung banyak gula
- 4) Menganjurkan menghindari makanan yang banyak lemak,
- 5) Menganjurkan klien banyak makan buah, banyak makan sayur, rendah garam
- 6) Pada dasarnya makanan dapat diberikan sesuai dengan kondisi klien. Makanan klien stroke dapat diberikan dalam 3 bentuk : pada diblender dan makanan cair

**b. Penatalaksanaan Medis**

## 1) Non pembedahan

## a) Terapi antikoagulan

Kontraindikasi pemberian terapi antikoagulan pada klien dengan riwayat ulkus, eremia dan kegagalan hepar. Sodium heparin diberikan secara subkutan atau melalui IV drip.

## b) Phenytonin (Dilantin) dapat digunakan untuk mencegah kejang.

## c) Enteris-coated, misalnya aspirin dapat digunakan untuk lebih dulu menghancurkan trombotik dan embolik.

## d) Epsilon-aminocaproic acid (Amicar) dapat digunakan untuk menstabilkan bekuan diatas aneurisma yang ruptur.

## e) Calcium channel blocker (Nimodipine) dapat diberikan untuk mengatasi vasospasme pembuluh darah.

## 2) Pembedahan

## a) Karotid endarteretomi untuk mengangkat plaque atherosclerosis

## b) Superior temporal arteri-middle serebra arteri anatomisis dengan melalui daerah yang tersumbat dan menetapkan kembali aliran darah pada daerah yang dipengaruhi.

(Wahyu Widagdo, dkk. 2007)

### **2.1.8 Komplikasi**

- a. Hipoksia serebral
- b. Penurunan aliran darah serebral
- c. Embolisme serebral
- d. Pneumonia aspirasi
- e. ISK, Inkontinensia
- f. Kontraktur
- g. Tromboplebitis
- h. Abrasi kornea
- i. Dekubitus
- j. Encephalitis
- k. CHF
- l. Distrimia, hidrosepalus, vasospasme

(Wahyu Widagdo, dkk. 2007)

## **2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

(Nursalam, 2011).

Pengkajian pada pasien 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), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi, dan diagnosa 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. Penyakit sekarang

Serangan stroke 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 intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit dapat terjadi letargi, tidak responsive dan koma.

d. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif dan kegemukan. Pengkajian obat-obatan yang sering digunakan klien seperti pemakaian obat anti hipertensi, anti lipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol 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 mellitus 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. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh.

Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah : keterbatasan yang diakibatkan oleh deficit neurologis dalam hubungannya dengan peran sosial klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam sistem dukungan individu.

g. Pengkajian Aktivitas/ istirahat

Gejala : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia). Merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/ kejang otot).

Tanda : gangguan tonus otot (flaksid, spastis) ; paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum. Gangguan penglihatan dan gangguan tingkat kesadaran.

h. Pengkajian Sirkulasi

Gejala : adanya penyakit jantung (MCI/Myocard Infarct, penyakit jantung vaskuler), GJK (Gagal Jantung Kongestif), endokarditis bakterial, polisitemia, riwayat hipotensi postural.

Tanda : hipertensi arterial sehubungan dengan adanya embolisme/ malformasi vaskuler. Nadi : frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung/kondisi jantung, obat-obatan, efek

stroke pada pusat vasomotor), distritmia, perubahan EKG, desiran pada karotis, femoralis dan arteri iliaka/aorta yang abnormal.

i. Integritas ego

Gejala : perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

Tanda : emosi yang labil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih dan gembira, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

j. Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urine, anuria.

Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (ileus parolitik).

k. Makanan/ cairan

Gejala : nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorokkan, disfagia, adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah.

Tanda : kesulitan menelan (gangguan pada reflek palatum dan faringeal), obesitas (faktor risiko).

l. Neurosensori

Pemeriksaan 12 Saraf kranial :

1) Saraf Olfaktorius (N. I)

Fungsi : saraf sensorik, untuk penciuman.

Cara pemeriksaan : anjurkan klien menutup mata dan uji satu persatuan hidung klien kemudian anjurkan klien untuk mengidentifikasi perbedaan bau-bauan yang diberikan. (seperti teh atau kopi).

2) Saraf Optikus (N. II)

Fungsi : saraf sensorik, untuk penglihatan.

Cara pemeriksaan: dengan snellen cart pada jarak 5-6 meter dan pemeriksaan luas pandang dengan cara menjalankan sebuah benda dari samping ke depan (kanan dan kiri, atas kebawah).

3) Saraf Okulomotorius (N. III)

Fungsi : saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata dan kontraksi pupil.

Cara pemeriksaan : anjurkan klien menggerakkan mata dari dalam keluar, dan dengan menggunakan lampu senter uji reaksi pupil dengan memberikan rangsangan sinar kedalamnya.

4) Saraf troklearis (N. IV)

Fungsi : saraf motorik, untuk pergerakan bola mata.

Cara pemeriksaan: anjurkan klien melihat kebawah dan kesamping kanan-kiri dengan menggerakkan tangan pemeriksa.

5) Saraf Trigeminalis (N. V)

Fungsi : saraf motorik, gerakan mengunyah, sensasi wajah, lidah dan gigi, reflek kornea dan reflek berkedip.

Cara pemeriksaan : Dengan menggunakan kapas halus sentuhan pada kornea klien perhatikan reflek berkedip klien, dengan kapas sentuhkan pada wajah klien, uji kepekan lidah dan gigi, anjurkan klien untuk menggerakkan rahang atau menggigit.

6) Saraf Abdusen (N. VI)

Fungsi : saraf motorik, pergerakan bola mata kesamping melalui otot lateralis.

Cara pemeriksaan : anjurkan klien melirik kanan dan kiri.

7) Saraf Fasialis (N. VII)

Fungsi : saraf motorik, untuk ekspresi wajah.

Cara pemeriksaan : dengan cara menganjurkan klien tersenyum, mengangkat alis, mengerutkan dahi, uji rasa dengan menganjurkan klien menutup mata kemudian tempatkan garam/gula pada ujung lidah dan anjurkan mengidentifikasi rasa tersebut.

8) Saraf Vestibulokoklear (N. VIII)

Fungsi : saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan.

Cara pemeriksaan : tes rine weber dan bisikan, tes keseimbangan dengan klien berdiri menutup mata.

9) Saraf Glosofaringeus (N. IX)

Fungsi : saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa.

Cara pemeriksaan: dengan cara membedakan rasa manis dan asam dengan menggembungkan mulut.

10) Saraf Vagus (N. X)

Fungsi : saraf sensorik dan motorik, reflek muntah dan menelan.

Cara pemeriksaan: dengan menyentuh faring posterior, klien menelan saliva disuruh mengucapkan kata ah.

11) Saraf Asesorius (N. XI)

Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan bahu.

Cara pemeriksaan : anjurkan klien untuk menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil klien melawan tahanan tersebut.

12) Saraf Hipoglosus (N. XII)

Fungsi : saraf motorik, untuk menggerakkan lidah.

Cara pemeriksaan: dengan cara klien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi.

(Amin & Hardhi, 2012)

m. Nyeri/ kenyamanan

Gejala : sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda (karena arteri karotis terkena)

Tanda : tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan pada otot/fasia.

n. Pernafasan

Gejala : merokok (faktor risiko).

Tanda : ketidakmampuan menelan/ batuk/ hambatan jalan nafas. timbulnya pernafasan sulit dan/ atau tak teratur, suara nafas terdengar/ ronki (aspirasi sekresi).

o. Keamanan

Tanda : motorik/sensorik, masalah dengan penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh (stroke kanan), kesulitan untuk melihat objek dari sisi kiri (pada stroke kanan), hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit.

Tidak mampu mengenali objek, warna, kata dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik, gangguan berespon terhadap panas dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh, kesulitan dalam menelan, tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri (mandiri), gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri (stroke kanan).

p. Interaksi sosial

Tanda : masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

q. Penyuluhan/ pembelajaran

Gejala : adanya riwayat hipertensi pada keluarga, stroke (faktor resiko). Pemakaian kontrasepsi oral, kecanduan alkohol (faktor risiko).

(Doengoes, 2000)

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tidak adekuatnya sirkulasi darah serebral
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- d. Defisit pengetahuan : keluarga berhubungan dengan keterbatasan kognitif
- e. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskular
- f. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan trauma neurologis
- g. Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan psikososial
- h. Resiko tinggi terhadap menelan berhubungan dengan kerusakan Neuromuskular

(NANDA, 2015)

### 2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tidak adekuatnya sirkulasi darah serebral	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali normal	Klien mengatakan sakit kepala berkurang bahkan hilang dan merasa nyaman, eksremitas klien dapat kembali digerakkan, tanda-tanda vital normal dan tingkat kesadaran compos mentis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji keadaan umum</li> <li>b. Pantau TTV</li> <li>c. Bantu klien dalam letakan kepala agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral)</li> <li>d. Anjurkan klien mempertahankan keadaan tirah baring</li> <li>e. Kolaborasi dalam pemberian O<sub>2</sub> sesuai indikasi</li> <li>f. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk mengetahui gangguan pada perfusi jaringan</li> <li>b. Hipertensi dapat menjadi faktor pencetus</li> <li>c. Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi serebral</li> <li>d. Aktivitas yang kontinu dapat meningkatkan TIK</li> <li>e. Menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral</li> <li>f. Meningkatkan aliran darah serebral</li> </ul>

2	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular .</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan mobilitas fisik teratasi</p>	<p>Klien dapat beraktivitas sesuai kemampuan, tidak ada kontraktur otot, tidak terjadi penyusutan otot, ekstremitas dapat digerakkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji tingkat aktivitas klien</li> <li>b. Ajarkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali</li> <li>c. Ajarkan klien ROM pasif</li> <li>d. Bantu klien tingikan tangan dan kepala 30-40°</li> <li>e. Kolaborasi dalam pemberian obat relaksasi otot sesuai indikasi</li> <li>f. Kolaborasi dalam pemberian matras bulat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk mengetahui tingkat aktivitas klien</li> <li>b. Menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan</li> <li>c. Meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi</li> <li>d. Meningkatkan aliran balik vena</li> <li>e. Untuk meningkatkan spasitisitas pada ektremitas yang terganggu</li> <li>f. Meningkatkan distribusi merata berat badan menurunkan tekanan tulang-tulang tertentu.</li> </ul>
---	-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular .	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri klien meningkat	Klien tampak segar, klien tampak bersih, rapi, nafas tidak berbau, kuku pendek dan rapi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji perawatan diri klien</li> <li>b. Anjurkan keluarga untuk selalu memerhatikan kebersihan dan kebutuhan klien</li> <li>c. Bantu klien dalam personal hygiene</li> <li>d. Bantu klien memotong kuku</li> <li>e. Bantu klien untuk mengganti laken</li> <li>f. Bantu memandikan klien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjaga kebersihan diri klien</li> <li>b. Menjaga kebersihan diri klien</li> <li>c. Menjaga kebersihan klien</li> <li>d. Menjaga kebersihan kuku klien</li> <li>e. Memberikan rasa nyaman kepada klien</li> <li>f. Menjaga kebersihan diri klien.</li> </ul>
4	Defisit pengetahuan: keluarga berhubungan dengan keterbatasan kognitif	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengetahuan klien dan keluarga	Berpatisipasi dalam penyuluhan kesehatan, memulai perubahan gaya hidup klien dan keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji pengetahuan keluarga</li> <li>b. Diskusikan dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu</li> <li>c. Identifikasi faktor-faktor resiko secara individual</li> <li>d. Berikan penjelasan kepada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menentukan intervensi selanjutnya</li> <li>b. Membantu dalam membangun harapan dan meningkatkan pemahaman</li> <li>c. Memungkinkan menurunkan risiko kambuh</li> </ul>

		bertambah	mengetahui penyakit stroke	keluarga mengenai penyakit klien (Penkes) e. Motivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup	d. Menambah pengetahuan keluarga dan klien e. Meningkatkan kesehatan
<b>5</b>	Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskular .	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan komunikasi verbal berkurang	Mengindikasi pemahaman tentang masalah komunikasi, membuat metode komunikasi dimana kebutuhan dapat diekspresikan	a. Kaji tipe/ derajat disfungsi b. Ajarkan metode komunikasi alteratif c. Bicaralah dengan nada normal dan hindari percakapan cepat d. Kolaborasi dengan ahli terapi wicara	a. Membantu menentukan derajat kerusakan serebral b. Membantu klien dalam berkomunikasi c. Memfokuskan respon klien d. Melatih fungsi wicara
<b>6</b>	Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan trauma	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	Mempertahankan tingkat kesadaran dan mengakui perubahan dalam kemampuan	a. Kaji kesadaran sensorik b. Berikan stimulasi terhadap rasa sentuhan c. Ciptakan lingkungan yang sederhana dengan	a. Untuk mengetahui kesesuaian dari gerak b. Membantu melatih kembali sensorik

	neurologis	perubahan persepsi sensori teratasi		memindahkan perabot yang membahayakan d. Menghilangkan kebisingan eksternal yang berlebihan sesuai indikasi	c. Menurunkan resiko terjadi kecelakaan d. Menurunkan ansietas dan respon emosi
<b>7</b>	Gangguan harga diri berhubungan dengan perubahan psikososial	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan harga diri teratasi	Mengungkapkan penerimaan diri dalam situasi dan berkomunikasi dengan orang terdekat tentang situasi yang terjadi	a. Kaji luas gangguan persepsi b. Anjurkan klien untuk mengekspresikan perasaannya c. Berikan dukungan terhadap perilaku dan usaha d. Kolaborasi dengan ahli psikologi.	a. Menentukan faktor-faktor perencanaan selanjutnya b. Untuk mengenal dan memahami perasaan saat ini c. Mengubah dan memahami tentang peran diri d. Mempermudah adaptasi terhadap perubahan peran
<b>8</b>	Resiko tinggi terhadap menelan berhubungan dengan	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak	Mendemonstrasikan metode makan tepat untuk situasi individual dengan aspirasi tercegah	a. Kaji resiko tinggi terhadap menelan b. Bantu klien dalam posisi duduk saat makan	a. Menentukan intervensi selanjutnya b. Menurunkan resiko aspirasi c. Menurunkan resiko tersedak

	kerusakan neuromuskular .	terjadi resiko tinggi menelan	dan mempertahankan berat badan	c. Anjurkan klien menggunakan sedotan saat minum d. Anjurkan untuk berpartisipasi dalam program latihan/ kegiatan	d. Meningkatkan perasaan senang dan meningkatkan nafsu makan.
--	---------------------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, memfasilitasi koping. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi *independent* (suatu tindakan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk/ perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya). *Dependent* (suatu tindakan dependent berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis, tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan) dan *interdependent* suatu tindakan yang memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga social, ahli gizi, fisioterapi dan dokter (Nursalam, 2000).

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana keperawatan dan implementasi keperawatan. Tahap evaluasi yang memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, perencanaan dan implementasi (Nursalam, 2011).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas Klien**

Nama/inisial	: Ny. E
Umur	: 56 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Kawin
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Pendidikan	: SMA
Alamat	: Koto Baru
Penanggung jawab	
Nama	: Tn. A
Umur	: 52 tahun
Hubungan Keluarga	: Suami
Pekerjaan	: Wiraswasta

##### **3.1.2 Alasan Masuk**

Ny.E perawatan dirumah dengan post stroke hemoragik, dengan keluhan yang dialami klien anggota gerak sebelah kiri terasa lemah.

### 3.1.3 Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat kesehatan sekarang

Petugas datang ke rumah klien hari Jumat, 6 Juli 2018, pukul 11.00 WIB. Klien sedang berbaring di tempat tidur. Klien mengatakan menderita stroke non hemoragik sejak tahun 2004 yang lalu. Saat ini klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah. Klien mengatakan terasa sakit digerakan melakukan aktivitas yang agak berat. Klien mengatakan kurang paham akan penyakitnya sekarang dan klien jarang berobat dan mengontrol tekanan darahnya.

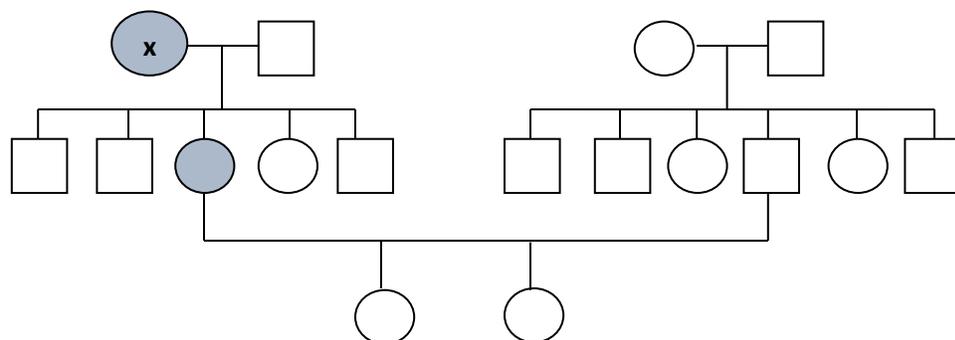
#### b. Riwayat kesehatan dahulu

Klien menderita stroke non hemoragik sejak tahun 2004 yang lalu dan klien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

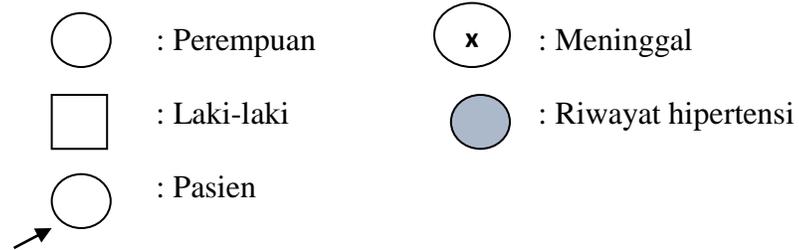
#### c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dikeluarga tidak ada menderita penyakit stroke namun ayah klien memiliki penyakit hipertensi.

Genogram :



Keterangan :



### 3.1.4 Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Composmentis GCS=A4,V5,M6  
 BB / TB : 68 kg / 155 cm  
 Tanda Vital : TD 170/80 mmHg, RR 18x/i, Nadi 88x/i, Suhu 36,3 °C

Pemeriksaan head to toe :

#### a. Kepala

- 1) Rambut : berwarna putih, lurus dan sedikit berketombe
- 2) Mata : bentuk simetris, tidak ada sekret, pupil isokor, reflek cahaya (+/+), sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak adanya edema palpebra dan penglihatan baik
- 3) Telinga : bentuk simetris, tidak ada serumen dan pendengaran baik
- 4) Hidung : bentuk simetris, tidak adanya polip, tidak ada sekret dan penciuman baik
- 5) Mulut dan gigi : mukosa bibir lembab, lidah sedikit kotor, gigi adanya karies dan tidak ada gangguan menelan

- b. Leher : trakhea lurus dan tidak ada pembesaran kelenjer tiroid dan kelenjer limfe
- c. Thorak
- 1) Paru-paru
- I : bentuk simetris, pergerakan dada kanan dan dada kiri sama, tidak adanya penggunaan otot bantu napas
- P : fremitus pada dada kanan dan dada kiri sama
- P : terdengar sonor pada seluruh lapang paru
- A : terdengar vesikuler, tidak terdengar bunyi suara nafas tambahan (tidak adanya wheezing, ronkhi dan krekels)
- d. Jantung
- I : iktus kordis tidak terlihat
- P : adanya pulsasi pada iktus kordis, iktus kordis teraba
- P : terdengar pekak pada ICS 2 kanan kiri sampai dengan ICS 5 kiri
- A : S1 dan S2 normal, tidak adanya bunyi murmur dan bunyi gallop
- e. Abdomen
- I : tidak adanya asites dan tidak adanya bekas jaringan parut
- A : terdengar bising usus 9 kali/i
- P : tidak ditemukan adanya hepatomegali/pembesaran hepar
- P : timpani

d. Punggung : bentuk lurus dan tidak adanya luka dekubitus

e. Ekstremitas

Atas : tangan sebelah kiri lemah, tidak bisa bergerak bebas

Bawah : kaki sebelah kiri lemah, tidak bisa bergerak bebas

Kekuatan otot :

555	444
555	444

Kekuatan otot Ny.E mengalami penurunan pada ekstremitas sebelah kiri, Ny.E hanya bisa melawan sedikit tahanan yang diberikan oleh petugas.

f. Genetalia : tidak dilakukan pemeriksaan pada genetalia klien

g. Integumen : warna kulit kuning langsung, turgor kulit baik, kulit tidak kering dan sedikit lembab

h. Persyarafan

1) Saraf Olfaktorius (N. I) : mampu membedakan bau-bauan

2) Saraf Optikus (N.II) : lapang pandang klien baik

3) Saraf Okulomotorius (N.III) : pupil isokor

4) Saraf Troklearis (N.IV) : reflek cahaya baik (+/+)

5) Saraf Trigeminus (N.V) : pergerakan otot masseter saat mengunyah baik dapat merasakan goresan vena

6) Saraf Abdusen (N.VI) : gerakan bola mata ke segala arah

- 7) Saraf Fasialis (N.VII) : mampu tersenyum, mengangkat alis, mengerutkan dahi dan mengembungkan pipi
- 8) Saraf Vestibulokoklear (N.VIII) : fungsi pendengaran baik
- 9) Saraf Glassofaringeus (N. IX) : fungsi pengecapan baik.
- 10) Saraf Vagus (N. X) : reflek menelan baik.
- 11) Saraf Asesorius (N. XI) : dapat menahan tekanan saat menoleh dan dapat menahan bahu, tapi agak terasa sakit bahu yang sebelah kiri
- 12) Saraf Hipoglosus (N. XII) : gerakan lidah baik
- i. Reflek babinski : hasilnya negatif (tidak terjadinya dorsofleksi pada ujung jari dan tidak terjadinya pemekaran ujung jari).

### 3.1.5 Data Biologis

No	Aktivitas	Sehat	Sakit
1	<b>Makan dan minum</b>		
	Makan		
	a. Menu	nasi, sayur dan lauk pauk	nasi, sayur dan lauk pauk
	b. Porsi	3 x sehari 1 porsi	3 x sehari 1 porsi
	c. Makanan kesukaan	tidak ada	tidak ada
	d. Pantangan	tidak ada	tidak ada
	e. Cemilan	kue basah dan kerupuk	kue basah dan kerupuk
	Minum		
	a. Jumlah	10-12 gelas/hari	8-10 gelas/hari

	b. Minum kesukaan	air es	air putih, kadang-kadang air es
	c. Pantangan	tidak ada	tidak ada
2	<b>Eliminasi</b> BAB a. Frekuensi b. Warna c. Bau d. Konsisten e. Kesulitan BAK a. Frekuensi b. Warna c. Bau d. Konsisten e. Kesulitan	2 x sehari kuning busuk sedikit padat tidak ada tidak terhitung kuning pasing cair tidak ada	1 x sehari kuning busuk sedikit padat tidak ada tidak terhitung kuning pasing cair tidak ada
3	<b>Istirahat dan tidur</b> a. Waktu tidur b. Lama tidur c. Waktu bangun d. Hal yang mempermudah bangun e. Kesulitan tidur	22.00 WIB ± 7 jam 05.00 WIB terdengar suara/dalam keadaan bising tidak ada	24.00 WIB ± 6 jam 05.00 WIB terdengar suara/dalam keadaan bising apabila mengalami pusing
4	<b>Personal hygiene</b> a. Mandi b. Mencuci rambut c. Gosok gigi	2x sehari 3x seminggu 2x sehari	2x sehari 3x seminggu 2x sehari

	d. Potong kuku	2x seminggu	2x seminggu
5	<b>Rekreasi</b> a. Hobi b. Minat khusus c. Penggunaan waktu senggang	olahraga/jalan pagi tidak ada nonton TV	tidak ada tidak ada nonton TV
6	<b>Ketergantungan</b> a. Merokok b. Minum c. Obat-obatan	tidak ada tidak ada tidak ada	tidak ada tidak ada tidak ada

### 3.1.6 Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan dan obat-obatan

### 3.1.7 Data Psikologis

- a. Prilaku non verbal : klien dapat berperilaku non verbal dengan baik
- b. Perilaku verbal
  - 1) Cara menjawab : klien mampu menjawab dengan baik dan jelas
  - 2) Cara memberi informasi : klien memberikan informasi secara verbal
- c. Emosi : klien mampu mengontrol emosinya dengan baik
- d. Persepsi penyakit : klien merasa penyakit ini cobaan dari Allah SWT dan dapat disembuhkan
- e. Konsep diri : klien ingin sembuh dengan keadaan tubuhnya saat ini
- f. Adaptasi : klien merasa agak sulit menyesuaikan diri dengan keadaannya saat ini

- g. Mekanisme pertahanan diri : klien mengatakan jika ada masalah  
selalu bercerita kepada suaminya

### **3.1.8 Data Spritual**

- a. Keyakinan : klien beragama Islam
- b. Ketaatan klien beribadah : klien melaksanakan shalat lima waktu  
sambil duduk
- c. Keyakinan terhadap penyembuhan : klien yakin dengan berdoa dan  
berikhtiar prnyakitnya akan  
sembuh

### **3.1.9 Data Penunjang**

- a. Diagnosa medis : Stroke non haemoragik
- b. Pemeriksaan diagnostik : tidak ada

### **3.1.10 Data Pengobatan**

Captopril 12,5 mg 2x1 tablet, Parasetamol 500 mg 3x1 tablet, Antasida  
500 mg 3x1 tablet (kunyah)

### **3.1.11 Data Fokus**

- a. Data subjektif :
- 1) Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri lemah
  - 2) Klien mengatakan kurang paham akan penyakitnya sekarang dan  
klien juga mengatakan jarang berobat dan mengontrol tekanan  
darahnya
  - 3) Klien mengatakan aktivitas sehari-hari kadang-kadang dibantu  
keluarga akibat kelemahan ekstremitas sebelah kiri yang dialami

b. Data Objektif :

- 1) Tangan dan kaki sebelah kiri klien kelihatan lemah dan sulit untuk digerakkan
- 2) Klien terlihat kurang paham akan penyakitnya sekarang
- 3) Klien mengalami penurunan kekuatan otot :

555	444
555	444

### 3.2 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan tangan sebelah kirinya lemah</li> <li>b. Klien mengatakan kaki sebelah kirinya lemah</li> <li>c. Klien mengatakan aktivitas sehari-hari kadang-kadang dibantu keluarga</li> </ol> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tangan dan kaki sebelah kiri klien kelihatan lemah dan susah untuk digerakkan</li> <li>b. Terlihat aktivitas klien kadang-kadang dibantu keluarga</li> <li>c. Klien mengalami penurunan kekuatan otot :</li> </ol>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan neuromuskul er pada ekstremitas kiri</p>

	$\begin{array}{r l} 555 & 444 \\ \hline 555 & 444 \end{array}$ <p>Ekstremitas sebelah kiri hanya bisa melawan sedikit tahanan yang diberi oleh petugas</p>		
2	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan berobat tidak teratur</li> <li>b. Klien mengatakan jarang kontrol tekanan darah</li> <li>c. Klien mengatakan tidak memahami pengobatan dan terapi post stroke</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien dan keluarga tidak bisa menjawab dan memahami pengobatan dan pemulihan penyakitnya saat petugas memberikan pertanyaan</li> </ul>	Defisit pengetahuan	Keterbatasan kognitif

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

- a. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler pada ekstremitas kiri.
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

### 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler pada ekstremitas kiri</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan tangan sebelah kirinya lemah</li> <li>b. Klien mengatakan kaki sebelah kirinya lemah</li> <li>c. Klien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu keluarga</li> </ul> <p>Data Objektif :</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik teratasi</p>	<p>klien dapat beraktivitas sesuai kemampuan, tidak ada kontraktur otot, tidak terjadi penyusutan otot, ekstremitas sebelah kiri dapat digerakkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji kekuatan otot klien</li> <li>b. Anjurkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali</li> <li>c. Pantau TTV klien (TD)</li> <li>d. Berikan klien ROM pasif</li> <li>e. Ajarkan klien ROM aktif</li> <li>f. Anjurkan klien konsultasi ke fisioterapi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan</li> <li>b. Menurunkan terjadinya trauma atau iskemia jaringan</li> <li>c. Hipertensi dapat menjadi faktor pencetus</li> <li>d. Meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi</li> <li>e. Program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan klien</li> </ul>

	<p>a. Tangan sebelah kiri klien kelihatan lemah</p> <p>b. Kaki sebelah kiri klien kelihatan lemah</p> <p>c. Terlihat aktivitas klien kadang-kadang dibantu keluarga</p> <p>d. Kekuatan otot klien:</p> $\begin{array}{r l} 555 & 444 \\ \hline 555 & 444 \end{array}$				
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

2	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif</p> <p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan berobat tidak teratur</li> <li>b. Klien mengatakan jarang control tekanan darah</li> <li>c. Klien mengatakan tidak memahami pengobatan dan terapi stroke</li> </ul>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengetahuan klien dan keluarga bertambah</p>	<p>Berpartisipasi dalam penyuluhan kesehatan, memulai perubahan gaya hidup klien dan keluarga mengetahui penyebab penyakit stroke</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji pengetahuan klien dan keluarga.</li> <li>b. Diskusikan dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.</li> <li>c. Identifikasi faktor-faktor resiko secara individual.</li> <li>d. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai penyakit klien dan pengobatan serta pemulihannya (Penkes).</li> <li>e. Motivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menentukan intervensi selanjutnya.</li> <li>b. Membantu dalam membangun harapan dan meningkatkan pemahaman.</li> <li>c. Memungkinkan menurunkan risiko kambuh.</li> <li>d. Menambah pengetahuan keluarga dan klien.</li> <li>e. Meningkatkan kesehatan klien dan keluarga.</li> </ul>
---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Data Objektif :</p> <p>a. Klien dan keluarga tidak bisa menjawab dan memahami pengobatan dan pemulihan penyakitnya saat petugas memberikan pertanyaan</p>				
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

### 3.5 Implementasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa keperawatan	Jam	Implementasi
1	Jumat/ 6 Juli 2018	<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler pada ekstremitas kiri.</p> <p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif</p>	<p>11.30 WIB</p> <p>12.00 WIB</p>	<p>a. Mengkaji kekuatan otot klien</p> <p>b. Mengajukan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali</p> <p>c. Memantau TTV klien :TD 150/80 mmhg,Nd 80x/I, RR 18xi, Sh 36,1°C.</p> <p>d. Memberikan klien ROM pasif</p> <p>e. Mengajarkan klien ROM aktif</p> <p>f. Mengajukan klien konsultasi ke fisioterapi.</p> <p>a. Mengkaji pengetahuan keluarga</p> <p>b. Mendiskusikan dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.</p> <p>c. Mengidentifikasi faktor-faktor</p>

2	Sabtu/ 7 Juli 2018	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler pada ekstremitas kiri.	11.30 WIB	<p>resiko secara individual.</p> <p>d. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai penyakit klien dan pengobatan serta pemulihannya (Penkes)</p> <p>e. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.</p> <p>a. Mengkaji kembali kekuatan otot klien.</p> <p>b. Menganjurkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali</p> <p>c. Memantau TTV klien :TD 140/80 mmhg, Nd 78xi, RR 20x/I, Sh 36,3°C.</p> <p>d. Memberikan kembali klien ROM pasif</p> <p>e. Mengajarkan kembali klien ROM aktif</p>
---	-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif	12.00 WIB	<p>f. Mengajukan klien konsultasi ke fisioterapi.</p> <p>a. Mengkaji kembali pengetahuan klien dan keluarga.</p> <p>b. Mendiskusikan kembali dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.</p> <p>c. Mengidentifikasi kembali faktor-faktor resiko secara individual.</p> <p>d. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai penyakit klien (Penkes).</p> <p>g. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.</p>
3	Senin/ 9 Juli 2018	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler pada ekstremitas	11.30 WIB	<p>a. Mengkaji kembali kekuatan otot klien</p> <p>b. Mengajukan untuk mengubah</p>

		<p>kiri.</p> <p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif</p>	<p>12.00 WIB</p>	<p>posisi minimal 2 jam sekali</p> <p>c. Memantau TTV klien :TD 130/80 mmhg, Nd 80x/I, RR 20x/I, Sh 36,3°C.</p> <p>d. Memberikan kembali klien ROM pasif</p> <p>e. Mengajarkan kembali klien ROM aktif</p> <p>f. Mengajukan klien konsultasi ke fisioterapi</p> <p>a. Mengkaji kembali pengetahuan keluarga</p> <p>b. Mendiskusikan kembali dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.</p> <p>c. Mengidentifikasi kembali faktor-faktor resiko secara individual.</p> <p>f. Memberikan penjelasan kepada</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>klien dan keluarga mengenai penyakit klien (Penkes)</p> <p>g. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3.6 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal	No. Dx	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf Dan Nama
1	Jumat/ 6 Juli 2018	1	<p>a. Mengkaji kekuatan otot klien.</p> <p>b. Menganjurkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali.</p> <p>c. Memantau TTV klien : TD 150/80 mmhg. Nadi 80x/I, RR 18x/I, S 36,1°C</p> <p>d. Memberikan klien ROM pasif</p> <p>e. Mengajarkan klien ROM aktif.</p> <p>f. Menaganjurkan klien konsultasi ke</p>	14.15 WIB	<p>S :klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diberikan latihan ROM pasif.</p> <p>O : TD 150/80 mmhg Adl masih dibantu keluarga</p>	

			fisioterapi		A : masalah teratasi sebagian P :intervensi dilanjutkan
		2	<p>a. Mengkaji pengetahuan keluarga</p> <p>b. Mendiskusikan dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.</p> <p>c. Mengidentifikasi faktor-faktor resiko secara individual.</p> <p>d. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai penyakit klien (Penkes)</p> <p>f. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.</p>	14.45 WIB	<p>S :klien mengatakan mulai paham penjelasan kesehatan yang diberikan.</p> <p>O :klien masih belum sepenuhnya bisa menerima penjelasan petugas.</p> <p>A :masalah teratasi sebagian P :intervensi dilanjutkan</p>
2.	Sabtu/ 7 Juli 2018	1	<p>a. Mengkaji kembali kekuatan otot klien.</p> <p>b. Menganjurkan kembali untuk</p>	14.00 WIB	S :klien mengatakan merasa lebih

			<p>mengubah posisi minimal 2 jam sekali</p> <p>c. Memantau TTV klien :TD 140/80 mmhg, Nd 78x/I, RR 20x/I, Sh 36,3°C</p> <p>d. Memberikan kembali klien ROM pasif</p> <p>e. Mengajarkan kembali klien ROM aktif.</p> <p>g. Menaganjurkan klien konsultasi ke fisioterapi.</p>		<p>nyaman setelah melakukan ROM aktif.</p> <p>O : TD 140/80 mmhg Adl masih dibantu keluarga</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :intervensi dilanjutkan</p>
		2	<p>a. Mengkaji kembali pengetahuan keluarga.</p> <p>b. Mendiskusikan kembali dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.</p> <p>c. Mengidentifikasi kembali faktor-faktor resiko secara individual.</p> <p>d. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai penyakit klien</p>	14.30 WIB	<p>S :klien mengatakan mau berobat secara teratur</p> <p>O : klien belum datang berobat ke Puskesmas.</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P :intervensi dilanjutkan</p>

			(Penkes)			
			e. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.			
3.	Senin/ 9 Juli 2018	1	<p>a. Mengkaji kembali kekuatan otot klien</p> <p>b. Menganjurkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali</p> <p>c. Memantau TTV klien :TD 130/80 mmhg, Nd 80x/I, RR 20x/I, Sh 36,3°C</p> <p>d. Memberikan kembali klien ROM pasif</p> <p>e. Mengajarkan kembali klien ROM aktif.</p> <p>f. Menaganjurkan klien konsultasi ke fisioterapi</p>	14.30 WIB	<p>S :klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah latihan ROM dan bisa beraktivitas perlahan-lahan.</p> <p>O : TD 130/80 mmhg. Klien bisa melakukan aktivitas perlahan-lahan</p> <p>A :masalah teratasi sebagian</p> <p>P :intervensi dilanjutkan</p>	
		2	a. Mengkaji kembali pengetahuan klien	14.15	S :klien mengatakan	

			<p>dan keluarga.</p> <p>b. Mendiskusikan kembali dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.</p> <p>c. Mengidentifikasi kembali faktor-faktor resiko secara individual.</p> <p>d. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai penyakit klien (Penkes)</p> <p>e. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.</p>	WIB	<p>senang dengan penyuluhan yang diberikan dan akan berobat dengan teratur.</p> <p>O : klien sudah datang berobat ke Puskesmas dan bisa melakukan latihan ROM</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Ny. E dengan diagnosa Stroke Non Hemoragik di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru”. Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada Ny. E selama tiga hari mulai tanggal 6, 7, 9 Juli 2018, penulis mengangkat 2 (dua) diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada saat penulis melakukan pengkajian penulis menggunakan pedoman pada format pengkajian asuhan keperawatan stroke yang telah ada dan penulis tidak menemukan hambatan atau masalah, pasien dan keluarga kooperatif memberikan keterangan yang diperlukan penulis. Penulis menggunakan metode yang dapat mencakup seluruh aspek yang harus dikaji antara lain bio-psiko-sosial-spiritual dan kultural yang dapat membantu penulis dalam memperoleh data fokus yang menunjang pada kasus Stroke non Hemoragik. Dari pengkajian pada tanggal 6 Juli 2018 jam 11.30 WIB didapatkan data dari pengkajian aspek bio: data subjektif meliputi: keluhan utama yang dirasakan klien sendiri adalah klien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemah, klien mengatakan ADL dibantu keluarga, klien mengatakan jarang berobat dan jarang kontrol tekanan

darah. Data objektif: TD: 170/80 mmHg, N: 78 x/menit, S: 36,5°C, RR: 18 x/menit. Kekuatan otot 555 | 444. Tangan dan kaki kiri klien kelihatan lemah.

555 | 444

ADL terlihat dibantu keluarga. Pada pengkajian aspek psiko-sosial-kultural-spiritual penulis tidak memaparkan lebih terinci karena tidak ada masalah di dalam aspek-aspek tersebut. Pembahasan: hasil pengkajian yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian tanggal 6 Juli 2018 ada kesenjangan dengan apa yang ada di teori. Penulis tidak menemukan adanya gangguan perfusi, gangguan verbal, gangguan menelan dan defisit perawatan diri. Penulis juga menemukan data yang sesuai dengan teori, seperti : umur klien dapat menjadi faktor resiko terjadinya stroke. Penyakit hipertensi, makanan berkolesterol dan jarang olahraga juga bisa memicu terjadinya stroke.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian yang didapat, dari delapan diagnosa keperawatan secara teori, penulis hanya menegakan dua diagnose keperawatan sebagai berikut:

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler pada ekstremitas kiri.
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

Untuk mempermudah dalam memahami pada pembahasan ini maka penulis menyusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ada pada Ny. E dilanjutkan dengan intervensi, implementasi, serta evaluasi dari masing masing diagnosa.

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskuler pada ekstremitas kiri.

a. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (NANDA 2012-2014).

b. Alasan diagnosa ini tegakan

Diagnosa ini di angkat karena penulis menemukan data subjektif: klien mengatakan, tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan. Klien mengatakan ADL dibantu keluarga. Data objektif: yang diperoleh tangan dan kaki kiri klien kelihatan lemah dan aktivitas terlihat di bantu keluarganya. TD: 170/80 mmHg, N: 78x/menit, RR: 18x/menit, Sh 36,1°C. Kekuatan otot 555 | 444.

555	444
555	444

c. Cara memprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas pertama karena menurut Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan yang kedua setelah kebutuhan fisiologis seperti:

oksigenasi serta cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. H.

Hambatan mobilitas fisik muncul karena pasien merasakan kelemahan, susah untuk di gerakan sehingga pasien tidak mampu untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri. Diagnosa ini ditegakan sesuai dengan teori dengan ditemukannya data keterbatasan fisik untuk melakukan aktifitas yang disebabkan karena gangguan neuromuskuler.

## 2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

### a. Alasan diagnosa ditegakan

Penulis menengakan diagnosa ini karena pada klien ditemukan data subjektif: klien mengatakan, jarang berobat dan jarang kontrol tekanan darah. Data objektif: klien dan keluarga tampak bingung ditanya tentang faktor penyebab, pengobatan dan pemulihan stroke.

### b. Cara memprioritaskan masalah

Penulis memprioritaskan diagnosa ini menjadi prioritas ke dua karena pada saat pengkajian tanggal 6 Juli 2018 didapatkan data klien tidak memahami pengobatan dan pemulihan penyakitnya, sehingga memperlambat proses penyembuhannya dan resiko kambuh terjadi lagi.

Diagnosa ini ditegakan sesuai dengan teori dengan ditemukannya data kurangnya pengetahuan klien tentang penyakitnya, disebabkan keterbatasan informasi yang diperoleh klien.

## **4.3. Rencana Keperawatan**

### 1. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas kiri.

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa yang pertama dengan tujuan hambatan mobilitas fisik teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: klien dapat beraktivitas sesuai kemampuan, tidak ada kontraktur otot, tidak terjadi penyusutan otot, ekstremitas sebelah kiri dapat digerakkan.

Intervensi keperawatan yang dilakukan :

a. Kaji kekuatan otot klien.

Rasional dari tindakan ini adalah mengidentifikasi kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.

b. Anjurkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali.

Rasional dari tindakan ini adalah untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan.

c. Pantau TTV klien (TD).

Rasional dari tindakan ini hipertensi dapat menjadi factor pencetus.

d. Berikan klien ROM pasif. ,

Rasional dari tindakan ini adalah meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi.

e. Ajarkan klien ROM aktif. ,

Rasional dari tindakan ini adalah meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi.

f. Anjurkan klien konsultasi ke fisioterapi.

Rasional dari tindakan ini adalah program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhanklien.

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa yang kedua dengan tujuan diharapkan pengetahuan klien dan keluarga bertambah.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat berpartisipasi dalam penyuluhan kesehatan, memulai perubahan gaya hidup klien dan keluarga, dan mengetahui penyebab stroke.

Intervensi keperawatan yang dilakukan:

- a. Kaji pengetahuan keluarga.

Rasional dari tindakan ini adalah menentukan intervensi selanjutnya.

- b. Diskusikan dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan pada individu.

Rasional dari tindakan ini adalah membantu dalam membangun harapan dan meningkatkan pemahaman.

- c. Identifikasi faktor-faktor resiko secara individual.

Rasional dari tindakan ini adalah memungkinkan menurunkan resiko kambuh.

- d. Berikan penjelasan kepadaklien dan keluarga mengenai penyakit klien (Penkes).

Rasional dari tindakan ini adalah menambah pengetahuan klien dan keluarga.

- e. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup.

Rasional dari tindakan ini adalah meningkatkan kesehatan.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

1. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas kiri.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 6, 7, 9 Juli 2018 untuk mengatasi diagnosa ke-1 implementasinya adalah sebagai berikut:

- a. Mengkaji kekuatan otot klien untuk mengidentifikasi kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan.

- b. Mengajarkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan.
- c. Memantau TTV klien (TD), karena hipertensi dapat menjadi factor pencetus.
- d. Memberikan klien ROM pasif, untuk meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi.
- e. Mengajarkan klien ROM aktif, untuk meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi.
- f. Mengajarkan klien konsultasi ke fisioterapi untuk mendapatkan program yang khusus, dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhanklien.

Kekuatan dari implementasi diatas adalah: Selama dilakukan tindakan keperawatan, klien dan keluarga kooperatif dan selalu memperhatikan setiap tindakan yang di lakukan sehingga diharapkan keluarga bisa melakukan sendiri baik di rumah.

Kelemahan dari implementasi ini adalah keluarga kadang- kadang lupa tentang apa yang sudah di ajari ke klien untuk di implementasikan ke pasien contohnya dalam melakukan ROM.

## 2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 6, 7, 9 Juli 2018 untuk mengatasi diagnosa ke-2 implementasinya adalah sebagai berikut:

- a. Mengkaji pengetahuan keluarga untuk menentukan intervensi selanjutnya.
- b. Mendiskusikan dengan keluarga mengenai penyakit klien dan kekuatan

pada individu untuk membantu dalam membangun harapan dan meningkatkan pemahaman.

- c. Mengidentifikasi faktor-faktor resiko secara individual, agar dapat menurunkan resiko kambuh.
- d. Memberikan penjelasan kepada keluarga mengenai penyakit klien (Penkes), agar dapat menambah pengetahuan klien dan keluarga.
- e. Memotivasi klien dan keluarga untuk memperbaiki pola hidup sehingga dapat meningkatkan kesehatan.

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien dan keluarga klien kooperatif dan mau mendengarkan penjelasan yang diberikan.

Kelemahan dari diagnosa ini adalah keluarga dan klien sering lupa penjelasan yang diberikan.

#### **4.5 Evaluasi**

1. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler pada ekstremitas kiri.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan proses keperawatan dengan tujuan hambatan mobilitas fisik teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: klien dapat beraktivitas sesuai kemampuan, tidak ada kontraktur otot, tidak terjadi penyusutan otot, ekstremitas sebelah kiri dapat digerakkan.

Pada hari ketiga penulis menemukan data: S: klien mengatakan, tangan dan kaki kirinya masih mengalami kelemahan, bisa digerakkan sedikit-sedikit.

O: klien bisa diajak aktivitas sedikit-sedikit. TD: 130/80 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 18 x/menit, 36,3°C. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi: latih ROM pasif dan aktif.

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai proses keperawatan dengan tujuan diharapkan pengetahuan klien dan keluarga bertambah.

Tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: klien dapat berpartisipasi dalam penyuluhan kesehatan, memulai perubahan gaya hidup klien dan keluarga, dan mengetahui penyebab stroke.

Pada hari ketiga penulis menemukan data: S: klien dan keluarga klien mengatakan, faham dengan penjelasan yang diberikan dan mau berobat teratur. O: klien dan keluarga mampu menjawab pertanyaan petugas dan klien sudah mau datang berobat ke puskesmas. A: masalah teratasi. P: intervensi dihentikan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Stroke Non Hemorogik (SNH) pada Ny. E di wilayah kerja Puskesmas Koto Baru pada tanggal 6 Juli 2018 sampai 9 Juli 2018 kemudian membandingkan antara teori dengan tinjauan kasus, dapat disimpulkan:

1. Berdasarkan pengkajian tanggal 6 Juli 2018 jam 11.30 WIB didapatkan hasil:  
keluhan utama klien mengatakan tangan dan kaki kiri klien lemah, ADL dibantu keluarga. Klien mengatakan jarang berobat dan mengontrol tekanan darah dan tidak memahami pengobatan, perawatan dan pemulihan stroke. Pada pengkajian riwayat dahulu diketahui klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Sedangkan pada riwayat kesehatan keluarga diketahui keluarga klien ada yang menderita penyakit keturunan hipertensi (ayah klien). Dari silsilah keluarga Ny.E adalah anak ke tiga dari lima bersaudara.
2. Diagnosa keperawatan yang biasanya ditemukan pada klien penderita stroke tidak semua penulis dapatkan pada saat pengkajian pada Ny. E. Pada saat penulis melakukan pengkajian pada Ny.E penulis hanya menemukan 2 (dua) diagnosa saja diantaranya: hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromusuler pada ekstremitas kiri dan defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.
3. Perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan

kondisi klien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga dalam kerja sama dengan penulis. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.E penulis telah berusaha melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di tujukan untuk mengatasi masalah yang di alami klien.

4. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.
5. Evaluasi yang didapatkan setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 6, 7, 9 Juli 2018 yaitu dari dua diagnosa keperawatan yang muncul, ada satu diagnosa yang belum teratasi yaitu: hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas kiri. Dan diagnosa yang dapat teratasi yaitu : defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif.

## **5.2 Saran**

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan keluarga pada klien dengan SNH (Stroke Non Hemoragik) yang telah penulis lakukan, saran yang dapat diberikan yaitu:

### **1. Bagi Profesi Keperawatan**

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang Stroke Non Hemoragik dan prosedur penanganan yang efektif melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada klien dengan Stoke Non Hemoragik. Dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya

pada klien Stroke Non Hemoragik untuk lebih mengedepankan asuhan keperawatan dengan pemantauan lebih intensif.

## **2. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktik dan pembuatan asuhan keperawatan.

## **3. Bagi lahan praktek**

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik hendaknya perawat ruangan memberikan pembekalan penanganan di rumah supaya keluarga dapat merawat pasien saat pasien sudah pulang seperti mengajarkan ROM.

## DAFTAR PUSTAKA

- Auryn, virzara. 2009. Mengenal dan Memahami Strok. Jogjakarta : Kata Hati
- Widyanto dan Triwibowo. 2013. Trend Disease (trend penyakit saat ini). Jakarta : CV. Trans Info Media
- Batticaca, F. B. 2008. *Asuhan Keperawatan Dengan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Depkes. 2015. *Stroke Pembunuh Nomor Satu di Indonesia*. Jakarta: tersedia dalam [www.litbang.depkes.go.id/node/639](http://www.litbang.depkes.go.id/node/639)).
- Doengoes, M.E, Moorhouse, M.F & Geissler, A.C. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, Arif. 2010. *Pengkajian Keperawatan Pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. 2012. *Handbook Health Student*. Yogyakarta. Media Action Publishing.
- Nursalam. 2011. Proses Dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep Dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika.
- Price, S. A., dan Wilson, L. M. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC
- Widagdo, Wahyu dkk. 2007. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Trans Info Media.
- World Health Organization. 2015. *STEPwise approach to stroke surveillance*

**LAMPIRAN**

1. Jadwal Dinas Pengamatan Kasus
2. Lembar Konsultasi Bimbingan
3. Daftar Riwayat Hidup
4. Dokumentasi Kegiatan



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN**  
**UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KOTO BARU**  
**KECAMATAN LENGAYANG**  
Koto Baru Kanagarian Kambang Telp : 085265467471 or  
[hckotobaru@yahoo.com](mailto:hckotobaru@yahoo.com)



---

**SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA PENGAMATAN KASUS**  
**NO.156/ TU –UM / HC- KOTO BARU/VII/2018**

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Koto Baru, Kec. Lengayang, Kabupaten Pesisir Selatan, menerangkan bahwa :

Nama : MULIATI  
NIM : 1714401133  
Program Studi : D – III Keperawatan RPL STIKes Perintis Padang

Telah melakukan pengamatan kasus (untuk ujian akhir program) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.E Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Tahun 2018”**, yang dilakukan pada tanggal 6,7 dan 9 Juli 2018.

Demikianlah surat keterangan ini kami berikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Koto Baru, 9 Juli 2018  
Kepala Puskesmas

Andri Dedi, SKM.MM  
Nip.197811161998031002

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : MULIATI  
Nim : 1714401133  
Pembimbing : Ns.Muhammad Arif, M.Kep  
Judul KTI Studi Kasus : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.E Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru Tahun 2018”**

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1			
2			
3			
4			
5			
6			

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama	: MULIATI
Tempat / Tanggal Lahir	: Tebing Tinggi / 30 Oktober 1979
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Perawat Puskesmas Koto Baru
Status	: Kawin
Alamat Selatan	: Koto Baru, Kec. Lengayang, Kab. Pesisir
Kebangsaan / Suku	: Indonesia / Minang
Nama Ayah	: Yakub
Nama Ibu	: Kamsinar
Riwayat Pendidikan	: 1. SDN.29 Talang, lulus tahun 1992 2. SMPN.1 Lengayang, lulus tahun 1995 3. SPK Ranah Minang, lulus tahun 1998
Riwayat Pekerjaan	: 1. RSUD Solok Selatan, Januari 2010 - Maret 2015 2. Puskesmas Koto Baru, April 2015 sampai sekarang

Tindakan ROM Pasif

