

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. “J”  
DENGAN STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS SURANTIH  
TAHUN 2018**



**OLEH :**

**SASNIATI**

**NIM : 1714401147**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. J  
DENGAN STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS SURANTIH  
TAHUN 2018**

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



**OLEH :**

**SASNIATI  
NIM : 1714401147**

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

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Studi Kasus berjudul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. J Dengan Stroke Iskemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Tahun 2018**” ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2018

Pembimbing,

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

1420 1140 9851 1072

Mengetahui,  
Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang

**Ns. Endra Amelia, M.Kep**

NIK 1420123106993012

## **PERNYATAAN PENGUJI**

Laporan Studi Kasus berjudul “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. J Dengan Stroke Iskemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Tahun 2018**” ini telah dipertahankan di hadapan TIM Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Tim Penguji

Penguji I,

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

1420 1140 9840 09051

Penguji II,

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

1420. 1140.9851.1072

## LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : SANIATI  
Nim : 1714401147  
Pembimbing : Ns.Lisa Mustika Sari, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. J Dengan Post 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 : SANIATI

Nim : 1714401147

Judul KTI Studi Kasus : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. J Dengan Post Stroke Iskhemik Di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih Tahun 2018”**

Penguji I : Ns.Lisa Mustika Sari, M.Kep

Penguji II : Ns. Muhammad Arif, M.Kep

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



## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

1. Nama : SASNIATI
2. Tempat / Tgl Lahir : Surantih / 03 April 1967
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Negeri Asal : Surantih
6. Bangsa : Indonesia
7. Nama Ayah : Siap
8. Nama Ibu : Nurani
9. Alamat : Surantih Kec. Sutera Kab. Pesisir Selatan
10. Riwayat Pendidikan :
  - a. SD Negeri No. 1 Surantih Tahun 1981
  - b. SMP Negeri 1 Surantih Tahun 1984
  - c. SPK Aisyiyah Padang tahun 1987
  - d. Kuliah RPL Stikes Perintis 2017
11. Riwayat Pekerjaan
  - a. PNS 1 Desember 1989

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum wr. wb.*

Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat 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 Yn. D DENGAN STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SURANTI H KECAMATAN SUTERA KABUPATEN PESISIR SELATAN*”

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. Bpk 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 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 dan suportnya kepada penulis sehingga pada saat ini penulis hampir menyelesaikan pendidikan Diploma Keperawatan
6. Anakku tersayang yang menjadi penyemangat bagi perjuangan penulis dalam menjalani hidup ini, dimanapun penulis berada/beraktivitas.
7. 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.*

Surantih, 30 Juli 2018

Penulis

SASNIATI

## **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018

**SASNIATI**

**1714401147**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN. “J” DENGAN STROKE ISKHEMIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SURANTIH TAHUN 2018**

ix + 68 Halaman, 4 tabel, 1 gambar, 4 lampiran

#### **ABSTRAK**

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang di akibatkan oleh berhentiny asupan darah kebagian otak (Baughman, C Diane.dkk, 2000). Menurut europen stroke initiative (2003), Stroke atau serangan otak (brain attack) adalah deficit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang di sebabkan oleh peristiwa 2 iskhemik atau hemoragik. Sehingga stroke di bedakan menjadi dua macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

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 Tn. J” 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.

Asuhan keperawatan dilakukan pada Tn. J dengan diagnosa diagnose medis Stroke Iskhemik dan diagnose Keperawatan Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas dan Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot.

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

**HIGH SCHOOL OF PADANG POVERTY HEALTH SCIENCE**  
**Scientific Writing, July 2018**

**SASNIATI**  
**1714401147**

**NURSING CARE FOR CLIENTS "J" WITH ISCHEMIC STROKE IN THE  
SURANTIH HEALTH CENTER WORK AREA IN 2018**

ix + 68 Pages, 4 tables, 1 pictures, 4 attachments

**ABSTRACT**

Stroke is a loss of brain function that is caused by stopping blood supply to the brain (Baughman, C Diane.kk, 2000). According to the European stroke initiative (2003), stroke or brain attack is a sudden neurological deficit in the central nervous system caused by 2 ischemic or hemorrhagic events. So the stroke is differentiated into two types, namely hemorrhagic stroke and non-hemorrhagic stroke.

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 the Implementation of Nursing Care in Mr. J "with Stroke in the Surantih 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 until July 6, 2018.

Nursing care is carried out at Mr. J with a diagnosis of medical diagnosis Ischemic stroke and nursing diagnosis Obstacles to physical mobility to neuromuscular weakness in the extremities and self-care deficit b / d neuromuscular damage, decreased strength and loss of muscle coordination.

**Keywords : Stroke, Iskhemik**  
**Bibliography : 15 (2009-2012)**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LatarBelakang**

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 di akibatkan oleh berhentiny asupan darah kebagian otak (Baughman, C Diane.dkk, 2000). Menurut europen stroke initiative (2003), Stroke atau serangan otak (brain attack) adalah deficit neurologis mendadak susunan saraf pusat yang di sebabkan oleh peristiwa 2 iskhemik atau hemoragik. Sehingga stroke di bedakan menjadi dua macam yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

Pada stroke non hemoragik suplai darah kebagian 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  $\geq 75$  tahun laki-laki (43,1%) dan perempuan (67,0%) (Riskesdes, 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 Sumatera Barat tahun 2017, sedangkan 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.

## **1.2. Tujuan**

### **a. Tujuan umum**

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan Tn.”J” 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 Tn. J dengan Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera
3. Mahasiswa Mampu membuat rencana pada Tn. J dengan Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera

4. Mahasiswa Mampu melakukan Implementasi pada Tn. J dengan Strok Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih kecamatan Sutera
5. Mahasiswa Mampu Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. J 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 iskemik 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).

Berdasarkan kuisisioner awal penelitian di puskesmas Surantih pada penderita Stroke rata –rata mereka mengalami stroke secara mendadak setelah istirahat .

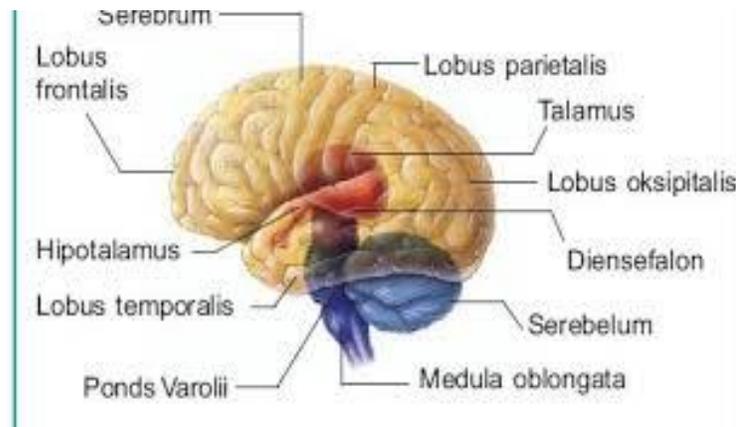
### 2.1.2 Anatomi Fisiologi Otak

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 non hemoragik / Iskhemik**

Stroke iskemik adalah jenis stroke yang terjadi ketika pembuluh darah yang menyuplai darah ke area otak terhalang oleh bekuan darah. Stroke iskemik

bertanggung jawab atas 87 persen dari total kasus stroke. 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, dan kesadaran umumnya baik.

Diperkirakan 15 persen kasus stroke embolik disebabkan oleh kondisi yang disebut fibrilasi atrial, sebuah kondisi yang membuat jantung Anda berdetak tidak teratur. Ini menciptakan kondisi di mana gumpalan bisa terbentuk di jantung, terlepas, dan berjalan ke otak.

#### **b. 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). Pendarahan subaraknoid.

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh arah sirkulasi Willis dan cabang - 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).

#### **2.1.4. Etiologi Stroke**

##### **a. Faktor Risiko Stroke Yang Tidak Dapat Dimodifikasi**

###### **Umur**

Umur merupakan faktor risiko stroke, dimana semakin meningkatnya umur seseorang, maka risiko untuk terkena stroke juga semakin meningkat. Menurut hasil penelitian pada Framingham Study menunjukkan risiko stroke meningkat sebesar 20 %, 32%, 83% pada kelompok umur 45-55, 55-64, 65-74 tahun (Wahjoepramono, 2005).

###### **Jenis kelamin**

Kejadian stroke diamati lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan pada wanita. Akan tetapi, karena usia harapan hidup wanita lebih tinggi daripada laki-laki, maka tidak jarang pada studi-studi tentang stroke didapatkan pasien wanita lebih banyak.

###### **Riwayat Penyakit Keluarga**

Riwayat pada keluarga yang pernah mengalami serangan stroke atau penyakit yang berhubungan dengan kejadian stroke dapat menjadi faktor risiko untuk terserang stroke juga. Hal ini disebabkan oleh banyak faktor , diantaranya faktor genetik, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi antara genetik dan pengaruh lingkungan (Wahjoepramono, 2005).

## **Ras**

Orang kulit hitam, Hispanik Amerika, Cina, dan Jepang memiliki insiden stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang kulit putih (Wahjoepramono, 2005). Di Indonesia sendiri, suku Batak dan Padang lebih rentan terserang stroke dibandingkan dengan suku Jawa. Hal ini disebabkan oleh pola dan jenis makanan yang lebih banyak mengandung kolesterol (Depkes, 2007).

### **b. Faktor Risiko Stroke Yang Tidak Dapat Dimodifikasi**

Tekanan Darah

Kadar gula darah

Kadar Kolesterol Darah

Penyakit Jantung

Diabetes Melitus

Obesitas

#### **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 abstrae 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 Abduken ( 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 palatum mole, gerakan dan sekresi visum 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 Iskhemik.**

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.

Sedangkan fokus pengkajian menurut Doenges (2000) yaitu:

#### 1. Aktivitas/Istirahat

Gejala: merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau *paralisis (hemiplegia)*.

Tanda: gangguan tonus otot, terjadi kelemahan umum, gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran.

#### 2. Sirkulasi

Gejala: adanya penyakit jantung polisitemia, riwayat hipotensi postural.

Tanda: hipertensi arterial sehubungan dengan adanya *embolisme* atau malformasi vaskular. Nadi; frekuensi dapat bervariasi (karena ketidakstabilan fungsi jantung atau kondisi jantung, obat-obatan, efek stroke pada pusat vasomotor). Disritmia, perubahan *Elektro Kardiogram (EKG)*, desiran karotis, femoralis, dan arteri illiaka yang abnormal.

3. Integritas Ego

Gejala: perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa.

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

4. Eliminasi

Gejala: perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, anuria. Distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus negatif (Ileus paraliti).

5. Makanan/Cairan

Gejala: nafsu makan menurun atau hilang, mual muntah selama fase akut (peningkatan TIK), kehilangan sensasi rasa pada lidah, pipi dan tenggorok, disfagia.

Tanda: kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringea), obesitas.

6. Neurosensori

Gejala: sinkope atau pusing, sakit kepala, kelemahan/kesemutan/kebas, penglihatan menurun, kehilangan daya lihat sebagian, penglihatan ganda,

hilangnya rangsang sensorik kontralateral pada ekstremitas dan kadang-kadang ipsilateral (yang satu sisi) pada wajah.

Tanda: biasanya terjadi koma pada tahap awal hemoragi, gangguan tingkah laku, gangguan fungsi kognitif, kelemahan atau paralisis pada ekstremitas, genggaman tidak sama, reflek tendon melemah secara kontralateral, afasia, kehilangan kemampuan menggunakan motorik, ukuran atau reaksi pupil tidak sama.

#### 7. Nyeri/Kenyamanan

Gejala: sakit kepala dengan intensitas yang berbeda-beda.

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

#### 8. Pernapasan

Gejala: merokok (faktor resiko).

Tanda: ketidakmampuan menelan, batuk, hambatan jalan nafas, timbulnya pernafasan sulit dan tidak teratur, terdengar *ronchi*.

#### 9. Keamanan

Gejala: terjadi masalah dengan penglihatan, perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh, tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang dapat dikenalnya dengan baik, gangguan regulasi suhu tubuh.

#### 10. Interaksi Sosial

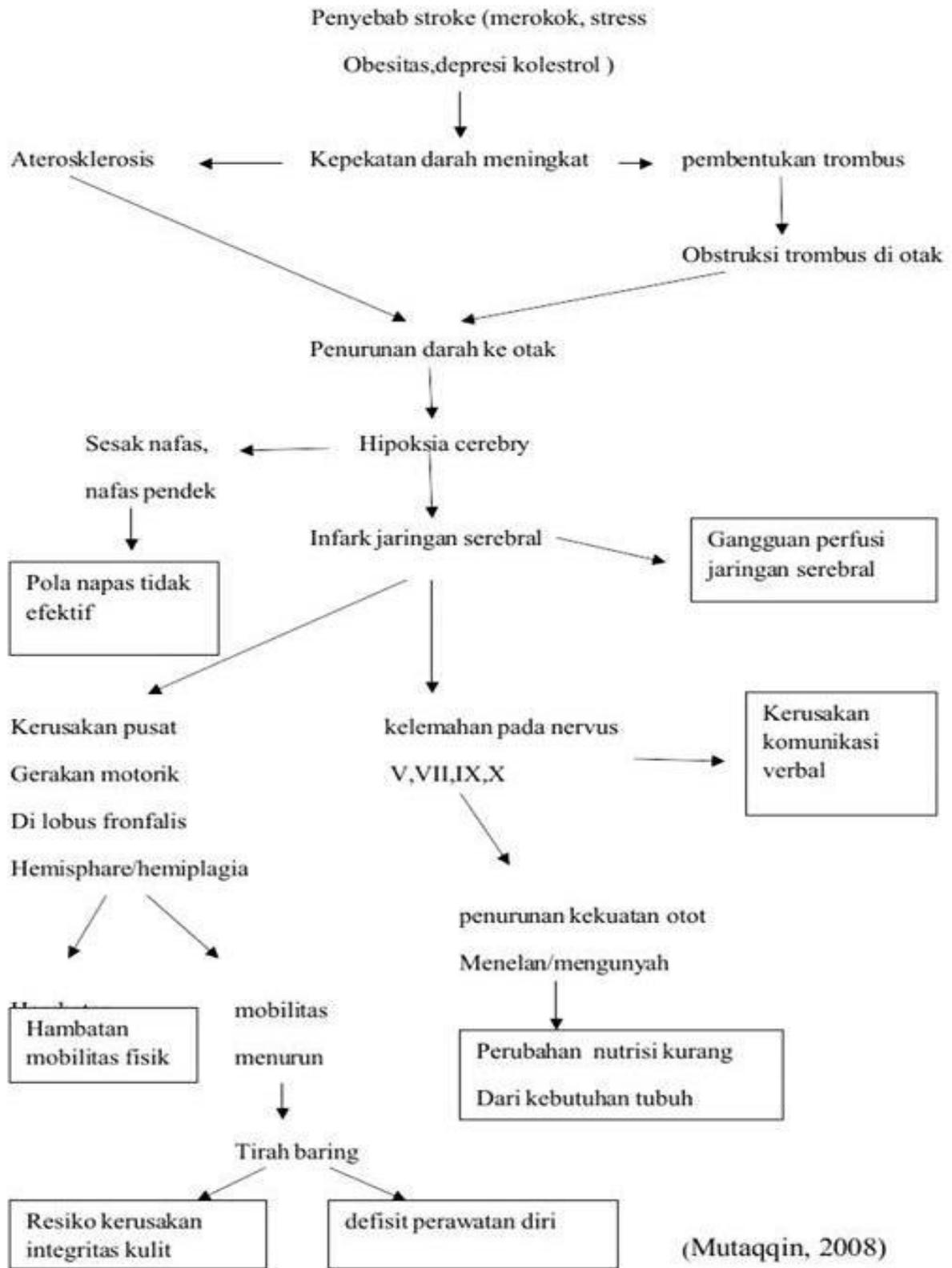
Tanda: masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi.

### **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.

## 2.1.6 WOC



**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1. Pengkajian**

**3.1.1. IdentitasKlien**

Nama/Inisial	: Tn. J
Umur	: 65 Tahun
JenisKelamin	: Laki- Laki
Status	: Kawin
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Swasta
Pendidikan	: SMP
Alamat	: Penyebanagan Surantih
PenanggungJawab	
Nama	: Ny. R
Umur	: 66 Tahun
HubunganKeluarga	: Istri
Pekerjaan	: IRT

**3.1.2. AlasanMasuk**

### 3.1.3. RiwayatKesehatan

#### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan tangan sebelah kiri terasa berat dan susah digerakan. klien mengatakan kaki sebelah kiri lemah dan tersa berat untuk berjalan , klien mengatakan pakai tongkat untuk bantu berjalan .

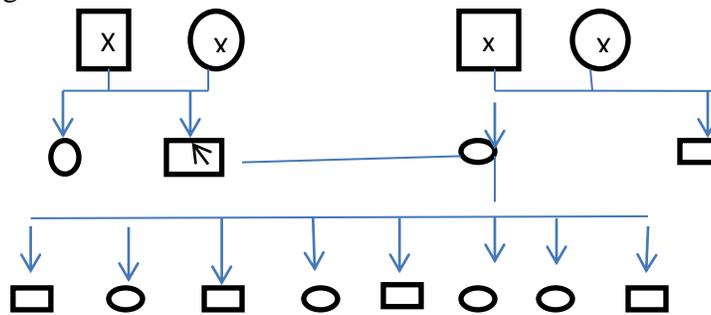
#### b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien pernah dirawat dirumah sakit 2 tahun yang lalu dengan keluhan mengalami Strok .

#### c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan ada anggota keluarga klien yang mengalami penyakit yang sama dengan klien yaitu kakak kandung.

Genogram



Keterangan:

- : Lakilaki
- : Perempuan
- X: Meninggal
- ↖ : Klien
- :HubunganKeluarga

### 3.1.4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Compos Mentis

BB/TB : 65 Kg/ 165 cm

Tanda Vital : TD : 140/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36 °Celsius

RR : 20 x/menit

#### a. Kepala

- 1) Rambut : Rambut beruban, kulit kepala kurang bersih
- 2) Mata : Mata simetris, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak 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 : mukosa bibir lembab, 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 10 x/menit

P : Nyeri tekan Tidak ada, Tidak Ada pembesaran Hepar

P : Bunyi Timpani

e. Punggung

Tidak ada kelaianan pada tulang vetebra

f. Ekstremitas

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

Bawah : kaki kiri lemah

Kekuatan Otot : 3 3 3	5 5 5
3 3 3	5 5 5

g. Genitalia

Tidak ada kelainan

h. Integumen

Kulit tampak kusam, Warna kulit sawomatang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, capila repel < 2 detik, akral dingin,

i. Persyarafan

Saraf Cranial	Pemeriksaan	Hasil
Nervus I (Olfactorius)	Hidung Kanan  Hidung Kiri	Klien mampu mencium bau-bauan dan dapat membedakan bau-baunan 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	Mata kanan dan kiri	Klien mampu memutar

(Trochlearis)		bola mata ( pergerakan bola mata normal )
Nervus V (Trigeminus)	Membuka mulut, menguyah dan menggigit	Klien mampu menggerakkan rahang ( bicara lancar
Nervus VI (Abducens)	Mata kanan dan kiri	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 (Glossopharyngeus)	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 (Accessorius)	Mengangkat bahu dan menoleh melawan tahanan	Klien mampu menggerakkan leher ( pergerakan bahu normal )
Nervus XII (Hypoglossus)	Menjulurkan lidah, menggerakkan lidah dari	Klien tidak kesulitan dalam menelan (

	kanan kekiri, mendorong kepipinya	pergerakan lidah normal )
--	--------------------------------------	---------------------------

### 3.1.5. Data Biologis

Aktivitas	Sehat	Sakit
<b>Makanan dan minuman</b>		
<b>Makan</b>		
Menu	Nasi,sayur,lauk	Nasi,sayur,lauk
Porsi	1porisi	1 porsi
Makanan kesukaan	Nasi putih	Nasi putih
Pantangan	Tidak Ada	Kurang Garam
Cemilan	Tidak Ada	Tidak Ada
<b>Minum</b>		
Jumlah	7-8 gelas perhari	7-8 gelas
Minuman Kesukaan	Tidak Ada	Tidak Ada
Pantangan	Tidak Ada	Minum kopi
<b>Eliminasi</b>		
<b>BAB</b>		
Frekuensi	1x sehari	1x sehari
Warna	Kuning	Kuning

Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Padat	Lembek
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
<b>BAK</b>		
Frekuensi	4-5 kali sehari	4-5 kali sehari
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Amnionia	Amnionia
Konsistensi	Cair	Cair
Kesulitan	Tidakada	Tidakada
<b>Istirahat dan tidur</b>		
Waktu tidur	22.00 WIB	Kam 22.00 WIB
Lama tidur	+ 8 Jam	+ 6 Jam
Waktu bangun	Jam 05.00	Jam 04.00
Hal yang mempermudah bangun	Terdengar Azan	Tidak menentu
Kesulitan tidur	Tidak Ada	Tidak baik
<b>Personal Hygiene</b>		
Mandi	2x sehari	1x sehari
Cuci rambut	2x sehari	1x seminggu

Gosok gigi	2x sehari	1x sehari
Potong kuku	1 x seminggu	1x sebulan
<b>Rekreasi</b>		
Hobby	Tidak Ada	Tidak Ada
Minat kusus	Tidak ada	Tidak Ada
Penggunaan waktu senggang	Tidak Ada	Tidak ada
<b>Ketergantungan</b>		
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 memiliki ekspresi tubuh sesuai dengan yang di ucapkan

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 mengontrol emosinya

d. Persepsi Penyakit

Klien mengatakan penyakitnya itu takdir Allah dan penyakitnya dapat di sembuhkan

e. Konsep Diri

Klien menerima kondisi fisiknya yang sedang sakit

f. Adaptasi

Klien dapat beradaptasi dan menerima keadaannya saat ini dan beradaptasi pada lingkungan

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

Keluarga Klien

c. Orang yang paling berharga bagi pasien

Keluarga Klien

d. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

Hubungan klien dengan keluarga Baik begitu juga dengan masyarakat 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

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

### **3.1.10. Data Penunjang**

a. Diagnosa Medis : Stroke Iskhemik

b. Pemeriksaan Diagnosis :

- Kolesterol : Hasil 200 mg/dl

- Hb : 11 g/ dL

- Gula Darah: 180 mg/ dL

### **3.1.11. Data Pengobatan**

- Catopril 2 x 25 mg (Pagi, sore) , efek samping : Batuk
- Piracetam 3 x 800 mg ( Pagi, siang, sore), efek samping : Alergi, susah tidur
- B comp 3 x 1 sehari (Pagi, siang, sore)
- Simvastatin 1 x 10 mg (Malam sebelum tidur), efek samping : mual

### **3.1.12. Data Fokus**

#### **a. Data Subjektif**

- Klien mengatakan tangan sebelah kiri terasa berat dan susah di gerakan
- Klien mengatakan kaki sebelah kiri lemah dan terasa berat dibawah berjalan
- klien mengatakan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dibantu pakai tongkat
- klien mengatakan dalam melakukan aktivitas klien dibantu istrinya
- Klien mengatakan selama sakit  
Mandi 1 x sehari  
Cuci rambut 1x sehari  
Gosok gigi 1 x sehari  
Potong Kuku 1 x sebulan

b. Data Objektif

- Tangan kiri klien tampak berat di gerakan
- Kaki klien tampak berat dan susah melangkah dan susah beraktifitas
- Kaki kiri lebih kecil dari sebelah kanan
- Kulit Klien tampak Kusam, dan kulit kepala kurang bersih
- Tanda Vital : TD 140 / 90 MMHg    Nadi : 80 x / i
- Pernafasan 26 x / I    Suhu : 36 0C
- Kekuatan Otot atas bawah 3 3 3

ANALISA DATA

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	Data Subjektif <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien mengatakan kaki sebelah kiri lemah dan terasa berat dibawah berjalan</li><li>- klien mengatakan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dibantu pakai tongkat</li><li>- klien mengatakan dalam melakukan aktivitas klien dibantu istrinya</li></ul>	Hambatan mobilitas fisik	Kelemahan neuro muscular

	<p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tangan kiri klien tampak berat di gerakan</li> <li>- Kaki klien tampak berat dan susah melangkah dan susah beraktifitas</li> <li>- Tanda Vital : TD 140 / 90 MMHg</li> <li>- Nadi : 80 x / i</li> <li>- Pernafasan 26 x / I</li> <li>- Suhu : 36 0C</li> </ul>		
2	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tangan sebelah kiri terasa berat dan susah di gerakan</li> <li>- Klien mengatakan selama sakit</li> <li>Mandi 1 x sehari</li> <li>Cuci rambut 1x sehari</li> <li>Gosok gigi 1 x sehari</li> <li>Potong Kuku 1 x sebulan</li> </ul> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaki kiri lebih kecil dari sebelah kanan</li> <li>- Kulit Klien tampak Kusam, dan kulit</li> </ul>	<p>Defisit perawatan diri</p>	<p>Kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot</p>

	kepala kurang bersih		
--	----------------------	--	--

### **3.2. DiagnosaKeperawatan**

1. Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas
2. Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot

### 3.3 Intervensi

Nama Klien : Tn. J

Ruang :

Diagnosa Medis : Stroke

No.MR :

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1.	Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular	<p>Tujuan: Mobilitas pasien meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempertahankan posisi dan fungsi optimal dengan tidak adanya kontraktur.</li> <li>b. Mempertahankan kekuatan dan fungsi area yang sakit serta kompensasi bagian tubuh yang lain.</li> <li>c. Menunjukkan perilaku aktifitas yang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji kemampuan fungsional otot.</li> <li>b. Berikan rentang gerak aktif dan pasif untuk semua ekstremitas.</li> <li>c. Sangga ekstremitas pada posisi fungsionalnya .</li> <li>d. Observasi sisi yang sakit meliputi warna, edema atau tanda lain dari gangguan sirkulasi.</li> <li>e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat</li> </ul>

		lebih baik	f. Libatkan keluarga untuk membantu klien latihan gerak
--	--	------------	---

NamaKlien : Tn.J

Ruang :

DiagnosaMedis : Stroke

No.MR :

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
2.	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot	<p>Tujuan: Kemampuan pasien dalam merawat diri meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a. Mampu melakukan perubahan gaya hidup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri.</p> <p>b. Melakukan aktifitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan</p>	<p>a. Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan</p> <p>b. Biarkan pasien melakukan aktifitas yang ditoleransi.</p> <p>c. Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan..</p> <p>d. Pertahankan dukungan, sikap yang tegas dan beri pasien waktu untuk</p>

		sendiri.	mengerjakan tugasnya. e. Monitor TTV
--	--	----------	---

### 3.3. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

NamaKlien : Tn. J

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	08.00 Wib	<p>a. Mengkaji kemampuan fungsional otot.</p> <p>b. Mengajarkan rentang gerak aktif dan pasif untuk semua ekstremitas.</p> <p>c. Mengajarkan menyangga ekstremitas pada posisi fungsionalnya.</p>	12.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan kebutuhan susah menggerakkan kaki</p> <p>O: klien dapat menggerakkan kaki dan tangan dengan lambat</p> <p>Ada sebagian aktifitas klien butuh bantuan keluarga</p> <p>A: Masalah Mobilitas fisik belum teratasi</p>	

				<p>d. Mengobservasi sisi yang sakit meliputi warna, edema atau tanda lain dari gangguan sirkulasi.</p> <p>e. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat</p> <p>f. Melibatkan keluarga untuk membantu klien latihan gerak</p>		P: intervensi dilanjutkan	
	Rabu 4/7/2018	Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada	08.00 Wib s/d	a. Mengkaji kemampuan fungsional otot.	12.00 wib	S : Klien mengatakan belum bisa melakukan ROM secara Mandiri	

		ekstermitas	09.30 Wib	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Mengajarkan rentang gerak aktif dan pasif untuk semua ekstremitas.</li> <li>c. Mengajarkan menyangga ekstremitas pada posisi fungsionalnya.</li> <li>d. Mengobservasi sisi yang sakit meliputi warna, edema atau tanda lain dari gangguan sirkulasi.</li> <li>e. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam</li> </ul>	<p>-Klien mengatakan masih dibantu dalam beraktifitas</p> <p>O: klien tampak berusaha menggerakkan kaki sama ktangan yang lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	-------------	--------------	--	---	--

				<p>pemberian obat</p> <p>f. Melibatkan keluarga untuk membantu klien latihan gerak</p>			
	<p>Kamis</p> <p>5 juli 2018</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromuscular pada ekstermitas</p>	<p>09.00</p> <p>s/d</p> <p>11.30</p>	<p>a. Mengkaji kemampuan fungsional otot.</p> <p>b. Mengajarkan rentang gerak aktif dan pasif untuk semua ekstremitas.</p> <p>c. Menganjurkan menyangga ekstremitas pada posisi fungsionalnya.</p>	<p>12.00</p>	<p>S: Klien mengatakan kebutuhan susah menggerakkan kaki</p> <p>O: klien dapat menggerakkan kaki dan tangan dengan lambat</p> <p>-Ada sebagian aktifitas klien butuh bantuan keluarga</p> <p>A: Masalah Mobilitas fisik belum teratasi</p>	

				<p>d. Mengobservasi sisi yang sakit meliputi warna, edema atau tanda lain dari gangguan sirkulasi.</p> <p>e. Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat</p> <p>f. Melibatkan keluarga untuk membantu klien latihan gerak</p>		<p>P: intervensi dilanjutkan oleh keluarga</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--

NamaKlien : Tn. J

Ruang :

DiagnosaMedis : Stroke Iskhemik

No.MR :

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Par af
2	Selasa 3-7- 2018	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskul er, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot	08.30 S/D 11.00 Wib 13.10 Wib	a. Mengkaji kemampuan dan tingkat kekurangan klien b. Menganjurkan pasien melakukan aktifitas yang ditoleransi. c. Memberikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan.. d. Mempertahankan dukungan, sikap yang tegas dan beri pasien waktu untuk mengerjakan tugasnya.	13.30 WIB	S:  - Klien mengatakan lingkungan sekitar klien terasa nyaman  - Klien mengatakan mandi 1 x sehari pada pagi hari saja.  O: - Kulit klien tampak sedikit kusam dan kulit kepala kotor  TD: 130/ 90, P: 24x/i, N: 80 x / I, S: 36 °C  A: Masalah belum teratasi	

				e. Memonitor TTV		P: intervensi dilanjutkan	
	Rabu 4 juli 2018	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskul er, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot	08.30 wib  s/d 10.25 wib	a. Mengkaji kemampuan dan tingkat kekurangan b. Menganjurkan pasien melakukan aktifitas yang ditoleransi. c. Memberikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan.. d. Mempertahankan dukungan, sikap yang tegas dan beri pasien waktu untuk mengerjakan tugasnya. e. Memonitor TTV	12.00	S :  - klien mengatakan sudah mandi 2x / hari pagi dan sore  - Klien merasakan lelah bila banyak beraktifitas  O:  - Klien tampak segar dan rapi  - TD : 120/ 90 mmhg  - N : 80 x/i  - P : 20 x / i  - S : 36 <sup>0</sup> C  A : Masalah teratasi sebagian	

						P : intervensi dilanjutkan.	
	Kamis / 5 juli 2018	Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskul er, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot	08.45 wib s/d 09.50	a. Mengkaji kemampuan dan tingkat kekurangan  b. Menganjurkan pasien melakukan aktifitas yang ditoleransi.  c. Memberikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukan..  d. Mempertahankan dukungan, sikap yang tegas dan beri pasien waktu untuk mengerjakan tugasnya.  e. Memonitor TTV	12.00	S :  - klien mengatakan merasa nyamanan senang setelah mandi  O:  - Klien tampak semangat bersemangat melakukan perawatan diri  - Klien tampak sudah memotong kuku, rambutnya  - TD : 130/ 90 mmhg  - N : 90 x/i  - P : 24 x / i  - S : 36,5 ° C	

						<ul style="list-style-type: none"><li>- Lingkungan sekitar klien tampak aman.</li></ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

## **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 Tn.”J” dengan stroke Iskhemik.

#### **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 ada perbedaan antara data yang muncul menurut teori dan pada kasus nyata. Pengkajian pada Tn.”J” didapatkan data kesadaran compos mentis. Ketika dikaji pasien merasakan lemah pada tangan dan kaki kiri. Keadaan umum pasien baik dengan hasil GCS normal yaitu total 15.

- a. Dari hasil pengkajian Tn. J” data yang muncul sesuai teori Menurut Doenges (2000) 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 3.

b. Data yang muncul pada teori Smeltzer ( 2006 ) tetapi pada kasus Tn. J“ 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 ketidakmampuan dalam menyadari obyek, penglihatan dimalam hari dan penglihatan ganda (Smeltzer, 2006). Pasien Tn. J” 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 Iskemik terdapat delapan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul. Setelah dilakukan pengumpulan data pada Tn. J” dan dilakukan analisa, penulis menemukan ada dua diagnosa keperawatan yang muncul, 2 diagnosa keperawatan sesuai teori.

a. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.”J“ 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 ketidakmampuan 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. Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot

Resiko integritas kulit adalah rentan mengalami 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. Diagnosa ini tidak muncul pada pasien karena saat dilakukan pengkajian pasien bisa mobilisasi dengan mandiri dan ditandai kulit pasien bersih.

### **1.3. Intervensi (Perencanaan)**

Pada tahap perencanaan Asuhan Keperawatan Tn. J” 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 Tn. J” 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 Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot. 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 Tn. J” 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 yang tercapai.

a. Diagnosa keperawatan yang tercapai sebagian terdapat 1 yaitu :

1. Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot  
pada perencanaan yaitu pada saat dilakuan evaluasi hasil tujuan tercapai sebagian yaitu Kebersihan Klien Meningkat.

Kemampuan Ambulasi meningkat, kemampuan mobilisasi meningkat, kekuatan ototnya belum membaik. Kriteria hasil pada ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan gangguan aliran arteri dan vena pada Tn. J” telah tercapai sebagian sesuai dengan indikator. Dibuktikan dengan indikator pengkajian awal 3, target 5, pencapaian 4. Tujuan yang belum tercapai ditandai dengan : pasien belum mampu melakukan mobilisasi dengan baik hal ini ditandai dengan kemampuan otot klien belum membaik.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

Selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn.”J” dengan Stroke Iskemik 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 Iskemik, yang dimulai dari pengkajian, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian keperawatan.

Pengkajian pada Tn.”J” dengan stroke Iskemik 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 Tn.”J” 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 Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot.

Perencanaan ditetapkan dengan merumuskan subjek, predikat, criteria adalah SMART (*spesific, 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 tujuannya yaitu Defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskuler, penurunan kekuatan dan kehilangan koordinasi otot dan diagnose tercapai sebagian 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 Tn.”J” dengan Stroke Iskhemik di Wilayah Kerja Puskesmas Surantih adalah adanya kerjasama yang baik antara keluarga pasien, pasien, dan team kesehatan.

## **5.2 Saran**

Setelah melakukan asuhan keperawatan Tn.”J” dengan Sroke Iskhemik 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 Iskemik 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 Iskemik .Meningkatkan pengetahuan perawat yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu dan teknologi terkini. Mempertahankan kerjasama yang baik antara perawat dan pasien, agar dapat segera diketahui kebutuhan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Artiani, Ria. 2009. *AsuhanKeperawatanpadaPasiendenganGangguanSistemPersyarafan*, Jakarta, EGC.
- Hidayat A. 2007. *KeperawatanMedikalBedahBukuSakuUntuk Brunner danSudarth*. Jakarta: EGC)
- Hidayat, A.A.A. 2007.*KonsepDasarKeperawatan*. Jakarta: SalembaMedikaHarsono. 2008. *BukuAjarNeurologiKlinis*. Jogjakarta :GadjahMada University Press.
- Mutaqqin A. 2008. *AsuhanKeperawatanKlienDenganGangguanSistemPersyarafan*.Jakarta: SalembaMedika
- Nursalam, 2006, *AsuhanKeperawatanPadaPasiendenganGangguanSistemPersyarafan*, Jakarta :SalembaMedika
- Potter & Perry. 2006. *Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses danPraktikEdisi 4 vol 1*. Jakarta: EGC)
- Rasyid. 2007. *BukuajarUntukMahasiswaKeperawatan*, Edisi 3. Jakarta :ECGYayasan Stroke Indonesia. *Stroke Non Hemoragik*. Jakarta. 2011.
- RiniNur'aeni y.2017.*AsuhanKeperawatanPadaKlien Stroke Non HemoragikdenganMasalahketidakefektifanFerfusiJaringanCelebral di RuangKenanga RSUD. Dr. SoedirmanKebumen*.StikesGombong
- Satyanegara. 2008. *IlmuBedahSarafEdisiKetiga*. GramediaPustakaUtama. Jakarta.
- SitiNur Hartini.2015.*Asuhan KeperawatanTn.Rdengan Stroke Non Hemoragik di RuangAnggrek 2 Irna 1 RSUP.DrSardijitoYogyakarta*.StikesWirahusada Yogyakarta
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. 2006.*Buku Ajar KeperawatanMedikalBedahEdisi 8 vol 3*. Jakarta: EGC)
- Syaifuddin. 2006. *AnatomiFisiologi: UntukMahasiswaKeperawatan*, Edisi 3. Jakarta :EGC. 135
- Tarwoto .2007.*KeperawatanMedikalBedahGangguanSistemPersarafan*. 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.