

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. “D” DENGAN
STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SURANTIH
KECAMATAN SUTERA KABUPATEN
PESISIR SELATAN SUMATERA BARAT
TAHUN 2018**



OLEH :

REDWIDRA

NIM : 1714401143

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. D DENGAN
STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SURANTIH
KECEMATAN SUTERA KABUPATEN
PESISIR SELATAN SUMATERA BARAT
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

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



OLEH :

REDWIDRA

NIM : 1714401143

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

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : REDWIDRA

NIM : 1714401143

Judul KTI : " Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D Dengan Stroke Iskemik Di
Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir
Selatan Sumatera Barat 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.Dia Resti DND, M.Kep
NIK. 1420 1080 2861 1071

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amelia, M.Kep
NIK 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : REDWIDRA

NIM : 1714401143

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D Dengan Stroke Iskemik Di
Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir
Selatan Sumatera Barat Tahun 2018''

Karya Tulis ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Tim Penguji

Penguji I,

Ns. Vera Sesrianty, M.Kep
1440 1021 1090 9052

Penguji II,

Ns.Dia Resti DND, M.Kep
1420. 1080.2861 10

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D Dengan Stroke Iskemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Sumatera Barat Tahun 2018”** ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 28 Juli 2018

Pembimbing,

Ns.Dia Resti DND, M.Kep
NIK. 1420 1080 2861 1071

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amelia, M.Kep
NIK 1420123106993012

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Laporan Studi Kasus berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.D Dengan Stroke Iskemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Sumatera Barat Tahun 2018”** ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Tim Penguji

Penguji I,

Ns. Vera Sesrianty, M.Kep
1440 1021 1090 9052

Penguji II,

Ns.Dia Resti DND, M.Kep
1420. 1080.2861 1071

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Nama : REDWIDRA
2. Tempat / Tgl Lahir : Ps. Surantih / 18 Juni 1979
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Negeri Asal : Surantih
6. Bangsa : Indonesia
7. Status : Kawin
8. Nama Ayah : Radan
9. Nama Ibu : Rani (Alm)
10. Alamat : Samudra Surantih Kec. Sutera Kab. Pesisir Selatan
11. Riwayat Pendidikan :
 - a. SD Negeri No. 57 Ps. Surantih tahun 1992
 - b. SMP Negeri 1 Surantih Tahun 1995
 - c. SPK Aisyiyah Padang tahun 1999
12. Riwayat Pekerjaan
 - a. Sukarela Di Puskesmas Surantih Tahun 2000 s/d 2014
 - b. PNS diPuskesmas Surantih Tahun 2014

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat taufik dan hidayah-Nya sehingga laporan ujian pengamatan kasus yang penulis kerjakan dapat diselesaikan dengan judul, “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. D DENGAN STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SURANTIH KECAMATAN SUTERA KABUPATEN PESISIR SELATAN SUMATERA BARAT TAHUN 2018

Penyusunan laporan kasus ini didasarkan dan diajukan untuk memenuhi persyaratan menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan

Adapun kelancaran dalam laporan tugas akhir ini berkat rahmat Allah SWT dan ridho Nya, serta kerjasama penulis dengan berbagai pihak yang telah bersedia memberikan, bantuan, bimbingan, dorongan, dan petunjuknya. Maka dari itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bp Direktur STIKES Perintis Padang.
2. Ka. Prodi D III Keperawatan STIKES Perintis Padang.
3. Pembimbing dan penguji I dan II Laporan Ujian kasus Program Diploma III Keperawatan STIKES Perintis Padang yang telah dengan sabar memberikan banyak ilmu dan masukan kepada penulis, sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik dan lancar.

4. Seluruh Dosen Prodi DIII Keperawatan beserta seluruh staf P yang mana selama ini telah dengan sabar, semangat dan tidak pernah lelah dalam memberikan ilmu nya kepada penulis, sehingga pada saat ini penulis dapat mengetahui tentang ilmu keperawatan.
5. Bapak dan Ibu yang selalu memberikan do'a, biaya dan suportnya kepada penulis sehingga pada saat ini penulis hampir menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan
6. Suamiku tercinta yang selalu memberikan bimbingan, dorongan, do'a, motivasi dan pengertian nya kepada penulis, dan telah mengisi kehidupan penulis sehingga hari-hari yang penulis jalankan terasa lebih berwarna, penuh keceriaan dan kebahagiaan.
7. Anakku tersayang yang menjadi penyemangat bagi perjuangan penulis dalam menjalani hidup ini, dimanapun penulis berada/beraktivitas.
8. Teman–teman satu perjuangan Keperawatan Prodi DIII Keperawatan yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam penyusunan tugas akhir ini.

Semoga amal dan niat baik semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian tugas akhir ini mendapatkan balasan dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa laporan ini jauh dari sempurna, maka dari itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca sangat penulis harapkan guna menyempurnakan laporan ini.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018

REDWIDRA

1714401143

ASUHAN KEPERAWATAN PADANY. “D” DENGAN STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SURANTIH KECAMATAN SUTERA KABUPATEN PESISIR SELATAN.

ix + 79 Halaman, 4 tabel, 1 gambar, 4 lampiran

ABSTRAK

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).

Angka kejadian Stroke di Sumatera Barat tahun 2017, sedang kanan kakejadian Stroke di Puskesmas Surantih tahun 2015 adalah 53 orang, sedangkan tahun 2016 adalah 47 orang dan tahun 2017 adalah 42 orang, sedangkan data yang di temukan di Bulan April penyakit Stroke di puskesmas Surantih adalah 12 orang, Bulan Mei 12 orang, dan Juni 12 orang. Berdasarkan masalah perlu diberikan asuhan keperawatan yang tepat untuk mencegah terjadinya stroke berulang.

Pembahasan Pelaksanaan Asuhan keperawatan pada Ny. D” dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih dilaksanakan selama 3 hari lebih 5 jam. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan ini tidak sesuai dengan criteria waktu atau target dalam perencanaan asuhan keperawatan yang telah diprogramkan oleh penulis yaitu mulai dari tanggal 3 juli s/d 6 Juli 2018. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini sesuai dengan rencana.Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan realisasi dari rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya.

Pendokumentasian yang dilakukan selama 1 hari lebih 5 jam, dengan menggunakan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan perencanaan) dan evaluasi dilakukan setiap berkunjung. Faktor pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.”D” dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih adalah adanya kerjasama yang baik antara keluarga pasien, pasien, dan team kesehatan.

Kata kunci : **Stroke, Stroke Iskhemik**
Daftar Pustaka : **15 (2009-2012)**

HIGH SCHOOL OF PADANG POVERTY HEALTH SCIENCE

Scientific Writing, July 2018

REDWIDRA

1714401143

NURSING CARE IN MRS. "D" WITH ISCHEMIC STROKE IN THE WORKING AREA OF SURANTIH HEALTH CENTER, SUTERA DISTRICT, PESISIR SELATAN REGENCY.

ix + 79 Pages, 4 tables, 1 picture, 4 attachments

ABSTRACT

Stroke is a brain function disorder that arises suddenly due to the occurrence of circulatory disorders of the brain and can occur to anyone and at any time (Mutaqqin, 2008). Stroke incidence in West Sumatra in 2017, the right stroke incidence in Surantih Health Center in 2015 was 53 people, while in 2016 was 47 people and in 2017 was 42 people, while the data found in April Stroke disease in the Surantih health center was 12 people, May 12 people, and June 12 people. Based on the problem it is necessary to provide appropriate nursing care to prevent the occurrence of recurrent strokes.

Discussion of Implementation of Nursing Care in Mrs. D "with Stroke in the Surantih Community Health Center Work Area carried out for 3 days and more than 5 hours. The timing of the implementation of nursing care is not in accordance with the criteria of time or target in the planning of nursing care that has been programmed by the author, starting from July 3 to July 6 2018.

The implementation of nursing care is in accordance with the plan. The implementation of nursing care is the realization of the action plan which has been prepared previously. Documentation carried out for 1 day and more than 5 hours, using SOAP (subjective, objective, analysis, and planning) and evaluations carried out every visit.

Supporting factors in the implementation of nursing care in Mrs. "D" with Stroke in the Surantih Health Center Work Area is the existence of good cooperation between the patient's family, patients, and the health team.

Keywords : Stroke, Ischemic Stroke

Bibliography : 15 (2009-2012)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	5
1.2.1 Tujuan Umum	5
1.2.2 Tujuan Khusus	5
1.3 Manfaat	6
BAB II TINJUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Dasar	7
2.1.1 Pengertian.....	7
2.1.2 Anatomi.....	8
2.1.3 klasifikasi	12
2.1.4 Etiologi.....	14
2.1.5 Patopisiologi.....	15
2.1.6 WOC	18
2.1.7 Manifestasi klinis	19
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	21

2.1.9 Pemeriksaan Fisik	22
2.1.10 Penatalaksanaan	25
2.1.11 Komplikasi	27
2.2 Asuhan Keperawatan	28
2.1.1 Pengkajian	28
2.1.2 Diagnosa Keperawatan	33

BAB III LAPORAN KASUS

3.1 Pengkajian	45
3.2 Diagnosa	59
3.3 Intervensi	60
3.4 Implementasi	67
3.5 Evaluasi	67

BAB IV PEMBAHASAN

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	77
5.2 saran	78

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

1.1 Data Biologis	52
1.2 Analisa Data	58
1.3 Intervensi Keperawatan.....	60
1.4 Implementasi dan evaluluasi.....	63

DAFTAR GAMBAR

1.1 Anatomi Fisiologi	8
-----------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN I : Jadwal Dinas Pengamatan Kasus
- LAMPIRAN II : Lembar Konsultasi Bimbingan
- LAMPIRAN III : Lembar Bimbingan Revisi 2 Penguji
- LAMPIRAN IV : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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)

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya asupan darah ke bagian otak (Baughman, C Diane.dkk, 2000). Menurut European Stroke Initiative (2003), Stroke atau serangan otak (brain attack) adalah defisit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemoragik. Sehingga stroke dibedakan menjadi dua macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

Pada stroke non hemoragik suplai darah ke bagian otak terganggu akibat aterosklerosis atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Sedangkan pada stroke hemoragik, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah normal dan menyebabkan darah merembes pada area otak dan menimbulkan kerusakan. Stroke non hemoragik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang menuju ke otak. Misalnya suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Stroke menyerang dengan tiba-tiba. Orang yang menderita stroke sering tidak menyadari bahwa dia terkena stroke. Tiba-tiba saja, penderita merasakan dan

mengalami kelainan seperti lumpuh pada sebagian sisi tubuhnya, bicarapelo, pandangankabur, dan lain sebagainya tergantung bagian otak yang mana yang terkena. Dulu memang penyakit ini di derita oleh orang tua terutama yang berusia 60 tahun keatas, karena usia juga merupakan salah satu factor risiko terkena penyakit jantung dan stroke. Namun sekarang ini ada kecenderungan juga diderita oleh pasien di bawah usia 40 tahun.(Niken,2012)

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).

Badan Kesehatan Dunia memprediksi bahwa kematian stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kurang lebih 6.000.000 pada tahun 2010 dan 8.000.000 di tahun 2030. Amerika Serikat mencatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Tahun 2010 Amerika Serikat telah menghabiskan 73,7US untuk membiayai tanggungan medis dan rehabilitasi akibat stroke (Siti.2015)

Prevalensi Stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1per 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 nakes meningkat seiring bertambahnya umur, tertinggi ≥ 75 tahun laki-laki (43,1%) dan perempuan (67,0%) (Riskedes, 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 BelahLintang 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, tidaksadar, 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). MAS di desain untuk memenuhi beberapa tujuan seperti, memberikan hasil yang objektif tanpa penggunaan peralatan yang mahal dan mengukur kemampuan terbaik dari pasien. MAS memiliki 8 poin pemeriksaan seperti terlentang lalu berbaring kesamping lalu kesisi yang lain, terlentang lalu duduk kesamping tempat tidur, duduk dengan seimbang, duduk ke berdiri, berjalan, fungsi lengan atas, pergerakan tangan dan aktivitas tangan lanjutan (Siti, 2015).

Polahidup yang tidak sehat seperti makan makanan instan, junk food, merokok dan minum kopi yang berlebihan, tidak pernah melakukan olahraga serta gaya hidup yang selalu identik dengan narkoba dan alcohol 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 (Siti,2015).

Prognosis stroke dipengaruhi oleh sifat dan tingkat keparahan deficit neurologis yang dihasilkan. Usia pasien, penyebab stroke, gangguan medis yang terjadi bersama dan 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 rehabilitative dengan menggunakan system asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Aspek promotif antarlain 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 terapis (Siti, 2015).

Angka kejadian Stroke di Pesisir Selatan Tahun 2016 adalah 300 orang, tahun 2017 adalah 312 orang, sedangkan Angka kejadian Stroke Iskemik dan Hemoragik di Puskesmas Surantih tahun 2015 adalah 53 orang, sedangkan tahun 2016 adalah 47 orang dan tahun 2017 adalah 42 orang, sedangkan data yang di temukan di Bulan April penyakit Stroke di puskesmas Surantih adalah 12 orang, Bulan Mei 12 orang, dan Juni 12 orang. Berdasarkan masalah perlu diberikan asuhan keperawatan yang tepat untuk mencegah terjadinya stroke berulang.

1.2. Tujuan

a. Tujuan umum

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan Ny."D" dengan Stroke Iskemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera.

b. Tujuan khusus

1. Mahasiswa mampu memahami Konsep dasar Penyakit Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera
2. Mahasiswa Mampu menetapkan Diagnosa pada Ny."D" dengan Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera
3. Mahasiswa Mampu membuat rencana pada Ny."D" dengan Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera

4. Mahasiswa Mampu melakukan Implementasi pada Ny."D" dengan Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera
5. Mahasiswa Mampu Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny."D" dengan Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera

1.3. Manfaat

1.3.1. Bagi Mahasiswa

Memberikan pengalaman yang nyata bagi penulis untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien stroke dan untuk menambah pengetahuan penulis khususnya dalam penatalaksanaan pada pasien dengan stroke.

1.3.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan sebagai tambahan data bagi Puskesmas Surantih sehingga dapat mencegah kejadian stroke dan dapat menjadi acuan dan pedoman bagi peneliti selanjutnya.

1.3.3 Bagi Masyarakat

Bagi Masyarakat agar lebih memahani bahaya penyakit stroke dan membiasakan Hidup Sehat

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1. Pengertian Stroke

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 (Muttaqin, 2008). Sedangkan menurut Smuster (2009).

Stroke adalah kehilangan fungsi otak diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak, biasanya merupakan kulminasi penyakit serebrovaskuler selama beberapa tahun. Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun, umumnya laki-laki sedikit lebih sering terkena daripada perempuan (Rasyrid, 2008).

Stroke hemoragik adalah stroke yang terjadi karena pembuluh darah di otak pecah sehingga timbul iskhemik dan hipoksia di hilir. Penyebab stroke 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 (Artiani, 2009).

Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Muttaqin, 2008).

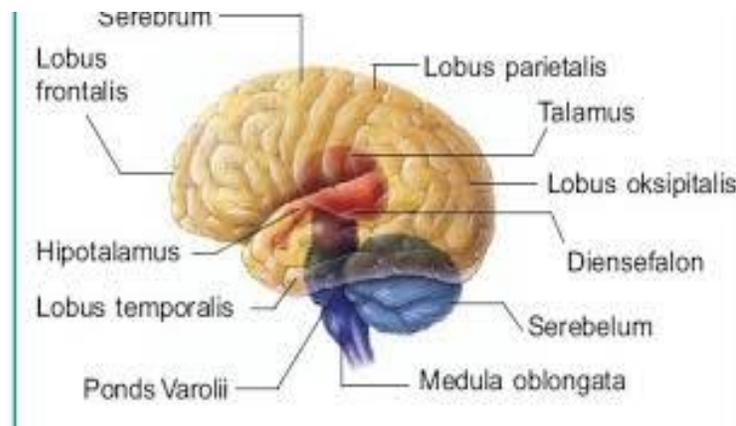
2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak

Anatomi fisiologi otak menurut Syaifudin (2006) yaitu :

a. Otak

Otak merupakan alat tubuh yang sangat penting karena merupakan pusat pengontrol semua alat tubuh yang terdiri atas: serebrum, cerebellum, dan batang otak.

Gambar 1 : Anatomi otak



Sumber: Muttaqin (2008).

1) Serebrum

Merupakan bagian yang terluas dan terbesar dari otak, berbentuk telur, mengisi penuh bagian depan atas rongga tengkorak. Pada otak besar ditemukan empat lobus: lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipital.

2) Cerebellum

Terletak pada bagian bawah dan belakang tengkorak dipisahkan dengan serebrum oleh fisura transversalis dibelakangi oleh pons varoli dan diatas medulla oblongata.

3) Batang otak

- a) Diensefalon, merupakan bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebelum dengan mesensefalon. Fungsi diensefalon adalah untuk mengecilkan pembuluh darah, membantu proses persarafan, mengontrol kegiatan reflek, dan membantu kerja jantung.
- b) Mesensefalon, atap dari mesensefalon terdiri dari empat bagian yang menonjol keatas. Pons varoli, merupakan penghubung mesensefalon, pons varoli dan serebelum.
- c) Medulla oblongata merupakan bagian otak paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Selain itu masih ada lagi beberapa bagian dalam menjalankan fungsi otak antara lain :

(1) Meningen Adalah selaput yang membungkus otak dan sumsum tulang belakang, melindungi struktur saraf halus yang membawa pembuluh darah dan cairan sekresi (cairan serebrospinalis), memperkecil benturan atau getaran yang terdiri dari tiga lapisan.

(a) Durameter: selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat.

(b) Arakhroid: merupakan selaput halus yang memisahkan durameter dengan piameter membentuk sebuah kantong atau balon berisi cairan otak yang meliputi seluruh susunan saraf sentral.

(c) Piameter: merupakan selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak.

(2) Sistem ventrikel

Terdiri dari beberapa rongga dalam otak yang berhubungan dengan satu sama lainnya ke dalam rongga itu, menghasilkan cairan serebrospinal.

(3) Cairan serebrospinal

Adalah hasil sekresi pleksus koroid. Cairan ini bersifat alkali bening mirip plasma. Cairan ini saluran oleh pleksus koroid ke dalam ventrikel yang ada dalam otak, kemudian cairan masuk ke

dalam kanalis sumsum tulang belakang dan ke dalam ruang subaraknoid melalui ventrikularis.

b. Medula spinalis

Merupakan bagian susunan saraf pusat yang terletak di dalam kanalis vertebralis bersama ganglion radiks posterior yang terdapat pada setiap foramen intervertebralis terletak berpasangan kiri dan kanan. Dalam medulla spinalis keluar 31 pasang saraf, terdiri dari: servikal 8 pasang, torakal 12 pasang, lumbal 5 pasang, sakral 5 pasang dan koksigial 1 pasang.

c. Saraf Perifer

Saraf perifer terdiri dari saraf somatik dan saraf otonom. Saraf somatik adalah susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang. Sedangkan saraf otonom adalah saraf - saraf yang bekerjanya tidak dapat disadari dan bekerja secara otomatis.

2.1.3. Klasifikasi Stroke

Gangguan peredaran darah otak atau stroke menurut Muttaqin (2008) diklasifikasikan menjadi :

a. Stroke hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa terjadi saat istirahat. Kesadaran klien biasanya menurun. Perdarahan otak dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Perdarahan intracranial

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak membentuk masa yang menekan jaringan otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons, dan serebelum.

2) Perdarahan subaraknoid.

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willisian dan cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub struktur mengakibatkan nyeri, dan vasospasme

pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemi sensorik, afasia, dan lain-lain). Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, merenggangnya 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 pendarahan subhialoid pada retina dan penurunan kesadaran. Pendarahan subaraknoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain).

b. Stroke non hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi pendarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

2.1.4. Etiologi Stroke

Etiologi Stroke menurut Muttaqin (2008) adalah :

a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edem dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan trombosis otak :

- 1) Ateroklerosis
- 2) Hiperkoagulasi pada polisitemia
- 3) Arteritis (radang pada arteri)
- 4) Emboli

b. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh

darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga infark otak, odema dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksis umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah : 1) Hipertensi yang parah

2) Henti jantung-paru

3) Curah jantung turun akibat aritmia

d. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah 1) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subaraknoid

2) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren

2.1.5. Patofisiologis

Infark serbral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus,

emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, thrombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur. Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial menyebabkan herniasi otak. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat

berkembang anoksia cerebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Muttaqin, 2008).

2.1.7. Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi klinis stroke menurut Mansjoer (2014) adalah :

a. Defisit Lapang Penglihatan

1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan).

Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

2) Kesulitan penglihatan perifer Kesulitan penglihatan pada malam hari, tidak menyadari obyek atau batas obyek.

3) Diplopia Penglihatan ganda

b. Defisit Motorik

1) Hemiparese

Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)

2) Ataksia

a) Berjalan tidak mantap, tegak.

b) Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

3) Disartria

Kesulitan membentuk dalam kata.

4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

d. Defisit Verbal

1) Afasia Ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

2) Afasia Reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

3) Afasia Global

Kombinasi baik afasia ekspresif dan afasia reseptif

e. Defisit Kognitif

Pada penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, perubahan penilaian.

f. Defisit Emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, perasaan isolasi.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke menurut Tarwoto (2007) adalah sebagai berikut:

a. Head CT Scan

Tanpa kontras dapat membedakan stroke iskemik, perdarahan intraserebral dan perdarahan subaraknoid. Pemeriksaan ini sudah harus dilakukan sebelum terapi spesifik diberikan.

b. Elektro Kardografi (EKG)

Sangat perlu karena insiden penyakit jantung seperti: atrial fibrilasi, MCI (myocard infark) cukup tinggi pada pasien stroke.

c. Ultrasonografi Doppler

Doppler ekstra maupun intrakranial dapat menentukan adanya stenosis atau oklusi, keadaan kolateral atau rekanalisasi. Juga dapat dimintakan pemeriksaan ultrasound khususnya (echocardioc) misalnya: transthoracic atau transoesophageal jika untuk mencari sumber thrombus sebagai etiologi stroke.

d. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan darah rutin

a) Darah perifer lengkap dan hitung petelet

b) INR, APTT

c) Serum elektrolit

d) Gula darah

e) CRP dan LED

f) Fungsi hati dan fungsi ginjal

2) Pemeriksaan khusus atau indikasi:

a) Protein C, S, AT III

b) Cardioplin antibodies

c) Hemocystein

d) Vasculitis-screnning (ANA, Lupus AC)

e) CSF

2.1.9. Pemeriksaan Fisik

Pada pasien stroke diperlukan pemeriksaan lain seperti tingkat kesadaran, kekuatan otot, tonus otot, pemeriksaan radiologi, dan laboratorium Rasyid (2008).

Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dilakukan pemeriksaan yang dikenal sebagai Glasgow Coma Scale untuk mengamati pembukaan kelopak mata, kemampuan bicara, dan tanggap motorik (gerakan). Pemeriksaan tingkat kesadaran adalah dengan pemeriksaan yang dikenal sebagai Glasgow Coma Skale (GCS) menurut Tarwoto (2007) yaitu sebagai berikut:

a. Membuka Mata

Membuka spontan : 4

Membuka dengan perintah : 3

Membuka mata dengan rangsang nyeri : 2

Tidak mampu membuka mata : 1

b. Kemampuan Bicara

Orientasi dan pengertian baik : 5

Pembicaraan yang kacau : 4

Pembicaraan yang tidak pantas dan kasar : 3

Dapat bersuara, merintih : 2

Tidak bersuara : 1

d. Tanggapan Motorik

Menanggapi perintah : 6

Reaksi gerakan lokal terhadap rangsang : 5

Reaksi menghindar terhadap rangsang nyeri : 4

Tanggapan fleksi abnormal : 3

Tanggapan ekstensi abnormal : 2

Tidak ada gerakan : 1

Sedangkan untuk pemeriksaan kekuatan otot adalah sebagai berikut:

0 : Tidak ada kontraksi otot

1 : Terjadi kontraksi otot tanpa gerakan nyata

2 : Pasien hanya mampu menggeserkan tangan atau kaki

3 : Mampu angkat tangan, tidak mampu menahan gravitasi

4 : Tidak mampu menahan tangan pemeriksa

5 : Kekuatan penuh

Fungsi saraf kranial menurut Smeltzer (2006) adalah sebagai

berikut:

- a. Saraf Olfaktorius (N I) : Sensasi terhadap bau-bauan
- b. Saraf Optikus (N II) : Ketajaman penglihatan dan lapang pandang
- c. Saraf Okulomotorius (N III) : Mengatur gerakan kelopak mata, kontriksi otot pada pupil dan otot siliaris dengan mengontrol akomodasi pupil.
- d. Saraf Toklear (N IV) : Gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat ke bawah dan ke samping.
- e. Saraf Trigemini (N V) : Sensasi wajah
- f. Saraf Abdusen (N VI) : Mengatur gerakan-gerakan mata
- g. Saraf Fasial (N VII) : Gerakan otot wajah, ekspresi wajah, sekresi air mata dan ludah
- h. Saraf Vestibulokoklear (N VIII) : Keseimbangan dan pendengaran
- i. Saraf Glosfaringeus (N IX) : Reflek gangguan faringeal atau menelan
- j. Saraf Vagus (N X) : Kontraksi faring, gerakan simetris dan pita suara gerakan simetris pallatum mole, gerakan dan sekresi visem torakal dan abdominal

k. Saraf Aksesorius Spinal (N XI) : Gerakan otot stemokleidomastoid dan trapezius

l. Saraf Hipoglosus (N XII): Gerakan lidah.

2.1.10. Penatalaksanaan

Tujuan intervensi adalah berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan melakukan tindakan sebagai berikut (Muttaqin, 2008) :

- a. Mempertahankan saluran nafas yang paten yaitu lakukan pengisapan lendir yang sering, oksigenasi, kalau perlu lakukan trakeostomi, membantu pernafasan.
- b. Mengendalikan tekanan darah berdasarkan kondisi pasien, termasuk untuk usaha memperbaiki hipotensi dan hipertensi.
- c. Berusaha menentukan dan memperbaiki aritmia jantung.
- d. Menempatkan pasien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin pasien harus dirubah posisi tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif.
- e. Mengendalikan hipertensi dan menurunkan TIK
- f. Dengan meninggikan kepala 15-30 menghindari flexi dan rotasi kepala yang berlebihan,

g. Pengobatan Konservatif

- 1) Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya: pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan.
- 2) Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial.
- 3) Anti agregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi arteroma.
- 4) Anti koagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya/ memberatnya trombosis atau emboli di tempat lain di sistem kardiovaskuler.

h. Pengobatan Pembedahan yang bertujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral :

- 1) Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- 2) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA.
- 3) Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
- 4) Ugasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma

2.1.11. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Setyanegara (2008) :

a. Komplikasi Dini (0- 48 jam pertama)

- 1) Edema serebri: defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial, herniasi, dan akhirnya akan menimbulkan kematian.
- 2) Infark miokard: penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal.

b. Komplikasi Jangka Pendek (1-14 hari/7-14 hari pertama)

- 1) Pneumonia: akibat immobilisasi lama.
- 2) Infark miokard
- 3) Emboli paru: cenderung terjadi 7-14 hari pasca stroke, seringkali pada saat penderita mulai mobilisasi.
- 4) Stroke rekuren: dapat terjadi pada setiap saat.

c. Komplikasi Jangka Panjang

Stroke rekuren, infark miokard, gangguan vaskuler lain: penyakit vaskuler perifer. Komplikasi yang terjadi pada pasien stroke, yaitu:

- 1) Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi.
- 2) Penurunan darah serebral
- 3) Embolisme serebral

Komplikasi stroke menurut (Tarwoto, 2007) adalah :

- 1) Hipertensi
- 2) Kejang
- 3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (Tik)
- 4) Kontraktur
- 5) Tonus Otot Abnormal
- 6) Malnutrisi
- 7) Aspirasi

2.2. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Non Hemoragik.

Proses Keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, manentukan diagnosa, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhankeperawatan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Hidayat, 2007).

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan mengumpulkan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui permasalahan yang ada (Reeder, 2011). Pengkajian pada pasien stroke menurut Smelzer, (2006) meliputi:

- a. Defisit Lapang Penglihatan

1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan).

Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

2) Kesulitan penglihatan perifer

Kesulitan penglihatan pada malam hari, tidak menyadari obyek atau batas obyek.

3) Diplopia

Penglihatan ganda

b. Defisit Motorik

1) Hemiparese

Kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)

2) Ataksia

Berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

3) Disatria

Kesulitan membentuk dalam kata.

4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan.

c. Defisit Verbal

1) Afasia Ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

2) Afasia Reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

3) Afasia Global

Kombinasi baik afasia ekspresif dan afasia reseptif.

d. Defisit Kognitif

Pada penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, perubahan penilaian.

e. Defisit Emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, perasaan isolasi.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien stroke

Diagnosa keperawatan adalah sebuah label singkat yang menggambarkan kondisi pasien. Berisi tentang pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan, masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Wilkinson, 2012). Diagnosa keperawatan yang muncul menurut Mutaqqin (2008) pada pasien stroke, yaitu :

a. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat.

- b. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik.
- c. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi ke otak.
- d. Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neuromuscular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan control/koordinasi otot.
- e. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan
- f. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler, kelemahan, parestesia.
- g. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kesulitan untuk menelan makanan.

Diagnosa keperawatan yang muncul menurut Mutaqqin (2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015) pada pasien stroke, yaitu :

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penyumbatan aliran arteri dan vena. Domain 4 : aktivitas istirahat kelas 4 : respons kardiovaskular/pulmonal
- b. Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan faktor mekanik (imobilisasi fisik). domain 11 : keamanan / perlindungan , kelas 2: cedera fisik

- c. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis (penurunan sirkulasi ke otak, sistem muskuloskeletal lemah). domain 5: persepsi/kognisi, kelas 5 : komunikasi
- d. Defisit perawatan diri : hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik. Domain 4: aktivitas istirahat, kelas 5: perawatan diri
- e. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular) Domain 11 :kenyamanan/perlindungan, kelas 2 : cedera fisik
- f. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Domain 4: aktivitas istirahat, kelas: aktivitas olahraga
- g. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan Domain 2 : nutrisi, kelas 1 : makan

2.2.3. Perencanaan atau Intervensi

Perencanaan merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan yang membutuhkan berbagai pengetahuan dan keterampilan seperti pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan pasien, nilai dan kepercayaan pasien, batasan praktik keperawatan, peran-peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan dan bekerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Reeder, 2011). Rencana tindakan pada pasien stroke menurut

Nursing Outcome Classification (2015) dan Nursing Intervention Classification (2015) adalah :

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penyumbatan aliran arteri dan vena.

NOC : perfusi jaringan (serebral)

No	indicator	1	2	3	4	5
1.	Tekanan intrakranial		1	2	3	4 5
2.	Tekanan darah sistolik	1	2	3	4	5
3.	Tekanan darah diastolik		1	2	3	4 5
4.	Sakit kepala		1	2	3	4 5
5.	Penurunan tingkat kesadaran	1	2	3	4	5

Keterangan :

1. Deviasi berat dari kisaran normal
2. Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal
3. Deviasi sedang dari kisaran normal
4. Deviasi ringan dari kisaran normal
5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal

Intervensi : manajemen edema serebral

- 1) Observasi keadaan umum dan tingkat kesadaran pasien
- 2) Monitor tanda-tanda vital
- 3) Dorong keluarga/orang penting untuk bicara kepada pasien

4) Berikan obat diuretik osmotik

b. Risiko kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan faktor mekanik

(imobilitas fisik). Tujuan :

NOC : integritas jaringan: kulit & membrane mukosa

No	indicator	1	2	3	4	5	
1.	Suhu kulit		1	2	3	4	5
2.	Perfusi jaringan		1	2	3	4	5
3.	Pertumbuhan rambut pada kulit		1	2	3	4	5
4.	Integritas kulit		1	2	3	4	5

Keterangan :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

Intervensi : Manajemen tekanan

- 1) Berikan pakaian yang tidak ketat.
- 2) Letakkan bantal busa polyurethane dengan cara yang tepat
- 3) Monitor mobilitas dan aktivitas pasien
- 4) Gunakan alat pengkajian risiko yang ada untuk memonitor faktor risiko pasien (misalnya, skala Braden)

c. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fisiologis
(penurunan sirkulasi ke otak, sistem muskuloskeletal lemah)

NOC : fungsi sensori

No	Indikator	1	2	3	4	5
1	presepsi stimulasi kulit	1	2	3	4	5
2	ketajaman pendengaran	1	2	3	4	5
3	presepsi posisi kepala	1	2	3	4	5
4	presepsi posisi tubuh	1	2	3	4	5
5	perbedaan bau	1	2	3	4	5
6	perbedaan rasa	1	2	3	4	5
7	ketajaman penglihatan	1	2	3	4	5

Keterangan :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

Intervensi: peningkatan komunikasi: kurang bicara

- 1) Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume dan diksi
- 2) Monitor proses kognitif dan fisiologi terkait dengan kemampuan bicara
- 3) Instruksikan pada pasien untuk bicara pelan
- 4) Kolaborasi bersama keluarga dan ahli terapis bahas patologis untuk mengembangkan rencana agar bisa berkomunikasi secara efektif
- 5) Ijinkan pasien untuk sering mendengar suara pembicaraan dengan cara tepat

d. Defisit perawatan diri : hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik

NOC : status perawatan diri

No	indicator	1	2	3	4	5
	1.mandi sendiri	1	2	3	4	5
	2. berpakaian sendiri	1	2	3	4	5
	3.menyiapkan makanan dan minuman untuk makan	1	2	3	4	5
	4. makan sendiri	1	2	3	4	5

Keterangan:

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

Intervensi : bantuan memodifikasi diri

- 1) Puji alasan klien untuk berubah
- 2) Bantu pasien untuk mengidentifikasi tujuan spesifik untuk berubah
- 3) Bantu pasien dalam mengidentifikasi perilaku sasaran yang perlu dirubah serta untuk mencapai tujuan yang diinginkan
- 4) Jelaskan pada pasien mengenai fungsi dari tanda dan pemicu yang menyebabkan terjadinya perilaku
- 5) Dorong pasien untuk memasang perilaku yang diinginkan dengan stimuli/ penanda yang ada

e. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular)

NOC : Status Pernafasan

no	Indikator	1	2	3	4	5
1	Frekuensi pernafasan	1	2	3	4	5
2	Irama pernafasan	1	2	3	4	5
3	Kedalaman inspirasi	1	2	3	4	5
4	Suara auskultasi nafas	1	2	3	4	5
5	Kepatenan jalan nafas	1	2	3	4	5
6	Volume tidal	1	2	3	4	5
7	Pencapaian tingkat insentif					
	Spirometri	1	2	3	4	5
8	Kapasitas vital	1	2	3	4	5
9	Saturasi oksigen	1	2	3	4	5
10	Tes faal paru	1	2	3	4	5

Keterangan :

1. Sangat menyimpang dari rentang normal
2. Banyak menyimpang dari rentang normal
3. Cukup menyimpang dari rentang normal

4. Sedikit menyimpang dari rentang normal

5. Tidak menyimpang dari rentang normal

Intervensi :Monitor Pernafasan

1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas.

2) Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot bantu pernafasan, dan retraksi otot supraclavicular.

3) Monitor suara nafas tambahan

4) Monitor pola nafas.

5) Monitor saturasi oksigen.

6) Monitor keluhan pasien tentang sesak nafas, termasuk kegiatan yang meningkatkan keluhan.

f. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

NOC : Ambulasi

Indikator	1	2	3	4	5
Menopang berat badan	1	2	3	4	5
Berjalan dengan langkah efektif	1	2	3	4	5
Berjalan dengan pelan	1	2	3	4	5
Berjalan dengan kecepatan sedang	1	2	3	4	5
Berjalan menaiki tangga	1	2	3	4	5
Berjalan menuruni tangga	1	2	3	4	5

Berjalan menanjak	1	2	3	4	5
Berjalan menurun	1	2	3	4	5
Berjalan mengelilingi kamar	1	2	3	4	5

Keterangan :

1 : Sangat terganggu

2 : Banyak terganggu

3 : Cukup terganggu

4 : Sedikit terganggu

5 : Tidak terganggu

NOC : Pergerakan

Indikator	1	2	3	4	5
Keseimbangan	1	2	3	4	5
Koordinasi	1	2	3	4	5
Cara berjalan	1	2	3	4	5
Gerakan otot	1	2	3	4	5
Gerakan sendi	1	2	3	4	5
Kinerja pengaturan tubuh	1	2	3	4	5
Kinerja transfer	1	2	3	4	5
Berlari	1	2	3	4	5
Melompat	1	2	3	4	5
Merangkak	1	2	3	4	5

Berjalan	1	2	3	4	5
Bergerak dengan mudah	1	2	3	4	5

Keterangan :

1 : Sangat terganggu

2 : Banyak terganggu

3 : Cukup terganggu

4 : Sedikit terganggu

5 : Tidak terganggu

Intervensi :Pengaturan Posisi Neurologis

- 1) Berikan posisi yang terapeutik
- 2) Jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu.
- 3) Topang leher dengan tepat.
- 4) Pertahankan posisi yang tepat saat mengatur posisi pasien.
- 5) Berikan tempat tidur yang tepat(tidak terlalu keras dan empuk)
- 6) Monitor kemampuan pasien saat terpasang penopang.
- 7) Monitor keutuhan kulit di bawah korset.
- 8) Lakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas yang terganggu.
- 9) Ajarkan anggota keluarga untuk mengatur posisi pasien dan melakukan ROM dengan tepat

g. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmapuan makan

NOC : status nutrisi

No	Indikator	1	2	3	4	5
1.	Asupan gizi	1	2	3	4	5
2.	Asupan makanan	1	2	3	4	5
3.	Asupan cairan	1	2	3	4	5
4.	Energy	1	2	3	4	5
5.	Resiko berat badan /tinggi badan	1	2	3	4	5
6.	Hidrasi	1	2	3	4	5

Keterangan:

1. Sangat menyimpang dari rentang normal
2. Banyak menyimpang dari rentang normal
3. Cukup menyimpang dari rentang normal
4. Sedikit menyimpang dari rentang normal
5. Tidak menyimpang dari rentang normal

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik (Nursalam, 2006). Jenis – jenis tindakan pada tahap pelaksanaan adalah :

a. Secara mandiri (independent)

Adalah tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya dan menanggapi reaksi karena adanya stressor.

b. Saling ketergantungan (interdependent)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerja sama tim keperawatan dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter, fisioterapi, dan lain- lain.

c. Rujukan/ketergantungan (dependent)

Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dan profesi lainnya diantaranya dokter, psikiater, ahli gizi dan sebagainya.

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan untuk mengukur respons pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Reeder, 2011). Perawat melaksanakan evaluasi sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan terdapat 3 kemungkinan hasil, menurut Hidayat, A.(2007) yaitu:

a. Tujuan tercapai

Apabila pasien telah menunjukkan perubahan dan kemajuan yg sesuai dengan kriteria yang telah di tetapkan.

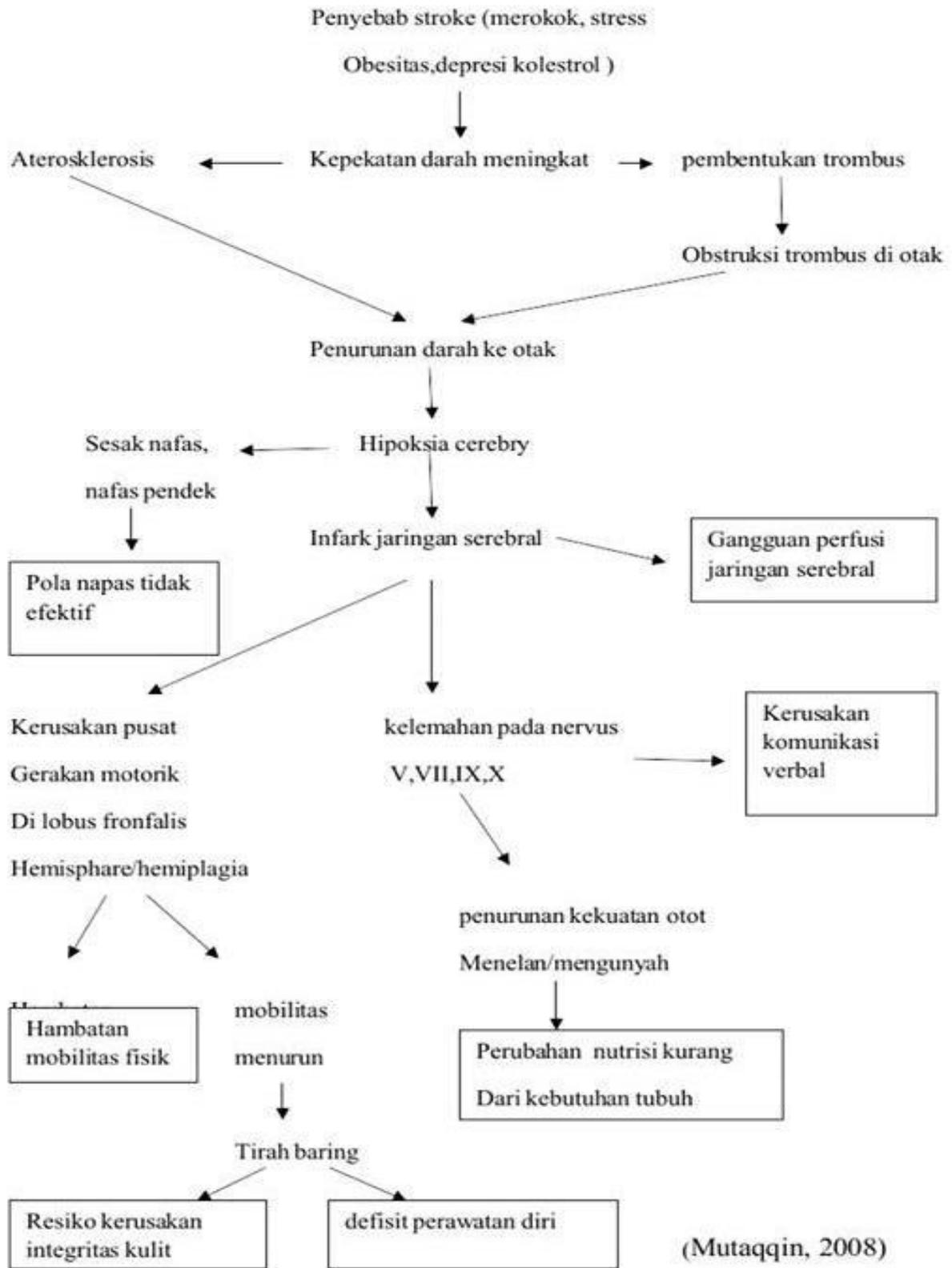
b. Tujuan tercapai sebagian

Jika tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga masih perlu dicari berbagai masalah atau penyebabnya.

c. Tujuan tidak tercapai

Jika pasien tidak menunjukkan suatu perubahan ke arah kemajuan sebagaimana dengan kriteria yang diharapkan.

2.1.6 WOC



BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1. Pengkajian

3.1.1. IdentitasKlien

Nama/Inisial	: Ny.D
Umur	: 65 Tahun
JenisKelamin	: Perempuan
Status	: Janda
Agama	: Islam
Pekerjaan	: IRT
Pendidikan	: SMA
Alamat	: Surantih
PenanggungJawab	
Nama	: Tn.E
Umur	: 45 Tahun
HubunganKeluarga	: Anak
Pekerjaan	: Swasta

3.1.2. AlasanMasuk

3.1.3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan anggota gerak kiri lemah, tangan dan kaki susah digerakan, klien mengatakan tidak bisa berjalan sendiri, klien pakai alat bantu tongkat dan kursi roda dan klien mengatakan dalam melakukan aktivitas klien di bantu oleh anak atau cucu.

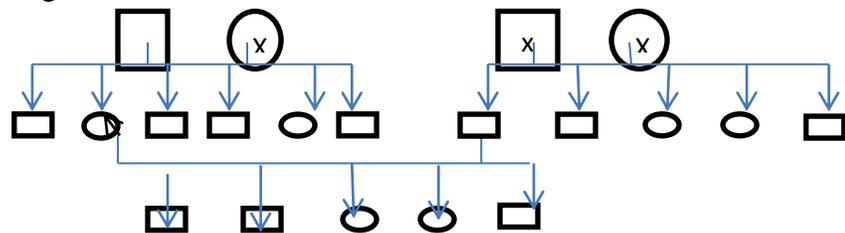
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien masuk rumah sakit 5 tahun yang lalu dengan keluhan mengalami Strok dan Hipertensi Keluarga klien mengatakan bahwa Ny.D tidak pernah mempunyai riwayat penyakit stroke sebelumnya. Namun keluarga klien mengatakan bahwa Ny.D memiliki riwayat Hipertensi tapi tidak dikontrol.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan ada anggota keluarga klien yang mengalami penyakit yang sama dengan klien yaitu orang tua dan kakaknya.

Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan

X: Meninggal

↖ : Klien

—:HubunganKeluarga

3.1.4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

BB/TB : 45 Kg/150 cm

Tanda Vital : TD : 130/90 mmHg

Nadi: 80 x/menit

Suhu : 36 Calsius

RR : 24 x/menit

a. Kepala

- 1) Rambut : Rambut berwarna hitam beruban, kulit kepala cukup bersih, rambut tampak kusut dan lembab.
- 2) Mata : Mata simetris, skela tidak ikterik, konjungtiva anemis, pupil isokor, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan
- 3) Telinga : Simetris, tidak ada serumen yang keluar, tidak terdapat nyeri tekan dan benjolan
- 4) Hidung : Simetris, tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

5) Mulut dan gigi : Tidak terdapat sariawan, gigi terdapat caries,
bibir tidak pecah.

b. Leher

Trakea posisinya di garis tengah, tidak teraba pembesaran kelenjer limfe

c. Thorak

1) Paru-paru

I : Tidak tampak retraksi dinding dada

P : Tidak terdapat nyeri tekan

P : Sonor di semua lapang paru

A : Ronki (-), wheezing(-),

2) Jantung

I : Ictus Cordis tidak terlihat

P : Tidak ada nyeri tekan

P : Redup pada daerah sekitar jantung

A : Irama teratur

d. Abdomen

I : Simetris Kiri dan Kanan

A : Bising usus 11 x/menit

P : Nyeri tekan Tidak ada

P : Bunyi Timpani

e. Punggung

Tidak ada kelaianan pada tulang vetebra

f. Ekstremitas

Atas : Kesemutan tidak ada, tidak edema, tidak nyeri, ekstremitas kiri terasa lemah, dan susah untuk bergerak, Kekuatan Otot 1.

Bawah : Kesemutan tidak ada, tidak edema, tidak nyeri, ekstremitas kiri bawah terasa lemah, dan susah untuk bergerak,

kekuatan otot	1 1 1		5 5 5
	1 1 1		5 5 5

g. Genitalia

Tidak ada kelainan

h. Integumen

Warna kulit sawomatang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, capila repel < 2 detik, decubitus tidak ada

i. Persyarafan

Saraf Cranial	Pemeriksaan	Hasil
Nervus I (Olfactorius)	Hidung Kanan Hidung Kiri	Klien mampu mencium bau-bauan dan dapat membedakan bau-bauan dengan baik
Nervus II (Opticus)	Mata Kanan dan kiri	Klien mampu melihat orang di sekitarnya (dapat melihat dengan baik)
Nervus III (Okulomotoris)	Mata Kanan Mata kiri Nistagmus	Klien mampu menggerakkan bola mata (pergerakan bola mata normal dan bereaksi terhadap cahaya)
Nervus IV (Trochlearis)	Mata kanandankiri	Klien mampu memutar bola

		mata (pergerakan bola mata normal)
Nervus V (Trigeminus)	Membukamulut,menguyahdanmenggigit	Klien mampu menggerakkan rahang (bicara lancar
Nervus VI (Abduscen)	Mata kanandankiri	Sorot motorik
Nervus VII (Facial)	Motoric mengenyitkan kening dan tersenyum	Klien mampu menggerakkan lidah (simetris kiri dan kanan dan bagian bawah)
Nervus VIII (Auditorius)	Telinga kanan dan kiri	Klien mampu mendengar orang bicara
Nervus IX (Glassoparingeus)	Stimulasi pada stongpatel pada paring	Klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan

Nervus X (Vagus)	Menelan dan bicara	Klien mampu merasakan rasa (fungsi Perasa Baik)
Nervus XI (Accesorius)	Mengangkat bahu dan menoleh melawan tahanan	Klien mampu menggerakkan leher (pergerakan bahu normal)
Nervus XII (hypeglosus)	Menjulurkan lidah, menggerakkan lidah dari kanan kekiri, mendorong kepipinya	Klien tidak kesulitan dalam menelan (pergerakan lidah normal)

3.1.5. Data Biologis

Aktivitas	Sehat	Sakit
Makanandanminuman		
Makan		
Menu	Nasi,sayur,lauk	Nasi,sayur,lauk
Porsi	1porisi	1 porsi
Makanan kesukaan	Nasi putih	Nasi putih
Pantangan	Tidak Ada	Banyak Garam

Cemilan	Tidak Ada	Tidak Ada
Minum		
Jumlah	7-8 gelas perhari	7-8 gelas
Minuman Kesukaan	Tidak Ada	Tidak Ada
Pantangan	Tidak Ada	Minum kopi
Eliminasi		
BAB		
Frekuensi	1x sehari	1x sehari
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Padat	Lembek
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
BAK		
Frekuensi	4-5 kali sehari	4-5 kali sehari
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Amnionia	Amnionia
Konsistensi	Cair	Cair
Kesulitan	Tidakada	Tidakada
Istirahat dan tidur		

Waktu tidur	23.00 WIB	Kam 23.00 WIB
Lama tidur	+ 6 Jam	+ 6 Jam
Waktu bangun	Jam 05.00	Jam 05.00
Hal yang mempermudah bangun	Terdengar Azan	Tidak menentu
Kesulitan tidur	Tidak Ada	Tidak baik
Personal Hygiene		
Mandi	2x sehari	2x sehari
Cuci rambut	1x sehari	2x seminggu
Gosok gigi	1x sehari	1x sehari
Potong kuku	1 x seminggu	1x seminggu
Rekreasi		
Hobby	Wisata kuliner	Tidak Ada
Minat khusus	Tidak ada	Tidak Ada
Penggunaan waktu senggang	Tidak Ada	Tidak ada
Ketergantungan		
Merokok	Tidak Ada	Tidak Ada
Minuman	Tidak Ada	Tidak Ada

Obat-obatan	Tidak ada	Obat hipertensi
-------------	-----------	-----------------

3.1.6. RiwayatAlergi

Klien mengatakan klien Tidak ada memiliki riwayat alergi terhadap makanan ,maupun alergi obat-obatan

3.1.7. Data Psikologis

a. Prilaku Non Verbal

klien dapat memberikan penjelasan secara jelas

b. Prilaku Verbal

1) Cara menjawab : klien dapat menjawab dengan jelas

2) Cara memberi Informasi : klien dapat memberikan informasi dengan jelas

c. Emosi

Stabil dan klien dapat mengendalikan emosinya

d. Persepsi Penyakit

dengan pengobatan yang di jalani klien saat ini , klien yakin bahwa penyakitnya dapat di sembuhkan

e. Konsep Diri

Klien menerima kondisi fisiknya yang sedang sakit

f. Adaptasi

Klien dapat beradaptasi dan menerima keadaannya saat ini

g. Mekanisme pertahanan Diri

klien mampu bertahan menghadapi penyakitnya saat ini

3.1.8. Data Sosial

a. Pola Komunikasi

Pola komunikasi 2 arah dan sangat baik dan jelas

b. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Anak Klien

c. Orang yang paling berharga bagi pasien

Anak Klien

d. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Hubungan klien dengan keluarga Baik begitu juga dengan baik

3.1.9. Data Spiritual

a. Keyakinan

Klien memeluk agama islam

b. ketaatan beribadah

Klien shalat 5x sehari dan shalat sunnat

c. Keyakinan terhadap penyembuhan

dengan pengobatan dan perawatan yang dijalani klien saat ini , klien yakin penyakitnya bisa sembuh

3.1.10. Data Penunjang

a. Diagnosa Medis : Stroke

b. Pemeriksaan Diagnosis :

3.1.11.Data Pengobatan

Captopril Tablet 2x 12,5 mg

3.1.12 Data Fokus

a. Data Subjektif

- klien mengatakan anggota gerak kiri lemah
- klien mengatakan tangan dan kaki susah untuk di gerakan
- klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari
- klien mengatakan dalam melakukan aktivitas klien dibantu oleh anak atau cucu
- klien mengatakan dalam melakukan aktivitas klien harus pakai alat bantu seperti tongkat dan kursi roda

b. Data Objektif

- Klien terlihat lemah
- Anggota gerak kiri klien lemah
- Tangan dan kaki kiri klien susah untuk digerakkan
- Klien pakai alat bantu tongkat dan kursi roda
- Kekuatan otot

111		555
<hr/>		
111		555

- Tanda Vital : TD 130 / 90 MMHg Nadi : 80 x / i

- Pernafasan 24 x / I Suhu : 36 0C
- Klien tampak susah dalam beraktifitas dan harus di bantu oleh orang lain

ANALISA DATA

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI																					
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan anggota gerak kiri lemah • Klien mengatakan tangan dan kaki kiri susah di gerakan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tangan dan kaki klien tampak susah untuk digerakkan • Anggota gerak kiri Klien terlihat lemah , kekuatan • Kekuatan Otot <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </div>	1	1	1		5	5	5								1	1	1		5	5	5	Hambatan mobilitas fisik	Kelemahan neuro muscular pada ekstremitas
1	1	1		5	5	5																		
1	1	1		5	5	5																		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sehari hari • Klien mengatakan dalam melakukan 	Resiko Cedera	Gangguan mobilitas																					

	<p>aktifitas dibantu oleh anak dan cucu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan dalam beraktifitas harus pakai alat bantu seperti tongkat dan kursi roda <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien pakai alat bantu tongkat dan kursi roda • Klien tampak susah dalam beraktifitas / bergerak dan harus di bantu oleh orang lain. 		
--	--	--	--

3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas
2. Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas

3.3 Intervensi

Nama Klien : Ny.SD

Ruang :

Diagnosa Medis : Stroke Iskemik

No.MR :

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1.	Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tercapai tujuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Joint movement = Active - Mobility level - self care – ADLS -Transfer performance <p>criteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meningkat dalam aktifitas fisik 	<p>Exercise therapy : Ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring tanda Vital sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan 2. Anjurkan klien menggunakan tongkat saat berjalan dengan hati-hati 3. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi 4. Latih klien dalam pemenuhan

		<ul style="list-style-type: none"> - Mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas - Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi - Meningkatkan kemampuan berpindah 	<p>kebutuhan ADLS secara mandiri sesuai kemampuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Damping klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLS 6. Berikan alat bantu jika klien memerlukan 7. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika di perlukan.
2.	Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas	<p>Risk Kontrol</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien bebas dari cedera - klien mampu menjelaskan cara untuk mencegah cedera 	<p>Environment Manajement</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan posisi yang terapeutik, aman dan nyaman 2) Identifikasi kebutuhan keamanan pasien 3) Berikan tempat tidur yang tepat(tidak terlalu keras dan

		<p>-klien mampu menjelaskan factor resiko strok</p> <p>- klien mampu memodifikasi gaya hidup untuk mencegah cedera</p> <p>- menggunakan fasilitas yang ada</p> <p>-mampu mengenali perubahan status kesehatan</p>	<p>empuk)</p> <p>4) Menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah di jangkau klien</p> <p>5) Menganjurkan keluarga untuk menemani klien</p> <p>6) Memindahkan barang-barang yang dapat membahayakan</p>
--	--	---	--

3.3. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

NamaKlien : Ny.D

Ruang :

DiagnosaMedis : STROK ISKHEMIK

No.MR :

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Selasa 3-7-2018	Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas	08.00 Wib 08.30 Wib 09.30	1. Memperkenalkan diri 2. Melakukan pengkajian pada klien 3. Mengukur TTV 4. Membantu klien melakukan ROM 5. Membantu klien duduk di kursi roda	12.00 WIB	S: Klien mengatakan kebutuhan sehari-hari masih dibantu oleh anggota keluarga. O: Aktivitas klien masih terbatas dan tampak masih di bantu oleh keluarga TD : 130/90 mmhg, ND : 80 x / I, S :36 c, P : 24x / i A: Masalah Mobilitas fisik belum teratasi	

						P: intervensi dilanjutkan no.2 -5	
2	Selasa 3-7-2018	Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas	08.30 S/D 11.00 Wib 13.10 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV klien 2. Menyediakan lingkungan yang aman untuk klien 3. Mengidentifikasi kebutuhan keamanan klien 4. Meminta keluarga untuk memasang pembatas pelindung di tempat tidur klien 5. Meletakkan kebutuhan klien ditempat yang mudah di jangkau 	13.30 WIB	<p>S: - Klien mengatakan tempat tidur belum ada pembatas</p> <p>- Klien mengatakan lingkungan sekitar klien terasa nyaman</p> <p>O: - tempat tidur klien tampak belum diberikan pengaman</p> <p>TD: 130/ 90, P: 24x/i, N: 80 x / I, S: 36 °C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	

				<p>klien</p> <p>6. Menjelaskan pada keluarga tentang perubahan kondisi klien</p>			
1	Rabu 4/7/2018	Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas	<p>08.00 Wib s/d 09.30 Wib 09.30</p>	<p>1. Mengobservasi TTV</p> <p>2. Membantu pasien melakukan ROM</p> <p>3. Meminta klien untuk menggerakkan anggota tubuh secara perlahan</p> <p>4. Membantu klien mengambil air minum</p> <p>5. Membantu klien pindah</p>	<p>12.00 wib</p>	<p>S : Klien mengatakan belum bisa melakukan ROM secara mandiri</p> <p>- Klien mengatakan masih dibantu dalam beraktifitas</p> <p>O: kebutuhan klien tampak masih dibantu oleh anggota keluarga</p> <p>TD: 120/80 mmhg</p>	

				<p>dari tempat tidur ke kursi roda</p> <p>6. Membantu klien ke luar rumah untuk mengambil udara segar</p>		<p>N: 90 x /i</p> <p>S: 37 °C</p> <p>P : 22 x /i</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
2	Rabu 4 juli 2018	Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas	08.30 wib s/d 10.25 wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Mengobservasi kebutuhan klien yang belum terpenuhi 3. Menyediakan lingkungan yang aman untuk klien 4. Menghindarkan alat-alat yang dapat membahayakan 	12.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan ada merasakan nyaman di tempat tidur - Klien mengatakan tempat tidur akan diberi pengaman <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak 	

				<p>kondisi klien seperti kaca dan perabotan.</p> <p>5. Meminta keluarga untuk memberikan kenyamanan pada klien</p>		<p>merasa nyaman ditempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 120/ 90 mmhg - N : 80 x/i - P : 20 x / i - S : 36⁰ C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan.</p>	
1	Kamis 5 juli 2018	Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas	09.00 s/d 11.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV Pasien 2. Membantu klien melakukan ROM 3. Meminta klien untuk melakukan ROM 	12.00	<p>S : - Klien mengatakan aktivitas sehari-hari masih dibantu oleh keluarga</p> <p>O: kebutuhan klien tampak masih dibantu oleh anggota keluarga</p>	

				<p>secara mandiri</p> <p>4. Membantu klien pindah dari tempat tidur ke kursi roda</p> <p>5. Membantu klien bergerak secara perlahan sesuai dengan kemampuan klien</p> <p>6. Meminta klien untuk selalu melakukan aktifitas ringan</p>		<p>TD: 130/90 mmhg</p> <p>N: 80 x /i</p> <p>S: 36 °C</p> <p>P : 20 x /i</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan oleh anggota keluarga</p>	
2	Kamis / 5 juli 2018	Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas	08.45 wib s/d 09.50	<p>1. Memonitor TTV</p> <p>2. Mengobservasi kebutuhan klien</p> <p>3. Menyediakan</p>	12.00	<p>S :</p> <p>- klien mengatakan lingkungan sekitar klien terasa</p>	

				<p>lingkungan yang aman untuk klien</p> <p>4. Mempertahankan tempat tidur yang memiliki pembatas pelindung</p> <p>5. Meminta keluarga untuk tetap menjauhkan alat berat dan berbahaya bagi klien</p> <p>6. Meminta anggota keluarga untuk tetap membantu klien dalam aktivitas dan berikan perlindungan</p>	<p>nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tempat tidur sudah diberi pembatas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur klien tampak diberi pembatas keamanan - TD : 130/ 90 mmhg - N : 90 x/i - P : 24 x / i - S : 36,5 ° C - Lingkungan sekitar klien tampak 	
--	--	--	--	---	--	--

				pada klien.		aman. A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga.	
--	--	--	--	-------------	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan dalam bab ini dimulai dari pengkajian sampai dengan pendokumentasian. Sehingga dapat diketahui adanya kesenjangan antara teori dengan pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan dalam kasus nyata. Selain itu juga dapat diketahui adanya faktor penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan Ny."D" dengan stroke.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian kepada pasien dengan menggunakan pendekatan kepada klien, keluarga dan tenaga kesehatan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Juli 2018, dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi baik perawatan maupun medis. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis menemukan tidak adanya perbedaan antara data yang muncul menurut teori dan pada kasus nyata. Pengkajian pada Ny."D" didapatkan data, kesadaran compos mentis. ada gangguan pada ekstremitas kiri susah digerakkan, pasien pakai kursi roda

- a. Dari hasil pengkajian Ny.D" data yang muncul sesuai teori Smeltzer, (2006) adalah :

1. Defisit motoric

Defisit motorik yaitu ketidakmampuan dalam menggerakkan ekstremitas bagian atas dan bawah diakibatkan kelemahan atau

kelumpuhan Smeltzer, (2006) Kelemahan atau kelumpuhan terjadi karena ada pembuluh darah yang pecah sehingga terjadi penumpukan cairan pada otak mengakibatkan sirkulasi darah ke otak terganggu dan menyebabkan hipoksia otak. Terjadinya hipoksia di otak akan mempengaruhi fungsi lobus- lobus otak, salah satunya adalah lobus parietal yang berfungsi untuk mengatur gerakan. Saat dilakukan pengkajian pasien sudah mengalami kelemahan ekstremitas kiri, dengan kekuatan otot 1.

b. Data yang muncul pada teori Smeltzer (2006) tetapi pada kasus Ny.”D“ tidak ditemukan yaitu :

1. Defisit kognitif.

Defisit kognitif yaitu ketidakmampuan mengingat jangka pendek dan jangka panjang, penurunan perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi dan perubahan penilaian (Smeltzer, 2006).Gangguan kognitif pada pasien stroke terjadi jika perdarahan atau penumpukan cairan di otak mengenai lobus frontal yang salah satu fungsinya untuk kemampuan kognitif dan daya ingat (memori).Data ini muncul tidak muncul di pasien, dibuktikan dengan saat pengkajian pasien dapat mengingat dengan baik.

2. Defisit lapang pandang

Defisit lapang pandang adalah kesulitan atau ketidak mampuan dalam menyadari obyek, penglihatan dimalam hari dan penglihatan ganda (Smeltzer, 2006). Pasien Ny.”D” tidak mengalami kehilangan lapang

pandang, penglihatan ganda atau kesulitan melihat di malam hari, hal ini disebabkan oedema yang terjadi pada serebral tidak mengenai lobus oksipital yang mempengaruhi syaraf optikus (penglihatan)

4.2. Pembahasan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori yang ada menurut (Muttaqin, 2008) yang sudah disesuaikan dengan NANDA (2015) untuk kasus pasien stroke terdapat delapan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul. Setelah dilakukan pengumpulan data pada Ny. D” dan dilakukan analisa, penulis menemukan ada dua diagnosa keperawatan yang muncul, 2 diagnosa keperawatan sesuai teori.

a. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.”D“ dan sesuai dengan teori Muttaqin (2008) yang sesuai dengan NANDA (2015) yaitu:

1. Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas

Defisit motorik yaitu ketidak mampuan dalam menggerakkan ekstremitas bagian atas dan bawah diakibatkan kelemahan atau kelumpuhan NANDA, (2015) Kelemahan atau kelumpuhan terjadi karena ada pembuluh darah yang pecah sehingga terjadi penumpukan cairan pada otak mengakibatkan sirkulasi darah ke otak terganggu dan menyebabkan hipoksia otak. Terjadinya hipoksia di otak akan mempengaruhi fungsi lobus- lobus otak, salah satunya adalah lobus

parietal yang berfungsi untuk mengatur gerakan. Ini dibuktikan dengan melihat kekuatan otot menurun.

2. Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas

Resiko cedera rentan dialami pasien seperti jatuh ,kerusakan epidermis dan/atau dermis yang dapat mengganggu kesehatan (NANDA, 2015).Biasanya Bagian-bagian tubuh yang menonjol seperti Pantat, tulang skapula, dan tumit beresiko tinggi terjadi luka.

1.3. Intervensi (Perencanaan)

Pada tahap perencanaan Asuhan Keperawatan Ny. “D” dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih, penulis menggunakan hierarki maslow yaitu dengan melihat kebutuhan dasar manusia. Pada penentuan penulis menggunakan batasan waktu yang jelas, hal ini dimaksudkan untuk memudahkan kapan evaluasi proses dan hasil akan dilakukan. Pada kasus Ny. D” penulis menentukan semua rencana tindakan, hal ini dimaksudkan agar dalam pelaksanaan tindakan jelas tujuannya. Adapun prioritas masalah dalam studi kasus ini adalah Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas dan Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas. Tujuan ditulis terdiri atas subyek, predikat kriteria, dan kondisi kriteria yang ditulis berupa kriteria waktu maupun kriteria hasil sehingga mudah dicapai pada waktu evaluasi. Rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosa pada kasus ini disusun mengacu pada masalah atau respon utama pasien dengan tidak mengesampingkan perkembangan keadaan pasien.

4.4 Implementasi

Pembahasan Pelaksanaan Asuhan keperawatan pada Ny. D” dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih dilaksanakan selama 3 hari lebih 5 jam. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan ini tidak sesuai dengan criteria waktu atau target dalam perencanaan asuhan keperawatan yang telah diprogramkan oleh penulis yaitu mulai dari tanggal 3 juli s/d 6 Juli 2018. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini sesuai dengan rencana. Pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan realisasi dari rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya.

4.5 Evaluasi

Berdasarkan pada pelaksanaan yang telah dilakukan, dari 2 diagnosa, didapatkan evaluasi hasil yaitu 1 diagnosa yang tercapai sebagian dan 1 diagnosa belum tercapai.

- a. Diagnosa keperawatan yang tercapai sebagian yaitu :

Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas

Pada perencanaan yaitu pada saat dilakuan evaluasi hasil tujuan tercapai sebagian yaitu klien merasa Nyman dan aman karena tempat tidur klien sudah diberi pembatas.

- b. Diagnosa keperawatan yang belum tercapai yaitu :

Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas.

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam tidak sesuai pada Tujuan yang belum tercapai ditandai dengan :pasien belum mampu melakukan mobilisasi dengan baik hal ini ditandai dengan kemampuan otot klien belum membaik dank lien masih pakai kursi roda dan meminta bantuan keluarga untuk membantunya.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny."D" dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih dari tanggal 03 Juli 2018 sampai dengan 07 Juli 2018, penulis mendapatkan pengalaman yang nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Stroke, yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian keperawatan.

Pengkajian pada Ny."D" dengan strok difokuskan pada pemeriksaan Neurologi, *Glascow Coma Skale* (GCS) dan kekuatan otot. Tahap penegakan diagnose keperawatan dapat penulis simpulkan bahwa diagnose keperawatan yang ada dalam teori semuanya muncul didalam kasus Ny."D" hal ini sangat tergantung pada kondisi pasien, penyebab kejadian, tanda dan gejala yang muncul, serta support sistem yang berpengaruh pada pasien. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien ada 2 sesuai dengan teoritis yaitu Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas dan Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas.

Perencanaan ditetapkan dengan merumuskan subjek, predikat, criteria adalah SMART (*specific, measurable, achievable, realistic dan time limited*). Perencanaan untuk setiap diagnose serta disesuaikan dengan kebutuhan pasien, dan kondisi pasien. Perencanaan sesuai teori.

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dengan beberapa modifikasi sesuai dengan kondisi pasien Implementasi dilakukan seharusnya 3 x 24 jam tetapi dilakukan 3 hari lebih 5 jam. Evaluasi hasil yang waktunya disesuaikan dengan perencanaan tujuan. Diagnosa keperawatan yang tercapai sebagian tujuannya yaitu Resiko Cedera b/d gangguan Mobilitas dan diagnose belum tercapai yaitu Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas.

Pendokumentasian yang dilakukan selama 1 hari lebih 5 jam, dengan menggunakan SOAP (subyektif, obyektif, analisa, dan perencanaan) dan evaluasi dilakukan setiap berkunjung. Faktor pendukung dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny."D" dengan Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih adalah adanya kerjasama yang baik antara keluarga pasien, pasien, dan team kesehatan.

5.2 Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan Ny."D" dengan Sroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan, yaitu:

a. Profesi keperawatan

Meningkatkan profesionalitas dalam bekerja, dan memperbaharui pengetahuan tentang Stroke agar tindakan yang dilakukan tidak hanya rutinitas.

b. Institusi pendidikan Stikes Perintis Padang

1. Dosen Prodi keperawatan

Institusi pendidikan sebagai penyelenggara pendidikan, hendaknya menambah literature tentang Stroke sehingga peserta didik tidak kesulitan saat mencari literatur.

2. Mahasiswa keperawatan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mahasiswa keperawatan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini.

c. Instansi Puskesmas Surantih

Meningkatkan standar prosedur operasional dalam pemberian pelayanan terhadap pasien dengan Stroke .Meningkatkan pengetahuan perawatan yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini. Mempertahan kankerjasama yang baik antara perawat dan pasien, agar dapat segera diketahui kebutuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Artiani, Ria. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta, EGC.
- Hidayat A. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Buku Saku Untuk Brunner dan Sudarth*. Jakarta: EGC)
- Hidayat, A.A.A. 2007. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika Harsono. 2008. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Jogjakarta : Gadjah Mada University Press.
- Mutaqqin A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyrafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam, 2006, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta : Salemba Medika
- Potter & Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 vol 1*. Jakarta: EGC)
- Rasyid. 2007. *Buku ajar Untuk Mahasiswa Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta :ECG Yayasan Stroke Indonesia. *Stroke Non Hemoragik*. Jakarta. 2011.
- Rini Nur'aeni y.2017. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah ketidakefektifan Ferfusi Jaringan Celebral di Ruang Kenanga RSUD. Dr. Soedirman Kebumen*.Stikes Gombang
- Satyanegara. 2008. *Ilmu Bedah Saraf Edisi Ketiga*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Siti Nur Hartini.2015.*Asuhan Keperawatan Tn.R dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Anggrek 2 Irna 1 RSUP.Dr Sardijito Yogyakarta*.Stikes Wirahusada Yogyakarta
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 vol 3*. Jakarta: EGC)
- Syaifuddin. 2006. *Anatomi Fisiologi: Untuk Mahasiswa Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta :EGC. 135
- Tarwoto .2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Sagungseto. Jakarta

World Health Organization, 2012. *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise Approach to Stroke Surveillance*. World Health Organization.

Wilkinson. 2012. *Nursing Diagnosis Handbook With NIC Intervention and NOC Outcomes*. Jakarta : EGC.

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : REDWIDRA
Nim : 1714401143
Pembimbing : Ns.Dia Resti DND, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. D Dengan Stroke Iskemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Tahun 2018”**

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

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI 2 PENGUJI

Nama Mahasiswa : REDWIDRA
Nim : 1714401143
Judul KTI Studi Kasus : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. D Dengan Stroke Iskemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Sumatera Barat Tahun 2018”**

Penguji I : Ns.Dia Resti DND, M.Kep

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

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI 2 PENGUJI

Nama Mahasiswa : REDWIDRA
Nim : 1714401143
Judul KTI Studi Kasus : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. D Dengan Stroke Iskemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Kecamatan Sutera Kabupaten Pesisir Selatan Sumatera Barat Tahun 2018”**

Penguji II : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

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