

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN STROKE  
NON HEMORAGIK (SNH) DI RUANG MATAHARI  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KAJEN  
KABUPATEN PEKALONGAN**



Karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat  
guna memperoleh gelar ahli madya keperawatan

Oleh

Meikhana Dwi Handika

NIM : 13.1678.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN  
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN  
TAHUN 2016**

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Pekalongan, 28 Juni 2016  
Yang Membuat Pernyataan

Meikhana Dwi Handika  
NIM: 13.1678.P

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Matahari RSUD KajeN Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Meikhana Dwi Handika telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Pekalongan, 28 Juni 2016

Pembimbing

Nuniek Nizmah F, M.Kep. Sp.KMB

NIK 93.001.013

## **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Matahari RSUD Kajeen Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Meikhana Dwi Handika telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, 29 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

David Afrianto, M.Kep.Sp.M.B

NIK 97.001.017

Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB

NIK 93.001.013

Mengetahui

Ka.Prodi DIII Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki, S.Kep.,M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom

NIK. 96.001.016

## **KATA PENGANTAR**

Assalamualaikum wr wb.

Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Stroke Non Hemoragik di Ruang Matahari Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah KajeN Kabupaten Pekalongan”.

Dengan segala kemampuan yang ada, penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan tahun 2016. Penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Direktur RSUD KajeN, selaku pemimpin dari Rumah Sakit Umum Daerah KajeN.
2. Kepala ruang beserta staf ruang Matahari penyakit dalam RSUD KajeN yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam memberikan asuhan keperawatan di ruangan.
3. Mochammad Arifin, S.Kep.,M.Kep Selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
4. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom Selaku ketua Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
5. David Afrianto, M.Kep.Sp.MB selaku dosen penguji I Karya Tulis Ilmiah.
6. Nuniek Nizmah F, M.Kep.Sp.KMB Selaku pembimbing dan penguji II Karya Tulis Ilmiah, yang telah membimbing dan memberi masukan kepada penulis.
7. Seluruh dosen beserta staf STIKES Muhammadiyah Pekajangan yang telah memberi bekal ilmu kepada penulis.
8. Keluarga tercinta: Orang tua Bapak dan Ibu, Kakak saya, yang telah memberikan semangat, do'a, materi, kasih sayang, dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan serta dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Teman teman angkatan 2016 dan seperjuangan Tomi, Wendo, Bombom, Aris Budi, Fajrin, Afif, M. Salman, Riska, Geti, Maemunah, Tri yuni, Jazila, Ira dan teman-teman yang lain yang belum penulis sebut, terima kasih atas bantuan, kerjasama dan supportnya.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu terimakasih atas semua bantuan dan dukungannya sehingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa segala sesuatu di dunia ini tiada yang sempurna, maka Karya Tulis Ilmiah ini pun tidak luput dari kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna memperbaiki Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi para pembacanya.

Pekalongan, 28 Juni 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
C. Manfaat .....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengertian .....	6
B. Etiologi .....	7
C. Patofisiologi .....	8
D. Manifestasi klinis .....	9
E. Asuhan keperawatan .....	12
1. Pengkajian .....	12
2. Diagnosa Keperawatan .....	14
3. Prioritas Diagnosa .....	15
4. Intervensi Keperawatan.....	15
BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian .....	19
B. Diagnosa Keperawatan .....	20
C. Rencana Keperawatan .....	21
D. Implementasi Keperawatan .....	22
E. Evaluasi .....	24
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pengkajian .....	28

B. Diagnosa Keperawatan .....	29
C. Rencana Keperawatan .....	31
D. Implementasi Keperawatan .....	33
E. Evaluasi .....	36

## BAB V PENUTUP

A. Simpulan .....	38
B. Saran .....	39

DAFTAR PUSTAKA .....	41
----------------------	----

## LAMPIRAN

Lampiran 1. Patways

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan Diagnosa Stroke Non Hemoragik (SNH) di Ruang Matahari RSUD Kajen, Kabupaten Pekalongan.



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Saat ini pembangunan dan perkembangan suatu negara telah memberikan dampak yang besar pada masyarakat, tidak terkecuali Indonesia. Dampak tersebut telah mengubah pola struktur masyarakat dari agraris menjadi industri, dan gaya hidup desa ke gaya hidup masyarakat perkotaan. Pola makan pun berubah dari yang alami menjadi cepat saji. Akibat dari perubahan pola tersebut mengakibatkan terjadinya pergeseran penyakit dari kecenderungan penyakit infeksi ke degeneratif seperti kardiovaskuler dan stroke (Widyanto dan Triwibowo 2013, h 127).

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplay darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi. Kadang pula stroke disebut dengan CVA (*cerebrovaskular accident*). Orang awam cenderung menganggap stroke sebagai penyakit. Sebaliknya, para dokter justru menyebutnya sebagai gejala klinis yang muncul akibat pembuluh darah jantung yang bermasalah, penyakit jantung atau secara bersamaan (Auryn, Virzara 2009, h 38).

Menurut WHO stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan saraf yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh yang lain dari itu. Organisasi stroke dunia mencatat hampir 85% orang yang mempunyai faktor resiko dapat terhindar dari stroke bila menyadari dan mengatasi faktor resiko tersebut sejak dini. Badan kesehatan dunia memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030 (Nabyl R.A 2012, h 19).

Data di Amerika Serikat menunjukkan, kurang lebih lima juta orang pernah mengalami stroke. Sementara di Inggris terdapat 250 ribu orang hidup dengan kecacatan karena stroke. Di Asia khususnya, di Indonesia stroke merupakan penyakit nomer tiga yang mematikan setelah jantung

dan kanker. Bahkan menurut survey tahun 2004, stroke merupakan pembunuh nomer satu di rumah sakit (RS) pemerintah seluruh Indonesia. Hasil riset kesehatan dasar (Riskesdes) Indonesia tahun 2007 menunjukkan bahwa angka kejadian stroke di Indonesia sebesar 6% atau 8,3 per 1000 penduduk yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 6 per 1000 penduduk. Hal ini menunjukkan sekitar 72,3% kasus stroke di masyarakat telah di diagnosis oleh tenaga kesehatan. Data tersebut menunjukkan bahwa di Indonesia, jumlah rata-rata dalam setiap penduduk, terdapat 8 orang yang menderita stroke. Hal ini merupakan angka yang cukup besar dan mengkhawatirkan (Widyanto dan Triwibowo 2013, h 128). Dan prevalensi stroke hemoragik di Jawa Tengah tahun 2012 adalah 0,07 lebih tinggi dari tahun 2011 (0,03%). Prevalensi tertinggi tahun 2012 adalah Kabupaten Kudus sebesar 1,84%. Sedangkan prevalensi stroke Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2012 35 penderita non hemoragik pada tahun 2012 sebesar 0,07 lebih rendah dibanding tahun 2011 (0,09%). Prevalensi tertinggi adalah Kota Salatiga sebesar 1,16% (Dinkes 2012).

Berdasarkan data prevalensi penyakit stroke di RSUD Kajen di dapatkan data dari Bulan Januari-Desember pada tahun 2014 Secara keseluruhan sebanyak 16 penderita. Sedangkan pada data prevalensi dari Bulan Januari-Desember pada tahun 2015 sebanyak 177 penderita. Hal ini menunjukkan prevalensi mengalami peningkatan yang signifikan (RSUD Kajen).

Berdasarkan kasus diatas maka penulis mengangkat kasus stroke ini dikarenakan melihat dari data prevalensi penderita stroke mengalami peningkatan yang tinggi. Hal ini dibuktikan dari hasil data prevalensi penyakit stroke di RSUD Kajen di tahun 2014 sebanyak 16 penderita menjadi 177 penderita di tahun 2015. Selain itu, dalam menangani masalah klien dengan stroke diperlukan juga Peran perawat untuk menanggulangi penyakit stroke dengan cara memberikan dukungan dan asuhan keperawatan kepada klien stroke. Kemudian peran perawat yang lainnya meliputi pemberian informasi, edukasi dan ketrampilan yang

diperlukan oleh klien, sehingga kualitas hidup klien penderita stroke dapat meningkat. Berdasarkan alasan tersebut diatas penulis mengangkat kasus tentang perawatan klien dengan stroke sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.R dengan Diagnosa Medis SNH (*Stroke Non Hemoragik*)” di Ruang Matahari RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan.

## **B. Tujuan Penulis**

### **1. Tujuan Umum**

Adapun tujuan umum dari pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita STROKE di RSUD Kaje.

### **2. Tujuan khusus**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke mahasiswa mampu melakukan:

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan *stroke*.
- b. Mampu menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan yang terjadi pada pasien *stroke* berdasarkan data-data yang diperoleh.
- c. Mampu menyusun perencanaan keperawatan dalam mengelola pasien *stroke*.
- d. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien *stroke*.
- e. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien *stroke*.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *stroke*.

## **C. Manfaat**

Manfaat yang diharapkan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah:

### **1. Bagi Penulis**

Untuk menambahkan pengetahuan dan wawasan bagi penulis tentang asuhan keperawatan dengan masalah stroke, selain itu karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadikan salah satu cara penulis dalam mengaplikasi ilmu yang diperoleh didalam perkuliahan.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai masukan dan tambahan wacana pengetahuan, menambah wacana bagi mahasiswa dan Sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan bagi

mahasiswa Diploma III keperawatan khususnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien penderita *Stroke Non Hemoragik*.

### 3. Bagi Profesi Keperawatan

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai masukan untuk menambah bahan informasi, referensi dan ketrampilan dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan asuhan keperawatan kepada masyarakat terutama dengan masalah stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pengertian**

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplay darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami hal ini akan mati dan tidak dapat berfungsi lagi. Kadang pula stroke disebut dengan CVA (*cerebrovaskular accident*). Orang awam cenderung menganggap stroke sebagai penyakit. Sebaliknya, para dokter justru menyebutnya sebagai gejala klinis yang muncul akibat pembuluh darah jantung yang bermasalah, penyakit jantung atau secara bersamaan (Auryn, Virzara 2009, h 38).

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah sebagian dari otak. Dua jenis stroke yang utama adalah iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah baik itu sumbatan karena trombosis (pengumpulan darah yang menyebabkan sumbatan di pembuluh darah) atau embolik (pecahnya gumpalan darah /benda asing yang ada didalam pembuluh darah sehingga dapat menyumbat pembuluh darah kedalam otak) ke bagian otak. Perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang subaraknoid adalah penyebab dari stroke hemoragik. Jumlah stroke iskemik sekitar 83% dari seluruh kasus stroke. Sisanya sebesar 17% adalah stroke hemoragik (Joyce and Jane 2014, h 615).

Jadi dapat disimpulkan stroke adalah kerusakan jaringan otak atau perubahan neurologi yang disebabkan oleh berkurangnya atau terhentinya suplay darah secara tiba-tiba ke otak.

## B. Etiologi

Seperti yang sudah disinggung di atas, stroke terjadi karena adanya penghambatan atau penyumbatan aliran darah sel-sel darah merah yang menuju ke jaringan otak, sehingga menyebabkan pembuluh darah otak menjadi tersumbat (iskemic stroke) atau pecah (hemoragik stroke). Secara sederhana stroke terjadi jika aliran darah ke otak terputus. Otak kita sangat tergantung pada pasokan yang berkesinambungan, yang dialirkan oleh arteri.

Asupan oksigen dan nutrisi akan dibawa oleh darah yang mengalir kedalam pembuluh-pembuluh darah yang menuju ke sel-sel otak. Apabila aliran darah atau aliran oksigen dan nutrisi itu terhambat selama beberapa menit saja maka dapat terjadi stroke. Penyempitan pembuluh darah menuju sel-sel otak menyebabkan aliran darah dan asupan nutrisi ke otak akan berkurang. Selain itu, endapan zat-zat lemak tersebut dapat terlepas dalam bentuk gumpalan-gumpalan yang suatu saat dapat menyumbat aliran darah ke otak sehingga sel-sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi itulah penyebab mendasar bagi terciptanya stroke.

Selain itu, hipertensi juga dapat menyebabkan tekanan yang lebih besar sehingga dinding pembuluh darah menjadi lemah dan pembuluh darah akan mudah pecah. Hemoragik stroke dapat juga terjadi pada mereka yang menderita penyakit hipertensi (Auryn, Virzara 2009, h 48). Sedangkan Menurut Widyanti & Triwibowo 2013 yaitu Faktor resiko terjadinya stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor resiko yang tidak dapat diubah dan dapat diubah.

1. Yang tidak dapat diubah: umur, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, riwayat *transient Ischemic Attack* (TIA) atau stroke, penyakit jantung.
2. Yang dapat diubah: Hipertensi, kadar hemotokrit tinggi, diabetes, merokok, penyalahgunaan obat, konsumsi alkohol, kontrasepsi oral, hematokrit meninggi dan hiperurisehol.

Menurut Ginsberg Lionel 2007, penyebab tersering stroke adalah penyakit degeneratif arterial, baik aterosklerosis pada pembuluh darah besar

maupun penyakit pembuluh darah kecil. Kemungkinan berkembangnya penyakit degeneratif arteri yang signifikan meningkat pada beberapa faktor risiko vaskular diantaranya: Umur, Riwayat penyakit vaskular dalam keluarga, Hipertensi, Merokok, Diabetes melitus dan Alkohol.

### **C. Patofisiologi**

Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Otak diperfusi dengan jumlah yang banyak dibandingkan dengan orang lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral. Iskemik jangka pendek dapat mengarah pada penurunan sistem neurologi sementara atau TIA (*transient Ischemic Attack*). Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infrak dalam hitungan menit. Luasnya infrak bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke arah yang disuplai.

Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Dalam waktu yang singkat pasien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologi. Beberapa proses reaksi biokimia akan terjadi dalam hitungan menit pada kondisi iskemik serebral. Reaksi-reaksi tersebut seperti neurotoksin, oksigen radikal bebas, mikooksidasi. Hal ini dikenal dengan perlukaan sel-sel saraf sekunder. Bagian neuropenubra paling dicurigai terjadi sebagai akibat iskemik serebral. Bagian yang membengkak setelah iskemik bisa mengarah kepada penurunan fungsi saraf sementara. Edema bisa berkurang dalam beberapa jam atau hari klien bisa mendapatkan kembali beberapa fungsi-fungsinya (Joyce and Jane 20014, h 618).



Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Perdarahan intrakranial biasanya disebabkan oleh ruptura arteri serebral. Ekstravasasi darah terjadi di daerah otak atau subaraknoid, sehingga jaringan yang terletak di dekatnya akan tegeser dan tertekan. Darah ini mengiritasi jaringan otak, sehingga mengakibatkan vasospasme serebral (menyempitnya lumen pembuluh darah yang terdapat pada kranial) merupakan komplikasi yang serius pada perdarahan subaraknoid. Mekanisme yang bertanggung jawab terjadi spasme tidak jelas tetapi adanya vasospasme dihubungkan dengan meningkat jumlah darah didalam ruang subaraknoid dan fisura serebral, sebagaimana terlihat oleh pemindaian CT. Vasospasme sering menggambarkan adanya sakit kepala yang buruk, penurunan tingkat kesadaran (konfusi, letargik, disorientasi) atau munculnya penurunan neurologik fokal baru (afasia, hemiparesis). Vasospasme terjadi dalam hari ke 4 sampai ke 12 setelah awal perdarahan (Widyanto dan Triwibowo 2013, h 133).

#### **D. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis Stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Gejala klinis pada Stroke akut:

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) yang timbul secara mendadak.
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma).
4. Afasia (kesulitan dalam bicara).
5. Gangguan penglihatan, diplopia, Ataksia.
6. Verigo, mual, muntah dan nyeri kepala (Tarwoto, Wartonah, Eros siti suryati, 2007).

Kelainan neurologis yang terjadi akibat serangan stroke bisa lebih

berat atau lebih luas, berhubungan dengan koma atau stupor dan sifatnya menetap. Selain itu, stroke bisa menyebabkan depresi atau ketidakmampuan untuk mengendalikan emosi (Auryn, Virzara 2009, h 65).

Stroke juga menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah yang tersumbat), ukuran area perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pada stroke iskemik, gejala utamanya yang timbul adalah defisit neurologis secara mendadak atau sumbatan. Kondisi tersebut didahului gejala prodormal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun kecuali bila embolus cukup besar. Biasanya terjadi pada usia diatas 50 tahun.

Stroke akibat PIS (pendarahan intraserebral) mempunyai gejala prodormal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan seringkali terjadi pada siang hari, saat beraktivitas atau emosi (marah). Mual dan muntah sering terdapat permulaan serangan. Hemiparasis/hemiplegi biasanya terjadi pada permulaan serangan, kesadaran biasanya menurun dan cepat masuk koma (60% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara setengah jam s.d 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari). Pada pasien PSA (pendarahan subaraknoid) gejala prodormal berupa nyeri kepala hebat dan akut, kesadaran sering terganggu & sangat bervariasi, ada gejala/tanda rangsangan maningeal, oedema pupil dapat terjadi bila ada subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis internal, sedangkan menurut Widyanto dan triwibowo (2013). Berikut ini merupakan manifestasi yang umum terjadi pada penderita stroke:

1. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron atas melintas, gangguan kontrol motor voluter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia

(paralisis pada salah satu bagian tubuh). Bila stroke menyerang bagian kiri otak, terjadi hemiplegia kanan. Bila yang terserang adalah bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegi kiri dan yang lebih ringan disebut hemiparesis kiri.

## 2. Kehilangan komunikasi

Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan sebagai berikut:

- a. Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti (bicara pelo atau cedal) yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- b. Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresi atau reseptif.
- c. Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya) seperti dilihat ketika penderita stroke mengambil sisir dan berusaha menyisir rambutnya.

## 3. Gangguan persepsi

Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan:

### a. Disfungsi persepsi visual

Terjadi karena gangguan jarak sensori primer diantara mata dan korteks visual.

### b. Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan gangguan dua atau lebih objek dalam area spasial).

Sering terjadi pada klien hemiplegia kiri. Penderita mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

### c. Kehilangan sensorik

Kehilangan sensorik dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin berat dengan kehilangan propiosepsi (kemampuan untuk

merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulus visual dan auditorius.

4. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis

Bila kerusakan terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat dibuktikan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi yang menyebabkan penderita menghadapi masalah frustrasi. Masalah psikologik lain juga umumnya terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan frustrasi, dendam dan kurang berkerja sama.

5. Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke, klien dapat mengalami inkonensia urinarius sementara karena konfunsi dan ketidakmampuan mengungkapkan kebutuhan.

## **E. Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Menurut Rendy dan Margareth (2012, h 16) pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan pasien dengan baik mental, sosial dan lingkungan.

a. Identitas Diri Klien

- 1) Pasien (diisi lengkap): nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, tanggal masuk RS, no. RM, alamat.
- 2) Penanggung jawab (diisi lengkap): nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama

(keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian).

- 2) Riwayat kesehatan sekarang  
(riwayat penyakit yang diderita pasien saat masuk rumah sakit).
- 3) Riwayat kesehatan yang lalu  
(riwayat penyakit yang sama atau penyakit lain yang pernah diderita oleh pasien).
- 4) Riwayat kesehatan keluarga  
(adakah riwayat penyakit yang sama diderita oleh anggota lain atau riwayat penyakit lain baik bersifat genetis maupun tidak).

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum
- 2) Pemeriksaan persistem:
  - a) Sistem persepsi dan sensori  
(pemeriksaan 5 indera pengelihat, pendengaran, perabaan, penciuman dan pengecap).
  - b) Sistem persarafan  
(bagaimana tingkat kesadaran, GCS (*glasgow coma scale*)  
(reflek bicara, pupil, orientasi waktu dan tempat).
  - c) Sistem pernafasan  
(nilai frekuensi nafas, kualitas suara, dan jalan nafas).
  - d) Sistem kardiovaskuler  
(nilai tekanan darah, nadi dan irama, kualitas dan frekuensi).
  - e) Sistem gastrointestinal  
(nilai kemampuan menelan, nafsu makan/minum, peristaltik dan eliminasi).
  - f) Sistem integumen  
(nilai warna, turgor kulit, tekstur dari kulit pasien).
  - g) Sistem reproduksi
  - h) Sistem perkemihan (nilai frekuensi dan volume).

d. Pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan: pada klien hipertensi terdapat juga kebiasaan untuk merokok, minum alkohol dan penggunaan obat-obatan.
- 2) Pola aktivitas dan latihan: pada klien hipertensi terkadang mengalami lemas, pusing, kelelahan otot, dan kesadaran menurun.
- 3) Pola nutrisi dan metabolisme: pada pasien hipertensi terkadang mengalami mual dan muntah.
- 4) Pola eliminasi: pada pasien hipertensi terkadang mengalami oliguri.
- 5) Pola tidur dan istirahat.
- 6) Pola kognitif dan perseptual.
- 7) Persepsi diri dan konsep diri.
- 8) Pola toleransi dan koping stress: pada pasien hipertensi biasanya mengalami stress psikologis.
- 9) Pola seksual reproduksi.
- 10) Pola hubungan dan peran.
- 11) Pola nilai dan keyakinan.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan penyakit stroke adalah (Rendy & Margareth 2013, h 18 dan NANDA).

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan gangguan aliran arteri, peningkatan TIK.
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan kelemahan anggota gerak.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan untuk merasakan bagian tubuh.
- d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik, kerusakan neuromuskuler.

- e. Resiko disfungsi neurovaskuler perifer berhubungan dengan imobilisasi.
- f. Konstipasi berhubungan dengan aktifitas fisik tidak adekuat.
- g. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit.

### **3. Prioritas Diagnosa**

Prioritas diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada klien dengan penyakit stroke menurut (Rendy & Margareth 2013, h 19 dan NANDA).

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan gangguan aliran arteri, peningkatan TIK.
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan kelemahan anggota gerak.
- c. Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, toileting, berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan untuk merasakan bagian tubuh.
- d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik, kerusakan neuromuskuler.

### **4. Intervensi Keperawatan**

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan Stroke (Rendy dan Margareth 2012, h 19 NANDA).

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan gangguan aliran arteri, peningkatan TIK.

*Nursing Outcome Classification (NOC)*

Kriteria hasil :

- 1) Tekanan darah dalam batas-batas yang dapat diterima.
- 2) Tidak ada keluhan sakit kepala, pusing.
- 3) Nilai laboratorium dalam batas-batas normal.

### *Nursing Interventions Classification (NIC)*

#### Aktivitas keperawatan

- a) Monitori tekanan darah tiap 4 jam, nadi apical dan neurologi tiap 10 menit.  
Rasional: untuk mengevaluasi perkembangan penyakit dan keberhasilan terapi.
  - b) Pertahankan tirah baring pada posisi semi fowler sampai tekanan darah dipertahankan pada tingkat yang normal.  
Rasional: tirah baring membantu menurunkan kebutuhan oksigen, posisi duduk meningkatkan aliran darah arteri.
  - c) Pantau data laboratorium.  
Rasional: indikator perfusi atau fungsi organ.
  - d) Kolaborasi pemberian obat-obatan antihipertensi.  
Rasional: golongan inhibitor secara umum menurunkan tekanan darah melalui efek kombinasi penurunan tahanan perifer, menurunkan curah jantung.
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan kelemahan anggota gerak.

### *Nursing Outcome Classification (NOC)*

#### Kriteria hasil:

- 1) Kerusakan kulit terhindar, tidak ada kontraktur.
- 2) Klien mencapai keseimbangan saat duduk.
- 3) Klien mampu menggunakan sisi tubuh yang tidak sakit untuk kompensasi hilangnya fungsi pada sisi hemiplegi.

### *Nursing Interventions Classification (NIC)*

#### Intervensi:

- a) Berikan posisi yang benar.  
Rasional: pemberian posisi yang benar penting untuk mencegah kontraktur, merendahkan tekanan, mencegah neuropati.
- b) Berikan posisi tidur yang tepat.



Rasional: mempertahankan posisi tegak ditempat tidur dalam periode yang lama akan memperberat deformitas fleksi panggul dan pembentukan dekubitus disakrum.

- c) Cegah aduksi bahu.

Rasional: membantu mencegah edema dan fibrosis yang akan mencegah rentang gerakan normal bila pasien telah dapat melakukan kontrol lengan.

- d) Ubah posisi pasien tiap 2 jam.

Rasional: pemberian posisi ini penting untuk mengurangi tekanan dan mengubah posisi dengan sering untuk mencegah pembentukan dekubitus.

- e) Latihan ROM (*range of motion*) 2 s/d 5 kali sehari.

Rasional: latihan bermanfaat untuk mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan control motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstremitas yang mengalami paralysis, mencegah bertambah buruknya system neurovaskuler dan meningkatnya sirkulasi. Latihan juga menolong dalam mencegah terjadinya stasis vena yang dapat mengakibatkan adanya trombus dan emboli paru.

- f) Siapkan pasien ambulasi.

Rasional: untuk mempertahankan keseimbangan saat duduk dan saat berdiri.

- c. Defisit perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, toileting, berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan untuk merasakan bagian tubuh.

#### *Nursing Outcome Classification (NOC)*

##### Kriteria Hasil:

- 1) Pasien dapat merawat diri berpakaian.
- 2) Pasien dapat merawat diri mandi dan toileting.
- 3) Pasien dapat merawat diri makan.

#### *Nursing Interventions Classification (NIC)*

#### Intervensi (*self care assistance*)

- a) Kaji kemampuan klien untuk perawatan diri.
  - b) Pantau kebutuhan klien untuk alat bantu dalam mandi, berpakaian, makan dan toileting.
  - c) Berikan bantuan hingga klien sepenuhnya dapat mandiri.
  - d) Dukung klien untuk menunjukkan aktivitas normal sesuai kemampuan.
  - e) Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien.
- d. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan hambatan fisik, kerusakan neuromuskuler.

#### *Nursing Outcome Classification (NOC)*

##### Kriteria Hasil:

- 1) Pasien dapat berkomunikasi.
- 2) Lisan, tulisan, dan non verbal meningkat.
- 3) Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara): ekspresi pesan verbal atau non verbal yang bermakna.
- 4) Gerakan terkoordinasi: mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat.

#### *Nursing Interventions Classification (NIC)*

##### Aktivitas keperawatan

- a) Kaji dan dokumentasi kemampuan untuk berbicara.
- b) Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara.
- c) Konsultasi dengan dokter tentang kebutuhan terapi wicara.
- d) Dorong atau ajari pasien untuk berkomunikasi secara perlahan.
- e) Berikan penguatan positif dengan sering.

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab III ini, penulis akan menyajikan hal dari asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari pada tanggal 25 Mei 2016 sampai dengan 27 Mei 2016 yang kemudian akan dibahas pada bab berikutnya.

##### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Mei 2016 pukul 08.45 WIB di ruang Matahari RSUD Kajen. Dari hasil pengkajian didapatkan data umum: nama Ny. R, umur 56 tahun, jenis kelamin perempuan, agama islam, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Tangkil kulon 18/6, Kedungwuni, masuk rumah sakit pada tanggal 24 Mei 2016 dengan diagnosa SNH (*Stroke Non Hemoragik*). Identitas penanggung jawab klien yaitu Ny. W, umur 37 tahun, pekerjaan buruh, alamat Tangkil kulon RT 18/6, Kedungwuni, hubungan dengan klien adalah anak.

Hasil data pengkajian yang didapatkan dari Ny. R sendiri, keluhan utama yang dirasakan klien sendiri adalah kelemahan anggota gerak dan sakit kepala. Keluarga klien mengatakan, klien masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 24 Mei 2016 dengan keluhan 1 minggu yang lalu klien jatuh di kamar mandi lalu mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan, tidak dapat digerakan, kesulitan untuk bicara/pelo dan juga sakit kepala. Kemudian dibawah RSUD Kajen masuk ke IGD dengan diagnosa SNH (*Stroke Non Hemoragik*) dan kemudian masuk ke ruang Matahari kamar 5 tanggal 24 Mei 2016, jam 08.53. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 25 Mei 2016 jam 08.45 didapatkan data: klien mengatakan sakit kepala, P: sakit kepala bertambah saat ramai, Q: nyeri seperti ditekan, R: di kepala, S: skala 4, T: hilang timbul dan keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya semua aktivitas

dibantu keluarganya. Keluarga klien juga mengatakan, klien bicaranya menjadi pelo dan tidak jelas. Klien tampak lemas, gelisah dan memegang kepala karena sakit, TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit, CT-Scan tidak ada perdarahan pada subepidural maupun epidural. Pada pengkajian riwayat dahulu diketahui klien mempunyai riwayat hipertensi dan asam urat. Sedangkan pada riwayat kesehatan keluarga, diketahui keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit keturunan lainnya. Dari silsilah keluarga diketahui bahwa Ny. R adalah anak ke tiga dari tiga bersaudara. Dari hasil pernikahan klien mempunyai tiga orang anak. Kemudian terapi yang diberikan untuk Ny. R yaitu infus RL 20 Tpm, injeksi Citicolin 2x500 mg, amlopin 2x10 mg dan injeksi ondansetron 2x40 mg.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Hasil pengkajian diatas, penulis mengangkat diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang ditemukan pada tanggal 25 Mei 2016, yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah yang ditandai dengan: DS: Klien mengatakan sakit kepala, P: sakit kepala bertambah saat ramai, Q: nyeri seperti ditekan, R: di kepala, S: skala 4, T: hilang timbul. DO: Klien tampak gelisah dan pada saat sakit klien memegangi kepalanya, TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit, CT-Scan tidak ada perdarahan pada subepidural maupun epidural.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak yang ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan, klien mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak dapat digerakan. DO: Klien tampak lemas dan aktivitas dibantu keluarganya, TD: 180/100 mmHg, N: 82x/menit, RR: 24x/menit.
3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler yang ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan,

klien kesulitan untuk berbicara dan bicaranya kurang jelas. DO: Klien tampak susah untuk bicara/pelo dan kurang jelas.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh yang ditandai dengan: DS: Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya. DO: Klien tampak lemas dan aktivitas di bantu keluarganya.

### **C. Rencana Keperawatan**

1. Tujuan dari pengangkatan diagnosa pertama adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien tidak mengeluh sakit kepala dengan kriteria hasil: klien tidak gelisah dan sakit kepala dapat berkurang. Intervensi untuk mengatasi ketidakefektifan perfusi jaringan otak klien yaitu dengan: kaji keluhan nyeri klien, observasi tanda-tanda vital, anjurkan klien untuk bedrest total, berikan posisi semifowler, kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg.
2. Tujuan dari pengangkatan diagnosa kedua adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien masalah hambatan fisik dapat berkurang dan klien dapat menggerakkan tangan dan kakinya sedikit demi sedikit, dengan kriteria hasil: mempertahankan posisi yang optimal, bertambahnya kekuatan otot. Intervensi untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik yang dilakukan yaitu: kaji keluhan klien, observasi tanda-tanda vital klien, melatih klien melakukan ROM pasif, mengubah posisi klien, kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg.
3. Tujuan dari pengangkatan diagnosa ketiga adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat berkomunikasi sedikit demi sedikit dengan kriteria hasil: klien mampu merespon setiap percakapan/komunikasi. Intervensi untuk mengatasi hambatan komunikasi verbal yang dilakukan yaitu: kaji kemampuan

komunikasi klien, observasi tanda-tanda vital klien, berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh, anjurkan keluarga untuk sering berkomunikasi dengan klien, kolaborasi pemberian obat citicolin 500 mg.

4. Tujuan pengangkatan diagnosa keempat adalah Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat berkurang sedikit demi sedikit dengan kriteria hasil: pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Intervensi untuk mengatasi defisit perawatan diri adalah anjurkan klien melakukan sendiri perawatannya jika mampu, bantu klien melakukan ADL jika diperlukan, libatkan keluarga klien dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien.

#### **D. Implementasi**

Implementasi yang dilakukan penulis dari tanggal 25 Mei 2016 sampai 27 Mei 2016 yaitu:

Implementasi untuk mengatasi masalah diagnosa yang pertama penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: Mengkaji keluhan klien, respons klien yang didapatkan adalah data subjektif: klien mengatakan sakit kepala, data objektif: klien tampak gelisah dan memegang kepala saat sakit. Mengkaji keluhan nyeri klien, respons klien yang didapatkan adalah data subjektif: klien mengatakan sakit kepala, P: sakit kepala bertambah saat ramai, Q: nyeri seperti ditekan, R: di kepala, S: skala 4, T: hilang timbul, data objektif: klien tampak gelisah dan beberapa kali memegang kepala. Memberikan posisi semifowler, respons klien yang didapatkan data subjektif: klien mau di posisikan, data objektif: klien tampak lebih nyaman. Menganjurkan klien untuk bedrest total respons yang didapatkan data subjektif: klien mau istirahat, data objektif: klien tampak sedang istirahat. Mengkaji tanda-tanda vital respon klien yang didapatkan data subjektif: klien kooperatif, data objektif hasilnya adalah TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit. Kolaborasi pemberian injeksi

citicolin 500 mg respons klien yang didapatkan data subjektif: -, data objektif: obat masuk melalui IV dan klien tampak tidak nyaman.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa kedua penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: Mengkaji keluhan klien respons yang didapatkan data subjektif: keluarga klien mengatakan, klien mengalami anggota gerak kirinya tidak bisa digerakan, data objektif: klien tampak lemah dan aktivitas dibantu keluarganya. Melatih klien ROM pasif respons klien yang didapatkan data subjektif: klien mau dilakukan ROM, data objektif: klien tampak mengikuti anjuran. Mengubah posisi klien respons yang didapatkan data subjektif: klien bersedia untuk diubah posisinya, data objektif: klien tampak lebih nyaman. Mengkaji tanda-tanda vital respons yang didapatkan data subjektif: klien kooperatif, data objektif hasilnya adalah TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit. Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg respons klien yang didapatkan data subjektif: -, data objektif: obat masuk melalui IV dan klien tampak tidak nyaman.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa yang ketiga penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: Mengkaji keluhan klien, respons klien yang didapatkan adalah data subjektif: keluarga klien mengatakan, klien kesulitan untuk berbicara, data objektif: klien tampak susah untuk bicara/pelo dan bicaranya kurang jelas. Mengkaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara respons klien yang didapatkan adalah data subjektif: klien mau dikaji, data objektif: klien tampak bicara pelo dan tidak jelas. Memberikan metode alternatif komunikasi atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh, respons klien yang muncul adalah data subjektif: klien kooperatif, data objektif: klien tampak mau mengikuti anjuran yang diberikan. Menganjurkan keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien, respons klien yang didapatkan data subjektif: keluarga klien kooperatif, data objektif: keluarga klien tampak sedang berbincang-bincang dengan klien. Kolaborasi pemberian injeksi citicolin 500 mg, dan ondansentron 40 mg respons klien yang didapatkan

data subjektif: -, data objektif: obat masuk melalui IV dan klien tampak tidak nyaman.

Implementasi yang digunakan untuk mengatasi diagnosa yang keempat penulis melakukan tindakan sebagai berikut: Menganjurkan klien untuk melakukan sendiri perawatannya jika mampu respons klien yang didapatkan: data subjektif: klien masih belum bisa bangun, data objektif: klien tampak kesulitan untuk bangun. Membantu klien melakukan ADL jika diperlukan respons klien yang didapatkan: data subjektif: klien mau dibantu, data objektif: klien tampak senang mau dibantu. Libatkan keluarga klien dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien, respons klien yang didapatkan data subjektif: keluarga kooperatif, data objektif: keluarga klien tampak mau mengikuti anjuran.

## **E. Evaluasi**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, evaluasi yang dilakukan penulis adalah:

1. Evaluasi untuk masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak adalah:

Evaluasi tanggal 25 Mei 2016 adalah S: klien mengatakan sakit kepala, P: sakit kepala bertambah saat ramai, Q: nyeri seperti ditekan, R: di kepala, S: skala 4, T: hilang timbul. O: klien tampak gelisah dan memegang kepala, TD:180/100 mmHg, N:82 x/menit, RR:24 x/menit. A: jadi masalah pada diagnosa ini belum teratasi. P: oleh sebab itu lanjutkan intervensi: observasi tanda-tanda vital, menganjurkan klien untuk bedrest total, kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg dan injeksi ondansentron 40 mg. Evaluasi yang kedua tanggal 26 Mei 2016 adalah S: klien mengatakan sakit kepala sudah mulai berkurang, P: bertambah saat ramai, Q: seperti di tekan, R: kepala, S: skala 3, T: hilang timbul. O: klien tampak lebih rileks, TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37° C. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi observasi tanda-tanda vital, kaji keluhan nyeri, menganjurkan klien untuk istirahat total, kolaborasi pemberian injeksi: Injeksi citicolin



500 mg dan injeksi ondansentron 40 mg. Evaluasi yang ketiga pada tanggal 27 Mei 2016 adalah S: klien mengatakan, sudah tidak sakit kepala lagi. O: klien tampak sudah tidak gelisah dan lebih rileks, TD: 150/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit. A: masalah teratasi. P: pertahankan intervensi observasi tanda-tanda vital, menganjurkan untuk tetap beristirahat, kolaborasi pemberian obat injeksi: Injeksi citicolin 500 mg dan injeksi ondansentron 40 mg.

2. Evaluasi untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik adalah:

Evaluasi pada tanggal 25 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak dapat digerakan. O: klien tampak lemas terbaring di tempat tidur, semua aktivitas di bantu keluarganya, TD : 180/100 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 37,5 °C. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi latih ROM pasif dan ubah posisi klien, kolaborasi pemberian obat injeksi: injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg. Evaluasi kedua pada tanggal 26 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan, dan masih sulit untuk digerakan. O: klien tampak masih lemah dan terbaring di tempat tidur, TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37°C. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi: latih ROM pasif dan ubah posisi klien, kolaborasi pemberian obat injeksi: injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg. Evaluasi hari ketiga pada tanggal 27 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kirinya masih mengalami kelemahan dan sulit untuk digerakan. O: klien tampak masih lemas, TD: 150/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi: latih ROM pasif dan ubah posisi klien, kolaborasi pemberian obat injeksi: injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg.

3. Evaluasi untuk diagnosa hambatan komunikasi verbal adalah:

Evaluasi yang pertama pada tanggal 25 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien kesulitan untuk bicara dan bicaranya kurang jelas. O: klien tampak mulutnya pelo dan bicaranya kurang jelas. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi: berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh, anjurkan keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien, kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg. Evaluasi hari kedua tanggal 26 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien masih kesulitan untuk bicara. O: klien tampak mulutnya pelo dan bicaranya kurang jelas. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi, berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh, anjurkan keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien, kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg. Evaluasi yang ketiga pada tanggal 27 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien masih kesulitan untuk bicara O: klien tampak mulutnya pelo dan bicaranya kurang jelas. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi, menganjurkan keluarga klien untuk tetap berkomunikasi dengan klien, kolaborasi pemberian injeksi citicolin 500 mg dan injeksi ondansentron 40 mg.

4. Evaluasi untuk diagnosa defisit perawatan diri adalah:

Evaluasi yang pertama pada tanggal 25 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya. O: klien tampak lemas dan terlihat aktivitas di bantu keluarganya. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi bantu klien melakukan ADL jika di perlukan, motivasi klien untuk tetap melakukan aktivitas. Evaluasi yang kedua pada tanggal 26 Mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya. O: klien tampak lemas dan terlihat aktivitas dibantu keluarganya. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi bantu klien dan libatkan keluarga klien untuk

melakukan ADL jika di perlukan, motivasi klien untuk tetap melakukan aktivitas. Evaluasi yang ketiga pada tanggal 27 mei 2016 adalah: S: keluarga klien mengatakan, klien masih belum bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya karena tangan dan kaki kirinya masih tidak bisa digerakan. O: klien tampak lemas dan terlihat aktivitas di bantu keluarganya. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi, bantu klien dan libatkan keluarga klien untuk melakukan ADL jika di perlukan, motivasi klien untuk tetap melakukan aktivitas.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Matahari RSUD Kajen, Kabupaten Pekalongan”. Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada Ny. R selama tiga hari mulai tanggal 25, 26, 27 Mei 2016, penulis mengangkat 4 (empat) diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pada saat penulis melakukan pengkajian penulis menggunakan pedoman pada format pengkajian asuhan keperawatan penyakit dalam yang telah ada dan penulis tidak menemukan hambatan atau masalah, pasien dan keluarga kooperatif memberikan keterangan yang diperlukan penulis. Penulis menggunakan metode yang dapat mencakup seluruh aspek yang harus dikaji antara lain bio-psiko-sosial-spiritual dan kultural yang dapat membantu penulis dalam memperoleh data fokus yang menunjang pada kasus *Stroke non Hemoragik*. Dari pengkajian pada tanggal 25 Mei 2016 jam 08.45 WIB didapatkan data dari pengkajian aspek bio: data subjektif meliputi: keluhan utama yang dirasakan klien sendiri adalah klien mengatakan sakit kepala, P: sakit kepala bertambah saat ramai, Q: nyeri seperti ditekan, R: di kepala, S: skala 4, T: hilang timbul, keluarga klien mengatakan, klien mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak dapat bergerak, keluarga klien mengatakan, klien bicaranya menjadi pelo dan tidak jelas dan aktivitas di bantu keluarganya. Data objektif: TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, S: 37,5 °C, RR: 24 x/menit, CT-Scan: tidak ada perdarahan pada subepidural maupun epidural, terpasang infus RL 20 tpm di lengan kanan.

Pada pengkajian aspek psiko-sosial-kultural-spiritual penulis tidak memaparkan lebih terinci karena tidak ada masalah di dalam aspek-aspek

tersebut. Pembahasan: hasil pengkajian yang ditemukan penulis dalam melakukan pengkajian tanggal 25 Mei 2016 sudah sesuai dengan apa yang ada di teori. Sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian yang didapat, penulis menegakan diagnosa sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.
3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

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

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah.
  - a. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak adalah gangguan aliran darah yang obtruksi dan satu arah (Wilkinson, 2012).

- b. Alasan diagnosa ditegakkan

Diagnosa ini ditegakkan karena pada pasien ditemukan data subjektif: klien mengatakan sakit kepala, P: sakit bertambah saat ramai, Q: seperti ditekan, R: dibagian kepala, S: skala 4, T: hilang timbul. Data objektif: klien tampak gelisah dan saat sakit klien memegangi kepala, TD: 180/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit, CT-Scan: tidak ada perdarahan pada subepidural maupun epidural.

c. Cara pemprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas pertama karena dapat menimbulkan banyak masalah. Perfusi jaringan yang tidak efektif dapat mengakibatkan terganggunya peredaran darah sehingga menimbulkan kelemahan anggota gerak, dan dapat menghambat aktivitas fisik.

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.

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

b. Alasan diagnosa ini tegakan

Diagnosa ini di angkat karena penulis menemukan data subjektif: keluarga klien mengatakan, klien tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan, dan tidak bisa digerakan. Data objektif: yang diperoleh klien tampak lemas terbaring di tempat tidur dan akitivitas di bantu keluarganya, TD: 180/100 mmHg, N: 82x/menit, RR: 24x/menit.

c. Cara pemprioritaskan masalah

Diagnosa ini menjadi prioritas kedua karena menurut Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow kebutuhan rasa aman dan nyaman merupakan kebutuhan yang kedua setelah kebutuhan fisiologis seperti: oksigenasi serta cairan dan elektrolit (Mubarak & Chayatin, 2008. H. 1). Hambatan mobilitas fisik muncul karena pasien merasakan kelemahan, kesemutan dan susah untuk di gerakan sehingga pasien tidak mampu untuk melakukan aktivitasnya secara mandiri.

3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.

a. Pengertian

Hambatan komunikasi verbal adalah penurunan, kelambatan atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim dan menggunakan sistem simbol (NANDA, 2012-2014).

b. Alasan diagnosa ditegakan

Diagnosa ini ditegakan karena pada pasien ditemukan data subjektif: keluarga klien mengatakan, klien kesulitan untuk berbicara, data objektif: klien tampak mulutnya susah untuk bicara/pelo dan bicaranya kurang jelas.

c. Diagnosa ini menjadi prioritas ketiga karena hambatan komunikasi verbal terjadi akibat gangguan perfusi jaringan otak, dan pada saat pengkajian didapatkan data: klien bicara menjadi pelo karena itu akan mengganggu proses komunikasi dan juga berdampak pada harga diri klien.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

a. Pengertian

Defisit perawatan diri adalah hambatan kemampuan untuk melakukan dan memenuhi aktifitas hygiene (NANDA, 2012-2014).

b. Alasan diagnosa ditegakan

Penulis menengakan diagnosa ini karena pada klien ditemukan data subjektif: keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya. Data objektif: klien tampak lemas dan aktivitas dibantu keluarganya.

c. Cara memprioritaskan masalah

Penulis memprioritaskan diagnosa ini menjadi prioritas ke empat karena pada saat pengkajian tanggal 25 Mei 2016 didapatkan data klien tidak bisa merawat diri dengan baik apabila jika tidak diatasi akan mengganggu harga diri klien, kerusakan integritas kulit dan gatal.

### **C. Rencana Keperawatan**

1. Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah.

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa yang pertama dengan tujuan ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: klien terlihat tidak gelisah, tidak ada keluhan sakit kepala. Intervensi yang dilakukan: Kaji keluhan klien, rasionalnya untuk mengetahui keadaan klien. Kaji keluhan nyeri klien, rasionalnya untuk mengetahui tingkat nyeri klien. Memberikan posisi semifowler, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk memperbaiki sirkulasi. Anjurkan klien untuk bedrest total, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk mencegah perdarahan ulang. Observasi tanda-tanda vital, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk mengetahui keadaan dan adakah hipertensi/hipotensi. Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg, rasionalnya dari tindakan ini adalah memberikan obat sesuai indikasi.

2. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa yang kedua dengan tujuan hambatan mobilitas fisik berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: klien dapat mempertahankan posisi yang optimal, bertambahnya kekuatan otot. Intervensi yang dilakukan: Mengkaji keluhan klien, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk mengetahui keadaan dan perkembangan klien. Melatih melakukan ROM pasif, rasionalnya dari tindakan ini adalah mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi. Mengubah posisi klien, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi jaringan darah yang jelek. Observasi tanda-tanda vital, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk mengetahui perkembangan klien. Kolaborasi pemberian obat injeksi, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk mengurangi kerusakan jaringan otak.



3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa yang ketiga dengan tujuan sedikit demi sedikit klien dapat bicara lancar dan tidak pelo setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan kriteria hasil: klien dapat merespons setiap perkataan. Intervensi dilakukan: Mengkaji keluhan klien, rasionalnya untuk mengetahui keadaan klien. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara, rasionalnya untuk mengetahui keterbatasan klien dalam berkomunikasi. Berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh, rasionalnya untuk memenuhi kebutuhan komunikasi sesuai dengan kemampuan klien. Anjurkan keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien, rasionalnya dari tindakan keperawatan ini adalah untuk meningkatkan komunikasi yang efektif. Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin, rasionalnya dari tindakan ini adalah untuk mengurangi kerusakan jaringan otak.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

Intervensi yang penulis rencanakan untuk mengatasi diagnosa yang keempat dengan tujuan terjadi peningkatan perilaku dalam perawatan diri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien dapat menunjukkan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri. Intervensi keperawatan yang dilakukan: Anjurkan klien untuk melakukan sendiri perawatannya jika mampu, rasionalnya menimbulkan kemandirian. Bantu klien melakukan ADL jika diperlukan, rasionalnya membantu klien memenuhi kebutuhan perawatan diri. Libatkan keluarga klien dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien, rasionalnya untuk membantu pemenuhan kebutuhan klien.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

1. Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 25, 26, 27 Mei 2016 untuk mengatasi diagnosa ke-1 implementasinya adalah: Mengkaji keluhan nyeri klien untuk dapat mengetahui tingkat nyeri yang klien rasakan. Berikan posisi semifowler karena untuk memperbaiki sirkulasi ke otak. Kemudian menganjurkan dan pertahankan klien untuk bedrest total karena istirahat yang cukup dapat mencegah perdarahan itu kembali. Selanjutnya, memonitor tanda-tanda vital klien jika ada perubahan tanda-tanda vital menunjukkan adanya kerusakan otak. Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin untuk mengurangi kerusakan pada otak.

Kekuatan dari implementasi ini adalah Selama dilakukan tindakan keperawatan klien dan keluarga kooperatif serta mendukung setiap tindakan yang dilakukan, klien selalu menerima terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.

Kelemahan dari implementasi ini adalah klien kurang bisa melakukan tindakan yang telah di ajari perawat.

2. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 25, 26, 27 Mei 2016 untuk mengatasi diagnosa ke-2 implementasinya adalah sebagai berikut: Mengkaji keluhan klien untuk mengetahui keadaan klien. Melakukan ROM pada pasien karena untuk meningkatkan kekuatan otot dan sendi. Mengubah posisi klien karena untuk menghindari terjadinya luka pada kulit dan untuk menurunkan terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi jaringan darah yang jelek. Observasi tanda-tanda klien karena untuk mengetahui keadaan dan perkembangan klien. Kolaborasi pemberian obat injeksi, injeksi obat citicolin untuk mengurangi kerusakan jaringan otak.

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

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

3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 25, 26, 27, Mei 2016 untuk mengatasi diagnosa ke-3 implementasinya adalah sebagai berikut: Mengkaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara karena untuk mengetahui keterbatasan klien dalam berkomunikasi. Berikan metode alternatif atau menggunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh yang bertujuan untuk memudahkan klien untuk menerima dan untuk memenuhi kebutuhan komunikasi sesuai dengan kemampuan klien. Menganjurkan keluarga untuk tetap berkomunikasi dengan klien karena untuk meningkatkan komunikasi yang efektif. Kolaborasi pemberian obat injeksi, injeksi obat citicolin untuk mengurangi kerusakan jaringan otak.

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien dan keluarga tetap saling menjaga komunikasi, diharapkan dalam diagnosa ini klien bisa berkomunikasi lebih baik dan jelas.

Kelemahan dari implementasi ini adalah klien kurang bisa melakukan apa yang di ajari perawat. Dan dalam melakukan tindakan keperawatan penulis mendapatkan hambatan yaitu susah untuk berkomunikasi dengan klien, karena klien mempunyai keterbatasan dalam berkomunikasi dan klien tampak pelo.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 25, 26, 27 Mei 2016 untuk mengatasi diagnosa ke-4 implementasinya adalah sebagai berikut: Menganjurkan klien untuk melakukan sendiri perawatannya jika mampu untuk menimbulkan rasa kemandirian dan untuk meningkatkan harga diri klien. Membantu klien untuk melakukan ADL jika di perlukan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Libatkan keluarga klien dalam melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien, untuk membantu pemenuhan kebutuhan klien.

Kekuatan dari implementasi ini adalah keluarga klien kooperatif dan bersedia membantu pasien untuk melakukan perawatan diri.

Kelemahan dari diagnosa ini adalah klien kurang bisa mencoba melakukan aktifitas secara mandiri.

#### **E. Evaluasi**

1. Diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan proses keperawatan dengan tujuan ketidakefektifan perfusi jaringan otak pasien adekuat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil sebagai berikut: klien terlihat tidak gelisah, tidak ada keluhan nyeri kepala. Pada hari ketiga penulis menemukan data: S: klien mengatakan sudah tidak sakit kepala. O: klien tampak sudah lebih tenang dan tidak gelisah, TD: 150/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit. A: masalah teratasi. P: pertahankan intervensi: observasi tanda-tanda vital, menganjurkan klien untuk tetap banyak beristirahat, kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg.

2. Diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan proses keperawatan dengan

tujuan hambatan mobilitas fisik berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: mempertahankan posisi yang optimal, bertambahnya kekuatan otot. Pada hari ketiga penulis menemukan data: S: keluarga klien mengatakan, klien tangan dan kaki kirinya masih mengalami kelemahan, dan masih sulit untuk digerakan. O: klien tampak masih lemas dan aktivitas masih dibantu keluarganya. TD: 150/100 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 24 x/menit. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi: latih ROM pasif dan ubah posisi klien, kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin 500 mg dan ondansentron 40 mg.

3. Diagnosa hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai proses keperawatan dengan tujuan sedikit demi sedikit klien dapat bicara lancar dan tidak pelo setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: klien mampu merespons setiap perkataan. Pada hari ketiga penulis menemukan data: S: keluarga klien mengatakan, klien masih kesulitan untuk bicara. O: klien tampak mulutnya pelo dan bicaranya masih kurang jelas. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi: menganjurkan keluarga klien untuk tetap berkomunikasi dengan klien, kolaborasi pemberian injeksi citicolin 500 mg dan injeksi ondansentron 40 mg.

4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai proses keperawatan dengan tujuan defisit perawatan diri dapat berkurang sedikit demi sedikit setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil: klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pada hari ketiga penulis menemukan data: S: keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya karena tangan dan kaki kirinya masih

tidak bisa digerakan. O: klien tampak lemas dan terlihat aktivitas di bantu keluarganya. A: masalah belum teratasi. P: lanjut intervensi: bantu klien dan libatkan keluarga klien untuk melakukan ADL jika di perlukan, motivasi klien untuk tetap melakukan aktivitas.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

pada bab ini akan dideskripsikan tentang simpulan dan saran dari pengelolaan kasus pada Ny. R dengan *Stroke Non Hemoragik* (SNH) di ruang Matahari RSUD Kajen.

#### **A. Simpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan *Stroke Non Hemoragik* (SNH) pada Ny. R di ruang Matahari RSUD Kajen pada tanggal 25 Mei 2016 sampai 27 Mei 2016 kemudian membandingkan antara teori dengan tinjauan kasus, dapat disimpulkan:

1. Berdasarkan pengkajian tanggal 25 Mei 2016 jam 08.45 WIB didapatkan hasil: keluhan utama klien mengatakan sakit kepala, P: sakit bertambah saat ramai, Q: seperti ditekan, R: dibagian kepala, S: skala 4, T: hilang timbul, keluarga klien mengatakan, klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri dan tidak bisa digerakan, klien juga mengalami kesulitan untuk bicara/pelo dan bicaranya kurang jelas, dan juga keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun semua aktivitas dibantu keluarganya. Pada pengkajian riwayat dahulu diketahui klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan asam urat. Sedangkan pada riwayat kesehatan keluarga diketahui keluarga klien ada yang menderita penyakit keturunan hipertensi. Dari silsilah keluarga Ny.R adalah anak ke tiga dari tiga bersaudara.
2. Diagnosa keperawatan yang biasanya ditemukan pada klien penderita stroke tidak semua penulis dapatkan pada saat pengkajian pada Ny. R. Pada saat penulis melakukan pengkajian pada Ny. R penulis hanya menemukan 4 (empat) diagnosa saja diantaranya: ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak, hambatan komunikasi verbal berhubungan denngan kerusakan

neuromuskuler dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

3. Perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga dalam kerja sama dengan penulis. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.R penulis telah berusaha melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di tujukan untuk mengatasi masalah yang di alami klien.
4. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan.
5. Evaluasi yang didapatkan setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 25-27 Mei 2016 yaitu dari empat diagnosa keperawatan yang muncul, masalah keempat diagnosa tersebut ada tiga diagnosa yang belum teratasi yaitu: hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak, hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh. Dan diagnosa yang dapat teratasi hanya ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah.

## **B. Saran**

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

1. Bagi Profesi Keperawatan

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



2. Bagi institusi pendidikan

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

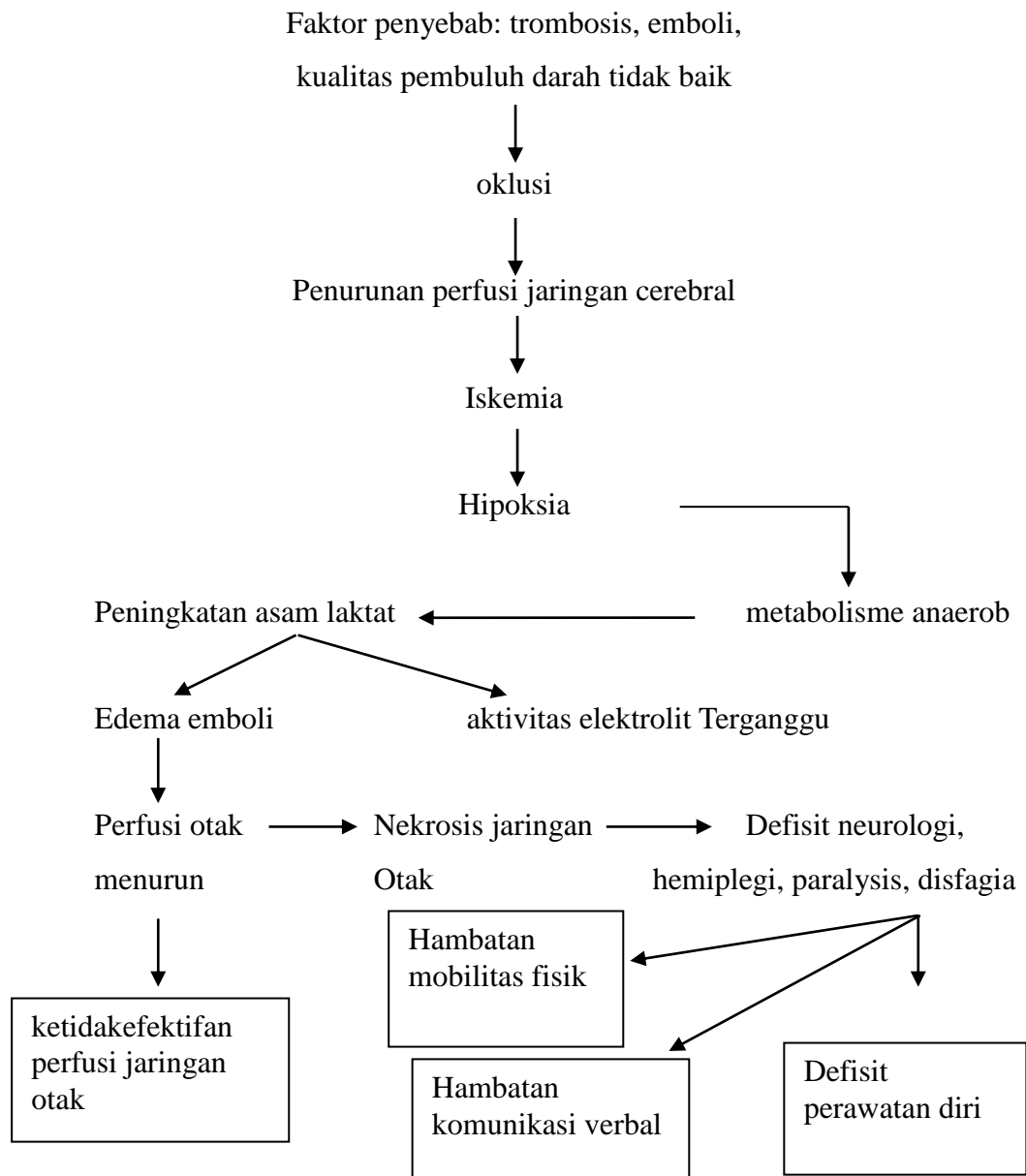
3. Bagi lahan praktek

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

## DAFTAR PUSTAKA

- Auryn, virzara. 2009. *Mengenal dan Memahami Strok*. Jogjakarta : Kata Hati
- Ginsberg, Lionel. 2007. *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta : Erlangga
- Nabyl R.A. 2012. *Deteksi Dini Gejala dan Pengobatan Stroke*. Yogyakarta : Auliya Publishing
- Dinkes Jateng. 2012. *Data Prevalensi Penyakit Stroke*.
- Widyanto dan Triwibowo. 2013. *Trend Disease (trend penyakit saat ini)*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Joyce and Jane. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah*. Indonesia : CV Pentasada Media Edukasi
- Rendy dan Margareth.2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nuha Medika

## Patways



(Hariyanto dan Sulistyowati 2015, h 50)

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R  
DENGAN *STROKE NON HEMOROGIK* DI RUANG MATAHARI  
RSUD KAJEN

PENGKAJIAN

Riwayat keperawatan

Tanggal masuk : 24 Mei 2016  
Jam masuk : 08.53 WIB  
NO. RM : 168767  
Ruang/Kamar : matahari/5  
Tanggal pengkajian : 25 Mei 2016  
Jam pengkajian : 08.45  
Diagnosa : SNH (*Stroke Non Hemoragik*)

A. Biodata Pasien

1. Data demografi pasien

Nama : Ny. R  
Umur : 56 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status perkawinan : Menikah  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Tangkil kulon, 18/6, Kedungwuni

2. Data demografi penanggung jawab

Nama : Ny. W  
Umur : 37 tahun  
Agama : Islam  
Status : Menikah  
Pekerjaan : Buruh  
Hub. Dengan klien : Anak

## B. Pola fungsional gordon

### 1. Riwayat untuk pola persepsi kesehatan-penanganan kesehatan.

#### 1.1 Keluhan Utama

DS: kelemahan anggota gerak bagian kiri.

#### 1.2 Riwayat keperawatan dahulu

DS: keluarga klien mengatakan, klien mempunyai riwayat hipertensi dan asam urat.

#### 1.3 Riwayat penyakit sekarang

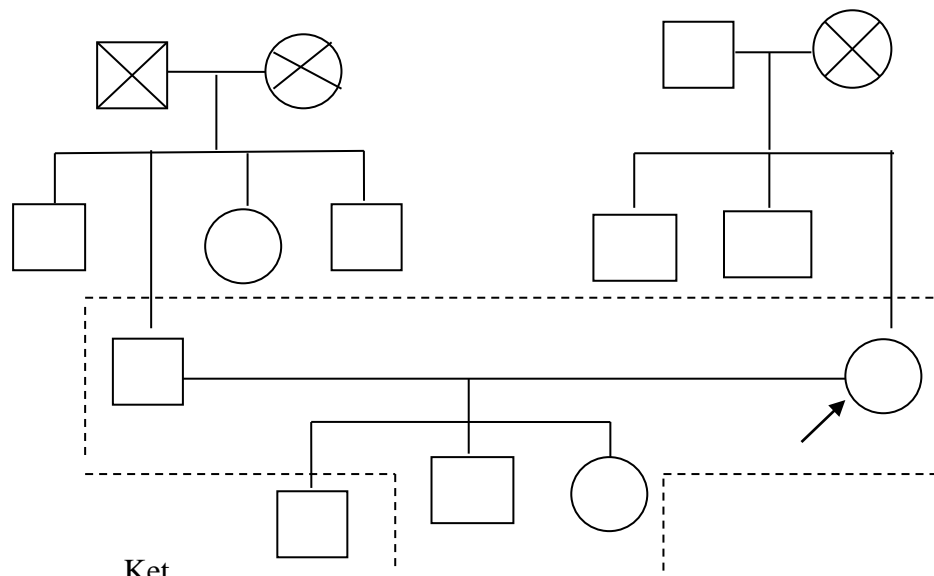
DS: 1 minggu yang lalu sebelum klien masuk rumah sakit keluarga klien mengatakan, klien jatuh di kamar mandi lalu mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak bisa digerakan, kesulitan untuk bicara/pelo dan juga sakit kepala, P: sakit kepala bertambah jika ramai, Q: nyeri seperti ditekan, R: di kepala, S: skala 4, T: hilang timbul, keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya. Kemudian di bawah ke RSUD Kajej masuk IGD dengan diagnosa SNH (*Stroke Non Hemoragik*) dan kemudian masuk ke ruang matahari tanggal 24 Mei 2016 jam 09.15 WIB pada saat dilakukan pengkajian di dapatkan data :

DO : - klien tampak lemah aktivitas dibantu keluarganya.  
- klien tampak susah untuk bicara/pelo dan bicara kurang jelas.  
- klien juga terkadang tampak gelisah, memegang kepala saat sakit.  
- TTV : TD: 180/100 mmHg

N: 82 x/menit

RR: 24 kali/menit

#### 1.4 Riwayat Penyakit Keluarga.



Ket



: Laki laki



: Perempuan



: Meninggal



: Tinggal dalam satu rumah.



: pasien.

DS: Keluarga klien mengatakan dari silsilah keluarga suaminya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, dan dari keluarga istri ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi.

#### 1.5. Riwayat kesehatan lingkungan

DS: Keluarga klien mengatakan keadaan lingkungan bersih dan rapi terdapat ventilasi.

#### 1.6. Riwayat pencegahan tindakan medis/gigi

DS: Keluarga klien mengatakan jika klien sakit hanya periksa ke puskesmas.

#### 1.7. Prosedur bedah

DS: Keluarga klien mengatakan, klien belum pernah melakukan tindakan pembedahan.

1.8. Riwayat penyakit anak-anak

DS: Keluarga klien mengatakan, klien pada saat anak-anak hanya mengalami sakit demam, batuk dan pilek.

1.9. Imunisasi

DS: Klien mengatakan belum pernah imunisasi.

1.10. Alergi

DS: Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi.

1.11. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

DS: Keluarga klien mengatakan, klien biasanya makan gorengan dan yang asin-asin.

1.12. Riwayat sosial

DS: Keluarga klien mengatakan, klien mengikuti acara pengajian.

1.13. Personal hygiene

	Sebelum sakit	Selama sakit
Mandi	: 2 x sehari	1 x sehari
Gosok gigi	: 2 x sehari	belum pernah
Cuci rambut	: jika kotor	belum pernah
Potong kuku	: jika panjang	belum pernah
Ganti pakaian	: 1 x sehari	belum pernah

2. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi-metabolik

	Sebelum sakit	Selama sakit
Makan pagi	: habis 1 porsi	habis ½ porsi
Makan siang	: habis 1 porsi	habis ½ porsi
Makan malam	: habis 1 porsi	habis ¼ porsi
Kudapan	: gorengan-gorengan	

3. Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi

Sebelum sakit :

BAK

BAB

Frekuensi	: 6 x/hari	Frekuensi	: 1x hari sekali
Jumlah urine	: tidak terkaji	Jumlah feses	: tidak terkaji
Warna	: khas urine	Warna	: tidak terkaji
Bau	: khas urine	konsistensi	: tidak terkaji
Selama sakit :			
BAK		BAB	
Frekuensi	: 4 x/hari	Frekuensi	: 1x2 hari
Jumlah urine	: tidak terkaji	Jumlah feses	: tidak terkaji
Warna	: khas urine	Warna	: tidak terkaji
Bau	: khas urine	Konsistensi	: tidak terkaji

4. Riwayat keperawatan untuk pola aktifitas latihan

DS: Keluarga klien mengatakan, klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga.

5. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat-tidur

DS:	sebelum sakit	selama sakit
Tidur siang	: $\pm$ 2 jam	tidur siang : $\pm$ 1 jam
Tidur malam	: $\pm$ 8 jam	tidur malam : $\pm$ 7 jam

6. Riwayat keperawatan untuk pola kognitif perseptual

DS: Klien mengatakan sudah tau penyebab penyakitnya.

DO: Klien tampak pendengaran baik, pengelihanan baik, peraba kurang baik karena tangan sebelah kirinya tidak bisa digerakan.

7. Riwayat keperawatan untuk pola konsep diri

- 7.1. Sikap terhadap diri : ada
- 7.2. Dampak sakit terhadap diri : tidak dapat melakukan aktivitas
- 7.3. Keinginan untuk mengubah diri : ada
- 7.4. Gugup/rileks : rileks



- 7.5. Postur tubuh : agak gemuk  
7.6. Kontak mata : kurang  
7.7. Ekspresi wajah : lemas

8. Riwayat keperawatan untuk pola peran/hubungan.

DS: Keluarga klien mengatakan, klien sebagai ibu rumah tangga.

9. Riwayat keperawatan untuk seksualitas/reproduksi

DS: Keluarga klien mengatakan, klien mempunyai 3 orang anak.

10. Riwayat keperawatan untuk koping/toleransi stress

Stresor : penyakitnya

Metode koping yang bisa digunakan : berdo'a

Sistem pendukung : keluarga

Efek penyakit terhadap tingkat stress : penyakit dianggap sebagai masalah serius

Ekspresi : lemas

11. Riwayat keperawatan untuk nilai/kepercayaan

1.1. Agama : islam

1.2. Kegiatan agama :

DS: sebelum sakit : keluarga klien mengatakan, klien selalu melakukan shalat.

Selama sakit : keluarga klien mengatakan, klien belum pernah shalat.

## PEMERIKSAAN FISIK

### Penampilan umum

Kesadaran	: Comphos Menthis.
GCS	: E <sub>4</sub> , V <sub>5</sub> , M <sub>6</sub> .
Tekanan Darah	: 180/100 mmHg
Nadi	: 82 kali/menit
Suhu	: 37,5 °C
RR	: 24 kali/menit

### Pemeriksaan Fisik Head to Toe :

#### 1) Kepala.

Inspeksi : bentuk kepala bulat, kesimetrisan (+), luka (-).

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

#### 2) Mata.

Inspeksi : kelengkapan dan kesimetrisan (+), kelopak mata/ palpebra oedem (-), peradangan (-), luka (-), benjolan (-), bulu mata tidak rontok, konjungtiva (ananemis), penglihatan baik.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

#### 3) Leher.

Inspeksi bentuk leher simetris, peradangan (-), jaringan parut (-), perubahan warna (-), massa (-).

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada perbesaran kelenjar limfe.

#### 4) Telinga.

Inspeksi : bentuk simetris, perdarahan (-), tidak ada serumen, bersih.

Tes pendengaran : pendengaran baik.

#### 5) Hidung.

Inspeksi: bentuk tulang hidung dan posisi septum nasi (simetris), perdaraha (-),pembengkakan (-), pembesaran polip (-), bersih.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Tes penciuman : dapat mengenali rangsangan bau.

6) Mulut.

Inspeksi : kelainan kongiental (-), lesi (-), bibir pecah (-), kotoran (-), perdarahan (-), tidak ada luka, klien tampak pelo.

7) Kulit.

Inspeksi : lesi (-), warna kulit sawo matang, jaringan parut (-), tidak ada luka.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tekstur halus, tugor jelek, tidak ada luka. Kelainan pa da kulit : hiperpigmentasi (-).

8) Paru paru.

Inspeksi : bentuk dada simetris, sianosi (-), tidak ada lesi.

Palpasi : getaran dinding dada kanan dan kiri sama.

Perkusi : sonor seluruh lapang paru.

Auskultasi : terdengar bunyi nafas fasikuler.

9) Jantung.

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak.

Palpasi : tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba pada intercosta V

Perkusi : Pekak.

10) Perut.

Inspeksi : bentuk abdomen (datar), massa/benjolan (-), simetris.

Auskultasi : terdengar bunyi bising usus 6x/menit.

Palpasi : nyeri tekan pada bagian hepar dan ginjal (-).

11) Ekstremitas

Inspeksi : otot antara kanan dan kiri (asimetris), fraktur (-), terpasang infus.

Palpasi : oedem (-)

1. Prosedur diagnostik dan laboratorium

a. Pemeriksaan lab tanggal 25 Mei 2016

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NORMAL
Leukosit	H 12,86	$10^3 / \text{ul}$	4.50 – 11.00
Eritrosit	H 5,49	$10^6 / \text{mm}^3$	4.50 – 5.30
Hemoglobin	15,4	g / dl	14 – 18
Hematokrit	45,3	%	37.0 – 49.0
MCV	82.50	$\mu \text{m}^3$	78.00 – 98.00
MCH	28.1	Pg	25.00 – 35.00
MCHC	34.00	g / dl	31.00 – 37.00
Trombosit	H 535.000	$10^3 / \text{ul}$	150.000 – 450.000
RDW-SD	44	FL	37 - 55
RDW-CV	14.8	%	11. – 16
DIFF COUNT			
Neutrofil	63.7	%	42 - 77
Monosit	5.2	%	2.0 - 8.0
Limfosit	22.8	%	17 – 45
Basofil	H 1.8	%	0 – 1
Eosinofil	H 6.2	%	0.0 – 5.0
Limfosit absolut	2.93	$10^3 / \text{ul}$	0.90 – 5.20
LED 1 jam	H 10.0	mm/jam	<10
LED 2 jam	H 20.0	mm/jam	<10
Kimia klinik			
Ureum	26.0	mg / dl	10.0 – 50.0
Kreatinin	H 1.49	mg / dl	0.60 – 1.10
Elektrolit			
Kalium	H 10.3	mg/dl	0.80 – 10.20
Natrium	148.0	mmol / l	135.0 – 155.0

b. Pemeriksaan CT-Scan:

Nama : Ny. R

Alamat : Tangkil kulon, 18/6, Kedungwuni

Tanggal pemeriksaan : 25 Mei 2016

Jenis pemeriksaan : CT- Scan

Pemeriksaan CT-Scan

Hasil: tidak ada perdarahan pada subepidural maupun epidural dan tidak ada tanda-tanda perdarahan.

2. Medical management :

a. IV, O2 terapi

Medical management	Tanggal terapi	Penjelasan secara umum	Indikasi dan tujuan	Respons klien
Infus RL	24 Mei 2016	Pemasangan infus untuk mengatasi dan mengembalikan keseimbangan elektrolit	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit pada saat dehidrasi	DS: -

c. Obat-obatan

Nama obat	Tanggal terapi	Dosis	Cara kerja	Respons klien
Inj. Citicolin	24/5/2016	2x 500 mg	Untuk mengurangi kerusakan jaringan otak	DS : -
Inj. Ondansentron	24/5/2016	2 x 40 mg	Obat untuk mengurangi mual dan	DS :-

			muntah	
Amlodiphin	24/5/2016	Oral, 10 mg,	Merelaksasi dinding otot pembuluh darah, sehingga tahanan perifer akan berkurang sehingga darah akan mudah mengalir sehingga jantung tidak perlu memompa jantung lebih keras maka otomatis tekanan darah pun berkurang, obat hipertensi	S : Klien mengatakan bersedia meminum obat lewat oral : amlodiphine 10 mg O : obat masuk, tidak ada alergi obat

## A. PENGELOMPOKAN DATA

No	Waktu	Data
1.	25/5/2016	<p>DS : - Klien mengatakan sakit kepala.</p> <p>P: sakit kepala bertambah saat ramai</p> <p>Q: nyeri seperti ditekan</p> <p>R: di kepala</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga klien mengatakan, klien mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak dapat digerakan.</li> <li>- Keluarga klien mengatakan, klien juga kesulitan untuk bicara dan tidak jelas.</li> <li>- Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya</li> </ul> <p>DO:- Klien tampak gelisah dan beberapa kali klien memegang kepalanya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemas dan aktivitas di bantu keluarganya</li> <li>- Klien tampak susah untuk bicara/pelo dan kurang jelas.</li> <li>- TTV : TD : 180/100 mmHg N : 82 x/menit RR : 24 x/menit</li> </ul>

## B. ANALISA DATA

NO	Waktu	Data fokus	Masalah	Etiologi
1	25-5-16	<p>DS:- klien mengatakan, sakit kepala.</p> <p>P: sakit kepala bertambah saat ramai</p> <p>Q: nyeri seperti ditekan</p> <p>R: di kepala</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>DO:- Klien tampak gelisah dan beberapa kali klien memegang kepalanya.</p> <p>- TTV: TD: 180/100 mmHg N : 82 x/menit RR : 24 x/menit</p>	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak	Gangguan aliran darah
2	25-5-16	<p>DS:-Keluarga klien mengatakan, klien mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak dapat digerakan.</p> <p>DO:-klien tampak lemah, terbaring ditempat tidur dan semua aktivitas di bantu keluarganya.</p> <p>- TTV: TD: 180/100 mmHg N: 82 x/menit RR: 24 x/menit</p>	Hambatan mobilitasi fisik	Kelemahan anggota gerak
3	25-5-16	<p>DS:- keluarga klien mengatakan, klien juga kesulitan untuk</p>	Hambatan komunikasi	Kerusakan neuromuskuler



		bicara dan bicaranya kurang jelas. DO:- klien tampak mulutnya susah digerakan/pelo dan bicaranya kurang jelas.	verbal	
4	25-5-16	DS:- Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya. DO:- Klien tampak lemas dan terlihat aktivitas di bantu keluarganya	Difisit perawatan diri	Kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh

#### C.DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan gangguan aliran darah.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak.
3. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan ketidakmampuan merasakan bagian tubuh.

#### D. INTERVENSI KEPERAWATAN

No. dx.	Waktu	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional
1	25/5/2016	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tidak gelisah.</li> <li>- Tidak ada keluhan sakit kepala.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengkaji keluhan nyeri klien.</li> <li>b. Berikan posisi semifowler</li> <li>c. Anjurkan klien untuk bedrest total</li> <li>d. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>e. Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk mengetahui tingkat nyeri klien</li> <li>b. Untuk memperbaiki sirkulasi</li> <li>c. Untuk mencegah perdarahan ulang</li> <li>d. Untuk mengetahui keadaan klien</li> <li>e. Untuk mengurangi kerusakan jaringan otak.</li> </ul>
2	25/5/2016	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah hambatan mobilitas fisik dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mempertahankan posisi yang optimal.</li> <li>- bertambahnya kekuatan otot.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengkaji keluhan klien</li> <li>b. Melatih klien melakukan ROM pasif.</li> <li>c. Mengubah posisi klien</li> <li>d. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>e. Kolaborasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk mengetahui keadaan klien</li> <li>b. Mencegah kekakuan otot dan sendi.</li> <li>c. Untuk menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan akibat sirkulasi jaringan darah yang jelek.</li> <li>d. Untuk mengetahui keadaan klien</li> </ul>

			pemberian obat citicolin.	e. Untuk mengurangi kerusakan jaringan otak.
3	25/5/2016	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hambatan komunikasi verbal dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mampu merespon setiap perkataan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara.</li> <li>b. Berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh.</li> <li>c. Anjurkan keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien.</li> <li>d. Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk mengetahui keterbatasan klien berkomunikasi.</li> <li>b. Untuk memenuhi kebutuhan komunikasi sesuai dengan kemampuan klien</li> <li>c. Untuk meningkatkan komunikasi yang efektif.</li> <li>d. Untuk mengurangi kerusakan jaringan otak.</li> </ul>
4	25/5/2016	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan klien melakukan sendiri perawatanya jika mampu</li> <li>b. Bantu klien melakukan ADL jika diperlukan</li> <li>c. Libatkan keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menimbulkan kemandirian</li> <li>b. Membantu klien memenuhi kebutuhannya</li> <li>c. Untuk membatu</li> </ul>

		melakukan aktivitas secara mandiri	klien dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien	pemenuhan kebutuhan klien.
--	--	------------------------------------	--	----------------------------

#### E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NoDx	Waktu	Tindakan	Respon Pasien	TTD
1,2,3	Rabu, 25-05-2016 08.45	- Mengkaji keluhan klien	<p>S:- klien mengatakan sakit kepala</p> <p>- Keluarga klien mengatakan, klien mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak dapat digerakan.</p> <p>- Keluarga klien juga mengatakan, klien kesulitan untuk bicara/pelo</p> <p>O:- Klien tampak lemah, susah untuk bicara dan semua aktivitas dibantu keluarganya.</p> <p>- Klien tampak gelisah dan memegangi kepala saat sakit.</p>	
1	08.50	- Mengkaji keluhan nyeri kepala klien	<p>S: Klien mengatakan sakit kepala.</p> <p>P: sakit kepala bertambah</p>	

			<p>saat ramai</p> <p>Q: nyeri seperti ditekan</p> <p>R: di kepala</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: klien tampak gelisah dan beberapa kali terlihat memegang kepala</p>	
1,2	08.55	- Monitor TTV terutama tekanan darah	<p>S: klien mau diukur tensinya</p> <p>O: TD : 180/100 mmHg</p> <p>N : 82 x / menit</p> <p>RR : 24 x/menit</p>	
2	09.10	- Melatih ROM pada klien dan mengajarkan kepada keluarga	<p>S: Klien mau dilakukan ROM</p> <p>O: Klien tampak lebih nyaman</p>	
3	09.20	- Berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh.	<p>S: klien kooperatif</p> <p>O: klien tampak mengikuti anjuran.</p>	
2	09.30	- Mengubah posisi klien	<p>S: klien bersedia untuk di ubah posisinya</p> <p>O: klien tampak lebih nyaman</p>	
4	10.20	- Bantu klien melakukan ADL jika diperlukan	<p>S: klien mau dibantu</p> <p>O: klien tampak senang mau dibantu</p>	
1	10.55	- Memberikan posisi semifowler	<p>S: klien kooperatif</p> <p>O: klien tampak lebih rileks.</p>	

1,2	11.20	- Mengobservasi tanda-tanda vital	S: klien kooperatif O: TD : 180/100 mmHg S : 37,5 °C N : 84 x/menit RR : 24 x/menit	
1,2,3	11.30	- Kolaborasi pemberian obat: Injeksi citicolin, Amlodiphin dan ondansentron	S: - O: obat masuk melalui infus IV	
1	13.20	- Menganjurkan klien untuk bedrest total.	S: klien mau istirahat O: klien tampak sedang istirahat	
1,2	Kamis, 26-05-2016 15.15	- Mengobservasi tanda-tanda vital terutama tekanan darah	S: klien mau dikaji O: TD: 190/100 mmHg	
	15.15	- Mengkaji keluhan nyeri klien.	S: klien mengatakan klien sakit kepala sudah berkurang P: bertambah saat ramai Q: seperti di tekan R: kepala S: skala 3 T: hilang timbul O: klien tampak masih gelisah	
2	15.30	- Melatih klien melakukan ROM pasif	S: Klien mau dilakukan ROM O: Klien tampak lebih nyaman	
3	15. 40	- Mengkaji kemampuan komunikasi adanya	S: klien mau dikaji O: klien tampak bicara pelo	

		gangguan bahasa dan bicara	dan tidak jelas	
3	15.45	- Menganjurkan keluarga untuk sering berkomunikasi dengan klien	S: keluarga klien mengatakan bersedia untuk mengikuti anjuran O: keluarga klien tampak berbincang-bincang dengan klien	
2	16.00	- Mengubah posisi klien	S : klien bersedia untuk diubah posisinya O: klien tampak lebih nyaman	
1	16.45	- Memberikan posisi semifowler	S: klien mau diposisikan O: klien tampak lebih nyaman	
4	16.50	- Menganjurkan motivasi pada klien untuk tetap melakukan aktivitas.	S: klien mau dimotivasi O: klien tampak lebih senang	
1,2,3	17.30	- Kolaborasi pemberian obat injeksi	S : - O: obat masuk melalui selang infus IV	
1,2	17.45	- Mengobservasi tanda-tanda vital	S : - O : TD : 180/100 mmHg S : 37 °C N : 82 x/menit RR : 22 x/menit	
1	18.45	- Menganjurkan klien untuk istirahat total	S : - O: klien tampak sedang istirahat	

4	20.15	- Libatkan keluarga klien dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien	S: keluarga kooperatif O: keluarga klien tampak mau mengikuti anjuran.	
1	Jum'at, 27-05-2016 08.10	- Mengkaji ulang skala nyeri klien	S:- klien mengatakan sudah tidak sakit. O: klien tampak lebih rileks	
2	08.25	- Melakukan ROM pasif ke klien	S: Klien mau dilakukan ROM O: klien tampak lebih nyaman	
3	08.30	- Mengkaji kemampuan komunikasi adanya gangguan bahasa dan bicara	S: klien mau dikaji O: klien tampak pelo dan bicaranya kurang jelas.	
3	08.35	- Menganjurkan kepada keluarga klien untuk sering berkomunikasi dengan klien	S: keluarga klien kooperatif O: keluarga klien tampak berbincang-bincang dengan klien.	
2	08.40	- Ubah posisi klien	S: klien bersedia untuk di ubah posisinya. O: klien tampak lebih nyaman	
1	08.55	- Memberi posisi semifowler	S : - O: klien terlihat lebih nyaman.	
2	10.15	- Ubah posisi klien	S: klien mau di ubah posisinya O: klien tampak lebih nyaman	



4	10.30	- Menganjurkan klien melakukan perawatannya sendiri sedikit demi sedikit jika mampu	S: klien masih tidak bisa bangun O: klien tampak kesulitan	
1,2,3	11.20	- Mengobservasi tanda-tanda vital	S : klien kooperatif O : TD : 150/100 mmHg N : 82 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,5° C	
1,2,3	11.45	- Kolaborasi pemberian obat injeksi	S : - O : obat masuk melalui selang infus IV	
1	13.30	- Menganjurkan klien untuk istirahat total	S : - O : klien tampak sedang istirahat.	

#### F. EVALUASI

Hari/tanggal	No.DX	Catatan perkembangan	Paraf
Rabu, 25-05-2016	1	S: klien mengatakan sakit kepala P: sakit kepala bertambah saat ramai Q: nyeri seperti ditekan R: di kepala S: skala 4 T: hilang timbul O: klien tampak gelisah dan memegang kepala TD : 180/100 mmHg N : 84 x/menit RR : 24 x/menit	

		<p>S : 37,5° C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Kaji skala nyeri</li> <li>- Menganjurkan klien untuk istirahat total</li> <li>- Kolaborasi pemberian injeksi : Injeksi citicolin, Amlodiphin dan injeksi ondansentron</li> </ul>	
	2	<p>S: Keluarga klien mengatakan, klien mengeluh tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan dan tidak dapat digerakan.</p> <p>O: klien tampak lemas terbaring di tempat tidur, semua aktivitas di bantu keluarganya.</p> <p>TD: 180/100 mmHg</p> <p>N: 84 x/menit</p> <p>RR: 24 x/menit</p> <p>S: 37,5 °C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latih ROM pasif dan ubah posisi klien</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat injeksi: Injeksi citicolin, Amlodiphin dan ondansentron</li> </ul>	
	3	<p>S: keluarga klien mengatakan, klien kesulitan untuk bicara dan kurang jelas</p> <p>O: klien tampak mulutnya pelo dan bicaranya</p>	

		<p>kurang jelas.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh.</li> <li>- Anjurkan keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien.</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin</li> </ul>	
	4	<p>S : Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya.</p> <p>O : Klien tampak lemas dan terlihat aktivitas di bantu keluarganya</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjut inervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu klien melakukan ADL jika di perlukan</li> <li>- Motivasi klien untuk tetap melakukan aktivitas</li> </ul>	
Kamis,26 - 05-2016	1	<p>S: klien mengatakan masih sakit kepala</p> <p>P: bertambah saat ramai</p> <p>Q: seperti di tekan</p> <p>R: kepala</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>O: klien tampak lebih rileks</p> <p>TD: 180/100 mmHg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 22 x/menit</p>	

		<p>S: 37° C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Kaji keluhan nyeri</li> <li>- Menganjurkan klien untuk istirahat total</li> <li>- Kolaborasi pemberian injeksi : Injeksi citicolin, Amlodiphin dan injeksi ondansentron</li> </ul>	
	2	<p>S: keluarga klien mengatakan, klien tangan dan kaki kirinya mengalami kelemahan, dan masih sulit untuk digerakan.</p> <p>O: klien tampak masih lemah dan terbaring di tempat tidur</p> <p>TD: 180/100 mmHg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>S: 37°C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latih ROM pasif dan ubah posisi klien</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat injeksi: Injeksi citicolin, Amlodiphin dan ondansentron.</li> </ul>	
	3	<p>S: keluarga klien mengatakan, klien masih kesulitan untuk bicara.</p> <p>O: klien tampak mulutnya pelo dan bicaranya kurang jelas.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p>	

		<p>P : lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan metode alternatif atau gunakan kata-kata yang sederhana dan dengan bahasa tubuh.</li> <li>- Anjurkan keluarga klien untuk berkomunikasi dengan klien.</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat injeksi citicolin.</li> </ul>	
	4	<p>S : Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya.</p> <p>O : Klien tampak lemas dan aktivitasnya di bantu keluarganya</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjut inervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu klien dan libatkan keluarga klien untuk melakukan ADL jika di perlukan.</li> <li>- Motivasi klien untuk tetap melakukan aktivitas</li> </ul>	
Jum'at, 27-05- 2016	1	<p>S: klien mengatakan, sudah tidak sakit kepala lagi.</p> <p>O: klien tampak sudah tidak gelisah dan lebih rileks.</p> <p>TD : 150/100 mmHg</p> <p>N : 82 x/menit</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Menganjurkan untuk tetap beristirahat.</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat injeksi : Injeksi citicolin, Amlodiphin dan injeksi ondansentron</li> </ul>	
	2	<p>S: keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kirinya masih mengalami kelemahan dan sulit untuk digerakan.</p> <p>O: klien tampak masih lemas dan aktivitas masih dibantu keluarganya</p> <p>TD: 150/100 mmHg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 24 x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Latih ROM pasif dan ubah posisi klien</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat injeksi : Injeksi citicolin, Amlodiphin dan ondansentron</li> </ul>	
	3	<p>S: keluarga klien mengatakan, klien masih kesulitan untuk bicara</p> <p>O: klien tampak mulutnya pelo dan bicaranya kurang jelas</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan keluarga klien untuk tetap berkomunikasi dengan klien</li> <li>- Kolaborasi pemberian injeksi citicolin dan injeksi ondansentron</li> </ul>	
	4	<p>S: Keluarga klien mengatakan, klien tidak bisa bangun dan semua aktivitas dibantu oleh keluarganya karen tangan dan kaki</p>	

		<p>kirinya masih tidak bisa digerakan.</p> <p>O: Klien tampak masih lemas dan terlihat aktivitas di bantu keluarganya</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjut inervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu klien dan libatkan keluarga klien untuk melakukan ADL jika di perlukan.</li> <li>- Motivasi klien untuk tetap melakukan aktivitas</li> </ul>	
--	--	---	--